

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

NORBERTO DE ALMEIDA DUARTE

**A UTILIZAÇÃO TRANSNACIONAL E COMPLEMENTAR DE SERVIÇOS DE
SAÚDE POR EMIGRANTES DE GOVERNADOR VALADARES-MG NOS
ESTADOS UNIDOS E NO BRASIL**

SÃO PAULO

2010

NORBERTO DE ALMEIDA DUARTE

**A UTILIZAÇÃO TRANSNACIONAL E COMPLEMENTAR DE SERVIÇOS DE
SAÚDE POR EMIGRANTES DE GOVERNADOR VALADARES-MG NOS
ESTADOS UNIDOS E NO BRASIL**

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas.

Campo de Conhecimento: Administração em Saúde
Orientador: Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior

SÃO PAULO

2010

Duarte, Norberto de Almeida

A Utilização Transnacional e Complementar de Serviços de Saúde por Emigrantes de Governador Valadares, MG nos Estados Unidos e no Brasil/ Norberto de Almeida Duarte. – 2010.

110 f.

Orientador: Álvaro Escrivão Junior

Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Serviços de saúde -- Avaliação. 2. Serviços de saúde – Brasil. 3. Serviços de saúde – Estados Unidos. 4. Estados Unidos -- Imigrantes. 5. Brasileiros – Estados Unidos. I. Escrivão Junior, Álvaro. II. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 614.2(81)

NORBERTO DE ALMEIDA DUARTE

**A UTILIZAÇÃO TRANSNACIONAL E COMPLEMENTAR DE SERVIÇOS DE
SAÚDE POR EMIGRANTES DE GOVERNADOR VALADARES-MG NOS
ESTADOS UNIDOS E NO BRASIL**

Dissertação apresentada à Escola de Administração de
Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas
como parte dos requisitos para obtenção do título de
Mestre em Administração de Empresas

Campo de Conhecimento: Administração em Saúde

Data de Aprovação

___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior (Orientador)
FGV/EAESP

Prof^a. Dra. Ana Luíza D'Ávila Viana
FMUSP

Prof^a. Dra. Ana Cristina Braga Martes
FGV/EAESP

À minha mãe, Alcy Duarte, uma educadora de caráter firme, que me ensinou a importância de se ter disciplina e determinação na busca por objetivos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Álvaro Escrivão Junior, por não ser somente o orientador deste trabalho, mas também um exemplo de princípios como honestidade e respeito ao próximo.

À prof^a. Ana Maria Malik, por seu apoio e sua dedicação durante a minha jornada na FGV/EAESP; meu reconhecimento e meu carinho especial.

À querida tia Neuza (in memoriam), que com a sua alegria de viver contagiou para sempre os que, como eu, desfrutaram do encanto da sua convivência.

Ao amigo Napoleão Sabino Jr., “meu orientador” dos momentos de adversidades e da realização de escolhas na vida.

Aos componentes da minha família paulistana, o carioca Ronaldo Rangel e os conterrâneos Fabiana Pinheiro e Daniel Barreto, pelo acolhimento e pelo companheirismo nesta metrópole.

À Leila Dall’Acqua, por seu apoio e seu incentivo.

Aos meus amigos Luciana, Renata, Marcos, Priscilla, Gabriel, Denis, Marcela, Grazia e Vanessa, por compartilhar momentos sofridos mas felizes na EAESP.

Ao Ruston, valadarense que conheci em São Paulo, e que se tornou presença importante na minha vida.

À prof^a. Sueli Siqueira, pelas valiosas contribuições acerca do universo estudado.

Aos colegas da Universidade Vale do Rio Doce, Ana Angélica Gonçalves Leão Coelho, Mylene Quintela Lucca, Sabrina Gomes de Moraes, Patrícia Barreto Costa Nico, Érika Guerrieri Barbosa; e aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares, Eliane Nobre e Martha Giovanni, por seu apoio na condução desta pesquisa.

Aos meus queridos e solidários amigos Maria José, Arnaldo, Lúcia, Pedro, Cilene, Ângela, Paula, Vinícius, Vera, Tereza, Nira, Elizabeth, Ana Tereza e Fernanda, que, com sua alegria, tornaram esta jornada mais prazerosa e feliz.

Por fim, a Ana Maria Amaral, com quem aprendo cada vez mais a respeito de mim mesmo.

RESUMO

Para explorar as necessidades, o acesso e a utilização dos serviços de saúde dos emigrantes valadarenses nos EUA e em Governador Valadares, assim como a influência desta demanda na oferta de serviços de saúde na cidade mineira, o presente estudo adotou três linhas de investigação. A primeira relacionou a percepção dos emigrantes da amostra, a respeito dos profissionais e dos serviços de saúde utilizados nos EUA e em Governador Valadares. A segunda concentrou-se na percepção dos profissionais de saúde selecionados a respeito das características da demanda do emigrante, assim como da sua influência na oferta de serviços de saúde em Valadares. A última, uma pesquisa documental na Vigilância Sanitária, contabilizou as aberturas anuais de serviços de saúde da localidade. As informações recolhidas junto aos emigrantes valadarenses permitem afirmar a viabilidade do acesso e da utilização dos serviços de saúde subsidiados pelos governos federal, estaduais e municipais nos Estados de Massachusetts e em Connecticut, onde se concentram mais da metade dos valadarenses residentes nos EUA. Seja pelas restrições governamentais ao acesso aos serviços de saúde norte-americanos, pelo custo da assistência em saúde nos EUA, ou mesmo por fatores culturais, o emigrante valadarense, ao retornar ou visitar a cidade de origem, busca os profissionais e os serviços de saúde da localidade. A análise da pesquisa documental, com as informações acerca da abertura de serviços privados de saúde e das entrevistas com os profissionais da área da cidade, revelou a existência de uma relação entre a demanda do emigrante e o crescimento de abertura de serviços privados de saúde ocorrida a partir da segunda metade da década de 90.

Palavras-chave: migração brasileira; Governador Valadares; Estados Unidos; saúde do imigrante nos EUA.

ABSTRACT

In order to examine the needs, the access and the use of health services available to Valadares emigrants in the USA and in the city of Governador Valadares, as well as the influence this demand has on the offer of health services in that Minas town, three investigative lines were adopted in this study. The first looks into the relation between the perception the sample has of the health professionals and services used both in the USA and in Governador Valadares. The second focuses on the perception the selected health professionals have of the characteristics of the demands of emigrants, as well as their influence on health services in Governador Valadares. The last, a documental research with the *Vigilância Sanitária* - Department of Health and Human Services, shows how many health service facilities are opened in that location annually. The information gathered with the Valadares emigrants, allows us to state that the access and use of health services subsidized by federal, state and city governments in the states of Massachusetts and Connecticut - where over half the Valadares emigrants in the USA reside - is viable. Whether it is due to government restrictions to access American health services or the cost of health care in the USA, or even because of cultural factors, when returning to or visiting their town of origin, the Valadares emigrants seek local health services and professionals. The analysis of the documental research on the opening of private health facilities, as well as interviews with professionals from that part of town, have revealed a relationship between the emigrants' demand and an increase in the opening of private health facilities as of the second half of the 90's.

Keywords: brazilian migration; Governador Valadares; United States; Brazilian immigrations health care in the USA.

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Aberturas de Serviços da Modalidade Clínicas	79
Gráfico 2: Aberturas de Serviços da Modalidade Laboratórios	80
Gráfico 3: Aberturas de Serviços da Modalidade Consultórios Médicos	81
Gráfico 4: Aberturas de Serviços da Modalidade Consultórios Odontológicos.....	81

Lista de Figuras

Figura 1: Redes de Assistência em Saúde de Boston	38
---	----

Lista de Quadros

Quadro 1: Programas de Saúde de Massachusetts	35
---	----

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Serviços de Saúde de Governador Valadares	42
Tabela 2 – Perfil dos Entrevistados Visitantes	50
Tabela 3 – Perfil dos Entrevistados Retornados	50
Tabela 4 – Perfil dos Entrevistados Receptores de Remessas	56
Tabela 5 – Classificação dos Serviços de Saúde Valadarenses	77

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Delimitação do Tema e Perguntas de Pesquisa.....	17
1.2 Objetivos.....	19
2 O PERFIL DA REDE SOCIAL MIGRATÓRIA VALADARENSE	20
2.1 Perfil dos Receptores de Remessas.....	25
2.2. Caracterização do Acesso e da Oferta em Saúde para o Imigrante nos EUA	26
2.2.1. Programas de Saúde em Massachusetts	29
2.2.1.1 <i>MassHealth</i>	30
2.2.1.2 <i>Commonwealth Care</i>	31
2.2.1.3 <i>Health Safety Net Fund ou Free Care</i>	32
2.2.1.4 <i>Medicare</i>	33
2.2.1.5 <i>Children's Medical Security Plan</i>	34
2.2.1.6 <i>Prescription Advantage</i>	34
2.2.2 Redes de Prestadores da <i>Boston Area</i>	36
2.3 Caracterização do Sistema de Saúde Valadarense.....	38
2.3.1 Sistema Público de Saúde	39
2.3.2 Serviços Privados de Saúde	41
3 MÉTODO	43
3.1 Pesquisa Bibliográfica	43
3.2 Procedimentos de Pesquisa	44
3.2.1 Acesso e Utilização de Serviços de Saúde pelo Emigrante nos EUA e em Valadares	44
3.2.2 Demanda por serviços de Saúde em Governador Valadares, na percepção dos Profissionais Selecionados	46
3.2.3 Oferta de serviços de saúde em Governador Valadares no período de 1981 a 2007	47
4 CARACTERIZAÇÃO E PERCEPÇÕES DOS EMIGRANTES	49
4.1 Categorização dos Visitantes e Retornados.....	49
4.2 Categorização dos Receptores de Remessas.....	54
4.3 Considerações Acerca de Necessidades, Demanda, Acesso e Utilização de Serviços de Saúde pelos Emigrantes nos EUA.....	56
4.3.1 Percepções dos Emigrantes a Respeito da Utilização de Serviços Saúde nos EUA.....	61
4.3.2 Percepções dos Emigrantes e Receptores de Remessas a Respeito da Utilização de Serviços Saúde em Governador Valadares.....	71
5 A INFLUÊNCIA DA DEMANDA DO EMIGRANTE E DE SEUS FAMILIARES NA OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM GOVERNADOR VALADARES.....	77
6 CONCLUSÕES.....	86
6.1 Limitações do Estudo	89
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
GLOSSÁRIO	98
ANEXOS	104

1 INTRODUÇÃO

Segundo Portes (1995), o aumento da integração das sociedades periféricas na economia global e o crescente interesse de suas populações por oportunidades externas são as principais causas dos processos de imigração de trabalhadores.

De fato, os imigrantes representam uma parte importante e crescente da força de trabalho na maioria dos países da *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD). Nos Estados Unidos da América (EUA), no período de 1994 a 2004, dos 15,5 milhões de empregos que foram criados, nove milhões foram ocupados por pessoas nascidas no estrangeiro (OECD, 2006, p. 32).

Por isso, os debates acerca dos mais de 20 milhões de indivíduos estrangeiros que residem naquele país e não possuem seguro saúde assumem uma grande dimensão política, social e econômica. Essa população corresponde a 43,8% dos 46 milhões de pessoas que não possuem cobertura de provedores privados de saúde nos EUA, sendo 10,5 milhões (23%) residentes sem documentação para viver no país (HOEFER; RYTINA; BRYAN, 2008; DU BARD, 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 os custos são divididos entre os governos federal e estaduais. Em 1996, como parte da reforma previdenciária, o *Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act* (PRWORA) reduziu o acesso dos imigrantes ao *Medicaid* atrasando a concessão dos benefícios federais para depois de cinco anos de obtenção do *Green Card*, ao mesmo tempo que negou quaisquer benefícios para os não-documentados e os residentes não permanentes (FOOTRACER, 2009; OKIE S., 2007).

Entretanto, os cuidados de emergência médica são tratados de forma diferente. Existe uma lei de 1985, *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act* (EMTALA) que assegura tratamento médico de emergência para qualquer pessoa que entra em um hospital. Independentemente, da capacidade de arcar com as despesas hospitalares todo paciente deverá ser examinado e receber os cuidados necessários para o seu restabelecimento, ou, ser

transferido para outro serviço hospitalar assim que alcance um quadro clínico estável. A *Emergency 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.

O exposto acima faz que os imigrantes e os cidadãos norte-americanos utilizem os serviços de saúde de maneira diferente. A maioria dos cuidados de saúde dispensados aos imigrantes não-documentados é por meio de serviços de emergência, enquanto os cuidados restantes são obtidos por meio de clínicas e centros comunitários de saúde. (DU BARD, MASSING, 2007; OKIE, 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 com a 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 que os cidadãos norte-americanos;
- A segunda é que o processo de migração em si, especialmente nos casos de pessoas que entram sem documentação, pode resultar num fator seletivo positivo para a saúde, uma vez que os menos saudáveis são incapazes de fazer as penosas jornadas de imigração;
- Uma terceira possibilidade é que muitos imigrantes, especialmente os não-documentados, evitam procurar 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 terem acesso aos serviços de emergência hospitalar, uma vez que a assistência ambulatorial é inacessível para a maior parte da população imigrante.

Com base nas informações recolhidas nos trabalhos dos pesquisadores acerca do tema *immigration and health in the US*, a associação entre a falta de seguro de saúde e o *status* 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 (FOOTRACER, 2009; LEIGHTON, 2009; HOEFER, RYTINA, BRYAN, 2008; DU BARD, MASSING, 2007; OKIE, 2007; GOLDMAN; SMITH, SOOD, 2006; MOHANTY *et al.*, 2005).

Como o presente estudo, entre outras questões, pretende caracterizar o acesso e a utilização de serviços de saúde por parte do imigrante de Governador Valadares – Minas Gerais (MG) – nos EUA, é importante esclarecer desde já que parte dos cidadãos dessa cidade mineira constituiu a primeira rede social migratória internacional de brasileiros. A diáspora de valadarenses que ocorre há mais de duas décadas não foi estimulada por nenhum programa 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 valadarense 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. Esta discrepância é decorrente, principalmente, do método adotado por cada pesquisador para calcular o número de emigrantes da cidade. Menos controverso é o achado de Sales (1999), que ao analisar o fluxo migratório valadarense no período de 1985-1989, detectou que 86% dos emigrantes da localidade se dirigiram para os EUA, sendo quase a metade para o Estado de Massachusetts.

Mas essa rede migratória social tem registros datados desde os anos de 1960, e diversas causas para esse fenômeno já foram apontadas por estudos da área de sociologia. Alguns atribuem à presença de empresas norte-americanas exploradoras de um tipo de minério, denominado mica, que era utilizado como componente para a fabricação de rádios transmissores na época da Segunda Guerra. Além disso, a reforma da estrada de ferro EFVM, da Companhia Vale do Rio Doce, também foi realizada por uma empresa norte-americana.

Nesse mesmo período, financiado pelo governo norte-americano, foi construída na cidade uma das unidades do Sesp (Serviço Especial de Saúde Pública), com a finalidade de tratamento da malária, que era epidêmica na região (ASSIS, 2002).

O emigrante valadarense mantém estreitos laços com o local de origem, o que, entre outras manifestações, evidencia-se pela procura de tratamentos de saúde em Governador Valadares. Por sua vez, as atividades da rede privada de saúde deste município sugerem a presença de uma demanda superior às necessidades da população residente, dada a grande oferta de tratamentos de diversas especialidades médicas, odontológicas e de outras áreas profissionais de saúde.

Portanto, a presente dissertação tem como ideia central explorar as necessidades, demanda, a utilização e os gastos em saúde por parte do emigrante de Governador Valadares–MG, Brasil. Para tanto realizou pesquisas documentais e entrevistas com atores-chave a respeito da utilização e dos gastos dos imigrantes valadarenses e seus dependentes com saúde nos EUA e na cidade mineira.

Esse estudo é composto da seguinte forma: neste primeiro capítulo de Introdução é delimitado o tema, definidas as perguntas e estabelecidos os objetivos da pesquisa; no capítulo 2 é apresentada uma revisão da literatura acerca dos perfis dos emigrantes valadarenses e de seus familiares, e a caracterização do acesso e da utilização de serviços de saúde no local de maior concentração do fluxo migratório mineiro nos EUA – a área metropolitana da cidade de Boston – e na cidade de origem no Brasil; o capítulo 3 – Método – descreve o tipo de pesquisa adotado, os critérios para a seleção das amostras e dos dados a respeito da utilização de serviços de saúde dos emigrantes e de seus familiares; além disso, traz os parâmetros para uma pesquisa documental na Vigilância Sanitária de Governador Valadares a respeito das datas de abertura dos serviços de saúde do município; o capítulo 4 – analisa as percepções do emigrante valadarense a respeito da sua utilização dos serviços de saúde nos EUA e na cidade mineira; no capítulo 5 é realizada uma análise da influência da demanda dos imigrantes e seus dependentes na oferta de serviços de saúde privados em Valadares. Por fim, são apresentadas as Conclusões e as Limitações do Estudo no Capítulo 6; e as Considerações Finais no Capítulo 7, as Referências e um Glossário dos termos e siglas utilizados nesta pesquisa.

1.1 Delimitação do Tema e Perguntas de Pesquisa

De acordo com Andersen (1995) e Donabedian (1973), o acesso é uma característica da oferta de serviços importante para explicação da utilização dos serviços de saúde. Esta, por sua vez, relaciona-se também com as necessidades em saúde expressas pela morbidade, pela gravidade e pela 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 o seu impacto na saúde e na satisfação do usuário não se explica apenas pelos determinantes do uso de serviços. A utilização de serviços depende de fatores predisponentes, das necessidades de saúde e de 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.

O atual contexto político e econômico existente nos EUA, que envolve o acesso e utilização de serviços de saúde pelos imigrantes, originou-se das reformas aprovadas pelo Congresso norte-americano na década de 1990 que visavam à contenção das despesas públicas por meio da redução do número de beneficiários de assistência social. Pode-se afirmar que, em boa parte, essas reformas basearam-se na informação de que pouco mais da metade dos benefícios para idosos no ano de 1995 foram concedidos a não-cidadãos (*COMMITTEE ON WAYS AND MEANS U.S. HOUSE OF REPRESENTATIVES*, 1996).

Esse conjunto de leis do ano de 1996, que incorporou mudanças políticas nos fundos públicos para o imigrante, teve como objetivo a redução dos gastos federais com as coberturas, previdenciária e de saúde, e denominou-se *Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act* (PRWORA).

O PRWORA introduziu várias reformas importantes restringindo a assistência pública para os imigrantes. Antes da sua implementação, estrangeiros ‘qualificados’ eram elegíveis para os mesmos benefícios federais que os cidadãos norte-americanos. O PRWORA fez uma distinção importante entre ‘qualificado’ e ‘não-qualificado’. O termo *qualificado estrangeiro* é utilizado como sinônimo de *imigrante legal* e designa um não-cidadão em uma das

seguintes categorias: (1) pessoas legalmente admitidas para residência permanente; (2) os beneficiários de asilo; (3) os refugiados; (4) estrangeiros em liberdade condicional nos EUA há pelo menos um ano; (5) pessoas retidas pela Imigração aguardando a deportação. O termo *não-qualificado estrangeiro* inclui os visitantes não-imigrantes em situação irregular e os imigrantes ilegais (COMMITTEE ON WAYS AND MEANS U.S. HOUSE OF REPRESENTATIVES, 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 do seu *Green Card*. Tanto antes como depois do PRWORA os benefícios para os estrangeiros *não-qualificados* permaneceram restritos a situações de emergência *Medicaid* (CASTEL *et al.*, 2003).

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).

Uma vez que os emigrantes mineiros estão inseridos nesse contexto, surge a primeira pergunta dessa pesquisa: **como são o acesso e a utilização de serviços de saúde nos EUA pelos emigrantes valadarenses?**

Pesquisadores descobriram que os gastos e a utilização dos serviços médicos dos imigrantes apresentaram custos médios *per capita* de, aproximadamente, a metade dos de um cidadão norte-americano (MOHANTY SA *et al.*, 2005). A análise dos dados de um inquérito de Los Angeles em 2000 verificou que os imigrantes comprometem uma pequena parte das despesas médicas, tanto pelo que representa o que o governo paga, como pelo total dos gastos em saúde. Esses achados, assim como de outros estudos, evidenciam que os imigrantes têm menos acesso a seguros de saúde e utilizam menos os serviços de saúde que os nativos (GOLDMAN; SMITH; SOOD, 2006).

Diante das restrições desse acesso, e consequentemente da utilização dos serviços, é possível supor que os indivíduos provenientes do fluxo migratório valadarense, quando retornam ou visitam a terra natal, utilizem os serviços locais de saúde. Como já salientado nesta introdução, parte da oferta de serviços em Governador Valadares parece mesmo destinar-se a atender a demanda da população emigrante. A associação das condições de restrição ao acesso nos EUA e a aparente oferta excedente da cidade mineira levam à segunda pergunta desse estudo: **as demandas em saúde dos emigrantes nos EUA e em Valadares são complementares?**

Desde a segunda metade da década de 90, com o declínio das atividades econômicas tradicionais de Governador Valadares, como a pecuária e a mineração, o setor de serviços passou a representar 70% do Produto Interno Bruto (PIB) municipal. Esta composição é resultado das atividades dos setores privados de educação e saúde e do comércio (MARTES; SOARES, 2006). A influência do emigrante no mercado imobiliário e a sua capacidade de empreender na cidade mineira foram analisadas, respectivamente, por Soares (1995) e Siqueira, S. (2006). Esta conectividade do emigrante valadarense com a terra natal leva à terceira pergunta: **qual a influência da demanda do emigrante e de seus familiares na oferta de serviços de saúde em Governador Valadares?**

1.2 Objetivos

- Explorar as necessidades de saúde, o acesso e a utilização de serviços de saúde pelos emigrantes valadarenses nos EUA e em Governador Valadares;
- Identificar os serviços de saúde norte-americanos mais utilizados pelos emigrantes valadarenses;
- Identificar os serviços de saúde valadarenses mais utilizados pelos emigrantes visitantes e retornados;
- Descrever as percepções dos emigrantes a respeito dos profissionais e serviços de saúde utilizados nos dois países;
- Analisar a influência da demanda do emigrante e de seus familiares na oferta de serviços em Governador Valadares.

2 O PERFIL DA REDE SOCIAL MIGRATÓRIA VALADARENSE

Antes de abordar as caracterizações dos perfis dos indivíduos dessa rede migratória é importante registrar que o número de imigrantes brasileiros que vivem nos EUA é incerto, uma vez que não existem registros oficiais que documentem tal processo migratório para o exterior. Esta afirmação é exemplificada pelos dados do censo norte-americano de 2000, que apontou a presença de 247.020 brasileiros, enquanto o Ministério das Relações Exteriores do Brasil estima que residam 800 mil brasileiros nos EUA (MARGOLIS, 2007).

Uma importante conclusão que essa discrepância suscita é a clandestinidade do fluxo migratório brasileiro para os EUA. As formas de entrada dos emigrantes valadarenses naquele país são o visto de turismo, a travessia pela fronteira com o México e por meio de passaportes falsos. De uma maneira ou de outra, a condição de imigrante indocumentado caracteriza o perfil desses indivíduos, o que cria muitas dificuldades para se obter uma amostra representativa dessa população, uma vez que não se sabe o tamanho dela. Por isso, os pesquisadores que abordam o fluxo migratório valadarense basearam-se em *surveys* para delinear o perfil dessa população.

Alguns dos dados obtidos nestas pesquisas serão apresentados a seguir e, pelos procedimentos metodológicos adotados, possuem uma limitação restrita a cada população pesquisada; entretanto, os resultados muitas vezes similares permitem caracterizar o emigrante valadarense.

Na literatura que trata do fluxo migratório da cidade mineira, os registros de saída de valadarenses começam no ano de 1967 e vão até o ano de 1997. Os pioneiros começaram a sair de Valadares nos anos 60 e 70, mas o movimento ganha impulso na primeira metade dos anos 80, e se transforma num movimento intenso e contínuo a partir da segunda metade da década de 80 (SALES, 1999). É importante registrar que em decorrência da estagnação econômica brasileira no período, a década 80 ficou conhecida como “os anos perdidos”. Em especial, a pesquisadora Tereza Sales detectou em suas pesquisas de campo o pico de expansão da migração local no período correspondente aos anos de 1987 a 1989, e, por isso, batizou-o de “triênio da desilusão”.

O conceito de Massey afirma que, à medida que as redes adensam-se, mais pessoas tornam-se interconectadas por um dado fluxo migratório, a migração passa de uma atividade de alto risco para uma atividade relativamente confiável, porque a qualidade e a quantidade de informação que os potenciais emigrantes recebem aumentam significativamente. Devido a esta série de elos dinâmicos e sempre em evolução, a imigração torna-se progressivamente mais provável, algo a que o autor refere-se como “causa circular e cumulativa” (MASSEY, 1990, p. 4).

Esta expansão dos privilégios das redes também ajuda a explicar como o perfil dos imigrantes brasileiros evoluiu de pioneiros de classes média e média-alta para o perfil atual, que consiste de indivíduos de classe média e média-baixa (SOARES, 2003; GOZA, 2004).

O dimensionamento do que representou esse fenômeno é exemplificado pelo trabalho de Fusco, (2000) que contabilizou o número absoluto de retornados e hierarquizou as localidades em função do impacto causado pelo volume de retorno na população total de cada localidade. Esse procedimento posicionou a cidade de São Paulo com seus 3.805 retornados no 35º lugar do *ranking*, enquanto que Governador Valadares, com somente 540 habitantes que voltaram dos Estados Unidos é elevada ao topo da lista.

Neste trabalho a respeito do caso Valadares, o pesquisador realizou uma pesquisa de campo em duas etapas na cidade mineira. Inicialmente, por meio de uma amostragem aleatória, selecionou domicílios onde pelo menos um integrante tivesse experiência migratória internacional. Na etapa seguinte, recolheu informações a respeito dos emigrantes nos domicílios selecionados. Dos 1.578 indivíduos que apareceram na pesquisa, 71,1% nunca emigraram para o exterior; 9,8% dos emigrantes que estiveram nos EUA foram classificados como retornados e 19,1%, como ausentes. A soma dos percentuais de retornados e ausentes correspondeu a 29% dos indivíduos (456) do total do universo representado pela amostra (FUSCO, 2000).

A composição de gênero dos 456 indivíduos que tiveram experiência migratória internacional era formada por 62% de homens e 38% de mulheres. No que se refere à idade dos componentes da amostra em suas primeiras experiências migratórias, constatou-se que 53,8% dos homens e 60,4% das mulheres ao emigrar tinham entre 20 e 29 anos. Na faixa etária dos

30 aos 39 anos, os emigrantes do gênero masculino correspondiam a 25,2 % da amostra, e as mulheres, a 24,3% do total; os homens de 40 a 49 anos representaram 8,3%, e as mulheres, 3,6%; acima dos 50 anos eram 2,6% e 2,4%, respectivamente (FUSCO, 2000). Esses dados evidenciam como a população valadarenses migrante era jovem, quando do início da intensificação do fluxo migratório para os EUA.

Nas análises acerca da composição de gênero das amostras do fluxo migratório, os pesquisadores identificam que os homens predominam nas primeiras viagens, de 67 a 86, até o período seguinte, de expansão do movimento, de 86 a 89. Este segundo estágio revela diferenças importantes nas tendências quanto ao sexo, enquanto o fluxo masculino começa a diminuir no início dos anos 90, o contingente feminino supera o masculino no final desta década. As mulheres entraram mais tarde no processo migratório, mas ocuparam seu lugar rapidamente (ASSIS, 2002; SALES, 1999; SCUDELER, 1999).

Siqueira, S. (2006) corrobora esse fato ao encontrar um percentual de mulheres (51,1%) ligeiramente superior ao de homens (49,1%) na pesquisa realizada em 2004.

Quanto à forma de ingresso no solo norte-americano, Siqueira, S. (2006) apontou que 52% dos indivíduos da 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 da sua amostra (58,7%) ser indocumentada.

Em geral, os estudos demonstram que a maior motivação para a emigração vem do fator financeiro, isto é, 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; SALES, 1999).

De fato, as funções ou ocupações disponíveis na primeira estada para os componentes da amostra selecionada por Scudeler (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 trabalhos diários, o que fica evidente nos dados de Siqueira, S. (2006), que relatou que 41% dos seus entrevistados trabalham de 11 a 19 horas por dia; e 33% 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, C. 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, decidem-se pelos EUA num momento posterior. O destino desses brasileiros em sua primeira viagem aos EUA são Massachusetts, 51,2%; Flórida, 15%; New Jersey, 14,5%; Nova Iorque, 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.

Alguns dos municípios que compõem a região metropolitana de Boston, como Somerville, Cambridge, Allston/Brighton e Framingham, além do bairro East Boston, abrigam comunidades de imigrantes brasileiros, muitos destes provenientes de Governador Valadares (SALES, 1999; MARTES, 1999). Esses núcleos facilitam a formação de laços sociais que permitem o ingresso de novos indivíduos, perceptível nos dados de Fusco (2000), que detectou que em suas primeiras viagens 56,1% dos emigrantes possuíam conexões familiares nos EUA; 23,2% relataram ter ligações com amigos e somente 19,8% não conheciam alguém no local de destino.

Outro ponto de convergência nos *surveys* é a escolaridade dos emigrantes de Valadares, que, na sua grande maioria, possuem o nível médio de educação (SIQUEIRA, S., 2006; SCUDELER, 1999). A exceção é a grande proporção de pessoas com nível superior de educação encontrada por Margolis (1994) entre os imigrantes brasileiros em Nova Iorque e por Sales (1999) em Massachusetts. Fusco (2000) detectou que apenas 7% dos imigrantes selecionados na sua amostra dominavam o idioma inglês, quando emigraram pela primeira vez para os EUA. Segundo o autor,

Essa característica do fluxo valadarense, que num primeiro momento poderia significar um grande obstáculo para o potencial migrante, revela outra dimensão das redes sociais. Através de relações mais estreitas no interior de uma comunidade de imigrantes e de um relacionamento contínuo com a cidade de origem, o migrante conta com pontos de apoio que um indivíduo fora dessa rede não teria. (FUSCO, 2000 p. 49)

É importante ressaltar que todos os trabalhos de campo detectaram uma queda brusca no número absoluto das primeiras saídas no ano 1990, mas nos anos subsequentes prevaleceu certa estabilidade do fluxo, porém não mais nos níveis do triênio da desilusão.

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%); cerca de 75% dos retornados passaram até seis anos nos EUA e 65% dos ausentes passaram sete anos ou mais naquele país (FUSCO, 2000).

Quanto aos salários dos imigrantes nos EUA, Siqueira, S. (2006) encontrou uma renda semanal mínima de trezentos dólares, contudo, a maioria recebe de quinhentos a mil dólares por semana (36,9%).

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, para outra realidade, que incluiu as mulheres e os indivíduos dos extratos inferiores da classe média da localidade.

2.1 Perfil dos Receptores de Remessas

O Brasil é o segundo maior receptor de remessas na América Latina e no Caribe, atrás apenas do México, tendo recebido aproximadamente US\$ 7,1 bilhões em remessas durante o ano de 2007 (LARTEY *et al.*, 2008). Segundo os relatos dos emigrantes entrevistados por Assis (2002), o dinheiro das remessas custeia as despesas domésticas no Brasil e a outra parte vai para a poupança. A administração do dinheiro geralmente fica a cargo das esposas ou dos pais.

Os trabalhos pioneiros acerca de imigração brasileira da pesquisadora norte-americana Maxime Margolis já detectavam nas agências de remessas de Nova Iorque que os mineiros residentes na cidade norte-americana são os que mais enviam dinheiro para o Brasil. “[...] cerca de 50% de todas as remessas para o Brasil vão para Governador Valadares e cidades vizinhas” (MARGOLIS, 1994, p. 164).

A influência das remessas de dinheiro do exterior para o mercado imobiliário de Valadares foi o tema da pesquisa de Soares (1995). De acordo com esse estudo, os emigrantes foram responsáveis, em Valadares, por 36% do total de transações realizadas com terrenos, casas, apartamentos e comércios, o que representa mais de 1/3 de todas as operações imobiliárias entre 1984 e 1993. O total aproximado de moeda estrangeira correspondente a essas aquisições foi da ordem de 154 milhões de dólares. Em outro trabalho, Soares (2007) enfatizou outros destinos das remessas de dinheiro dos imigrantes internacionais:

Em Valadares, as remessas não se dirigiram apenas ao mercado de imóveis, elas destinaram-se ao custeio de gastos domésticos, de planos de saúde de parentes que não migraram, de educação etc. (SOARES, 2007, p. 45)

De acordo com o estudo realizado pelo Fundo Multilateral de Investimentos (Fumin) do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) em 2004, há uma concentração geográfica das pessoas que receberam remessas no Brasil, sendo 58% na Região Sudeste, 39% na Região Sul e somente 3% no restante do país. Governador Valadares aparece como uma das cidades com grande concentração no recebimento de remessas. O perfil dos receptores brasileiros de remessas é predominantemente de mulheres (65%) de baixa escolaridade (35% com educação primária e 44%, secundária, somente 21% com educação universitária), oriundas de classes

econômicas que registram baixo ingresso de rendas (BENDIXEN & ASSOCIATES, 2004, *apud* SCHWEITZER, 2008).

Em termos etários, os receptores e receptoras de remessas são em sua maioria jovens, sendo que 52% têm até 35 anos e apenas 5% poderiam ser considerados como receptores na terceira idade. Entre os entrevistados, 60% apontaram que suas vidas melhoraram após terem começado a receber o dinheiro, enquanto que 40% apontaram que suas vidas permaneceram as mesmas. Em comparação com a distribuição de renda da sociedade brasileira, verificou-se que proporcionalmente há mais receptores de remessas nas classes C e D, o que pode ser um indício de ascensão social das famílias proporcionada pelo recebimento das remessas, ou então, que o fluxo migratório internacional concentra-se nos estratos intermediários da pirâmide social brasileira (BENDIXEN & ASSOCIATES, 2004, *apud* SCHWEITZER, 2008).

Outra pesquisa realizada com imigrantes brasileiros residentes em Boston (Massachusetts) e com receptores de remessas em Valadares no ano de 2004 estimou a periodicidade, o valor, a finalidade e o destino dessas remessas. Os resultados deste *survey* apontam que dos 78% dos emigrantes da amostra que enviaram em média U\$ 6.535,00 anuais para o Brasil, 14% são cidadãos valadarenses (MARTES; SOARES, 2006. p. 43-44).

2.2. Caracterização do Acesso e da Oferta em Saúde para o Imigrante nos EUA

Os dados que demonstram as relações entre os imigrantes e as suas despesas de saúde, sejam aquelas cobertas pelo Estado ou por seguros privados, são disponibilizadas pelo *Medical Expenditure Panel Survey* (MEPS). O MEPS é um levantamento dos civis não-institucionalizados nos EUA em uma população com sobreamostragem de hispânicos e de negros. Os dados desse *survey* incluem características demográficas, *status* dos indicadores de saúde, cobertura de seguros, a utilização de saúde e as despesas médicas. O inquérito administrado pela *Agency Healthcare Research and Quality* (AHRQ) realiza sobreposições nas quais novos respondentes são entrevistados cinco vezes durante um período de dois anos e meio (KU, 2009).

Embora os MEPS não indiquem o *status* de imigrante indocumentado, os seus dados permitem a definição de três categorias de status de imigração: a) imigrantes recentes, que estão nos Estados Unidos há menos de 10 anos; b) imigrantes estabelecidos, que estão nos Estados Unidos há 10 anos ou mais; e c) os cidadãos norte-americanos.

Ao analisar o MEPS de 2003, Ku (2009) concluiu que existem poucos motivos para crer que os EUA gastam “muito” em matéria de cuidados em saúde para os imigrantes. Segundo ele, os cuidados médicos utilizados pelos imigrantes, sejam recentes ou estabelecidos há mais tempo, são pequenos quando comparados com os montantes utilizados pelos nascidos nos EUA.

Essa conclusão é recorrente nos trabalhos a respeito do tema que frequentemente argumentam que os imigrantes comprometem uma pequena parte das despesas médicas nos EUA, tanto pelo que representa a cobertura do governo quanto nas despesas globais. O que até certo ponto parece óbvio, pois existem muitas restrições ao acesso à assistência em saúde subsidiado pelo setor público para os não-cidadãos naquele país; e os cuidados de saúde originados pelos seguros privados apresentam custos que são incompatíveis com os recursos financeiros desses indivíduos, que possuem rendimentos médios de aproximadamente 25% dos de nativos norte-americanos (MOHANTY, A.S *et al.*, 2005).

Entretanto, outros estudos levantam a hipótese de que os casos dos imigrantes documentados e indocumentados sem seguro de saúde ao permanecerem internados após a recuperação de um quadro agudo resultem em centenas de milhares de dólares em custos hospitalares. Isso ocorre porque os cuidados aos imigrantes não-segurados afetados pelo PRWORA, elegíveis apenas para o *Medicaid* de emergência, traduzir-se-ão em gastos *uncompensated*¹ gerados pela assistência gratuita e/ou por inadimplência (CASTEL *et al.* 2003).

¹ Gasto *uncompensated* 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 *uncompensated* é proveniente da assistência hospitalar para pacientes de baixa renda e desempregados. A quantidade de assistência *uncompensated* 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 *uncompensated*, menor será a transferência de dinheiro do *Medicaid*, o que aumenta os custos das despesas de cada Estado com a cobertura em saúde (HSIEH; CLEMENT; BAZZOLI, 2010).

A falta de cobertura para qualquer forma de cuidados médicos *post discharge*, como acompanhamento ambulatorial e transferências para cuidados domiciliares que constituem muitas vezes o padrão dominante de cuidados para condições crônicas ou incapacitantes, leva os hospitais a manter pacientes inelegíveis para o *Medicaid* nas instalações de cuidados agudos em um período maior do que o necessário (CASTEL *et al.* 2003).

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 & FIX, 1998).

O que parece incontestável é que, devido ao PRWORA, imigrantes, legais ou não, somente podem acessar o financiamento para cuidados não-emergenciais de saúde por meio de provedores de seguros de rede local. A qualidade do atendimento para esses imigrantes e a disponibilidade de serviços subsidiados variam amplamente de acordo com a distribuição regional dos provedores de rede de seguros e a gama de serviços oferecidos (CASTEL *et al.*, 2003).

Para além das discussões acerca dos gastos em saúde da população imigrante é 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 uma má política de saúde pública, pois, ao negar cuidados primários aos imigrantes, acabam por aumentar os custos de saúde para todos (OKIE, 2007).

A questão é exemplificada pela pesquisadora com as despesas provenientes do parto de mulheres imigrantes indocumentadas que possuem cobertura federal do *Medicaid* e do *EMTALA*, mas que não recebem cobertura pré-natal e nem planejamento familiar na maioria dos Estados norte-americanos. Na sua análise, essas restrições expõem parturientes e bebês a riscos desnecessários, o que por vezes leva o binômio materno-infantil a morbididades, muitas delas incapacitantes, e até mesmo ao óbito. Do ponto de vista financeiro, os gastos gerados pela falta de assistência pré-natal e a inexistência de um planejamento familiar para os imigrantes favorecem ao aumento dos custos globais em saúde e impedem o controle da

natalidade dessa população que apresenta um elevado grau de vulnerabilidade social, mesmo vivendo no país mais rico do mundo.

Além disso, Okie (2007) ressalta que os imigrantes, assim como os norte-americanos nativos, são vulneráveis a doenças crônicas e, eventualmente, ainda que indocumentados, tornar-se-ão hipertensos e diabéticos.

Como nos EUA cada unidade federativa possui a sua própria legislação, o que possibilita a criação de soluções regionais para as necessidades de saúde das populações residentes, este estudo descreverá os programas de saúde do Estado de Massachusetts e, especificamente, as redes de serviços de saúde da área metropolitana de Boston, onde, como já comentado, reside a maior parte dos emigrantes valadarenses nos EUA.

2.2.1. Programas de Saúde em Massachusetts

O Estado de Massachusetts possui 6.398.743 habitantes e a nona maior concentração relativa de imigrantes dos EUA (13,7%), sendo antecedido pelos Estados Califórnia (26,8%), Nova Iorque (21%), New Jersey (18,8%), Havaí (18,5%), Nevada (18%), Flórida (17,9%), Texas (15,1%) e Arizona (14,4%). O número de imigrantes indocumentados em Massachusetts é calculado em torno de 87.000 indivíduos. Quanto ao local de origem da população estrangeira, estima-se que 31,7% dos imigrantes residentes no Estado tenham nascido em países da América Latina. Segundo os dados acerca do crescimento econômico dos EUA, Massachusetts apresentou um crescimento de 2,6% na última década, valor inferior à média norte-americana, que foi de 3,4%. No Estado, 9,2% da população vive abaixo da linha da pobreza, sendo a população pobre composta preponderantemente por hispânicos e, em menor número, por afro-americanos².

Massachusetts teve um grande crescimento no início dos anos 80, quando atraiu a chegada de novos imigrantes, a ponto de alterar alguns aspectos do perfil demográfico do Estado.

² Ver: <http://www.statemaster.com>.

Ao lado da expansão econômica, houve um substancial aumento da oferta de trabalhos não-qualificados e de baixo custo, especialmente na aérea de serviços (MARTES, 1999).

Apesar de toda controvérsia existente nos EUA a respeito dos direitos do imigrante, a legislação do Estado de Massachusetts favorece a cobertura de assistência à saúde para toda população residente. Para alcançar essa condição, implantou mudanças radicais no setor de seguros de saúde. Se, por um lado, esse conjunto de leis denominado *Massachusetts Health Reform Act*, de 2006 (MHRA), impôs penalidades tributárias para os que possuem renda compatível com a cobertura de seguros de saúde privados e não os compram; por outro estabeleceu normas e critérios que visam propiciar assistência à saúde a toda a população. Seguindo as diretrizes do MHRA, o Estado adaptou e/ou criou uma série de programas que atendem as especificidades dos diversos perfis dos seus residentes (BIANCHI, 2008).

Esses programas financiam planos de saúde, internações hospitalares, cuidados ambulatoriais, medicamentos, e possuem diferentes requisitos de elegibilidade. Todas as crianças de baixa renda e os não-cidadãos, incluindo aqueles em situação irregular, são elegíveis para algum tipo de seguro de saúde em Massachusetts. Os programas existentes são: *MassHealth*, *Commonwealth Care*, *Commonwealth Choice*, *Health Safety Net (Free Care)*, *Children's Medical Security Plan*, *Prescription Advantage*, *Medicare* e o *Special Health Care Programs* (MASS RESOURCES. ORG, 2009). Neste capítulo serão apresentados seis desses programas, justamente os que apresentam critérios de elegibilidades que permitem o acesso aos serviços de saúde e sua utilização pelos imigrantes em Massachusetts (ver Quadro 1).

2.2.1.1 *MassHealth*

O *MassHealth* é o mais abrangente programa de seguro de saúde pública para os residentes que possuem níveis baixo e médio de renda no Estado. Na prática, esse programa é uma combinação do *Medicaid* e do *State Children's Health Insurance Plan* (SCHIP). Para ser elegível para o *MassHealth*, o indivíduo deve ser residente em Massachusetts e cumprir determinados requisitos de elegibilidades gerais e financeiros. Pelo estatuto atual, o imigrante que possui o *Green Card* só tem direito a esse programa após cinco anos de aquisição do documento de registro de trabalho naquele país. Portanto, o acesso de grande parte da

população imigrante ao *MassHealth* é restrito para condições que caracterizam uma emergência médica, o que obviamente inclui cuidados obstétricos.

Esse programa possui oito tipos de cobertura com regras e elegibilidades diferentes. São eles:

a) O *MassHealth Standard* proporciona a mais ampla cobertura para mulheres grávidas, filhos até 19 anos de idade, pais com filhos menores de 19 anos, idosos e pessoas com deficiência; b) O *CommonHealth* permite um ajuste ao plano *Standard*, pois propicia cobertura completa para adultos e crianças deficientes com a idade até 18 anos, cujos rendimentos ultrapassam os limites da cobertura mais abrangente; c) Já o *MassHealth Family Assistance* também oferece uma ampla cobertura, só que é direcionado a crianças menores de 19 anos e pessoas com HIV que não são elegíveis para o *Standard* ou para o *CommonHealth*; d) O *MassHealth Basic* é um conjunto de benefícios de saúde e/ou assistenciais para os indivíduos de baixa renda referenciados pelo Departamento de Saúde Mental. A sua abrangência inclui os segurados que estão desempregados por longos períodos. Devido aos cortes do orçamento de Estado, os imigrantes com estatuto especial, isto é, os que dentre outras questões possuem visto de trabalho há mais de cinco anos, deixaram de ser elegíveis para esse programa em 2009; e) O *MassHealth Limited* oferece cobertura médica de emergência para os não-cidadãos, cujo status de imigração torna-os inelegíveis para outros programas *MassHealth*; f) Os *Medicare Buy-In Programs* pagam a totalidade ou parte das despesas com seguro saúde para beneficiários de baixa renda do *Medicare* (65 anos ou mais); g) O *MassHealth Prenatal* é direcionado a mulheres grávidas, mas proporciona uma assistência ambulatorial pré-natal de apenas 60 dias e não inclui o trabalho de parto. O acesso das imigrantes grávidas e indocumentadas aos cuidados de pré-natal é possível, uma vez que esse programa não apresenta um controle rigoroso; h) E, finalmente, o *MassHealth Essential*, que é direcionado à cobertura de saúde dos desempregados que não preenchem os requisitos de elegibilidade para o *Basic* (MASS RESOURCES. ORG, 2009).

2.2.1.2 Commonwealth Care

O *Commonwealth Care* é um programa estadual financiador de seguro de saúde para os residentes adultos, com níveis de renda de baixa a moderada, e que não se qualificam para o *MassHealth*. Os residentes elegíveis podem escolher entre vários planos de saúde oferecidos

pelas empresas de seguros privados de saúde. As taxas mensais são baseadas na renda, sendo a cobertura gratuita para os residentes de renda muito baixa. (MASS RESOURCES. ORG, 2009).

Os não-cidadãos (estrangeiros) com estatuto especial perderam a elegibilidade para o *Commonwealth Care* desde 1º. de setembro de 2009. Porém, um novo plano está sendo elaborado para atender as necessidades dos imigrantes. Esse novo plano – o *Celti Care* – será abrangente, mas não incluirá odontologia, oftalmologia, psiquiatria e cuidados especializados de enfermagem.

As condições de elegibilidade para o *Commonwealth Care* são: a) ter 19 anos de idade ou mais; b) estar segurado ou pagando os custos do prêmio total ou em um período de carência para a cobertura; c) não possuir a cobertura como dependente do plano de um membro da família; d) não ser elegível para *Medicare*, *MassHealth*, *TriCare*, *Unemployment Medical Security Plan* (seguro médico para desempregados), ou, possui *College Student Insurance* (seguro de estudante universitário); e) cumprir os limites de renda; e) se o atual empregador ou um membro da família não garantiu um seguro de saúde para o grupo nos últimos seis meses.

2.2.1.3 Health Safety Net Fund ou Free Care

Pode-se afirmar que a maior parte dos cuidados em saúde para o imigrante, incluindo os não-emergenciais, é proveniente do *Health Safety Net Fund* ou do *Free Care*, como é mais conhecido. Esse programa é destinado aos residentes de Massachusetts que não são elegíveis para o seguro de saúde ou não possuem condições de adquiri-los. O *Free Care* substituiu o *Uncompensated Care* desde 1º. de outubro de 2007. A meta dessa rede de segurança é certificar-se de que todos os residentes de Massachusetts obtenham cuidados de saúde, independentemente da renda ou da condição de não-cidadão (MASS RESOURCES. ORG, 2009).

Esse programa permite o acesso à cobertura de saúde a preços acessíveis mesmo para aqueles indivíduos que possuam seguro. Estão incluídas neste rol pessoas de toda renda com grandes despesas médicas que não possuem condições de pagá-las e os imigrantes, mesmo os

indocumentados. A cidadania ou status de imigração não afetará elegibilidade, a única exigência é ser residente de Massachusetts.

Para os moradores de baixa renda o *Free Care* paga pelos serviços médicos necessários em Centros Comunitários de Saúde de Massachusetts (CHCs) e em hospitais. Para serem cobertos, os serviços devem estar na lista de abrangência do *Standard MassHealth*. Dependendo da idade e da renda, a *Safety Net* cobre integral ou parcialmente os cuidados de saúde, além de ajudar as famílias dos pacientes.

Para obter os benefícios desse programa, as pessoas devem apresentar as candidaturas a um CHC ou para um hospital, ou podem enviar o pedido diretamente para *MassHealth*. Normalmente cada pessoa é aprovada pelo período de um ano, mas o *Free Care* pode ser renovado após o vencimento.

2.2.1.4 Medicare

Outro programa nacional que concede benefícios gratuitos para a população de baixa renda é o *Medicare*, cujo objetivo primordial é a cobertura de seguro saúde para pessoas com 65 anos ou mais. No entanto, os portadores de deficiência e os pacientes no estágio final da doença renal também têm direito aos cuidados e benefícios do programa, mesmo que as idades desses indivíduos sejam inferiores aos 65 anos. Entretanto, o *Medicare* propicia uma cobertura básica, isto é, não cobre todas as despesas médicas e os cuidados de longa duração. Um ponto importante é que os rendimentos e os bens do segurado não afetam a sua elegibilidade. Com base nas características dos perfis de cobertura e na faixa etária predominante no fluxo migratório da cidade mineira em Boston, pode-se presumir que poucos imigrantes valadarenses acessam serviços de saúde por esse programa (MASS RESOURCES. ORG, 2009).

2.2.1.5 *Children's Medical Security Plan*

Programa de seguro básico de saúde oferecido pela Secretaria Executiva de Saúde e Serviços Humanos de Massachusetts para crianças e adolescentes com idade inferior a 19 anos. Para ser elegível para o *Children's Medical Security Plan* (CMSP), uma criança deve ser menor de 19 anos de idade e residente de Massachusetts. As crianças não-elegíveis para esses serviços por meio do *MassHealth* terão cobertura para assistência médica e odontológica básica. A elegibilidade não depende de renda ou do status de imigração. Abrange assistência preventiva e não-preventiva ambulatorial, serviços odontológicos, planejamento familiar e prescrição de medicamentos. Não abrange internações. Dependendo da renda, algumas famílias pagam um prêmio mensal para cobertura da CMSP, enquanto outros não pagam prêmio. A maioria dos serviços exige um pequeno copagamento. Alguns CCS e hospitais são fornecedores de rede CMSP.

2.2.1.6 *Prescription Advantage*

Plano de seguro de medicamentos para idosos e deficientes residentes em Massachusetts. Para as pessoas em *Medicare*, o *Prescription Advantage* ajuda a pagar os custos das prescrições médicas, os não beneficiários do *Medicare* recebem do programa a cobertura dos medicamentos prescritos em atendimentos ambulatoriais. Para ser elegível para *Prescription Advantage*, o indivíduo deve ter 65 anos ou mais, ou ser deficiente, mesmo com idade inferior a 65 anos, cumprir os requisitos mínimos de renda e de emprego e ser residente de Massachusetts. Não pode participar desse programa um indivíduo que recebe os benefícios de prescrições de medicamentos por meio do *MassHealth*. O status de imigração e as condições atuais de saúde não afetam a elegibilidade. O montante do copagamento e da franquia depende da renda familiar do beneficiário.

O Quadro 1, a seguir, resume os programas apresentados:

Programas de Saúde	CrITÉrios de Elegibilidade para o Imigrante	Tipo de Cobertura	Natureza do Programa	Perfil do Segurado
MassHealth Standard	Após 5 anos de <i>Green Card</i>	Integral	Seguro Público Federal	Grávidas, filhos com até 19 anos, pais de filhos com até 19 anos, idosos e deficientes.
CommonHealth	Após 5 anos de <i>Green Card</i>	Integral	Seguro Público Federal	Indivíduos não-elegíveis para o <i>Standard</i> (renda superior ao teto)
MassHealth Family Assistance	Após 5 anos de <i>Green Card</i>	Integral	Seguro Público Federal	Menores de 19 anos e portadores de HIV
MassHealth Basic	O imigrante com estatuto especial perdeu elegibilidade em 2009	Benefícios de saúde e/ou assistenciais	Seguro Público Federal	Doentes mentais e desempregados.
MassHealth Limited	Imigrantes com estatuto especial perderam o Acesso em: 2009	Cobertura médica de emergência	Seguro Público Federal	Imigrantes inelegíveis para outros programas <i>MassHealth</i>
Medicare Buy-In Programs	Após 5 anos de <i>Green Card</i>	A totalidade ou parte das despesas com seguro saúde <i>Medicare</i>	Seguro Público Federal	Beneficiários de baixa renda do <i>Medicare</i>
MassHealth Prenatal	É possível o acesso das imigrantes grávidas	Assistência ambulatorial pré-natal por 60 dias; não inclui o trabalho de parto	Seguro Público Federal	Mulheres grávidas (inclusive imigrantes indocumentadas)
MassHealth Essential	Após 5 anos de <i>Green Card</i>	Apenas cobertura de saúde	Seguro Público Federal	Desempregados não elegíveis para o <i>Basic</i>
Commonwealth Care	O imigrante com estatuto especial deixou de ser elegível em 2009	Integral	Seguro Público Estadual/não governamental	Adultos de baixa/média renda não-elegíveis para o <i>MassHealth</i> ..
Health Safety Net (Free Care)	O status de imigração não afetará elegibilidade, a única exigência é ser residente no Estado	Integral	Seguro Público Estadual/não governamental	Indivíduos que não possuem seguro e/ou necessitam de tratamentos caros
Medicare	Após 5 anos de <i>Green Card</i>	Básica	Seguro Público Federal	Pessoas com 65 anos ou mais.
Children's Medical Security	O status de imigração não afetará elegibilidade, a única exigência é ser residente no Estado	Integral	Seguro Público Estadual	Todas as crianças e adolescentes abaixo de 19 anos
Prescription Advantage	O status de imigração não afetará elegibilidade, mas a concessão de benefícios para os segurados <i>Medicare</i> é mais ampla	Plano de Seguros para medicamentos	Seguro Público Estadual	Idosos e deficientes físicos com ou sem cobertura <i>Medicare</i> residentes em Massachusetts

Quadro 1: Programas de Saúde de Massachusetts

Fonte: Elaboração própria (MASSRESOURCES. ORG, 2009).

2.2.2 Redes de Prestadores da *Boston Area*

Boston, uma das cidades mais antigas dos EUA, é a capital e maior cidade do Estado de Massachusetts. Boston é também a âncora de uma área substancialmente maior chamada Grande Boston, onde vivem 5,8 milhões de pessoas, constituindo-se a principal região metropolitana da Nova Inglaterra. Diferentemente da maioria das cidades norte-americanas, em que há concentração de grupos étnicos, em Boston não há predominância de um único grupo étnico³. A área metropolitana de Boston comporta um centro regional de redes de assistência em saúde que interliga organizações e pessoas por meio de conjuntos de relacionamentos hierárquicos. A cobertura dessa rede é universal e engloba recursos dos âmbitos federal, estadual e local.

As Redes de Saúde de Boston são formadas pelos, a) consumidores – o que inclui toda a população sem nenhum tipo de restrição; b) prestadores – hospitais, clínicas, médicos, escolas médicas e outros estabelecimentos de saúde; c) fontes pagadoras – programas e planos de saúde, públicos e privados. (ver Figura 1)

A abrangência dessas redes assistenciais engloba: a) o Programa *Boston-area healthcare*, b) as redes de prestadores de *Boston-area Medical Net*, c) os *Partners* (LIPNACK;STAMPS, 2008).

Cada rede de prestadores, como hospitais ou escolas de medicina, possui suas próprias estruturas com categorias hierárquicas, bem como interdependência com outras instituições afiliadas. Essas redes interdependentes relacionam-se por meio de elos em cada contexto específico e por meio de ligações cruzadas. Por exemplo, o *Partners Healthcare System* apresenta uma estrutura complexa e com alto nível de capilaridade constituída, principalmente, por hospitais e organizações médicas. Esse sistema é formado pelas seguintes instituições: a) A *Harvard Medical School* é responsável pela realização de pesquisas primárias e é conectada a médicos e hospitais; b) Os *Hospitals Partners* são as instituições centrais do sistema médico; c) As *Physician Organizations*, onde os médicos membros são interligados a serviços específicos; d) O *Medical Specialties Partners*, que são organizações

³ Ver: <http://www.statemaster.com>.

formadas a partir do conjunto das atividades clínicas e/ou acadêmicas de profissionais em suas respectivas especialidades (STAMPS; LIPNACK, 2008).

Quanto às redes de organizações médicas, os *Partners Community Healthcare, Incorporate* (PCHI) possui a maior estrutura. Essa rede de distribuição de serviços médico-hospitalares possui seis mil médicos e atende a 1,5 milhões de pacientes. A rede PCHI está organizada em *Regional Service Organizations* (RSOs), que variam muito em tamanho e estrutura, vão desde uma pequena estrutura de 14 médicos até uma organização com mais de 250 médicos de cuidados primários em um centro médico acadêmico. Neles os médicos coordenam os cuidados de saúde para seus pacientes, e os órgãos administrativos são os responsáveis pela gestão de riscos financeiros, pelos contratos de atenção gerenciada, por incentivos de desempenho, e ainda representam o RSO nos órgãos de decisão do PCHI (STAMPS; LIPNACK, 2008).

Para desenvolver e apoiar essa rede de distribuição de serviços médicos e hospitalares, a PCHI estabelece a *Management Services Organization* (MSO) que fornece os profissionais de saúde, serviços de gestão, programas de melhoria da qualidade, análise de dados, sistemas de informação e conhecimentos financeiros (STAMPS; LIPNACK, 2008).

Já o funcionamento da modalidade organizacional *Partners* origina-se das atividades clínicas e/ou de ensino exercidas por um dado especialista que ocupa uma posição de liderança em instituições na área metropolitana de Boston.

Dessa maneira, ele pode ser o responsável por um serviço de determinada especialidade em um grande hospital, atuar secundariamente em outro, integrar um MSO, e ainda ser o professor titular de uma disciplina da sua área de formação específica em uma das escolas de medicina de Boston. Portanto, uma rede *Partner* é formada pelo conjunto de atividades, profissionais e de instituições relacionados à atuação de um especialista. (STAMPS; LIPNACK, 2008).

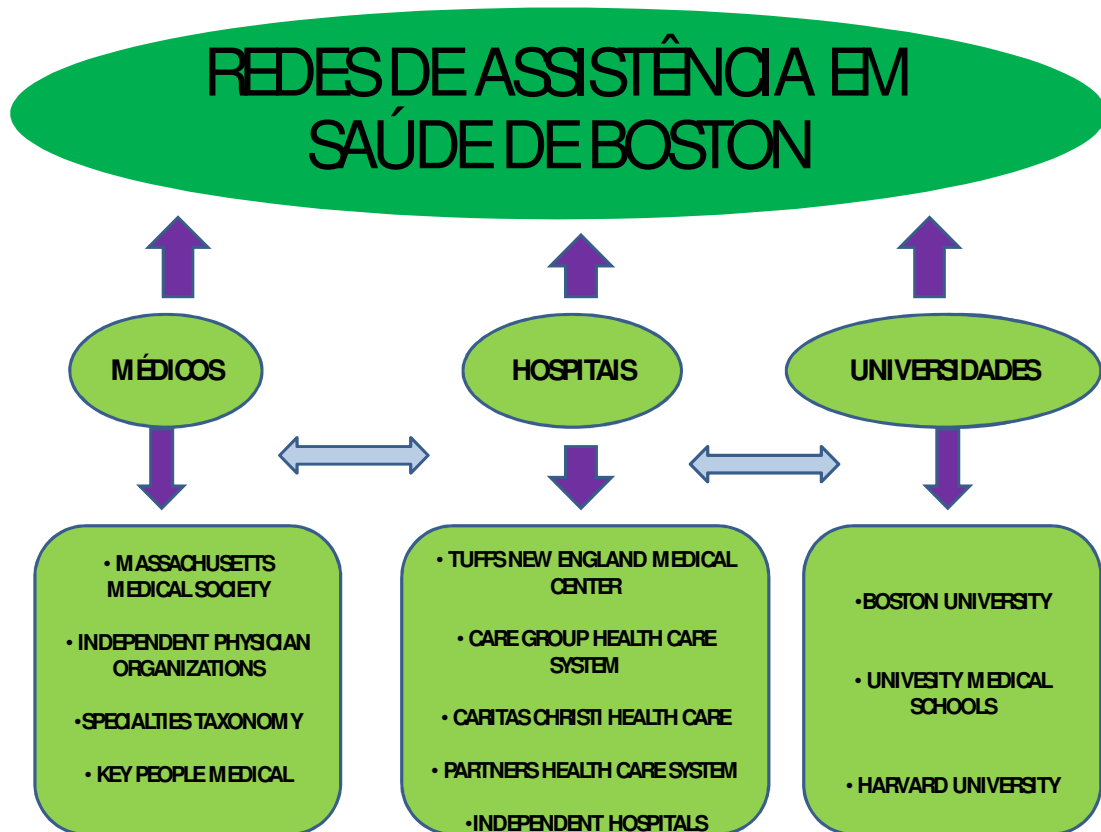


Figura 1: Redes de Assistência em Saúde de Boston
Fonte: Adaptado de Stamps e Lipnack, 2008.

2.3 Caracterização do Sistema de Saúde Valadarense

Governador Valadares é um município de médio porte de Minas Gerais, com população de 261.981 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE, 2007). A cidade foi fundada em 1938 e está situada no leste do Estado, no entroncamento de três rodovias e uma ferrovia, e possui como principais atividades econômicas as de educação e saúde do setor de serviços, o comércio, a agropecuária, as indústrias moveleiras e a lapidação e o comércio de gemas.

Segundo a Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais do IBGE, 2006, o Produto Interno Bruto (PIB) valadarense nesse ano foi composto pelos seguintes valores adicionados: na agropecuária – 27.693 reais; na indústria – 326.877 reais; no serviço – 1.646.095 reais; nos impostos – 234.806 reais; o que resultou no PIB a preço de mercado corrente – 2.235.471 reais.

Para o ano de 2005, as receitas orçamentárias realizadas foram de 258.886.315,00, já as despesas orçamentárias realizadas foram de 252.188.632,00. As receitas orçamentárias realizadas (tributárias) foram de 31.215.147,00, provenientes do Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial (IPTU) 8.725.250,00 e do Imposto Sobre Serviços (ISS), de 14.274.471,00 (IBGE, 2007).

Em 1991, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal do Brasil era 0,696. O município de Governador Valadares (MG) apresentava um valor de 0,717. Em termos de população, 0 (0,0%) pessoas viviam em municípios com um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal entre 0,200 e 0,350; 0 (0,0%) entre 0,350 e 0,500; 151.983 (39,7%) entre 0,500 e 0,650; 230.524 (60,3%) entre 0,650 e 0,800; e 0 (0,0%) entre 0,800 e 1,000 (IBGE, 1991).

Já em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal do Brasil era 0,766, e o de Governador Valadares era 0,772. Em termos de população, 0 (0,0%) pessoa vivia em municípios com um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal entre 0,200 e 0,350; 0 (0,0%) entre 0,350 e 0,500; 21.171 (5,3%) entre 0,500 e 0,650; 375.889; (94,7%) entre 0,650 e 0,800; e 0 (0,0%) entre 0,800 e 1,000 (IBGE, 2000).

Em 1991, a Renda *per capita* do Brasil era 230,30 e o município de Governador Valadares apresentava um valor de 212,89; já em 2000, a Renda *per capita* do Brasil era 297,23 e a de Valadares obteve o valor de 309,18 (IBGE, 1991 e 2000).

2.3.1 Sistema Público de Saúde

Governador Valadares é uma das 18 cidades-polo, do Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais (PDR/MG), que divide o Estado em 13 macrorregiões sanitárias. Em conjunto com a cidade de Ipatinga sedia a macrorregião Leste que possui 1.464.287 habitantes em 85 municípios (PDR/MG, 2009).

A baixa capacidade de organização dos municípios vizinhos faz que o sistema de saúde local enfrente uma enorme sobrecarga da demanda regional nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde (RIBEIRO *et al.*, 2008).

Até 1998, o município apresentava uma rede básica de saúde ineficiente, sem delimitação dos distritos sanitários, com insuficiência de unidades de saúde para atender a demanda, baixa resolutividade, alto índice de insatisfação dos usuários e o sistema de referência com poucas especialidades, além de pouco investimento na capacitação de recursos humanos em saúde.

Após 1998, optou pela inversão do modelo assistencial por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de descentralizar e desconcentrar a assistência; facilitar/ampliar o acesso para as comunidades em situação socioeconômica desfavorável e iniciar a organização de uma rede de saúde para as comunidades desprovidas ou pouco providas de equipamentos sociais públicos (RIBEIRO *et al.*, 2008)

Atualmente existem na cidade 35 Equipes de Saúde da Família (34 localizadas na zona urbana e uma na zona rural), quatro Programas de Agentes Comunitários de Saúde – Pacs (um na zona rural e três na zona urbana) e 22 Equipes de Saúde Bucal desenvolvendo atividades voltadas à melhoria das condições de saúde e de vida da população. Quando se afere a cobertura populacional, verifica-se que o Programa Saúde da Família (PSF) está cobrindo 38,29 % (100.040 habitantes) da população total e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 15,05% (39.344 habitantes).

As áreas onde foram e estão sendo implantadas as Equipes de Saúde da Família são escolhidas usando os critérios de dificuldade de acesso, taxa de morbimortalidade, baixa cobertura vacinal, situação socioeconômica e cobertura populacional por território.

A atenção secundária é realizada em nove unidades de referência e a terciária é composta pelo Hospital Municipal (com 194 leitos, sendo oito para Unidade de Terapia Intensiva – UTI – adulto e oito para UTI neonatal), quatro hospitais conveniados e cinco serviços de Socorro Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).

Existem também unidades organizativas de administração e de ações de saúde pública, incluindo um sistema de vigilância em saúde, controle, auditoria e avaliação que possui centrais de regulação/marcação.

Apesar da melhora na organização da oferta de serviços públicos de saúde no município, este não apresenta uma estrutura que atenda todas as necessidades da população. Essa condição fica evidente, quando observado que o número de leitos do Sistema Único de Saúde (SUS) por 1.000 habitantes do município (1,2) é inferior à média do Estado de Minas Gerais (1,7) e também das cidades vizinhas, como Ipatinga (1,7) e Teófilo Ottoni (2,0). (BRASIL, 2007).

Na verdade, nota-se um contraste expressivo entre duas realidades: por um lado uma rede pública, com as características comuns aos municípios do porte e da região de localização da cidade; e por outro uma grande oferta de serviços privados de diversas especialidades médicas e odontológicas, que constituem uma vigorosa rede privada composta por unidades bem equipadas de medicina diagnóstica e de tratamentos ambulatoriais. Constata-se que esse dinamismo não afetou os serviços hospitalares privados do local, pelo contrário, ao longo das últimas duas décadas, estes receberam um volume baixo de investimentos, e por isso são dependentes dos profissionais e serviços externos para a manutenção das suas atividades.

2.3.2 Serviços Privados de Saúde

Segundo os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), existem 458 unidades de serviços de saúde na cidade, sendo que três são de natureza estadual; 77, de administração municipal e 378, privados. Desse total, 243 são consultórios isolados; 109, clínicas especializadas/ambulatório de especialidade; 51 são centros de saúde/unidades básicas; 22, unidades de apoio a diagnose e terapia; cinco, hospitais gerais e dois, hospitais especializados (ver Tabela 1). Dos 549 leitos disponíveis, 369 são SUS e 180 'não-SUS'. (BRASIL, 2009).

A maior Operadora de Saúde – Unimed Governador Valadares Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. – possui 56.876 beneficiários, o que equivale a 26% da população local. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Índice de Desempenho da

Operadora (IDSS) está na faixa intermediária, o que corresponde às fontes pagadoras que pontuaram de 0,40 a 0,59 no *score* da agência reguladora (BRASIL, 2009).

Tabela 1 – Serviços de Saúde de Governador Valadares

Consultório isolado	243
Clínica especializada/ambulatório de especialidade	109
Centro de saúde/unidade básica	51
Unidade de apoio a diagnose e terapia (SAD isolado)	22
Posto de saúde	11
Hospital geral	7
Policlínica	5
Unidade móvel terrestre	2
Hospital especializado	2
Unidade móvel de nível pré-hospitalar urgência/emergência	1
Unidade de vigilância em saúde	1
Farmácia	1
Centro de regulação de serviço de saúde	1
Centro de atenção psicossocial	1
Centro de atenção hemoterapia e/ou hematologia	1
Total	458

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2009).

Como previsto nos objetivos, a presente pesquisa analisou a influência da demanda do emigrante e de seus familiares na oferta de serviços em Governador Valadares. Para tanto, realizou uma pesquisa documental na Vigilância Sanitária Municipal, quando toda a série histórica de abertura de hospitais, clínicas, laboratórios, consultórios médicos e odontológicos da cidade foram registradas. Uma vez que o dinamismo da rede privada em saúde será o objeto de estudo do Capítulo 5 desta dissertação, o autor optou neste tópico por apenas fornecer informações gerais recolhidas nos *sites* do CNES e da ANS.

3 MÉTODO

As formulações metodológicas para a construção de um estudo de caso propostas por Yin (2005) nortearam a concepção dos procedimentos de pesquisa utilizados neste trabalho de natureza qualitativa e exploratória.

3.1 Pesquisa Bibliográfica

Inicialmente, foram identificadas as seguintes palavras-chave ou temas para a realização da pesquisa: “migração brasileira”, “imigração brasileira”, “emigração brasileira”, “imigrantes Governador Valadares Estados Unidos”, “*brazilian migration*”, “*brazilian immigration*”, “redes sociais”, “*brazilian immigration United States*”, “*social networks*”, “*brazilian social networks*”, “*networks Governador Valadares*”, “remessas”, “remessas desenvolvimento”, “imigração saúde”, “remessas saúde”, “*remittances*”, “*remittances development*”, “*health immigration*”, “*immigration and health in US*”, “*economic effects migration home country*”.

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio de levantamento no acervo físico da biblioteca Karl A. Boedecker, da Fundação Getulio Vargas, incluindo o catálogo de dissertações e teses. Também foram consultadas as bibliotecas virtuais do Ministério da Saúde (BVS-MS), da British Library, da Universidade Estadual de Campinas, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Já as bases de dados utilizadas foram Ingente, EBSCO, SCIELO, Lilacs, entre outras. Ainda, foram realizadas pesquisas em *sites* específicos na internet: Universidade Vale do Rio Doce (Univale), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), *WORLD BANK* (WB), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Panamericana de Saúde (Opas).

3.2 Procedimentos de Pesquisa

O presente estudo adotou três linhas de investigação para atingir os objetivos propostos. A primeira relacionou a percepção dos emigrantes da amostra, acerca dos profissionais e dos serviços de saúde utilizados nos EUA e em Governador Valadares. A segunda concentrou-se na percepção dos profissionais de saúde selecionados a respeito das características da demanda do emigrante, assim como da sua influência na oferta de serviços de saúde em Valadares. A última, uma pesquisa documental na Vigilância Sanitária, contabilizou as aberturas anuais de serviços de saúde da localidade.

3.2.1 Acesso e Utilização de Serviços de Saúde pelo Emigrante nos EUA e em Valadares

Para a investigação das experiências dos emigrantes e de seus familiares nos serviços de saúde dos dois países foram realizadas 21 entrevistas com respondentes selecionados por meio da técnica *snowball*. Esta identifica inicialmente pessoas a serem entrevistadas, as quais indicam outras permitindo acessar grupos sociais impenetráveis tais como imigrantes ilegais, viciados em drogas, prostitutas, criminosos e portadores de doenças transmissíveis (ATKINSON; FLINT, 2001).

A técnica *snowball* 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).

Segundo Hendricks, Blanken e Adriaans (1992), a amostragem *snowball* oferece muitas vantagens práticas quando o objetivo de um estudo exploratório é, principalmente, qualitativo e descritivo e requer a realização de entrevistas.

A principal razão pela escolha da *snowball* para a identificação dos indivíduos dessa pesquisa deve-se à condição da clandestinidade de uma grande parte do fluxo migratório internacional valadarense; uma vez que o tamanho da população é desconhecido, torna-se muito difícil uma composição de uma amostra representativa.

A identificação dos primeiros entrevistados e do público-alvo contou com a colaboração da professora Sueli Siqueira, que lidera o grupo de pesquisa em imigração do Núcleo de Estudos Multidisciplinar sobre Desenvolvimento Regional (Neder), da Universidade Vale do Rio Doce (Univale), localizada na cidade mineira. Entretanto, como outros informantes foram selecionados pelo responsável por esta pesquisa é possível que haja algum viés de seleção positiva para indivíduos que utilizem os serviços de saúde de Governador Valadares.

O público-alvo foi categorizado em três grupos, cada um com sete entrevistados; o primeiro foi composto pelos emigrantes sazonais, isto é, os residentes fora do país que periodicamente visitam Valadares, aqui denominados – *visitantes*; o segundo, pelos que retornaram de um período de imigração – *retornados*; e o terceiro, pelos familiares receptores de remessas dos residentes no estrangeiro – *receptores*.

Na literatura a respeito do tema imigração, existem quatro categorizações para os emigrantes que retornam, porém, o presente trabalho considerou como *retornados* os indivíduos que voltaram a residir em Valadares após experiência(s) migratória(s) nos EUA, independentemente da sua condição legal ou de outros vínculos com pessoas, ou mesmo do desejo de voltar a viver no exterior (SIQUEIRA, S., 2006, p. 84-85).

Foram elaborados dois roteiros para as entrevistas, um direcionado aos *visitantes* e *retornados* e outro aos *receptores*. Todos os dois continham questões para o levantamento de informações a respeito das características dos perfis entrevistados, como gênero, idade atual e da primeira imigração, ano de retorno, periodicidade de visitas à GV, escolaridade atual e à época da primeira emigração.

O primeiro foi organizado de maneira a destacar, inicialmente, as percepções do emigrante sobre os profissionais, o acesso, a utilização e os gastos em saúde nos EUA; para tanto, foram elaboradas questões relacionadas aos seguintes aspectos: documentação na entrada, local de residência, profissões exercidas, documentação no retorno, utilização de serviços de saúde, a necessidade de internações hospitalares, a realização de exames diagnósticos e de cirurgias, a preexistência de doenças crônicas, a ocorrência de doenças relacionadas ao trabalho, a cobertura de planos de saúde, a natureza dos serviços utilizados, a estimativa dos valores

gastos com a utilização de serviços de saúde e a percepção de qualidade dos profissionais e dos serviços norte-americanos (ANEXO A).

Na sequência, as experiências dos *visitantes* e *retornados* com os profissionais e os serviços de saúde valadarenses foram investigadas com perguntas sobre as necessidades de internações hospitalares, a realização de exames diagnósticos e cirurgias, tratamentos odontológicos e estéticos, a preexistência de doenças crônicas, a cobertura de planos de saúde, a natureza dos serviços utilizados, a estimativa dos valores gastos com assistência em saúde e a percepção de qualidade dos profissionais e dos serviços valadarenses (ANEXO A).

Já o segundo roteiro relacionou o recebimento de remessas de dinheiro dos familiares residentes nos EUA com gastos nos serviços de saúde na cidade mineira. Assim, foram perguntados o número de anos, o parentesco com o responsável e a periodicidade de envio de remessas, a estimativa dos valores médios recebidos, os gastos com profissionais, serviços e planos de saúde, as necessidades de internações hospitalares, a realização de exames diagnósticos, de cirurgias, de tratamentos odontológicos e estéticos (ANEXO B).

As entrevistas foram gravadas, e o caráter, confidencial, anônimo e de uso restrito para fins científicos, foi devidamente esclarecido aos informantes que aceitaram participar do trabalho.

3.2.2 Demanda por serviços de Saúde em Governador Valadares, na percepção dos Profissionais Selecionados

Foi aplicado um questionário não-estruturado com oito perguntas (ANEXO C) a 16 profissionais da rede privada de saúde da localidade. A amostra foi composta por profissionais de diversas especializações médicas e odontológicas, selecionados pela posição de relevância dentro de cada uma de suas especialidades na região. Foi estabelecido como critério de inclusão um tempo mínimo de 15 anos de exercício profissional na cidade. Após o esclarecimento do propósito do trabalho e a entrevista, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento (ANEXO D).

3.2.3 Oferta de serviços de saúde em Governador Valadares no período de 1981 a 2007

Por saber que as informações contidas nas bases de dados secundários, como o CNES, não fornecem as datas de início das atividades dos serviços e ainda apresentam uma defasagem frente ao dinamismo da abertura de serviços de saúde na cidade mineira, o autor optou por coletar dados primários no órgão responsável pelos registros dos serviços de saúde na própria cidade. Dessa maneira, realizou-se um levantamento de dados na Vigilância Sanitária do município, que foi autorizado após solicitação do orientador desta pesquisa, Professor Álvaro Escrivão Jr., à Secretaria de Saúde do município.

O levantamento de todas as datas de início das atividades dos serviços de saúde privados da cidade foi realizado manualmente, e a coleta dos dados adotou a organização dos arquivos da Vigilância Sanitária da localidade, que realiza seus registros nas seguintes categorias: hospitais, clínicas, laboratórios de análises clínicas, consultórios médicos e odontológicos. Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados (Excel) no qual o número de cada processo, o nome do serviço, a natureza do serviço, público ou privado, e as datas do início do contrato social, do início do cadastro de contribuinte, do primeiro alvará de licença e localização, e do primeiro alvará sanitário ficaram registrados. Portanto, a pesquisa documental organizou um levantamento de dados acerca das aberturas de hospitais, clínicas, laboratórios, consultórios médicos e odontológicos do município.

Os registros obtidos no levantamento de dados na Vigilância Sanitária Municipal valadarense consideraram como data de abertura de serviços privados as datas constantes nos dados cadastrais de “contribuintes”, já que na maioria dos processos as datas do “primeiro alvará de licença e localização” e do “primeiro alvará sanitário” não correspondem às reais datas de início das atividades em saúde.

Porém, no que se refere aos hospitais, foi feita uma exceção, e as datas dos “contratos sociais” foram tomadas como referência para o início das atividades dessas instituições. Esta opção permitiu a inclusão dos registros dos hospitais públicos, cuja rede assistencial é mais representativa do que a da rede privada, o que poderá ser importante na análise comparativa das unidades de análises.

A coleta dos dados incluiu todos os registros disponíveis na Vigilância Sanitária valadarense, porém foi considerado na análise dos resultados somente o período correspondente à intensificação do fluxo migratório para exterior, isto é, a partir do início da década de 1980 até o ano de 2007.

4 CARACTERIZAÇÃO E PERCEPÇÕES DOS EMIGRANTES

4.1 Categorização dos Visitantes e Retornados

A amostra, composta por 14 emigrantes visitantes e retornados, foi formada por cinco homens e nove mulheres. Destes, seis possuem cinquenta anos ou mais, três estão na faixa etária entre 40-49 anos e outros três, com idades que vão de 30 a 39 anos, um possui 29 anos e o último tem apenas 16 anos. Este adolescente, filho da visitante 2, nasceu nos EUA (Tabela 2), e, apesar da nacionalidade dos pais, não aprendeu a Língua Portuguesa.

Ao imigrar pela primeira vez, nove desses indivíduos possuíam menos de 30 anos, três apresentavam idades próximas aos 40 anos e um tinha pouco mais de 50 anos de idade. Cinco respondentes disseram ter emigrado pela primeira vez na década de 80, três partiram nos anos 90 e quatro, na década atual.

A idade e o período da primeira emigração dos respondentes são semelhantes aos detectados por Fusco (2000). Acima de tudo, eles evidenciam a juventude dos indivíduos do fluxo migratório da cidade mineira em sua primeira jornada para o exterior, além de corroborar os anos da década de 80 como o pico da atividade migratória dos cidadãos valadarenses. Entretanto, o relato de uma visitante que emigrou para estudar em 1973 e quinze anos depois retornou aos EUA exemplifica a trajetória de uma pioneira dessa rede social migratória e vem ao encontro das opiniões de Soares (2003) e Goza (2004) acerca das características socioeconômicas dos indivíduos dos primórdios do movimento.

[...] Em 1973, eu tinha 26 anos [...], já tinha o curso universitário completo e fui para fazer um mestrado em ciências jurídicas acompanhando o marido que foi fazer PHd em economia rural na Universidade do Havaí [...]. Fiquei quatro anos e meio [...], em 1998 fui e fiquei [...]; tem onze anos que eu vou e volto, agora eu tenho *Green Card* pelo fato da minha filha ser americana e ter pedido reunião de família. (Visitante 1, 62 anos)

Devido às redes sociais estabelecidas nas duas décadas anteriores, os habitantes dessa região que viram na emigração para os EUA uma alternativa de fuga da crise brasileira nos anos 80 retornam à cidade natal por diferentes motivos, porém, a partir de meados de 2006 observa-se um retorno mais acentuado. São os fugitivos da crise atual dos EUA. (SIQUEIRA, S., 2009)

Na última década, seis dos sete retornados entrevistados voltaram para casa. Três retornaram entre 2000-2004 e outros três entre 2005-2009, e apenas um havia voltado no intervalo dos anos de 1995-1999 (ver Tabela 3).

Tabela 2 – Perfil dos Entrevistados Visitantes

Visitantes	Ano de Ida	Nº de anos de emigração	Idade atual	Idade na 1ª emigração	Local de residência
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

Fonte: Elaboração própria, com base nas informações das entrevistas com os emigrantes visitantes

Tabela 3 – Perfil dos Entrevistados Retornados

Retornados	Ano de Ida	Nº de anos de emigração	Idade atual	Idade na 1ª emigração	Local de residência
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

Fonte: Elaboração própria, com base nas informações das entrevistas com os emigrantes retornados

O fenômeno valadarense fez que famílias inteiras emigrassem. De acordo com Fusco (2000), muitos indivíduos elaboram seus planos de migração segundo uma estratégia familiar. O relato da Retornada 1 exemplifica a migração de todos os componentes de uma mesma família. Uma importante observação é que, após o retorno no ano de 2002, a Retornada 1 passa a ser receptora de remessas do marido e dos filhos, que permaneceram nos EUA. Esse fato demonstra a ambiguidade frente à opção de vida no local de origem ou no exterior

presente no pensamento e/ou no comportamento dos componentes da rede social valadarense. Assis (2002) ilustra essa dualidade por meio de um recurso linguístico muito presente nas falas dos emigrantes: “estar aqui, estar lá...”

[...] Eu morei uns 15 anos contando com idas e vindas, ficava um tempo e voltava de novo [...]; tenho três filhos nos EUA, dois foram em 1988, um foi junto comigo em 1986 [...], o mais novo já fez a cidadania e os outros dois têm a permanência de serviço mas não podem sair do país [...]. Em 2002 eu retornei e não voltei mais. (Retornada 1 e Receptora 6, 65 anos)

[...] Emigrei pela primeira vez para os EUA em 1986 [...], depois fiquei um ano e dez meses e me legalizei, fiz meu *Green Card* [...]; foram 14 anos entre idas e vindas [...], em 2000 eu vim embora definitivo [...], mas possuiu a cidadania americana. (Retornada 2, 44 anos)

Segundo Margolis (1994), o desejo dos migrantes brasileiros de voltar para casa é muito mais que um sonho, mesmo depois de se estabelecerem, formarem família ou até de possuírem um negócio ou trabalho que lhes proporcione boas condições de vida nos EUA, eles nunca deixam de falar em retorno ou de planejá-lo.

No que se refere à periodicidade de visitas à cidade de origem, quatro visitantes afirmaram vir a Valadares de dois em dois anos, e dois, anualmente; quanto aos retornados, dois afirmaram que vinham anualmente, três relataram que inexistia uma constância nas visitas e dois afirmaram nunca terem vindo a Valadares durante o período de emigração. Os relatos dos visitantes 5 e 2 traduzem os fortes vínculos dos emigrantes com o local de origem.

[...] Agora estou vindo com mais frequência [...], eu pretendo vir todo ano nas férias, e antes eu vinha de dois em dois anos. (Visitante 2, 50 anos).

[...] Sou residente nos EUA e venho aqui mais no período de férias [...], é igual agora, férias de verão, o trabalho estava pouco então eu [...], da outra vez eu fiquei dois meses, agora estou com intenção [...] esticar mais um pouco, três a quatro meses. (Visitante 5, 32 anos)

Como já foi comentado anteriormente, a principal motivação para emigração dos valadarenses é econômica, essa condição não parece priorizar a evolução na formação educacional. Contudo, Sales (1999, p. 215) afirma tratar-se de uma “população diferenciada positivamente em relação ao total da população brasileira em termos de nível educacional”.

No item “escolaridade atual”, oito entrevistados relataram ter cursado o ensino médio, quatro, o ensino superior, e três, apenas o ensino fundamental. Quando comparado com “escolaridade da primeira emigração”, constatou-se que um dos visitantes conseguiu avançar no nível educacional nos EUA, um retornado cursou o ensino superior e outro, o ensino médio após o regresso.

[...] Quando eu saí daqui eu estava na sexta série e dei continuidade aos meus estudos lá, terminei o 2º grau lá em Boston. (Visitante 4, 32 anos)

[...] No ano 2000 eu comecei a me propor o que eu vou fazer em Valadares [...], estou com intenção de fazer Educação Física, eu já pratiquei esportes, já dei aula [...], quando eu retornei fiz vestibular na Univale [...]. Daí agarrei com unhas e dentes e estou aí trabalhando na área. (Retornado 5, 41 anos)

De acordo com Soares (1995), as agências de turismo da cidade atuavam indiretamente para a continuidade do fluxo, sendo que a maioria delas abriu entre 1985 e 1989. Elas financiavam as passagens, possuíam conexão com redes de falsificação de vistos e passaportes, em síntese, forneciam toda a logística inerente aos processos que conduziam o potencial migrante aos EUA (MARTES, 1999).

Quanto à documentação na “primeira imigração”, nove entrevistados responderam que entraram nos EUA com visto de turismo, um, com visto de trabalho, um, com visto de estudante e dois não possuíam documentos. As histórias de vida dos emigrantes valadarenses costumam entrelaçar-se no exterior, como se pode observar no depoimento da visitante 2.

[...] Fui com visto de turismo há uns 25 anos atrás e aí fiquei [...]; casei lá [...], tinha namorado brasileiro que mora lá 30 e tantos anos, quase 40 [...], nos casamos [...], legalizei em função de que ele já era legal lá. (Visitante 2, 50 anos)

Segundo Siqueira, S. (2006), o sentimento dos emigrantes valadarenses é de sempre se considerarem estranhos nos EUA, mesmo para aqueles que conseguem legalizar-se ao adquirir o *Green Card* e ao obter a cidadania americana. Possuem poucos relacionamentos com os nativos, vivem em guetos, são poucos os que se integram totalmente à sociedade local.

A condição de documentação atual dos entrevistados é a seguinte: sete possuem *Green Card*, sendo seis visitantes e dois retornados, o visitante 3 e a retornada 2 adquiriram a cidadania americana; quatro retornados não portavam nenhum documento que legalizaria suas permanências nos EUA; e um havia sido deportado.

As percepções do retornado 6 a respeito da abordagem das autoridades norte-americanas durante a ação que culminou com a sua deportação refletem a consciência que este emigrante indocumentado possui acerca dos seus direitos individuais em solo norte-americano.

[...] A polícia normal bateu na minha casa, [...] um belo dia, era 5h da manhã [...], era o xerife [...]. Quando eu falei que eu não ia sair ele estava do lado de fora da casa, eles não entraram [...], passaram uns 20 minutos, chegou a imigração [...], me deram bom-dia, e, quando eu vi que era a imigração, eu assustei [...]; estavam na casa minha mãe, meu irmão e eu; perguntaram se podiam entrar e eu falei não, eles me falaram ‘você não arreda o pé nem para trás nem para frente nem para um lado nem para outro e não faça nenhuma ligação’ [...], mas eles continuaram do lado de fora, eles não entraram, por fim eu falei ‘podem entrar’ [...]. Procurou saber se eu tinha visto [...], eu falei ‘não’ [...], quando ele voltou já veio com uma folha, aí ele falou ‘você vai ser deportado’, eu perguntei ‘por quê?’, ele falou ‘você não tem visto, você veio pelo México’, eles sabiam tudo [...]. Depois perguntaram para minha mãe se ela tinha visto, ela disse que tinha [...]. Eles falaram ‘a senhora pode ficar sentadinha aí não precisa se preocupar, mas os seus filhos vão comigo’. Foi aí que a gente foi deportado. (Retornado 6, 29 anos)

Os quatorze entrevistados residem ou residiram nos seguintes Estados norte-americanos: Massachusetts (10), Connecticut (3), Flórida (2), New Jersey (2), Nova Iorque (1) e Havaí (1).

Martes (1999) aponta os locais prediletos dos brasileiros na Nova Inglaterra:

Massachusetts concentra o maior número de brasileiros residentes na Nova Inglaterra. Há seis locais de concentração do comércio de brasileiros nesse Estado: Cambridge, Allston-Brighton, Boston (especialmente East Boston), Somerville, Malborough e Framingham. Fora da área metropolitana de Boston há brasileiros em Cape Cod, famoso balneário do Estado. Connecticut é o segundo Estado com maior concentração de brasileiros, especialmente nas cidades de Hatford, Danbury, Bridge Port, Norwalk e Milford. Também há brasileiros nos Estados de Rhode Island (East Providence) e New Hampshire (Nashua). (MARTES, 1999, p. 64-65)

A concentração de valadarenses na região metropolitana da cidade de Boston também apareceu na amostra de visitantes do presente estudo. É interessante observar os relatos dos Retornados 3 e 6, que tentaram morar em outros Estados norte-americanos e acabaram por retornar para Massachusetts.

[...] Eu morei em Massachusetts, em Boston todo tempo, até fiz uma tentativa há uns dois anos atrás de viver na Flórida, em Fort Lauderdale, bem pertinho de Miami, mas pela diferença climática eu não me adaptei [...]. A Flórida é muito quente, quente e úmido [...]. Chega a ser mais úmido do que aqui em Valadares, então eu voltei para Boston. Preferia a neve e o frio, já estava acostumada. (Retornada 3, 60 anos)

[...] Quando eu cheguei, morei na cidade de Massachusetts, na cidade de Cape Cod [...], morei por dois anos e quatro meses, e chegou uma época (2004) que a imigração estava apertando muito [...]. Mudei para Kingston, em Nova Iorque [...]. Nessa cidade eu fiquei oito meses até amenizar a situação, aí eu retornei para a cidade onde eu estava e permaneci até eu vir embora. (Retornado 6, 29 anos)

De acordo com Fusco (2000), as funções ou ocupações disponíveis aos emigrantes são restritas. Em termos de setores de atividade, a maior parte das oportunidades de trabalho está no setor terciário. Juntos, os serviços de alimentação, hospedagem e trabalho doméstico representam três quartos do total das funções exercidas por esses indivíduos.

Dos emigrantes entrevistados, sete trabalharam no segmento de serviços; quatro, na construção civil; quatro, em limpeza e jardinagem; e dois eram estudantes. Mas existem aqueles que conseguem montar o seu próprio negócio, como no depoimento do Visitante 4; outros, como é muito comum, utilizam a mão-de-obra de outros emigrantes e na informalidade estruturam o seu próprio negócio, como é o caso da visitante 2.

[...] Fui para lá em abril de 1993, com visto de turismo [...]. Depois de um certo período que eu já estava lá, consegui me tornar residente do país através do meu trabalho [...]. Já faz uns dez anos que eu consegui minha residência nos EUA. [...] Moro numa cidade chamada Everett, na área de Boston [...] Atualmente eu tenho uma pequena empresa de construção civil lá com meu irmão e trabalho um pouco no restaurante também. (Visitante 4, 32 anos)

[...] Eu comecei um squad dentro de casa [...]; dá para ganhar mais dinheiro [...], a gente recebe pelas limpezas de casa [...]. Tenho as meninas que trabalham para mim, mas eu sempre vou com elas [...]. Lá você ganha bem, mas você não tem férias, nada pago [...], você declara o tanto de imposto que você quer declarar. (Visitante 2, 50 anos)

4.2 Categorização dos Receptores de Remessas

Os sete receptores de remessas entrevistados eram mulheres, sendo quatro na faixa etária entre 20 e 29 anos, duas, entre 50 e 59 anos e uma no intervalo de 40 e 49 anos.

A desagregação familiar é frequente e, segundo os profissionais de saúde entrevistados, constitui um importante fator gerador de problemas psicológicos nos indivíduos que emigram

e em seus familiares que permanecem na cidade. A seguir, a receptora 3 narra a suas percepções de filha de emigrantes.

[...] Meu pai mora nos EUA há vinte e três anos e minha mãe vai fazer dois anos agora em novembro [...]. Fomos juntas [...], aí eu voltei e ela ficou. Eu fiquei uns 20 dias, e ela já veio duas vezes e voltou nesses dois anos [...]. Agora ela veio em julho e volta em setembro [...]. No processo de legalização, meu pai ia e voltava. Vinha, ficava um mês. O máximo que ele ficou aqui foi uns três anos [...]. Ele trabalha há mais de quinze anos no mesmo serviço [...]. Ele que toma conta do *car wash*. (Receptora 3, 25 anos)

Cinco das entrevistadas recebem remessas há mais de cinco anos, uma recebe há pelo menos cinco anos e a outra recebe há menos de três anos. A periodicidade de envio de remessas é a seguinte: quatro mulheres recebem mensalmente; duas, a cada quatro ou seis meses; e, uma, de dois a três meses. Os responsáveis pelo envio são pais de três, filhos de duas e maridos de outras duas. De acordo com cinco respondentes, os valores médios recebidos estão na faixa que vão de US\$ 501 a 1000; as outras duas relataram receber de US\$ 201 a 500 e mais de US\$ 1000, respectivamente (ver Tabela 4). A seguir, nos depoimentos de três receptoras de remessas estão descritas as percepções da realidade de uma filha e de duas esposas que possuem pai e maridos residentes nos EUA, e os valores médios enviados.

[...] Ele manda na faixa de US\$ 1.200,00 por mês. (Receptora 1).

[...] Vai fazer seis anos que meu pai mora nos EUA [...]. Ele foi ilegal, com visto montado [...]. Nunca voltou; quando ele voltar vai ser de vez [...]. Às vezes num mês mandava US\$ 500,00, às vezes mandava US\$ 1000,00. No começo, quando ele foi, o dólar estava alto, mais de R\$ 3,00 [...]; aí depois, quando começou a baixar [...], ficou uns quatro meses sem emprego; agora que voltou a trabalhar.” (Receptora 4, 26 anos)

[...] Meu marido mora há 22 anos nos EUA, mas vem todo ano no Brasil [...]. Já vamos fazer dez anos de casados. Conheci ele, já estava lá [...]. Ele foi num barco escondido pelo México ainda naquela época, muito tempo atrás, quando as pessoas estavam começando a ir [...]. Trabalhou na cozinha, faxina fez de tudo até ele tirar a carteira lá. Já tem uns 16 anos que ele só trabalha com a carreta [...]. Hoje ele é cidadão americano [...], ele vai entrar com os papéis meus e do Mateus para a gente ir morar nos EUA.” (Receptora 5, 42 anos)

No grupo de receptoras, três possuem ensino superior, três, ensino médio, e uma, apenas o ensino fundamental.

Tabela 4 – Perfil dos Entrevistados Receptores de Remessas

Receptores	Idade	Parentesco remetente	Tempo de residência do remetente nos EUA	Ano da imigração do remetente
Receptor 1	21	Marido	4 anos	2004
Receptor 2	22	Padrasto e mãe	6 e 3 anos	2003 e 2006
Receptor 3	25	Pai e mãe	23 e 2 anos	1986 e 2007
Receptor 4	26	Pai	6 anos	2003
Receptor 5	42	Marido	22 anos	1987
Receptor 6	65	Marido e filhos	23 anos	1986
Receptor 7	66	Filhos	21 anos	1988

Fonte: Elaboração própria com base nas informações das entrevistas com os familiares receptores de emigrantes valadarenses

4.3 Considerações Acerca de Necessidades, Demanda, Acesso e Utilização de Serviços de Saúde pelos Emigrantes nos EUA

A análise do acesso e da utilização de serviços de saúde nos EUA pelo emigrante valadarenses 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.

Como já foi apresentado anteriormente, desde a segunda metade da década de 90, o acesso e a utilização dos serviços de saúde nos EUA subsidiados pelos programas de seguros públicos federais como o *Medicaid* e o *Medicare* foram alvo de políticas que culminaram com uma série de leis que restringiram drasticamente a assistência à saúde para uma boa parte da população, particularmente para os imigrantes residentes naquele país. O PRWORA reduziu o

acesso dos imigrantes a programas tais como *Medicaid*, deslocando a responsabilidade dos cuidados de saúde para os governos estaduais e municipais.

A partir do ano de 1996, somente os indivíduos documentados ao apresentarem quadros que caracterizam uma emergência médica passaram a ter acesso garantido pelos referidos programas nos hospitais conveniados. Existe ainda uma grande polêmica entre os órgãos de classe dos profissionais de saúde norte-americanos e os gestores do sistema público a respeito de quais condições caracterizam a *Emergency Medicaid*. Por exemplo, um quadro hemodinâmico descompensado não necessariamente qualifica um indivíduo para a condição de urgência médica até que este realmente venha a apresentar um infarto agudo do miocárdio ou um acidente vascular encefálico. As associações médicas e de outros profissionais de saúde têm uma posição contrária ao que preconiza a *Emergency Medicaid*, pois esta favorece a ocorrência de episódios que podem ser caracterizados como negligência de socorro médico, o que leva a processos judiciais, além de ir contra os princípios éticos das atividades profissionais de saúde.

É importante compreender que cada Estado norte-americano lida de maneira própria com as suas questões e que o PRWORA exige que os imigrantes aguardem cinco anos após a obtenção de residência legal permanente (um *Green Card*) para requerer os benefícios federais. Alguns Estados e municípios, como Illinois, Nova Iorque, o distrito de Colúmbia e certos municípios da Califórnia, utilizam os 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, Geórgia e Virgínia, aprovaram leis que tornaram ainda mais difícil para os não-cidadãos acessar os 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 aos seus 9.145.340⁴ de habitantes *foreign-born*, que correspondem a 26,8% do total da população, o acesso aos serviços de saúde no Estado. Tal alternativa, acrescida do fato de mais de dois milhões desses residentes serem indocumentados, foi a responsável,

⁴ Ver: <http://www.nationmaster.com>

segundo alguns pesquisadores, pela falência de diversos hospitais californianos (BORJAS, 2001; ZIMMERMANN & FIX, 1998).

O mesmo não aconteceu com o Texas, cuja população de *foreign-born* é de 3.148,62⁵ habitantes e cerca de 30% desses indivíduos são residentes ilegais. 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 ao retornar para o território norte-americano (HEYMAN; NÚÑES; TALAVERA, 2009).

Porém, existem outras realidades, isto ficou evidente nas narrativas dos emigrantes valadarenses entrevistados que se concentram no Estado de Massachusetts e em outras regiões da Nova Inglaterra. 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 80.

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 ilegais⁶. Não resta dúvida 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.

Sejam quais forem 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 MHRA, favorecem a uma 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.

⁵ Ver: <http://www.nationmaster.com>

⁶ http://www.statemaster.com/graph/peo_est_num_of_ill_imm-people-estimated-number-illegal-immigrants

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 para as crianças e os 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.

No que se refere às características dos emigrantes valadarenses, pode-se afirmar que a rede migratória da localidade para os EUA, após mais de duas décadas de intensa atividade, atingiu uma grande representatividade da população da cidade mineira, o que é evidenciado pela heterogeneidade dos seus componentes. Não existe um único perfil dos emigrantes valadarenses, assim como inexistem um padrão específico das suas necessidades e demandas em saúde; tampouco é estante a realidade que os estrangeiros vivenciam nos EUA. O que de fato acontece são diversificadas experiências, em distintas temporalidades, de diferentes indivíduos ao buscarem alternativas para as suas vidas em outro país.

De acordo com Sales (1999), a experiência do deslocamento no campo geográfico do emigrante, ao mesmo tempo que altera a sua própria realidade, promove reações que influenciarão as suas condições de vida tanto no local de origem como no exterior. Um exemplo é o PRWORA, que restringiu a concessão de benefícios na área previdenciária e de saúde para os imigrantes a partir do ano de 1996. Mesmo assim os valadarenses continuaram a partir em busca de uma nova vida. Este dinâmico processo inviabiliza uma compreensão linear do objeto desse estudo: as necessidades, o acesso e a utilização de serviços de saúde nos EUA e na cidade de origem pelos emigrantes valadarenses.

Contudo, 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 Nova Inglaterra, onde estão concentradas as maiores comunidades de emigrantes da cidade mineira nos EUA.

A idade da primeira emigração dos entrevistados valadarenses permite afirmar tratar-se na sua maioria de indivíduos que emigraram quando jovens, com vigor físico e disposição para enfrentar as condições de emigração e o trabalho nos EUA. As necessidades em saúde desses indivíduos, quando existentes, eram ou são contingências a serem resolvidas rapidamente, evitando assim uma interrupção dos seus projetos profissionais e de vida nos EUA. 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.

O acesso aos serviços de saúde pelos emigrantes valadarenses residentes 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. Mas, no ano de 2009, dois dos oito Programas *MassHealth* (*Basic* e o *Limited*) e o *Commonwealth Care* deixaram de ser elegíveis para os imigrantes documentados.

Já os entrevistados que são indocumentados utilizam os serviços de saúde do Estado por meio do *Health Safety Net* (*Free Care*). Mas seria um erro conceitual definir o programa *Free Care* como destinado exclusivamente à cobertura de necessidades de saúde da população de imigrantes residentes no Estado, apesar dos vários relatos dos emigrantes valadarenses que disseram acessar os serviços de saúde de Massachusetts. 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.

Como na realidade existe uma associação entre imigrantes indocumentados e baixa renda, o *Free Care* apresenta características operacionais que o aproximam da população de estrangeiros, como, por exemplo, a oferta de serviços de tradutores e de profissionais bilíngues. Mas é totalmente possível que um cidadão norte-americano desempregado ou que possua necessidades em saúde com custos muito elevados, e que não tenha sido contemplado por outros programas públicos, obtenha o acesso aos serviços de saúde via este programa. Portanto, se o *Free Care* não é destinado aos imigrantes, ele não os exclui, oferecendo cuidados até aos indocumentados.

4.3.1 Percepções dos Emigrantes a Respeito da Utilização de Serviços Saúde nos EUA

Algumas questões relacionadas às necessidades e ao acesso em: saúde evidenciam como, quando e onde se viabiliza a utilização dos serviços de saúde norte-americanos pelos emigrantes valadarenses. A princípio, as necessidades em saúde desses indivíduos são relacionadas a urgências médicas, como doenças do aparelho respiratório, e a ocorrência de episódios de traumatismo-ortopédicos, o que é denotado pelos relatos dos entrevistados que, na sua grande maioria, utilizaram mais de uma vez os serviços de saúde nos EUA (apenas o visitante 5 relatou nunca ter necessitado de cuidados em saúde naquele país).

Mas existem outras realidades no que se refere às necessidades em saúde dos entrevistados que optaram por ou necessitaram viver ou passar longos períodos nos EUA. Há relatos de utilização dos serviços de saúde pelos emigrantes valadarenses que vão desde cirurgias e cuidados obstétricos para o nascimento de seus filhos até tratamentos clínicos ambulatoriais como cardiologia, ortopedia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia e fisioterapia. A maior parte desta assistência ocorreu nos serviços de saúde da região metropolitana de Boston.

De acordo com Pereira (1995), a necessidade em saúde é uma noção instrumental utilizada no sentido de determinado indivíduo precisar de consumir cuidados para melhorar seu estado de saúde. O autor afirma que este conceito pode ser composto por três subcategorias: a necessidade sentida, identificada como tal pelos indivíduos; a necessidade expressa apresentada pela população aos serviços, frequentemente entendida como procura por cuidados; e a necessidade normativa tecnicamente definida e/ou identificada pelos profissionais de saúde. Nos registros das entrevistas com os informantes dessa pesquisa existem relatos de utilização de serviços de saúde para atender todas as três categorias de necessidades descritas por Pereira (1995). Nos depoimentos da visitante 6 e do retornado 6 aparecem a necessidade sentida e a expressa.

“[...] Eu caí na rua e machuquei o joelho; inchou muito [...]. Só procurei o 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 [...]. A 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)

As declarações do Retornado 6 remetem às condições de trabalho do emigrante nos EUA. Siqueira, C. E. e Lourenço (2006) destacam que, no Brasil, a legislação exige que os trabalhadores participem das Comissões Internas para Prevenção de Acidentes (Cipa), enquanto que a utilização de tecnologias mais sofisticadas é o fator gerador de menos riscos ao trabalhador nos EUA.

Segundo eles, há muitos brasileiros que trabalham no ramo de alimentação em restaurantes, lanchonetes e lojas de café; e outro grupo significativo trabalha com limpeza. Porém, o grupo mais afetado é o da construção civil, pois neste segmento ocorrem os acidentes mais graves. Devido à falta de proteção, ocorrem quedas de escadas, de telhados, que às vezes ocasionam até mortes. Há também gente que se expõe ao chumbo quando trabalha com pintura, principalmente ao descascar a pintura exterior. Existem ainda os trabalhadores que se acidentam com máquinas e equipamentos perigosos, como serras elétricas e máquinas de cortar, que não são necessariamente na construção civil (SIQUEIRA, C. E.; LOURENÇO, 2006).

Existem também declarações (como a da retornada 4) por meio das quais é possível perceber as dificuldades de adaptação ao novo ambiente, e, ao mesmo tempo, constatar as reações físicas e emocionais que levaram ao surgimento de doenças.

[...] Primeiro eu tive uma pneumonia [...]. No inverno as casas é muito quente^(sic) [...], tem aquecedor e água que mexe no chão, é tudo quente [...]. Quando você abre a porta, aquele vento vem de uma vez [...]. O chão lá, a maioria é de plástico, a gente lava com amônia e água quente; e depois disso eu já comecei a ter problema [...]. Eu tive problema de asma [...], desenvolvi alergia de gato [...], é outra realidade [...]: é cachorro, gato, tudo na casa, é um nojo [...]. Vi(m) embora [...], um dos motivos, e também porque eu dei “LER”. Por esforço repetitivo eu sentia muita dor no braço e também estava ficando muito estressada: era trabalho, menino, eu saía e ficava preocupada com minha filha. (Retornada 4, 39 anos)

O trabalho com produtos de limpeza à base de cloro e de amônia, que são substâncias ácidas, irrita as mucosas dos olhos, nariz e mãos, assim como as vias respiratórias superiores. Ao inalar e manipular esses produtos por longo tempo, muitas *housecleaneers* desenvolvem quadros de bronquite e asma química por causa da irritação nas vias aéreas e/ou apresentam lesões dermatológicas nas mãos. Existem casos de doenças originadas por movimentos

repetitivos, problemas do aparelho circulatório e pelas posições de execução das tarefas. Além disso, a realidade da vida distante dos familiares e amigos traz problemas psíquicos sérios, como a depressão (SIQUEIRA, C. E.; LOURENÇO, 2006).

Assis (2002) analisou cartas dos emigrantes e concluiu que os seus relatos sugeriram que o processo migratório desterritorializa os sujeitos, tirando-lhes as referências conhecidas.

Inicialmente a ‘América’ é a realização da utopia; entretanto, à medida que vivenciam a realidade, começa o desencanto. A ‘América’, enquanto terra de oportunidades, aparece árida, sem rede de relações, solitária, inóspita, e o emigrante se sente só. É no campo das relações sociais que este impacto transforma-se em tristeza e solidão: a ausência de vizinhos, amigos, a indiferença do povo americano. (ASSIS, 2002, p. 74-75)

As necessidades normativas são exemplificadas com os relatos da visitante 2 e os das retornadas 1 e 7 tanto para cuidados preventivos, como para tratamentos de doenças.

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

Quando possuem caráter de urgência médica, as necessidades dos emigrantes valadarenses foram direcionadas para os serviços de emergência hospitalar, independente da existência de cobertura pública ou privada, mas fica aqui o registro de Ku (2009), indicando que os imigrantes, particularmente os mais recentes, possuem uma menor utilização de serviços de emergência, além de menos visitas médicas ambulatoriais e internações hospitalares.

Este acesso restrito aos cuidados de saúde muda o foco de cuidados preventivos para tratamento de emergência e aumenta o nível de doença dentro das comunidades. Além disso, contribui para atrasos na detecção de doenças e acaba por acarretar diagnósticos em estágios mais avançados das patologias (FOOTRACER, 2009).

Mohanty *et al.* (2005), anteriormente mencionados no que se refere aos gastos dos imigrantes nos serviços de saúde, afirmam que os cidadãos norte-americanos gastam mais que o triplo nas emergências do que os residentes estrangeiros, embora a obrigatoriedade dos hospitais norte-americanos seja fornecer cuidados de urgência, sem primeiro perguntar a respeito de renda, seguro, ou cidadania. A única exceção se dá porque os filhos de imigrantes têm uma maior despesa *per capita* do que as crianças nativas, quando ajustados os dados como idade, etnia, nível de pobreza, cobertura federal e os relatos dos pacientes.

Os depoimentos dos entrevistados a seguir representam algumas das condições de acesso e de utilização dos serviços de saúde norte-americanos.

O retornado 6, imigrante clandestino, demonstra a sua indignação com altos custos de um hospital em Cape Cod, Massachusetts.

[...] Me levou para o hospital, fui bem atendido [...]. Depois começou a chegar as contas ^(sic) [...], contas absurdas, um valor muito alto [...]. A primeira foi US\$ 2.800,00 e, a segunda, US\$ 1.700,00 [...]. Paguei da melhor forma: parelei [...]. Pagava “X” por semana [...], vinha boleto bancário. (Retornado 6, 29 anos)

A retornada 1 narra como os contatos com a rede migratória propiciaram em diversas circunstâncias o acesso e a utilização dos serviços de saúde em Boston, incluindo as prescrições ambulatoriais de medicamentos.

[...] 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 fisioterapia por causa de uma hérnia de disco [...]. (Retornada 1, 65 anos)

Já a retornada 7 descreve como obteve acesso aos cuidados de alta complexidade para os seus dois filhos em Danbury, no Estado de Connecticut.

[...] Minha garota teve um acidente em 2003, caiu da escada [...]. Passou por uma cirurgia [...], no cotovelo colocou pinos [...], depois tirou os pinos. Ficava assim na faixa de US\$ 40.000,00 [...]. Fui atrás do State of Connecticut em Danbury [...], 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)

A importância da circulação de informações entre os componentes da rede social migratória valadarense nos EUA é notória nos depoimentos dos entrevistados. Esse mecanismo facilitador permite que mesmo aqueles indivíduos em situação clandestina tenham acesso aos serviços de saúde, até mesmo os de alta complexidade, que usualmente também são de alto custo.

Por fim, a visitante 6 relata como conseguiu desvencilhar-se do pagamento por um tratamento de emergência, também em Danbury.

[...] 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. Fala que não pode pagar, que estava sem trabalhar [...]. O hospital não mandou carta mais; eles mandam uma carta cobrando e não veio mais tem mais de um ano. (Visitante 6, 54 anos)

Já o acesso e a utilização dos serviços de saúde para cuidados ambulatoriais gratuitos geralmente são ofertados em clínicas públicas e em centros comunitários de saúde. Entretanto, mesmo nas cidades com grandes comunidades de imigrantes, o acesso aos cuidados de saúde nessas redes de serviços com uma longa história de cuidar dessa população é desigual (OKIE, 2007).

Ao que tudo indica, para os respondentes desta pesquisa, o acesso aos cuidados ambulatoriais parecem ser frequentemente possíveis. As colocações da retornada 7, que residiu em Danbury, e da visitante 2, que vive em Boston, são exemplos das facilidades de acesso e utilização de serviços de saúde nas cidades da Nova Inglaterra.

[...] Quando eu fui em 2000, já fazia tratamento aqui de artrite reumatoide aqui em Valadares [...], então eu procurei o 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 as farmácias [...]. Eu pagava US\$ 4,00, preço único, qualquer medicamento. (Retornada 7, 50 anos)

[...] Tem o *Free Care* pra quem não tem seguro nenhum, é como se fosse o SUS aqui, só que o tratamento é excelente [...]. Hoje 'tá 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)

O relato do visitante 5 a respeito da sua utilização de serviços odontológicos fornecidos por profissionais brasileiros que atuam na clandestinidade nos EUA corrobora as percepções dos dentistas valadarenses entrevistados na cidade mineira e evidencia o poder da circulação de informações na rede migratória.

[...] Tem alguns profissionais brasileiros que não têm licença de trabalho e atendem dentro de casa [...], e, como eles trabalham mais em conta, o pessoal dá preferência e um crédito pela necessidade de gastar pouco [...]. Procurei um dentista [...], me indicaram 'olha, tem uma dentista, ela atende na casa dela, na rua tal. Liga e fala que fui eu que indiquei. Vai lá que ela te atende'. Onde eu fui. (Visitante 5, 35 anos)

Margolis (2003) chama a atenção para a ausência de associações comunitárias de imigrantes brasileiros em Nova Iorque, porém Martes (1999) afirma que tal condição não se aplica em Massachusetts, talvez pelas características demográficas da região metropolitana de Boston.

A área metropolitana de Boston é composta por várias pequenas cidades, que talvez justamente por serem pequenas são também menos dispersivas do que Nova Iorque e facilitam maior sociabilidade e agregação. (MARTES, 1999, p. 170)

Segundo a pesquisadora, a inclusão dos brasileiros em Massachusetts é evidenciada pela participação institucional em setores como educação, saúde, ONGs, e no acesso efetivo aos serviços e bens públicos ou coletivos. No que diz respeito às necessidades em saúde da população emigrante, a autora destaca o acesso aos serviços por meio do programa *Free Care*, que, como já descrito anteriormente, proporciona a maior parte dos cuidados de saúde para o imigrante em Massachusetts (MARTES, 1999).

As declarações da visitante 1 permitem constatar as informações acima.

[...] Em Massachusetts tem uma clínica que basta você provar o seu salário mais baixo que você é copagador da consulta [...]. 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 que você precisa para se registrar na clínica *Free Care* é falar que está desempregado [...]. O 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 que a clínica te encaminha para os grandes hospitais de Massachusetts dentro do mesmo sistema de pagamento. (Visitante 1, 62 anos)

As informações da retornada 3 não deixam dúvidas a respeito das possibilidades de acesso do imigrante aos serviços de saúde de Massachusetts, ao mesmo tempo que evidenciam as restrições de outro Estado norte-americano.

[...] A assistência lá é boa, nunca paguei uma consulta e tudo que vem depois: as radiografias, ressonância magnética [...], nunca paguei nada. Remédios, que 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 ela teria que pagar muito pelo parto. Ela foi para Boston com cinco meses de gestação, foi morar comigo, fez o pré-natal dela e 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)

Há também relatos da utilização dos serviços de saúde norte-americanos para o nascimento e o acompanhamento do desenvolvimento dos filhos dos emigrantes. O nascimento e as complicações da gravidez são os responsáveis pela maioria das despesas de emergência *Medicaid* para os imigrantes indocumentados na Carolina do Norte (DU BARD; MASSING, 2007).

O significado do filho americano para Sales (1999) representa um símbolo muito forte em relação à redefinição das expectativas temporais dos emigrantes brasileiros no que se refere ao caráter da sua condição de imigrante. Para a autora, o filho permite uma real inserção do emigrante na sociedade norte-americana, de maneira bem diferente do início do processo migratório, quando o único objetivo era juntar dinheiro e voltar para o Brasil. Sua rede social na sociedade norte-americana estender-se-á para os serviços de saúde e assistência pré-natal disponíveis até para os imigrantes indocumentados (SALES, 1999. p. 135).

As visitantes 1 e 2 descrevem as suas experiências com os cuidados obstétricos e puerperais nos Estados do Havaí e de Massachusetts.

[...] Tive a minha filha numa baita de uma maternidade. Na época, o médico era considerado o melhor obstetra da região [...]. Fiz tudo na pediatria, embora ela jamais tivesse ficado doente, mas no primeiro ano a gente tem (que) cuidar do acompanhamento da saúde, ver como vai o crescimento,

vacina... E tudo isso foi feito através do seguro e muito bem feito. (Visitante 1, 62 anos)

[...] Desde que nasceu, eu levo ao médico todo ano, tendo ou não tendo algum problema. Faço o controle [...], ele vai a todos os médicos, tem dentista, oftalmologista [...] – é por conta do governo –, dentista, tudo [...]. Eu não gasto nem um tostão com ele [...]. Depois dos 18 anos a gente já faz um plano para ele.” (Visitante 2, 50 anos, falando sobre o filho, visitante 7, 16 anos)

Os parâmetros que orientam as comparações dos emigrantes entrevistados frequentemente relacionam realidades e características das instituições valadarenses com as norte-americanas.

A analogia do retornado 5, residente em New Jersey durante 10 anos, deu-se entre a *Aetna*⁷, uma das empresas líderes do mercado de saúde dos EUA, que opera por meio de um sistema denominado HMO⁸, com a estrutura do São Lucas Saúde⁹, um modesto plano de saúde valadarense, cuja modalidade operacional é a de medicina de grupo, e que proporciona cobertura para 3.355 vidas direcionando os usuários para a sua estrutura própria, um hospital geral que possui 75 leitos¹⁰. O entrevistado parece perceber semelhanças nas restrições de acesso a serviços de saúde do provedor norte-americano e do valadarense.

[...] Nossa companhia tinha um convênio com a Aetna [...] – é como se fosse o plano de saúde do Hospital São Lucas [...] –, lá não fala ‘plano de saúde’, fala ‘seguro’. Tem vários níveis, o nosso era o HMO, o nosso plano era o mais barato [...], serve para consulta. Eu consultei, eu não paguei nada; senti dor nas costas e usei tudo por conta do HMO [...]. Por isso paguei a Unimed aqui três anos sem utilização. Eu pensava (que) se eu adoecesse lá [...], se me desse uma doença brava [...], aqui meu plano era completo, eu teria onde cair, para onde correr. (Retornado 5, 41 anos)

Um estudo mostrou que os imigrantes nos EUA possuem poucas interações com o sistema de saúde, acesso menor a seguro, apresentam rendimento doméstico inferior e gastam menos com saúde do que os cidadãos nascidos no país (HOEFER; RYTINA; BRYAN, 2008).

⁷ Ver: <http://www.ehealthinsurance.com/>

⁸ *Health Maintenance Organization (HMO)* é uma modalidade de seguro saúde que fornece cobertura nos Estados Unidos por meio de um gerenciamento dos serviços prestados, conhecido como “*managed care*”. Sob um entendimento comum, “*managed care*” pressupõe que alguém, que não sejam os prestadores de serviços médicos, de alguma maneira controle as decisões do tratamento. Ao contrário do tradicional pagamento pelos serviços, um HMO cobre apenas os cuidados prestados pelos serviços médicos e de outros profissionais de saúde que tenham concordado em tratar os pacientes de acordo com as orientações e restrições contratuais. (WHITE, 2007.; GITTERMAN *et al.* 2003)

⁹ Ver: http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil_operadoras/consulta_planos/

¹⁰ Ver: <http://cnes.datasus.gov.br/>

Quanto à cobertura de planos de saúde, quatro relataram algum vínculo com fontes pagadoras privadas em saúde, mas na verdade parecem quase sempre tratar-se de alguma modalidade de seguro subsidiado pelo governo federal ou por redes de provedores estaduais e municipais. Isso pode ser constatado pela declaração da visitante 2.

[...] Eu tenho plano de saúde porque tenho seguro que é do trabalho do meu marido [...]. A gente paga uma parcela pouca por mês: US\$ 50,00 para cada [...], 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, porque hoje os seguros lá nos EUA particular é ^(sic) US\$ 800,00 por família. Caríssimo. (Visitante 2, 50 anos)

É curioso o contraste existente das dificuldades de acesso aos serviços de saúde norte-americanos relatados por diversos pesquisadores ao longo deste trabalho com as percepções dos entrevistados, que relatam utilizar com frequência os serviços de saúde (hospitalares e ambulatoriais) da Nova Inglaterra. 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.

As comparações acerca da qualidade ou da viabilidade do acesso dos serviços de saúde em três unidades federativas dos EUA são apresentadas por meio das percepções da visitante 1, a seguir:

[...] O Havaí é o melhor até porque 99% do pessoal que está lá é estrangeiro, então eles têm que ter uma política voltada para o estrangeiro [...]. O atendimento é melhor; é um Estado menos concentrado, menos populoso. O pior de todos é Nova Iorque [...]. Massachusetts é muito bom também [...], eu precisei por ter morado mais tempo e foi justamente na época (em) que eu fiquei sem vir aqui, utilizei ginecologista, o dentista uma vez, e usava o serviço da psiquiatria com regularidade. (Visitante 1, 62 anos)

Já o visitante 4, que é residente na região metropolitana de Boston, relatou uma percepção diferente dos demais entrevistados a respeito dos serviços de saúde de Massachusetts.

[...] Já precisei, sim [...]. Gripe que agravou um pouco mais [...], fui à emergência de um hospital [...] – serviço público [...] –, nunca paguei nada, sempre foi pelo governo [...]. A assistência na emergência é um pouco ruim [...], é meio atrasada, te fazem esperar muito [...]. A qualidade dos médicos não é muito boa, não. Eu acho (que) pelo fato deles serem estudantes [...],

fazem tipo uma residência [...]. Fui atendido tudo direitinho, mas não acho que foi o que deveria ser. (Visitante 4, 32 anos)

Mas em geral percebe-se um ‘deslumbramento’ nas comparações qualitativas entre os serviços de saúde de cidades industrializadas e prósperas da área metropolitana da capital do Estado de Massachusetts e os de 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 (à) 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)

Martes (1999) percebe as coisas de outra maneira. Segundo a autora, quando os brasileiros olham para os EUA, tendem a convergir para um campo comum: “a valorização do respeito e da cidadania que eles percebem existir na sociedade americana”. (p. 166). Para ela a memória cultural trazida do país de origem é capaz de reforçar positivamente suas percepções acerca da sociedade hospedeira.

Voltando à discussão para as questões relacionadas ao acesso dos emigrantes 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)

Realmente o custo crescente e o *uncompensated* dos cuidados de saúde fizeram que o problema da prestação de cuidados ao imigrante sem seguro virasse 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 (FOOTRACER, 2009; KU, 2009; OKIE, 2007).

Seja pelas restrições governamentais ao acesso aos serviços de saúde norte-americanos, pelo custo da assistência em saúde nos EUA, ou mesmo por fatores culturais, o emigrante de Governador Valadares, ao retornar ou visitar a cidade de origem, busca os profissionais e os serviços de saúde da localidade.

4.3.2 Percepções dos Emigrantes e Receptores de Remessas a Respeito da Utilização de Serviços Saúde em Governador Valadares

Na percepção dos 16 profissionais da área da saúde entrevistados em 2008, a demanda dos emigrantes tem uma fundamental importância na procura dos serviços de saúde da região tanto pelos próprios emigrantes quanto pelos seus dependentes. Segundo eles, o pico da demanda ocorreu no ano de 1996, e, com a atual conjuntura econômica norte-americana e a mudança na taxa cambial da moeda brasileira, observa-se uma diminuição dessa demanda.

A demanda é a quantidade do bem ou do serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo, dadas as suas restrições orçamentárias. Entre os determinantes dessa demanda estão a estrutura de preferências do consumidor, a qualidade percebida acerca do produto ou do serviço, o preço do bem ou do serviço, o preço dos outros bens ou serviços e a renda disponível. A demanda em saúde, por sua vez, tem aspectos de diferenciação em relação à demanda por outros serviços: ela é irregular e imprevisível; ela ocorre em uma circunstância anormal – a doença –, o que não permite a decisão “normal” do consumidor; o consumo dos serviços envolve riscos, e experiências anteriores não ensinam como agir nas futuras; a confiança no prestador depende de uma série de fatores; a entrada de profissionais no mercado é controlada por restrições do aparelho formador e dos regulamentadores; a cobrança é diferenciada para o mesmo tipo de cuidado/procedimento, entre outros (IUNES, 1995).

A demanda pelos serviços de saúde dos emigrantes em Valadares é caracterizada pela presença sazonal desses indivíduos, exemplo disso foi que a totalidade dos respondentes relatou ter utilizado os serviços de saúde em Valadares; a maioria, por mais de uma vez. A realização de exames diagnósticos também foi frequentemente mencionada tanto pelos emigrantes quanto pelas receptoras de remessas. Segundo os relatos dos dentistas e do cirurgião plástico entrevistados, julho, agosto e janeiro são os meses de maiores demandas, e

por isso mesmo é comum os profissionais da cidade não saírem de férias durante esses períodos. Isso demonstra como a “cultura do emigrante” estabeleceu um padrão próprio na rotina destes profissionais valadarenses.

Já a oferta é definida como a quantidade de um bem ou serviço que fornecedores ou prestadores estão dispostos a vender, a um dado preço e a uma determinada altura. A oferta satisfaz a demanda em função de suas capacidades (disponibilidade de mão-de-obra, de serviços e de estruturas) e de suas práticas. É, ainda, possível compreender que a oferta não é diretamente correspondente à necessidade. Muitas vezes aparece em função da demanda, ou da demanda que pode ser criada em função de um determinado produto ou serviço (PEREIRA, 1995).

Segundo os emigrantes entrevistados nesta pesquisa, a demanda em saúde em Governador Valadares mais frequente é pelos serviços odontológicos, depois vêm os *check-ups* ginecológico, cardiológico e oftalmológico. Foram detectadas também demandas pelos serviços de medicina estética e por uma segunda opinião dos profissionais valadarenses sobre os diagnósticos realizados por profissionais norte-americanos.

Diversos tipos de necessidades em saúde dos emigrantes e de seus familiares, assim como as suas decorrentes demandas pelos serviços de saúde de Valadares, estão relacionados a seguir:

[...] Quando eu venho aqui eu visito o médico [...]. Eu queria ter duas opiniões sobre o problema de fígado [...], fiz a Unimed [...], eu fiz por ele. (Visitante 2, 50 anos).

[...] Pago a Unimed aqui em Valadares [...]; fiz consultas, um checkup. (Visitante 6, 54 anos).

[...] Como eu venho muito aqui, eu aproveito para ir ao ginecologista, endocrinologista, oftalmologista [...], troco os óculos. (Visitante 1, 62 anos).

[...] Quando eu chegava (a)o médico, o Dr. ..., meu ginecologista, já era certo [...], ia direto para o médico. (Retornada 2, 44 anos).

[...] Meu pai tinha problemas de saúde [...], problema de coração, mas eu mandava dinheiro para pagar os exames [...]. Às vezes pelo SUS demorava muito. (Retornado 6, 29 anos)

A periodicidade da presença do emigrante sugere uma indução da oferta em saúde, ou seja, ela não é diretamente correspondente à necessidade, o que segundo Pereira (1995) caracteriza

uma aproximação do mercado tradicional. Esta demanda sazonal parece privilegiar segmentos de atividades em saúde na cidade como a odontologia e a medicina estética.

Três emigrantes e duas receptoras de remessas entrevistadas realizaram internações hospitalares na cidade mineira. Duas dessas internações dos emigrantes não foram em decorrência de doenças e sim para a realização de cirurgias estéticas. Nenhuma das receptoras de remessas relatou ter passado por cirurgias estéticas.

Apesar de não estar muito presente nas respostas dos entrevistados do presente estudo, a demanda por cirurgias e tratamentos dermatológicos estéticos parece ser parte importante das demandas dos emigrantes, haja vista o número de serviços dessas especialidades que funcionam na cidade mineira. A retornada 4 relata como aproveitou a oportunidade de uma viagem ao local de origem para realizar uma intervenção cirúrgica estética.

[...] Fiz a minha cirurgia mas não estava com intenção de fazer cirurgia [...]. Tem gente que vem de lá só para fazer. Eu não vim de lá para fazer, mas pensei 'eu vou embora mesmo, se eu for eu não sei quando vou voltar aqui', então já fiz, que quando eu chegar lá, já vou pronta. (Retornada 4, 39 anos)

A predominância de doenças relacionadas ao estresse foi destacada pelos médicos valadarenses que cuidam desses pacientes nos seus retornos ou em visitas a Valadares, e parte dos emigrantes respondeu ter adquirido doenças crônicas após viver nos EUA. As dificuldades de adaptação e a absorção de valores característicos da sociedade norte-americana, como a demanda por tratamento para hipodesenvolvimento para os filhos em fase de crescimento, fruto da comparação com crianças de origem anglo-saxônica, também são bastante perceptíveis, segundo os profissionais entrevistados. O fato está explícito na fala da retornada 4.

[...] Depois que voltei, minhas meninas deram uma alergia danada [...], ia demais com elas no médico [...], com o que eu mais gasto [...]. E elas é ^(sic) assim, infelizmente, por um lado, acostumada a ter uma vida mais ou menos aqui, e vida de rico lá na América [...]. Tem coisas que a criança come que aqui não tem como comprar [...]. Elas já são acostumadas: tem os MM de chocolate, as batatas que vêm na caixinha custa ^(sic) dez reais. É muito caro, e se eu comprar de outro elas não vão comer porque o sabor é diferente. (Retornada 4, 39 anos)

Somente o entrevistado que é filho de emigrantes nascido nos EUA e uma receptora de remessas nunca realizaram tratamentos odontológicos em Valadares, ao contrário dos outros entrevistados, que responderam terem ido mais de uma vez ao dentista em Valadares. Os

relatos da retornada 3 e da visitante 2 são absolutamente elucidativos dos motivos que levam todos os entrevistados residentes no exterior a procurar os dentistas na cidade de origem.

[...] Aqui fiz transplante, restauração [...], tudo particular [...]. Gastei uns US\$ 7.000,00 [...]; lá eu gastaria uns US\$ 20.000,00 [...]. Compensa pagar a passagem e fazer aqui. (Visitante 2, 50 anos).

[...] Vim aqui fazer tratamento de dente e paguei particular [...]. Tratamento lá é muito, muito caro [...]. Deu problema num dente [...]; eu não estava planejando vir aqui aquele ano [...], minha patroa falou 'vai no meu dentista', eu fui, ele fez um orçamento [...], US\$ 20.000,00 [...]. Fora de cogitação! A minha patroa falou 'eu pago 2/3 do tratamento para você', ainda assim compensa eu fazer no meu país [...], essa quantia que eu ia pagar lá dava para pagar a passagem ida e volta, ver minha família e ainda fazia o tratamento. (Retornada 3, 60 anos)

Mas a resposta da receptora 7 acerca das necessidades familiares dos serviços odontológicos expõe a realidade de quem não possui recursos financeiros para a realização de tratamentos que requerem gastos elevados.

[...] Eu já retirei todos os meus dentes, agora eu precisava fazer o dele (se referindo ao marido). (Receptora 7, 66 anos)

Um pouco mais da metade da amostra composta por emigrantes visitantes e retornados e por receptoras de remessas disse pagar planos de saúde em Valadares. A retornada 1 passou a pagar após a realização de um tratamento pelo SUS; o retornado 5 sempre pagou, mesmo quando residia nos EUA; e as receptoras 3 e 7 afirmam que o dinheiro das remessas enviadas pelos filhos e pelos pais, respectivamente, custeiam o pagamento de planos na cidade mineira.

[...] Antes, com o problema de câncer, eu usei o Samaritano pelo SUS; tem uns quatro meses que eu fiz a Unimed. (Retornada 1 e Receptora 6, 65 anos).

[...] Os dois ajudam [...], tem meses que meu filho não está ajudando [...], a minha filha é quem está ajudando a pagar o plano de saúde da gente. (Receptora 7, 66 anos).

[...] Meu plano HMO era muito restrito, não cobria todos os gastos [...]. Por exemplo, uma cirurgia [...]. Do mesmo jeito que tem aqui, tem os planos de saúde vários itens: o plano A cobre isso, o plano B, plano C, assim tem direito a apartamento é só enfermaria [...]. Por isso sempre paguei a Unimed [...]; os três aqui em casa tem a Unimed. (Retornado 5, 41 anos)

[...] Eu tenho plano de saúde família Unimed, que cobre eu_(sic), minha mãe e minha irmã [...]. O dinheiro vem de lá, todas as despesas vêm de lá: saúde, educação, moradia, se for adquirir algum bem. (Receptora 3, 25 anos)

A percepção de qualidade dos profissionais e dos serviços valadarenses foi considerada como “excelente” por cinco respondentes e “satisfatória” por sete. A necessidade de ouvir os profissionais e frequentar os serviços de saúde valadarenses rivaliza com o deslumbramento presente nas percepções dos emigrantes a respeito da qualidade dos profissionais e serviços norte-americanos. Talvez a melhor explicação para isso venha do acolhimento, em momentos de fragilidade, realizado por pessoas e instituições no exterior. Entretanto, é importante sempre ter a consciência de que a ambiguidade permeia as percepções desses indivíduos. Quando “estão aqui” (Governador Valadares) sonham em voltar a viver nos EUA; mas quando “estão lá” anseiam pelo retorno à terra natal. Isso significa que na maioria das vezes acabam por transmigrar a sua identidade durante as “bravas” jornadas entre o sul e o norte do hemisfério (ASSIS, 2002; SIQUEIRA, S., 2006).

As percepções das visitantes 1 e 2 e da retornada 3 traduzem a ambiguidade que permeia as percepções dos emigrantes valadarenses a respeito dos dois sistemas de saúde. Elas elogiam a estrutura dos serviços e a seriedade dos profissionais norte-americanos, entretanto, reconhecem as limitações dos processos ao compararem com as características dos serviços e dos profissionais da terra natal.

[...] O técnico dos EUA é muito bom [...]: a aparelhagem, a qualidade, os diagnósticos são muitos bons, mas o humano aqui, falando sério [...]. Porque você não consegue desenvolver uma relação de camaradagem com o médico [...], eles são muito profissionais [...]. Quando você chega ao médico, sua ficha está toda pronta, ele só olha aquilo, te cutuca exatamente onde você está com a dor e, pronto, te receita [...]. A não ser que você esteja com um câncer ou vá fazer uma cirurgia, alguma coisa de emergência. (Visitante 1, 62 anos)

[...] Lá é bem mais caro do que aqui, quem tem plano faz, quem não tem sofre muito [...]. Aqui o atendimento é bom [...]; lá é bom também, porque eles não olham se é imigrante, eles atendem legal, ilegal [...]. Mas tem um porém [...]: tem um senhor que sofreu derrame – e eles não fazem a fisioterapia se não for legal [...] –, ele sofreu derrame em janeiro desse ano e não está fazendo fisioterapia; a família está ilegal, e, se fosse aqui no Brasil, fazia a fisioterapia pelo SUS [...]. Lá tem que ser particular [...], lá não tem um serviço público que garante isso [...]. Ele foi internado e foi bem atendido no hospital, enquanto estava internado fez tudo, mas depois que saiu acabou; a não ser que seja particular. (Visitante 2, 50 anos)

[...] Nessas idas e vindas ao Brasil, consultava aqui [...]. A gente confia mais nos médicos aqui, os médicos arriscam mais [...]. Lá eles têm muito medo de serem processados [...], eles (são) muito cautelosos; eu acho que prejudica [...]. Em termo de tecnologia a gente sabe que lá é melhor do que aqui, mais em termo de confiança... (Retornada 3, 60 anos)

O único entrevistado que achou a qualidade dos serviços norte-americanos ruim teve uma percepção satisfatória acerca da sua experiência em um hospital público da cidade mineira.

[...] Ano retrasado tive, mas foi coisa boba [...]: um escorpião me picou na roça [...]. Fui para o hospital do SUS [...]. Achei muito boa a assistência aqui, me atenderam rápido, fiquei até impressionado porque o povo geralmente fala que as coisas no Brasil é atrasado_(sic), esse negócio de SUS [...]. Achei o atendimento até melhor que nos EUA, bem mais evoluído. A estrutura não é a mesma, mas a qualidade do serviço é até superior. Me atenderam rápido. (Visitante 4, 32 anos)

5 A INFLUÊNCIA DA DEMANDA DO EMIGRANTE E DE SEUS FAMILIARES NA OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM GOVERNADOR VALADARES

As considerações acerca das necessidades, do acesso e da utilização de serviços de saúde nos EUA e na cidade de origem pelos emigrantes valadarenses trazem à tona a questão da influência desta demanda na oferta de serviços de saúde em Governador Valadares. Neste cenário entra um novo componente – os familiares que ficaram na cidade e são receptores de remessas dos emigrantes.

A junção de distintas realidades, como emigrantes visitantes “bem-sucedidos” financeiramente nos EUA, parte da população dos retornados com capital para investir na cidade de origem e os familiares receptores de remessas, propicia vários tipos de demandas pelos serviços de saúde valadarenses. Vão desde os serviços de saúde disponibilizados pelo SUS até os tratamentos realizados por especialistas em dentística e cirurgias estéticas.

Pelos motivos já expostos na metodologia deste estudo, realizou-se um levantamento na Vigilância Sanitária valadarense. Na Tabela 5 estão disponíveis os resultados dos dados coletados, que informam as aberturas de serviços de saúde, segundo as suas respectivas categorias.

Tabela 5: Classificação dos Serviços de Saúde Valadarenses

Hospitais	9
Laboratórios	30
Clínicas	120
Consultórios médicos	192
Consultórios odontológicos	235
Total	586

Fonte: Elaboração própria com base nos dados coletados na Vigilância Sanitária de Gov. Valadares, 2008

Na Vigilância Sanitária municipal valadarense existem registros de nove instituições consideradas hospitais, que contam com 535 leitos, sendo 166 privados e 369 SUS.

Segundo os registros da Vigilância Sanitária, foram abertos dois serviços hospitalares na cidade entre os anos de 1981 e 2007. O primeiro foi o Pronto Atendimento da Cooperativa Médica da região, em 1992, que não possui leitos para internação, e o segundo, um serviço especializado em oftalmologia com cinco leitos para internação, em 1998. Como inexiste uma série histórica de aberturas hospitalares, não foi possível estruturar um gráfico.

A variação regional do número de leitos privados revela queda em todas as regiões brasileiras, o que torna compatível a realidade valadarense com a nacional (IBGE, 2004). Porém, como mencionado anteriormente na descrição do Sistema de Saúde valadarense, a rede privada da localidade, formada por uma ampla estrutura de serviços voltados para a medicina diagnóstica e de tratamentos ambulatoriais, sobrepõe-se à rede hospitalar. A demanda do emigrante por esta modalidade de assistência pode ter contribuído para o maior aparelhamento da rede ambulatorial de Valadares.

Observando, além do número de anos de existência dessa demanda, que boa parte do pagamento por estes serviços é realizada por desembolso direto (*out-of-pocket*), percebe-se que o acúmulo de capital na rede ambulatorial pode ter sido decisivo no incremento desta. O baixo investimento na rede hospitalar da cidade mineira ao longo do período do fluxo migratório parece corroborar esta hipótese.

Foi registrado o início de 120 serviços de saúde na modalidade “Clínicas” na localidade. Destes, seis são públicos, três são privados sem fins lucrativos, dois são universitários de uma instituição de ensino superior privada e 109 são privados com fins lucrativos.

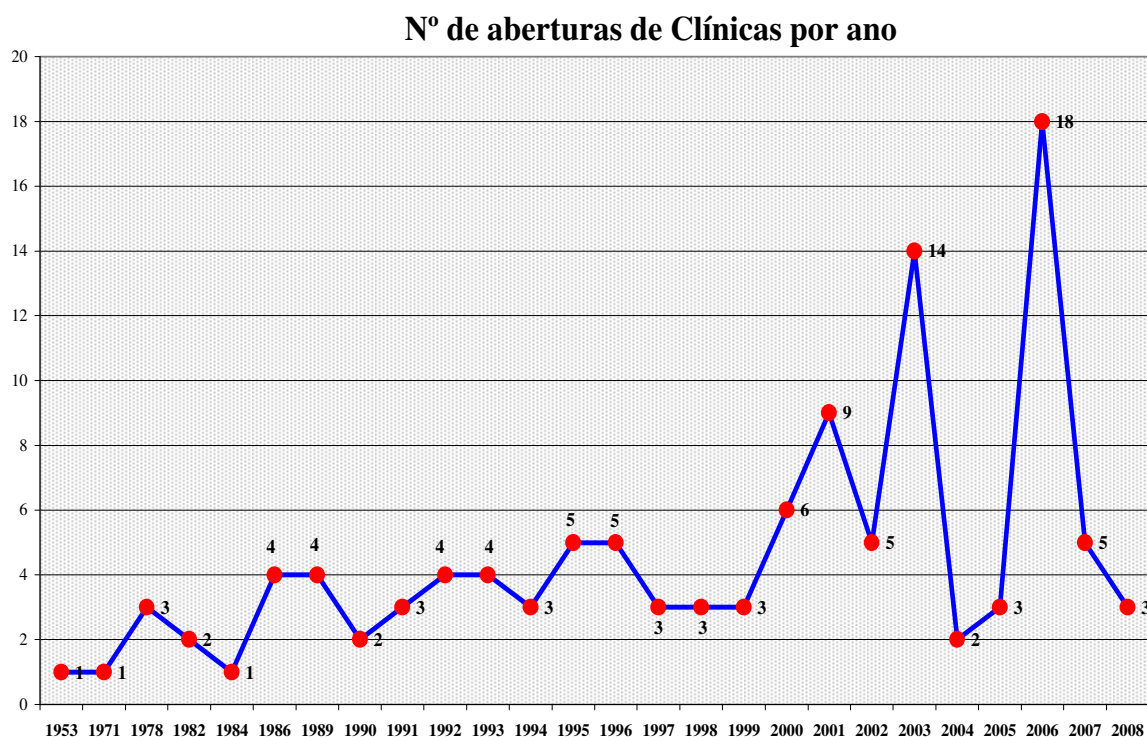


Gráfico 1: Aberturas de Serviços da Modalidade Clínicas

Fonte: Elaboração própria com base nos dados coletados na Vigilância Sanitária de Gov. Valadares, 2008.

Alguns pontos referentes aos dados da unidade de análise “Clínicas” devem ser destacados. O primeiro é a informalidade dos serviços das áreas de cirurgia plástica e de medicina estética. Dos serviços desta especialidade na cidade, onde inclusive são realizadas intervenções cirúrgicas nos pacientes, somente duas possuem registros na modalidade pertinente na Vigilância Sanitária municipal, as outras funcionam cadastradas apenas como consultórios médicos. Isto é possível porque esta área recebe pagamento direto dos pacientes, o que torna “desnecessário” o cumprimento da legislação exigida pela ANS.

Portanto, o incremento das atividades na unidade de análise “Clínicas” (Gráfico I) apresenta uma distorção da realidade. Por outro lado, deve-se levar em consideração que, no ano de 2006, 16 consultórios odontológicos alteraram os seus registros e passaram a funcionar como clínicas. O viés leva a uma compreensão equivocada da abertura de serviços nesta unidade de análise. De fato, isto ocorreu, mas foi decorrente da exigência dos provedores de saúde, que passaram a exigir a pessoa jurídica dos prestadores de serviços odontológicos (Gráficos 1 e 4).

Outra questão diz respeito ao nível de investimento financeiro e custeio de uma unidade de análise “Clínicas”, que é bem maior que o de um consultório, portanto, um pico, mesmo que pequeno, nesta modalidade é mais significativo que muitos consultórios.

Existem 30 serviços de saúde da modalidade “Laboratórios”, 29 são privados com fins lucrativos e um, privado sem fins lucrativos.

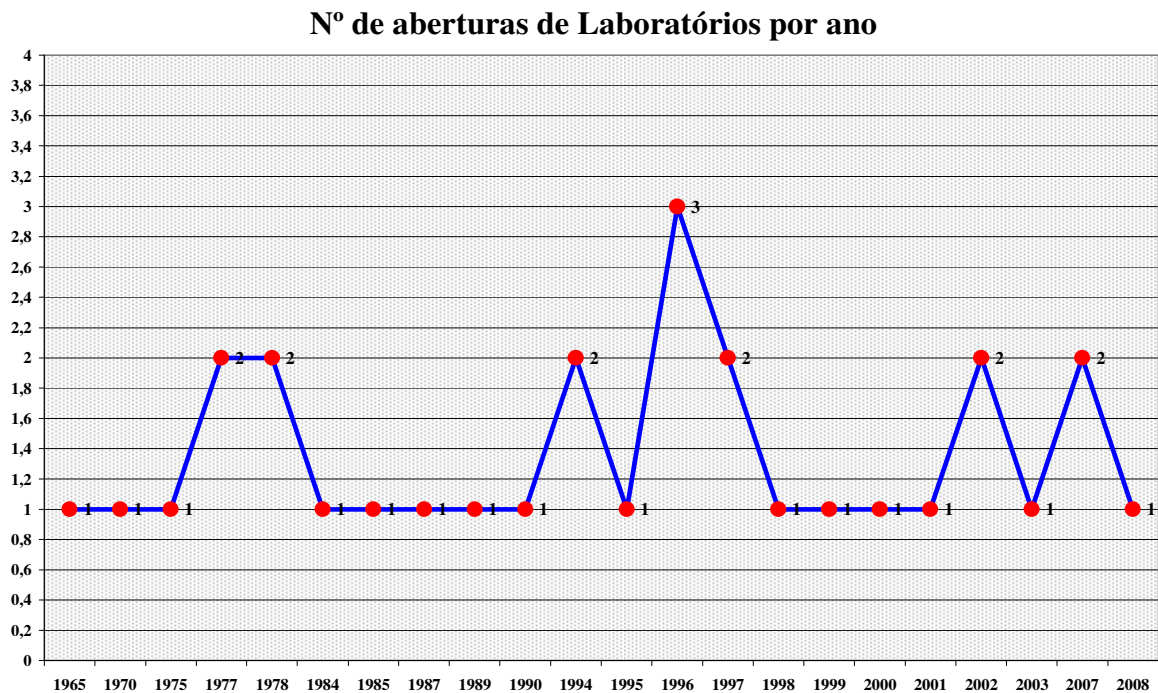


Gráfico 2: Aberturas de Serviços da Modalidade Laboratórios

Fonte: Elaboração própria com base nos dados coletados na Vigilância Sanitária de Gov. Valadares, 2008

Também foram registradas as aberturas de 192 consultórios médicos de diversas especialidades no município e o início das atividades de 235 consultórios médicos na cidade (Gráfico 3 e 4).

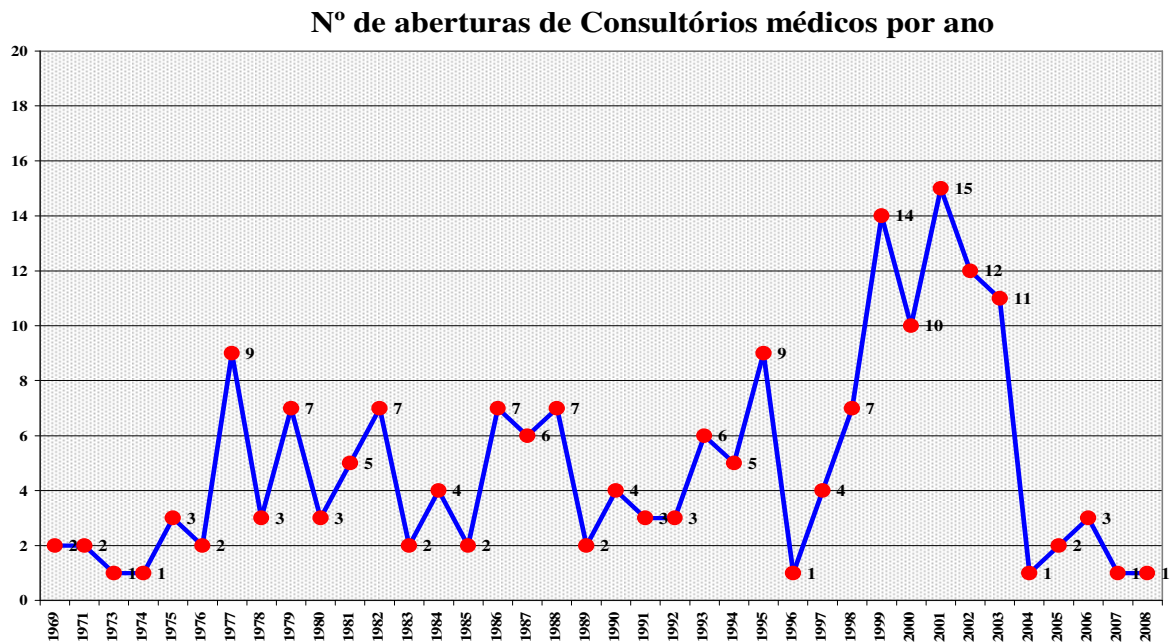


Gráfico 3: Aberturas de Serviços da Modalidade Consultórios Médicos

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados coletados na Vigilância Sanitária de Gov. Valadares, 2008

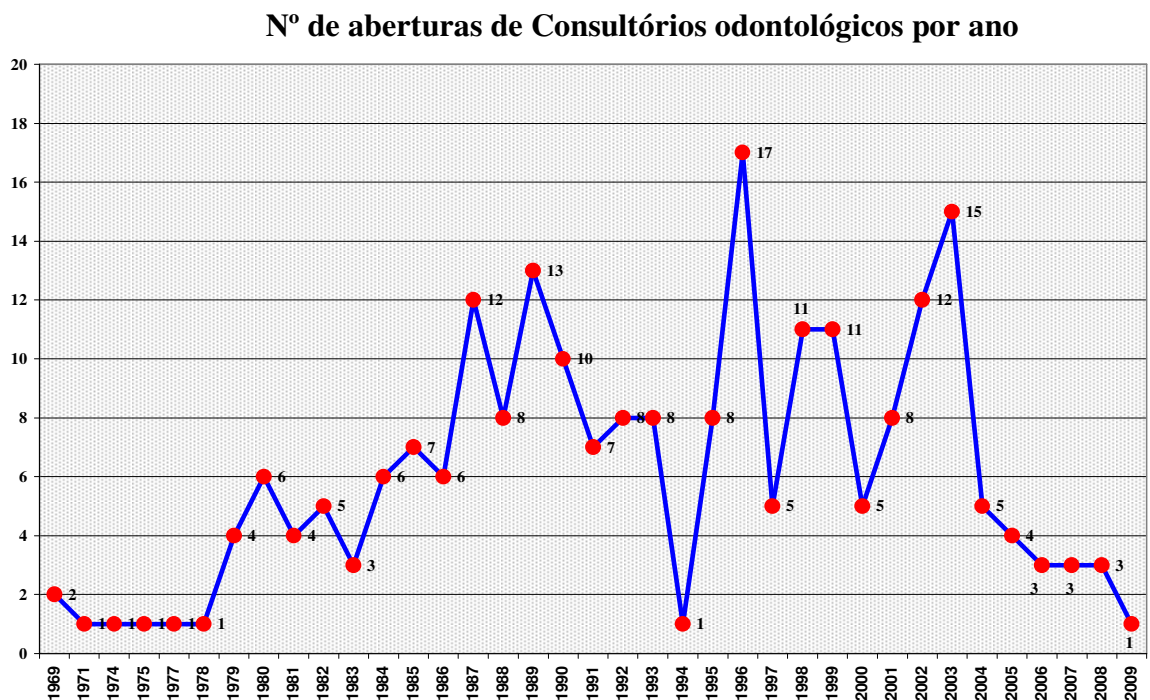


Gráfico 4: Aberturas de Serviços da Modalidade Consultórios Odontológicos

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados coletados na Vigilância Sanitária de Gov. Valadares, 2008

Os gastos com saúde no Brasil são o quarto maior item de consumo das famílias, e, se analisados por classes de rendimento médio mensal, tornam-se distintos (IBGE, 2004). Em valores absolutos, o gasto médio com saúde das famílias situadas na faixa de renda de mais de 30 salários mínimos corresponde a mais ou menos 26 vezes o valor dos gastos daquelas que recebem até dois salários mínimos mensais. Para os itens plano/seguro saúde, consulta e tratamento dentário, serviços de cirurgia e hospitalização, os gastos dos “mais pobres” correspondem a menos de 1% do valor despendido pelos “mais ricos” (ALMEIDA, 2006).

Portanto, é possível supor que o PIB valadarense, cuja composição tem a participação de 73% provenientes do setor de serviços, reflita a participação do incremento financeiro das atividades do segmento privado de saúde pela presença do emigrante nos serviços privados da cidade (IBGE, 2006). Além disso, como apontou Martes (2007), a grande maioria dos emigrantes que enviam dinheiro ao Brasil tem por objetivo ajudar a família, podendo-se, portanto, presumir que parte dessas remessas destine-se ao mercado privado de saúde local. E, se assim for, espera-se o aumento do número de indivíduos com possibilidades de acesso à assistência ao mercado suplementar de saúde.

Para a análise da influência do emigrante no mercado privado de saúde na cidade mineira faz-se necessário, por um lado, a avaliação dos perfis dos indivíduos que compõem o fluxo migratório internacional local, e, por outro, a compreensão de como as demandas provenientes dessa população direcionam a oferta de serviços privados na cidade.

Dentre os perfis sociodemográficos dos migrantes valadarenses delineados nos estudos destaca-se a presença de indivíduos que emigraram antes dos 30 anos, com proporções semelhantes dos gêneros, pertencentes aos extratos da classe média baixa do Brasil e na sua grande maioria com o nível de escolaridade até o 2º grau (SALES, 1999; MARTES, 1999). É verdade que aqui não cabem generalizações, pois, como afirma Massey (1990, p.4), à medida que as redes adensam-se, mais pessoas tornam-se interconectadas por um dado fluxo migratório.

Mas pode-se afirmar que a principal aspiração desses cidadãos ao emigrar é conseguir acumular recursos financeiros que lhes possibilitem o acesso a um padrão de consumo inacessível por meio das perspectivas profissionais e financeiras que as suas condições socioeconômicas e a cidade de origem oferecem (SIQUEIRA, S., 2006).

Dessa maneira, conclui-se que o contingente de financiadores com recursos adquiridos no exterior é formado pelo emigrante sazonal, isto é, o residente fora do país que periodicamente visita a cidade de origem, pelos que retornam de um período de imigração, e pelos familiares receptores de remessas dos residentes no estrangeiro.

Como já mencionado anteriormente, a recessão brasileira e a estagnação da economia valadarense exerceram uma forte influência na intensificação do fluxo migratório valadarense na década de 80, tornando o fator econômico o grande motivo para a emigração dos cidadãos da localidade (MARTES, 1999; SALES, 1999; SOARES, 1995). Por tudo o que já foi exposto a respeito das características desses indivíduos, parece razoável entender que as suas demandas por serviços de saúde na cidade de origem estão diretamente relacionadas com a sua capacidade de consumo, que, por sua vez, é fruto dos “dólares” adquiridos com trabalho nos EUA.

Para uma adequada compreensão da influência dessa demanda na oferta de serviços de saúde no mercado privado valadarense, é imprescindível analisar a trajetória da economia brasileira no período pós-crise da década de 80.

O “Plano Real” teve início em julho de 1994, e em seus primeiros meses obteve resultados bastante positivos em várias frentes, o que apontava para a estabilidade econômica do país; a taxa cambial chegou a tender favoravelmente para a moeda brasileira. Portanto, pode-se creditar o incremento na abertura de serviços nas unidades Laboratórios (Gráfico 2); Consultórios Médicos (Gráfico 3) e Consultórios Odontológicos (Gráfico 4) como um reflexo positivo da estabilidade macroeconômica: desinflação progressiva, interrompendo-se o processo hiperinflacionário, o que fez acelerar o nível de atividade da economia, reduziu as taxas de desemprego; ao mesmo tempo que a renda apresentava um crescimento e, mesmo, uma desconcentração, principalmente após a elevação do salário mínimo¹¹.

No entanto, a fase de prosperidade pós-real foi interrompida. Já em março de 1995, para impedir uma fuga de capitais provocada pela crise do México, o governo adotou medidas

¹¹ Ver RANGEL, R. R. *et al.* Perspectivas do Plano Real: uma avaliação da 3a fase. Documentos GIEPE – Universidade Candido Mendes, Rio de Janeiro, 15 ago. 1994.

recessivas como corte no crédito e choque nos juros. Ainda que os setores econômicos tenham sido atingidos de maneiras diferentes, os efeitos dessas medidas ficaram evidentes com as quedas do nível de emprego e da produção. Tal fenômeno repetiu-se em fins de 97, com a crise asiática, e depois, de forma devastadora, em 98, com a crise russa¹².

Mas é possível também compreender a ampliação da rede de serviços de saúde privados da cidade como uma decorrência do aumento da demanda gerada pelos emigrantes. Esta influência deve ser contextualizada a partir do pico do fluxo migratório, os anos de 1987 a 1989, denominados por Sales (1999) como “triênio da desilusão”.

Se considerado o tempo necessário para que os emigrantes retornassem a Valadares e/ou tivessem alcançado uma condição financeira nos EUA que lhes permitisse enviar remessas para os familiares que ficaram na cidade, contabilizar-se-iam aproximadamente cinco anos. Esse intervalo de tempo pode constituir-se em uma razoável explicação para o pico da demanda e do crescimento de abertura de serviços privados de saúde ter ocorrido a partir da segunda metade da década de 90, como afirmaram os profissionais entrevistados e como pode ser observado pelos dados de abertura dos serviços (Gráficos 1, 2, 3 e 4).

Em outras palavras, decorridos mais de cinco anos do pico do fluxo migratório e apresentando os emigrantes fortes laços com a sua origem, é possível creditar a essa demanda uma influência na oferta de serviços no mercado privado de saúde da cidade, independentemente da taxa cambial ou de outras variáveis econômicas. Os Gráficos 1, 2, 3 e 4, com as datas de abertura de serviços, parecem apontar para isso.

É verdade que as atividades econômicas tradicionais de Governador Valadares, como a pecuária e a mineração, não apresentaram uma alteração significativa na década de 90, e já no ano de 1996 o setor terciário representava 70% do PIB municipal (MARTES; SOARES, 2006). Portanto, a ampliação da oferta de serviços no período compreendido entre os anos de 1995 e 2005 pode sustentar a hipótese de que a demanda do emigrante manteve o relativo aquecimento do setor privado de saúde na cidade mineira.

¹² Ver RANGEL, R. R.. Classes Médias e Projeto Nacional: elementos para a construção de uma agenda compromissada com o futuro. Archetypon, Rio de Janeiro, n. 36, p. 32-47, 2002.

Outro indício da influência do emigrante no mercado de saúde da cidade vem da avaliação da carteira de conveniados da Cooperativa Médica da cidade realizada por um diretor da referida instituição ao responder o questionário em abril de 2008. Segundo o profissional, a carteira apresenta uma média de usuários mais jovens que a maioria do mercado. Isso pode sugerir a presença do emigrante e de seus dependentes, uma vez que, como já salientado, tanto estes como os receptores de remessas são em sua maioria indivíduos mais jovens, com idades inferiores a 65 anos. Por outro lado, a referida Cooperativa Médica apresentou um importante crescimento a partir do ano de 1994, o que também explicaria a tendência de elevação na proporção de abertura de serviços de saúde na segunda metade dos anos 90 e no início dos anos 2000 (Gráficos 1, 2 e 3).

6 CONCLUSÕES

As entrevistas com os emigrantes valadarenses residentes nos EUA revelaram que as suas necessidades de saúde, quando apresentam caráter de urgência, são decorrentes de doenças do aparelho respiratório e de traumatismos ortopédicos. Já as 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 destas 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”.

O emigrante de Governador Valadares, ao retornar à cidade de origem ou visitá-la, busca os profissionais e os serviços de saúde da localidade, sendo essa procura voltada à assistência ambulatorial e/ou a procedimentos cirúrgicos eletivos.

A demanda mais frequente dos respondentes é pelos serviços odontológicos, depois vêm os *checkups* ginecológico, cardiológico e oftalmológico. Foram detectadas também demandas pelos serviços de medicina estética e por uma segunda opinião dos profissionais valadarenses acerca dos diagnósticos realizados por profissionais norte-americanos.

Na percepção dos profissionais da área da saúde entrevistados em Governador Valadares, a demanda dos emigrantes tem uma fundamental importância na procura dos serviços de saúde da cidade tanto pelos próprios emigrantes como pelos seus dependentes. Segundo eles, o pico da demanda ocorreu no ano de 1996, e, com a atual conjuntura econômica norte-americana e a mudança na taxa cambial da moeda brasileira, observa-se uma diminuição dessa demanda.

A avaliação da qualidade dos profissionais e serviços de saúde de Governador Valadares realizada pelos emigrantes entrevistados obteve um resultado inferior à dos correspondentes norte-americanos. A maior parte dos respondentes considerou como “satisfatória” a qualidade dos serviços e profissionais da cidade mineira. A questão financeira foi considerada como a maior motivação para a realização de assistência odontológica em Valadares. Foi destacada a relação médico-paciente estabelecida com os profissionais da cidade de origem, mesmo pelos indivíduos que possuem uma vida estruturada nos EUA.

Outras questões também foram apontadas como responsáveis pela opção de buscar os serviços e os profissionais de saúde de Valadares: a praticidade em aliar as visitas à terra natal às consultas com os seus profissionais de confiança; e a insegurança provocada pelo tipo de cobertura em saúde que as empresas norte-americanas empregadoras dos emigrantes proporcionam aos seus funcionários.

A análise da influência do emigrante na oferta de serviços no mercado privado de saúde de Governador Valadares, inicialmente, detectou um contraste expressivo entre duas realidades: por um lado uma rede pública, com as características comuns aos municípios do porte e da região de localização da cidade; e por outro uma grande oferta de serviços privados de diversas especialidades médicas e odontológicas, que constituem uma vigorosa rede privada composta por unidades bem equipadas de medicina diagnóstica e de tratamentos ambulatoriais. Constatou-se que esse dinamismo não afetou os serviços hospitalares privados do local, pelo contrário, ao longo das últimas duas décadas, estes receberam um volume baixo de investimentos, e por isso são dependentes dos profissionais e serviços externos para a manutenção das suas atividades.

Ao analisar o número de anos de existência do fluxo migratório (25 anos), e que parte do pagamento pelos cuidados aos emigrantes e seus familiares é ou foi realizada por desembolso direto (*out-of-pocket*), percebe-se que o acúmulo de capital na rede ambulatorial pode ter sido decisivo no incremento desta.

Quando verificados os anos iniciais da intensificação do fluxo migratório (1987 a 1989), e o tempo necessário para que os primeiros emigrantes retornassem a Valadares e/ou tivessem alcançado uma condição financeira nos EUA que lhes permitisse enviar remessas para os familiares que ficaram na cidade, contabilizar-se-iam aproximadamente cinco anos. Esse intervalo de tempo pode constituir-se em uma explicação para que o pico da demanda e do crescimento de abertura de serviços privados de saúde tenha ocorrido a partir da segunda metade da década de 90, como afirmaram os profissionais entrevistados, o que também se pode observar nos dados de abertura dos serviços de saúde privados coletados por esta pesquisa na Vigilância Sanitária Municipal de Valadares.

Outro indício da influência do emigrante no mercado de saúde da cidade foi a avaliação da carteira de conveniados da Cooperativa Médica da cidade realizada por um diretor da referida instituição. Segundo o respondente, a carteira apresenta uma média de usuários mais jovens que a maioria do mercado. Isso pode sugerir a presença do emigrante e de seus dependentes, uma vez que tanto estes como os receptores de remessas são em sua maioria indivíduos com faixa etária menor de 65 anos.

Entretanto, a intensa conectividade entre os emigrantes valadarenses e a cidade de origem, perceptível nas declarações dos entrevistados, destaca-se como um importante componente na análise da influência da demanda desses indivíduos na oferta de serviços de saúde privados em Governador Valadares. O maior objetivo dos cidadãos valadarenses ao emigrar é adquirir um padrão de consumo inacessível por meio das perspectivas salariais que a cidade de origem oferece.

Portanto, a utilização dos serviços privados da terra natal, seja quando do retorno, por ocasião de visitas ou pelos familiares receptores de remessas de dinheiros dos emigrantes, possui dois principais motivos. O primeiro é a complementação de sua utilização e demanda em saúde pela possibilidade de acessar em sua cidade (Governador Valadares) serviços que nos EUA

apresentam custos incompatíveis com os seus rendimentos. O segundo é o grau de confiança nos profissionais e serviços de saúde da cidade natal, o que é evidenciado pela facilidade de comunicação e pelos aspectos culturais comuns entre as partes. A junção destas duas motivações representa uma afirmação social para o emigrante de Governador Valadares, pois a sua capacidade de consumir serviços de saúde e consultar os profissionais da rede privada local, antes inacessível, eleva o seu *status* na comunidade de origem.

6.1 Limitações do Estudo

O método de coleta de dados adotado pela presente pesquisa para detectar os emigrantes valadarenses (*snowball*) não permitiu a composição de uma amostra estatisticamente representativa, o que impossibilita a realização de extrapolações dos resultados obtidos para o universo estudado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de um trabalho de campo com o objetivo de estabelecer contato com os profissionais atuantes nos serviços de saúde norte-americanos utilizados pelos emigrantes valadarenses nos EUA não fez parte dos procedimentos metodológicos adotados pelo presente estudo. Portanto, fica como sugestão para estudos futuros ouvir as percepções, ou mesmo acompanhar a rotina dos profissionais responsáveis pelos cuidados a esta população. Tal possibilidade constituir-se-á em um importante elemento para a compreensão do acesso pelos imigrantes aos serviços de saúde nos EUA, tema que ocupa um local de destaque na discussão da reforma do sistema de saúde norte-americano, que por sua vez é uma das prioridades das políticas social e econômica daquele país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, I. F. G., *Caracterização dos gastos das famílias brasileiras com saúde*. Bahia Análise & Dados, Salvador, set. 2006. v. 16, n. 2, p. 317-331.

ANDERSEN, R. M. *Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?* J Health Soc Behav, 1995; 36:1-10.

ASSIS, G. O. *Estar Aqui, Estar Lá ... uma cartografia da vida entre o Brasil e os Estados Unidos* – Campinas: Núcleo de Estudos de População/UNICAMP, jun. 2002. p. 74, 75 e 170.

ATKINSON, R. e FLINT J. *Accessing Hidden and Hard-to-Reach Populations: Snowball Research Strategies*. Department of Sociology University of Surrey Guildford GU2 5XH United Kingdom, 2001.

BIANCHI, ALDEN J. *An Employers' Guide to the 2006 Massachusetts Health Care Reform Act* – Mintz, Levin, Cohn, Ferris, Glonhy and Popeo, P.C. One Financial Center- Boston, Massachusetts. Disponível em: <http://www.mintz.com> Acesso em: 05 set. 2009.

BORJAS, G. J., *Food Insecurity and Public Assistance*. Los Angeles, Center for Comparative Social Analysis, UCLA Department of Sociology, 2001.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional, Registros Administrativos 2005; Malha municipal digital do Brasil: situação em 2005*. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 06 mar. 2009

_____. *Produto Interno Bruto dos Municípios 2006*. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 05 mar. 2009.

_____. *Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. p. 276.

_____. *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária*. 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams> Acesso em: 04 dez. 2009.

_____. *Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000 - Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 06 mar. 2009.

_____. *Censos Demográficos 1991* Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censodem/default_censo1991.shtm Acesso em: 06 mar. 2009.

_____. Ministério da Saúde, *Agência Nacional de Saúde Suplementar*. Disponível em: <http://ans.gov.br>. Acesso em: 02 out. 2009).

_____. Ministério da Saúde, *Cadernos de Informações de Saúde de Minas Gerais*. 2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>. Acesso em: 04 dez. 2009.

_____. Ministério da Saúde, DataSus. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 06 mar. e 02 out. 2009).

CASTEL LD, TIMBIE JW, SENDERSKY V, CURTIS LH, FEATHER KA, SCHULMAN KA. *Toward estimating the impact of changes in immigrants' insurance eligibility on hospital expenditures for uncompensated care*. BMC Health Serv Res. 2003;3:1.

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, U.S. Government Printing Office 1996.

CORNELIUS, W. *Interviewing undocumented immigrants: methodological reflections based on field-work in Mexico and the U.S*. International Migration Review. 1982; 16:378-411

DONABEDIAN A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press; 1973.

DU BARD C.A.; MASSING MW. *Trends in emergency Medicaid expenditures for recent and undocumented immigrants*. JAMA. 2007; 297(10): 1085-1092.

FOOTRACER, K.G. *Immigrant health care in the United States: What ails our system?* JAAPA - APRIL 2009 - 22(4) Disponível em: <http://www.jaapa.com>. Acesso em: 18 jul. 2009.

FUSCO, W. *Capital Cordial: a reciprocidade entre os imigrantes brasileiros nos Estados Unidos*, 2005. Campinas 2005. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

_____. *Redes sociais na migração internacional: o caso de Governador Valadares*. Campinas, 2000. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas p. 49.

GITTERMAN, D.P.; WEINER, B.J.; DOMINO, M.E; MCKETHAN, A.N. e ENTHOVEN, A.C. *The Rise and Fall of a Kaiser Permanente Expansion Region*. The Milbank Quarterly, 2003 81(4):567–601.

GOLDMAN, D.P. SMITH, J.P. SOOD, N. *Immigrants and the cost of medical care*. Health Aff (Millwood). 2006;25 (6):1700-1711.

GOZA, F. *Immigrant Social Networks: The Brazilian Case*, Bowling Green State University Working Paper Series – Fevereiro 2004. 38 p. Disponível em: <http://www.bgsu.edu/organizations/cfdr/>. Acesso em: 27 jun. 2008.

HEYMAN, J.; NÚÑES; TALAVERA, V. *Healthcare Access and Barriers for Unauthorized Immigrants in El Paso Country, Texas*, Family Community Health 32(1), 2009, p. 4-21

HENDRICKS, V. M., BLANKEN, P. e ADRIAANS, N. *Snowball Sampling: A Pilot Study on Cocaine Use*. Rotterdam: IVO, 1992.

HOEFER M., RYTINA N., BRYAN C. B. *Estimates of the Unauthorized Immigrant Population Residing in the United States: January 2007*. Homeland Security Office of Immigration Statistics, September, 2008.

HSIEH, H.M., CLEMENT, D.G. e BAZZOLI, G.J. *Impacts of market and organizational characteristics on hospital efficiency and uncompensated care*. Health Care Manage Rev. 2010 Jan-Mar; 35(1): 77-87.

IUNES, R., Demanda e Demanda em saúde. In: PIOLA, SERGIO F; VIANA, Sólón M. (orgs), *Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde*. Brasília: Ipea, 1995.

KU. LEIGHTON *Health insurance coverage and medical expenditures of immigrants and native-born citizens in the United States*. American Journal of Public Health, July 2009, vol. 99, Nº 7.

LARTEY, E.K.K.; MANDELM, F.S., COSTA P. A. *Remittances, Exchange Rate Regimes, and the Dutch Disease: A Panel Data Analysis*. FEDERAL RESERVE BANK of ATLANTA – Working Paper 2008-12, March 2008.

MARGOLIS, M. Becoming Brazucas: Brazilian Identity in the United States. In: *The Other Latinos: Central and South Americans in the United States*. FALCONI, José Luis; MAZZOTTI, José Antonio (eds.), Cambridge, MA: David Rockefeller Center for Latin American Studies, Harvard University, 2007, p. 210-227.

_____. Na Virada do Milênio: A Emigração Brasileira para os Estados Unidos. In: *Fronteiras Cruzadas: Etnicidade, Gênero e Redes*. Org. Ana Cristina Braga Martes and Soraya Fleischer. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2003, pp. 51-72.

_____. *Little Brazil: Imigrantes brasileiros em Nova Iorque*. Campinas: Papyrus, 1994. p. 164.

MARTES, A.C.B. *Ministério da Previdência Social*. Longe dos olhos, perto da Previdência – criação de vínculos como foco de política social previdenciária para emigrantes. Migrações Internacionais e Previdência Social. Brasília, Org: Coordenação-Geral de Estudos Previdenciários. 2007. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br>. Acesso em: 22 mai. 2008.

_____. *Brasileiros nos Estados Unidos: um estudo sobre os imigrantes em Massachussetts*. São Paulo: Paz e Terra, 1999. Cap. 2 e 3 e p. 54, 64, 65, 166 e 170.

MARTES, A.C.B.; SOARES, W. *Remessas de Recursos dos Imigrantes*. Estudos Avançados, 2006, 20 (57), p. 41-54.

MASSEY, D. *Social Structure, Household Strategies, and the Cumulative Causation of Migration*. Population Index, 1990, v. 56, p.3-26

MASS HEALTH PROGRAMS IN MASSACHUSETTS – Disponível em: http://www.massresources.org/area_assistance.cfm?pageID=13&MainPage=%27yes%27. Acesso em: ago. 2009.

_____. *Masshealth*. Disponível em: <http://www.massresources.org/pages.cfm?contentID=35&pageID=13&Subpages=yes>. Acesso em: ago. 2009.

_____. *CommonwealthCare* – Disponível em: <http://www.massresources.org/pages.cfm?contentID=81&pageID=13&Subpages=yes>. Acesso em: ago. 2009.

_____. - *Health Safety Net Fund (Free Care)*. Disponível em: <http://www.massresources.org/pages.cfm?contentID=50&pageID=13&Subpages=yes>. Acesso em: ago. 2009.

_____. - *Medicare*. Disponível em: <http://www.massresources.org/pages.cfm?contentID=53&pageID=13&Subpages=yes>. Acesso em: ago. 2009.

MOHANTY S.A., WOOLHANDLER S., HIMMELSTEIN DU *et al.* *Health care expenditures of immigrants in the United States: a nationally representative analysis*. American Journal Public Health. 2005;95(8):1431-1438.

OECD, *International Migration Outlook*, OECD Publishing, 2006, Cap. 1, p. 32

OKIE S. *Immigrants and health care—at the intersection of two broken systems*. New England Journal of Medicine 2007; 357(6): 525-529.

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO – PDR/MG – *Adscrição e População dos Municípios por Macrorregião e Microrregião de Saúde*. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr. Acesso em: 08 dez. 2009.

PEREIRA, J. Glossário de Economia da Saúde. In: PIOLA, Sergio F; VIANNA, Sólón M. (orgs.). *Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde*. Brasília: Ipea, 1995.

PORTES, A. The Economic sociology and the sociology of immigration: a conceptual overview. In: PORTES, A. (org). *The economic of immigration*. New York: Sage Foundation, 1995.

RANGEL, R. R. *Classes Médias e Projeto Nacional: elementos para a construção de uma agenda compromissada com o futuro*. Archetypon, Rio de Janeiro, n. 36, p. 32-47, 2002.

RANGEL, R. R. *et al.* *Perspectivas do Plano Real: uma avaliação da 3ª. fase*. Documentos GIEPE – Universidade Candido Mendes, Rio de Janeiro, 15 ago. 1994.

REPUBLICAN DEBATE TRANSCRIPT, *Iowa*. New York, NY: *Council on Foreign Relations*; 2007. Available at: http://www.dr.org/publication/139<l/republican_debate_transcript_iowa.html. Acesso em: 19 jul. 2009.

RIBEIRO *et al.* *Processo de Territorialização de Governador Valadares – MG*. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/evento/mostra/documentos/poster_comentado.pdf. Acesso em: set. 2009.

SALES, T. *Brasileiros Longe de Casa*. São Paulo: Cortez, 1999. p. 135, 215.

SCUDELER, Cristina. Imigrantes Valadarenses no Mercado de Trabalho dos EUA. In: REIS, Rosana Rocha; SALES, Teresa. *Cenas do Brasil Migrante*. São Paulo: Boitempo, 1999. p.193-233.

SIQUEIRA, S. *A crise econômica nos EUA e o retorno à terra natal*. 2009. Disponível em: <http://lasa.international.pitt.edu/members/congress.../SiqueiraSueli.pdf>. Acesso em: out. 2009

_____. *Migrantes e empreendedorismo na microrregião de Governador Valadares – sonhos e frustração no retorno*. Belo Horizonte, 2006. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, p. 84 e 85.

SIQUEIRA, C. E. & LOURENÇO, C. Brazilians in Massachusetts. In: *Latinos in New England*. TORRES, Andrés (org.). Philadelphia: Temple University Press, 2006, p. 187-200.

SCHWEIZER, L. *Remessas de Brasileiros no Exterior*. Disponível em: <http://www.abe.mre.gov.br/mundo/america-do-sul/republica-federativa-dobrasil/subsecretaria-geral-das...no-exterior/.../tema14.doc>. Acesso em: 24 jan. 2009.

SOARES, A.C.B. Ministério da Previdência Social. A emigração internacional de brasileiros: componentes da questão migratória. *Migrações Internacionais e Previdência Social*. Brasília, Org: Coordenação-Geral de Estudos Previdenciários. 2007, p. 35 – 50. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br>. Acesso em: 22 mai. 2008.

_____. *A emigração valadarense à luz dos fundamentos teóricos da análise de redes sociais*. Fronteiras Cruzadas: Etnicidade, Gênero e Redes Sociais. BRAGA, Ana Cristina Martes; FLEISCHER, Soraya (eds.). São Paulo: Paz e Terra, 2003. p. 231-268.

_____. *Emigrantes e investidores: redefinindo a dinâmica imobiliária na economia valadarense*. Rio de Janeiro, 1995. Dissertação (Mestrado) – IPPUR, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

STAMPS, J.; LIPNACK, J. *Boston-Area Healthcare Network*, 2008. Disponível em: <http://www.netage.com> Acesso em: set. 2009.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M., *Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.

WHITE, J. *Markets and Medical Care: The United States, 1993-2005*. The Milbank Quartely, vol. 85, Nº 3. 2007.

YIN, R. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2005. p. 28, 32, 33.

ZIMMERMANN W. & FIX M., *Declining Immigrant Applications for Medi-Cal and Welfare Benefits in Los Angeles County*. Washington, DC, The Urban Institute 1998.

GLOSSÁRIO

ANS	<p>Agência Nacional de Saúde Suplementar</p> <p>Agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil. Criada pela lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, é responsável por promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, a relação entre prestadoras e consumidores e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.</p>
AHRQ	<p>Agency Healthcare Research and Quality</p> <p>Agência para a pesquisa e a qualidade, que possui como missão melhorar a qualidade, a segurança, a eficiência e a eficácia dos cuidados de saúde nos EUA. As informações da AHRQ ajudam as pessoas nas tomadas de decisões e assim melhoram a qualidade dos serviços de saúde nos EUA. A AHRQ era anteriormente conhecida como a Agência de Health Care Policy and Research.</p>
CNES	<p>Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde</p> <p>É a base operacional dos sistemas de informações em saúde no Brasil. Disponibiliza informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas federal, estadual e municipal.</p>
CHC	<p>Centros Comunitários de Saúde de Massachusetts</p> <p>Fundada em 1972, a Liga dos Centros Comunitários de Saúde de Massachusetts é uma organização sem fins lucrativos, que representa e financia as necessidades de 52 centros de saúde da comunidade. Atua informando aos responsáveis políticos, formadores de opinião e meios de comunicação as necessidades de saúde da população. Asseguram o fornecimento de uma ampla gama de assistência à saúde dos seus membros e para as suas comunidades.</p>
CMSP	<p>Children's Medical Security Plan</p> <p>Programa administrado pela United States Department of Health and Human Services, que fornece fundos em contrapartida dos Estados para o seguro de saúde das famílias com crianças. O programa foi concebido com a intenção de cobrir as crianças sem seguro em famílias com rendimentos que são modestos, mas muito altos para se qualificar para Medicaid.</p>
Children's Medical Security Plan em Massachusetts	<p>Programa de seguro básico de saúde para crianças e adolescentes de Massachusetts com idade inferior a 19 anos que não são elegíveis para MassHealth. Estão incluídos serviços de cuidados primários e preventivos médicos e odontológicos. A elegibilidade não depende do status de imigração ou de renda.</p>
CIPA	<p>Comissões Internas para Prevenção de Acidentes</p>
Commonwealth Care	<p>Programa estadual financiador de seguro de saúde para os residentes adultos em Massachusetts que não se qualificam para o Medicaid.</p>
Commonwealth Choice	<p>Programa de seguro de saúde para adultos não-segurados residentes em Massachusetts. O programa oferece seguro de saúde subsidiado para as pessoas que não são elegíveis para outros programas do Estado.</p>

Cooperativa Médica de Saúde	Operadoras organizadas a partir do sistema de cooperativismo de prestadores de serviços médicos. Além dos próprios cooperados, utilizam convênios médico-hospitalares para o atendimento da rede credenciada, e possuem cada vez mais a sua própria rede de serviços.
Cuidados médicos “post discharge”	Cuidados médicos de que um paciente necessita após um período de tratamento realizado sob regime de uma internação hospitalar.
Emergency Medicaid	Condição de cobertura do Medicaid para as urgências médicas nos EUA. É limitada a tratamentos após o aparecimento súbito de uma emergência médica. Os sintomas agudos da doença devem ser suficientemente graves para que a atenção médica seja imediata. A Emergency Medicaid não paga o tratamento de doenças crônicas, mesmo que o estado tenha potencial para ser fatal. Esse tipo de assistência nunca é pré-aprovada.
EMTALA	Emergency Medical Treatment and Active Labor Act Lei que impõe aos hospitais fornecedores do Medicaid/Medicare a obrigatoriedade da realização de tratamento para qualquer paciente que procure atendimento em uma unidade de emergência hospitalar nos EUA. Aprovada em 1986 em meio à preocupação crescente com a indisponibilidade dos serviços de emergência de saúde para os pobres e os não-segurados. Dispõe de um estatuto criado para resolver o problema do “paciente” que não possui seguro e apresenta uma urgência médica em um hospital.
EUA	Estados Unidos da América FUMIN/BID Fundo Multilateral de Investimentos/Banco Interamericano de Desenvolvimento O BID foi estabelecido em 1959 para apoiar o processo de desenvolvimento econômico e social da América Latina e do Caribe. É a principal fonte de financiamento multilateral em 26 países da região.
Green Card	Cartão de Identificação que comprova o status de residente de um estrangeiro nos EUA. É uma comprovação de que foi concedida oficialmente ao seu titular a condição de residente permanente legal, que adquire a permissão de morar e de possuir um emprego nos EUA.
HMO	Health Maintenance Organization Modalidade de seguro saúde que fornece cobertura nos EUA por meio de um tipo de gerenciamento dos serviços prestados, conhecido como “managed care”. Sob um entendimento comum “managed care” pressupõe que alguém, que não sejam os prestadores de serviços médicos, de alguma maneira controle as decisões do tratamento.
Health Safety Net (Free Care)	Programa de saúde destinado aos residentes de Massachusetts que não são elegíveis para o seguro de saúde ou não possuem condições de adquiri-los. Pode-se afirmar que a maior parte dos cuidados em saúde para o imigrante, incluindo os não-emergenciais, são provenientes do Free Care.

IDSS	<p>Índice de Desempenho da Operadora</p> <p>Parâmetros de qualificação dos planos de saúde em atividade no Brasil, que, por meio de critérios técnicos, administrativos e econômico-financeiros, estabelece as condições necessárias para o aperfeiçoamento do processo de regulação dos serviços prestados pelas operadoras. Foi desenvolvido e implementado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar brasileira (ANS).</p>
MSO	<p>Management Services Organization</p> <p>É uma modalidade de organização existente nos EUA, controlada por um grupo de médicos ou de um hospital, ou de investidores em conjunto com médicos. Os MSOs geralmente oferecem práticas de gestão e de serviços de apoio administrativo para os médicos individuais ou em pequenos grupos. Um dos propósitos da MSOs é não sobrecarregar os médicos com funções não comerciais para que possam concentrar-se nos aspectos clínicos de sua prática.</p>
MHRA	<p>Massachusetts Health Reform Act de 2006</p> <p>Lei Estadual, promulgada em 2006, para a reformulação da legislação sobre a assistência à saúde em Massachusetts. Ela exige que quase todos os residentes de Massachusetts obtenham cobertura de seguro de saúde. Por intermédio da lei, Massachusetts fornece cuidados de saúde gratuitos para os moradores que ganham menos de 150% do nível de pobreza federal, e subsidia parcialmente a assistência em saúde para aqueles que ganham até 300% do nível de pobreza federal.</p>
MassHealth	<p>O MassHealth é o mais abrangente programa de seguro de saúde pública para os residentes que possuem níveis baixo e médio de renda no Estado de Massachusetts. Na prática, esse programa é uma combinação do Medicaid e o do State Children's Health Insurance Plan (SCHIP).</p>
Medicaid	<p>Programa de seguro público de saúde para os indivíduos e as famílias com baixos rendimentos e recursos nos EUA. Ele é cofinanciado pelo governo federal e pelos Estados, e é administrado por estes. Entre os grupos de pessoas atendidas pelo Medicaid estão os cidadãos norte-americanos elegíveis e os estrangeiros residentes. A pobreza por si só não necessariamente qualifica um indivíduo para Medicaid. Estima-se que aproximadamente 60% dos norte-americanos pobres não são cobertos pelo Medicaid. Contudo, o Medicaid é a maior fonte de financiamento de serviços médicos para pessoas com renda limitada nos Estados Unidos.</p>
MEPS	<p>Medical Expenditure Panel Survey</p> <p>Conjunto de inquéritos acerca da utilização de serviços de saúde nos EUA. Contém informações a respeito das características familiares e individuais dos usuários, assim como dos prestadores de serviços médicos e dos empregadores norte-americanos. O MEPS é a mais completa fonte de dados sobre o custo e a utilização de cuidados de saúde e de seguro de saúde nos EUA.</p>
Medicare	<p>Programa de seguro social administrado pelo governo dos EUA que oferece cobertura de seguro de saúde para as pessoas com mais de 65 anos ou que tenham outros critérios especiais. O programa Medicare também oferece fundos para programas de formação para a grande maioria dos médicos nos Estados Unidos.</p>

Medicina de Grupo

Modalidade de planos de saúde que caracteriza-se pela estruturação de uma rede ambulatorial e hospitalar própria. Utiliza também redes credenciadas para o atendimento dos seus clientes. O segurado, seja ele um indivíduo, família ou empresa, vincula-se ao plano mediante pré-pagamento e tem direito à cobertura de serviços e de procedimentos médicos e auxiliares, previstos contratualmente, tanto na rede própria, como na rede conveniada.

Nova Inglaterra

Região norte-americana localizada na extremidade nordeste do país que inclui os seguintes Estados: Connecticut, Maine, Massachusetts, New Hampshire, Rhode Island e Vermont. A cidade de Boston é seu centro cultural e econômico e sua cidade mais povoada.

NEDER Núcleo de Estudos Multidisciplinar sobre Desenvolvimento Regional
Núcleo de pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce em Governador Valadares-MG.

OECD

Organization for Economic Cooperation and Development
Organismo internacional que reúne os representantes de governos de países comprometidos com a democracia e a economia de mercado em todo o mundo para favorecer o crescimento econômico sustentável, aumentar o nível de empregos, elevar os padrões de vida, manter a estabilidade financeira, auxiliar o desenvolvimento da economia dos países em desenvolvimento e contribuir para o crescimento do comércio mundial.

PCHI/RSO Partners Community Healthcare, Incorporate/Regional Service Organizations

Rede de organizações médicas que possui a maior estrutura em Massachusetts. Essa rede de distribuição de serviços médicos-hospitalares possui seis mil médicos e atende a 1,5 milhões de pacientes. A rede PCHI está organizada em Regional Service Organizations (RSOs), que variam muito em tamanho e estrutura; vão desde uma pequena estrutura de 14 médicos até uma organização médica com mais de 250 médicos de cuidados primários em um centro médico acadêmico. Neles os médicos coordenam os cuidados de saúde para seus pacientes e os órgãos administrativos são os responsáveis pela gestão de riscos financeiros, pelos contratos de atenção gerenciada, por incentivos de desempenho.

PRWORA Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act

Conjunto de leis do ano de 1996, que incorporou mudanças políticas nos fundos públicos para o imigrante, teve como objetivo a redução dos gastos federais com as coberturas, previdenciária e de saúde.

PDR/MG Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais

Política pública de Minas Gerais que visa a solucionar o macroproblema do SUS no Estado por intermédio da implantação de sistemas integrados de atenção à saúde. Essas ações visam a coordenar os processos de gestão das condições de saúde agudas e crônicas da população. Para isso, necessita solucionar a incoerência das ações das redes de atenção à saúde estadual, que enfrentam uma dupla carga de doenças, com predominância relativa das condições crônicas, e concomitantemente apresentam um sistema fragmentado de atenção à saúde, voltado para as condições agudas.

PIB

Produto Interno Bruto

Prescription Advantage

Plano de seguro de medicamentos para idosos e deficientes físicos residentes em Massachusetts, que preencha os requisitos de elegibilidade. Para as pessoas cobertas pelo Medicare, o Prescription Advantage ajuda a pagar os custos de parte das prescrições realizadas pelos profissionais do plano. Para as pessoas que não possuem o Medicare, o programa permite a compra de uma vasta gama de medicamentos, embora limitando a quantidade que deve gastar em cada ano para o medicamento de que necessitam.

PSF/ESF Programa Saúde da Família/Estratégia de Saúde da Família

A Saúde da Família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

PACS Programas de Agentes Comunitários de Saúde

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde é uma importante estratégia do Ministério da Saúde do Brasil que busca promover a reorientação do modelo assistencial no âmbito do município, a quem compete a prestação da atenção básica à saúde. Por meios de ações individuais ou coletivas, o agente comunitário de saúde realiza atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde sob supervisão do gestor local do SUS.

SESP Serviço Especial de Saúde Pública

O Serviço Especial de Saúde Pública foi criado durante a 2ª Guerra Mundial por um convênio firmado entre os governos brasileiro e norte-americano. O SESP tinha como atribuições centrais, naquele momento, sanear a Amazônia e a região do Vale do Rio Doce, onde se produzia borracha e minério de ferro, matérias-primas estratégicas para o esforço de guerra norte-americano, tendo em vista os altos índices de malária e febre amarela que atingiam os trabalhadores dessa região.

Special Health Care Programs

Programas de ajuda às pessoas com necessidades especiais de saúde. Cada um desses programas especiais tem seus próprios requisitos de elegibilidade, benefícios e processo de candidatura.

Uncompensated Cost

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 *uncompensated* é gerada por pacientes de baixa renda e desempregados. A quantidade de assistência *uncompensated* 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 *uncompensated*, menor será a transferência de dinheiro do Medicaid, o que aumenta os custos das despesas de cada Estado com a cobertura em saúde.

Além disso, as despesas efetuadas com o tratamento de pacientes que não são reembolsadas acabam sendo transferidas para as seguradoras privadas. Isso é conhecido como o “custo de deslocamento”, e é um dos fatores que contribuem para os aumentos anuais dos custos de cuidados de saúde que normalmente são maiores que a inflação geral. Quando os hospitais são obrigados a aumentar as suas tarifas para cobrir custos não-cobertos, as seguradoras privadas aumentam suas taxas. Como cada vez mais os seguros privados de saúde são pagos pelos empregadores, as empresas acabam pagando a conta.

ANEXOS

ANEXO A – CATEGORIAS DE ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS E PERCEPÇÕES DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS EMIGRANTES VALADARENSES

Emigrantes visitantes e retornados

Caracterização

1. Apelido (código):

2. Gênero:	a) MASC	<input type="checkbox"/>	B) FEMIN	<input type="checkbox"/>						
3. Idade atual:	a) de 20 a 29anos	<input type="checkbox"/>	b) de 30 a 39 anos	<input type="checkbox"/>	c) de 40 a 49 anos	<input type="checkbox"/>	d) mais de 50 anos	<input type="checkbox"/>		
4. Idade da primeira imigração:	a) de 20 a 29anos	<input type="checkbox"/>	b) de 30 a 39 anos	<input type="checkbox"/>	c) de 40 a 49 anos	<input type="checkbox"/>	d) mais de 50 anos	<input type="checkbox"/>		
5. Ano de retorno:	a) de 1985 a 1989	<input type="checkbox"/>	b) de 1990 a 1995	<input type="checkbox"/>	c) de 1995 a 1999	<input type="checkbox"/>	d) de 2000 a 2004	<input type="checkbox"/>	e) de 2004 a 2009	<input type="checkbox"/>
6. Periodicidade de visitas a GV:	a) anual	<input type="checkbox"/>	b) bienal	<input type="checkbox"/>	c) outros	<input type="checkbox"/>	d) não visita	<input type="checkbox"/>		
7. Escolaridade atual:	a) ensino fundamental	<input type="checkbox"/>	b) ensino médio	<input type="checkbox"/>	c) superior	<input type="checkbox"/>	d) outros	<input type="checkbox"/>		
8. Escolaridade da 1ª emigração:	a) ensino fundamental	<input type="checkbox"/>	b) ensino médio	<input type="checkbox"/>	c) superior	<input type="checkbox"/>	d) outros	<input type="checkbox"/>		

Experiência nos EUA

1. Documentação na entrada	a) sem documentação	<input type="checkbox"/>	b) Visto de turismo	<input type="checkbox"/>	c) Visto de trabalho	<input type="checkbox"/>				
2. Local de residência nos EUA	a) Massachusets	<input type="checkbox"/>	b) New York	<input type="checkbox"/>	c) Florida	<input type="checkbox"/>	d) Conecticut	<input type="checkbox"/>	e) outros	<input type="checkbox"/>
3. Profissões exercidas	a) construção civil	<input type="checkbox"/>	b) serviços	<input type="checkbox"/>	c) limpeza e jardinagem	<input type="checkbox"/>	d) Outros	<input type="checkbox"/>		
4. Documentação no retorno	a) Green Card	<input type="checkbox"/>	b) Cidadania EUA	<input type="checkbox"/>	c) deportado	<input type="checkbox"/>	d) Outros	<input type="checkbox"/>		
5. Utilizou serviços de saúde nos EUA	a) Pelo menos uma vez	<input type="checkbox"/>	b) Mais de uma vez	<input type="checkbox"/>	c) Não utilizou	<input type="checkbox"/>				
6. Internações hospitalares	a) Pelo menos uma vez	<input type="checkbox"/>	b) Mais de uma vez	<input type="checkbox"/>	c) Não realizou	<input type="checkbox"/>				
7. Realização de exames	a) Pelo menos uma vez	<input type="checkbox"/>	b) Mais de uma vez	<input type="checkbox"/>	c) Não realizou	<input type="checkbox"/>				
8. Realização de cirurgias	a) Pelo menos uma vez	<input type="checkbox"/>	b) Mais de uma vez	<input type="checkbox"/>	c) Não realizou	<input type="checkbox"/>				
9. Doenças crônicas pré-existent	a) SIM	<input type="checkbox"/>	b) NÃO	<input type="checkbox"/>						
10. Doenças relacionadas ao trabalho	a) SIM	<input type="checkbox"/>	b) NÃO	<input type="checkbox"/>						
11. Cobertura Planos Saúde	a) SIM	<input type="checkbox"/>	b) NÃO	<input type="checkbox"/>						
12. Natureza dos Serviços utilizados	a) Público	<input type="checkbox"/>	b) Privado	<input type="checkbox"/>	c) Filantrópico	<input type="checkbox"/>	d) Outros	<input type="checkbox"/>		
13. Estimativa valores gastos	a) até US\$ 1.000	<input type="checkbox"/>	b) até US\$ 2.000	<input type="checkbox"/>	c) até US\$ 4.000	<input type="checkbox"/>	d) Outros	<input type="checkbox"/>		
14. Percepção qualidade dos serviços	a) excelente	<input type="checkbox"/>	b) satisfatória	<input type="checkbox"/>	c) ruim	<input type="checkbox"/>				

Experiência em Gov. Valadares

1. Utilizou serviços de saúde nos EUA	a) Pelo menos uma vez <input type="checkbox"/>	b) Mais de uma vez <input type="checkbox"/>	c) Não utilizou <input type="checkbox"/>		
2. Internações hospitalares	a) Pelo menos uma vez <input type="checkbox"/>	b) Mais de uma vez <input type="checkbox"/>	c) Não realizou <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Realização de exames	a) Pelo menos uma vez <input type="checkbox"/>	b) Mais de uma vez <input type="checkbox"/>	c) Não realizou <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Realização de cirurgias	a) Pelo menos uma vez <input type="checkbox"/>	b) Mais de uma vez <input type="checkbox"/>	c) Não realizou <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Realização Tratam. Odontológicos	a) Pelo menos uma vez <input type="checkbox"/>	b) Mais de uma vez <input type="checkbox"/>	c) Não realizou <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Realização de tratamentos estéticos	a) Pelo menos uma vez <input type="checkbox"/>	b) Mais de uma vez <input type="checkbox"/>	c) Não realizou <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Doenças crônicas pré-existent	a) SIM <input type="checkbox"/>	b) NÃO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. Cobertura Planos Saúde	a) SIM <input type="checkbox"/>	b) NÃO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Natureza dos Serviços utilizados	a) Público <input type="checkbox"/>	b) Privado <input type="checkbox"/>	c) Filantrópico <input type="checkbox"/>	d) Outros <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Estimativa valores gastos	a) até US\$ 1.000 <input type="checkbox"/>	b) até US\$ 2.000 <input type="checkbox"/>	c) até US\$ 4.000 <input type="checkbox"/>	d) Outros <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Percepção qualidade dos serviços	a) excelente <input type="checkbox"/>	b) satisfatória <input type="checkbox"/>	c) ruim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ANEXO B – CATEGORIAS DE ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS E PERCEPÇÕES DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS RECEPTORES DE REMESSAS VALADARENSES

RECEPTORES DE REMESSAS

Caracterização

1. Apelido (código):

2. Gênero:

a) MASC

☐

B) FEMIN

☐

3. Idade atual:

a) de 20 a 29 anos

☐

b) de 30 a 39 anos

☐

c) de 40 a 49anos

☐

d) 50 a 59 anos

☐

e) mais de 60 anos

☐

4. Escolaridade atual:

a) ensino fundamental

☐

b) ensino médio

☐

c) superior

☐

d) outros

☐

A experiência em GV dos receptores de remessas

1. N° anos que recebe remessas

a) até 3 anos

☐

b) até 5 anos

☐

c) mais de 5 anos

☐

2. Parentesco com imigrante

a) esposa

☐

b) esposo

☐

c) filho

☐

d) pais

☐

e) outros

☐

3. Periodicidade do envio de remessas

a) mensal

☐

b) a cada 2-3 meses

☐

c) a cada 4-6 meses

☐

d) uma vez por ano

☐

4. Estimativa valores médios recebidos

a) menos US\$ 100

☐

b) de 101 a 200 US\$

☐

c) de 201 a 500 US\$

☐

d) de 501 a 1000 US\$

☐

e) mais de US\$ 1000

☐

5. Estimativa valores gastos

a) até US\$ 1.000

☐

b) até US\$ 2.000

☐

c) até US\$ 4.000

☐

d) Outros

☐

6. As remessas custeiam Planos de Saúde

a) SIM

☐

b) NÃO

☐

7. Internações hospitalares

a) Pelo menos uma vez

☐

b) Mais de uma vez

☐

c) Não realizou

☐

8. Realização de exames

a) Pelo menos uma vez

☐

b) Mais de uma vez

☐

c) Não realizou

☐

9. Realização de cirurgias

a) Pelo menos uma vez

☐

b) Mais de uma vez

☐

c) Não realizou

☐

10. Realização Tratam. Odontológicos

a) Pelo menos uma vez

☐

b) Mais de uma vez

☐

c) Não realizou

☐

11. Realização de tratamentos estéticos

a) Pelo menos uma vez

☐



b) Mais de uma vez

☐

c) Não realizou

☐

**ANEXO C – QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES
JUNTO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA DEMANDA DO
EMIGRANTE PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE GOVERNADOR VALADARES,
MINAS GERAIS**

CURSO: Mestrado Acadêmico em Administração de Empresas LINHA DE PESQUISA: GESTÃO ÉTICA, SOCIOAMBIENTAL E SAÚDE PROFESSOR ORIENTADOR: Álvaro Escrivão Junior ALUNO: Norberto de Almeida Duarte SEMESTRE/ANO: 01/2008	 FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS  Escola de Administração de Empresas de São Paulo
--	---

**Questionário para levantamento de informações junto aos profissionais de saúde acerca
da demanda do emigrante pelos serviços de saúde
de Governador Valadares, Minas Gerais
15 de abril de 2008**

1. Há quanto tempo o senhor(a) atua em Governador Valadares?

2. Qual a sua especialidade?

3. Você se lembra de quando iniciou e intensificou o fluxo de pacientes (dependentes e familiares) provenientes do exterior?

4. O emigrante (familiares e dependentes) é parte representativa dos seus pacientes?

5. Poderia estimar essa proporção?

6. Quais são as principais demandas desses pacientes?

7. Alguma peculiaridade?

8. Existem indicadores, como o IDH e o PIB, que apontam para um desempenho de Governador Valadares acima da média estadual. Você acredita que as mudanças na taxa cambial e a desaceleração da economia norte-americana afetam ou afetarão a demanda do emigrante pelo seu serviço de saúde?

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____
voluntariamente, disponho-me a participar do estudo cujo título provisório é “Qual a participação do financiamento do emigrante na economia da saúde de Governador Valadares”, que tem como objetivo explorar a dinâmica entre a demanda e a oferta de serviços de saúde do emigrante no mercado de saúde em Governador Valadares-MG.

Confiro, para tanto, autorização ao aluno do Programa de Pós-graduação da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, Norberto de Almeida Duarte, para recolher as informações a respeito da minha vivência profissional sobre o referido tema. Estou ciente de que todas as minhas dúvidas a respeito dos objetivos do estudo serão esclarecidas pelo pesquisador e, além disso, que a minha privacidade será resguardada, podendo recusar-me a participar e abandonar a pesquisa a qualquer momento.

Assinatura do voluntário

Norberto de Almeida Duarte

Escola de Administração de Empresas de São Paulo
Fundação Getulio Vargas
Avenida 9 de Julho, 2029, Bela Vista
São Paulo-SP
Telefone: (011) 3281-7717

Governador Valadares, _____ de 2008.