

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

SARAH MARTINS FALEIROS

UNIVERSALIDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS:
A EXPERIÊNCIA DOS IMIGRANTES NO ACESSO À SAÚDE

SÃO PAULO

FEVEREIRO DE 2012

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

SARAH MARTINS FALEIROS

**UNIVERSALIDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS: A EXPERIÊNCIA DOS
IMIGRANTES NO ACESSO À SAÚDE**

Dissertação apresentada à Escola de
Administração de Empresas de São Paulo
da Fundação Getúlio Vargas, como
requisito para a obtenção do título de
mestre em Administração Pública e
Governo.

Campo do conhecimento: Políticas Públicas
e Migrações Internacionais

Orientadora: Prof. Dra. Ana Cristina Braga
Martes

SÃO PAULO
FEVEREIRO 2012

Faleiros, Sarah Martins.

Universalidade e Políticas Públicas: a experiência dos imigrantes no acesso à saúde / Sarah Martins Faleiros. – 2012
163 f.

Orientador: Ana Cristina Braga Martes

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

1. Políticas públicas. 2. Política de saúde. 3. Imigrantes. 4. Serviços de saúde – Brasil. 5. Serviços de saúde – Estados Unidos. 6. Brasileiros – Estados Unidos. 7. Bolivianos – Brasil. 8. Multiculturalismo. I. Martes, Ana Cristina Braga. II. Dissertação (CMAPG) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 614.2

SARAH MARTINS FALEIROS

**UNIVERSALIDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS: A EXPERIÊNCIA DOS
IMIGRANTES NO ACESSO À SAÚDE**

Dissertação apresentada à Escola de
Administração de Empresas de São
Paulo da Fundação Getúlio Vargas, em
cumprimento parcial dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em
Administração Pública e Governo.

Linha de Pesquisa: Transformações do
Estado e Políticas Públicas

Data de aprovação: 27/02 / 2012

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Ana Cristina Braga Martes
FGV/EAESP (Orientadora)

Prof. Dr. Peter Spink
FGV/EAESP

Prof. Dra. Soraya Fleisher
UNB

“Os imigrantes não são uma ameaça, são uma oportunidade. Vêm com valores, vêm com muitas coisas bonitas. (...) Esse sistema neoliberal que vivemos está esgotado. Não garante a vida das pessoas no seu lugar de origem, nem o crescimento e desenvolvimento a que todos têm direito, porque todos temos direito a viver da melhor forma. (...) Os imigrantes são altamente subversivos, não porque o planejem, não porque usem armas, mas porque estão subvertendo uma ordem que não permite o outro, que não permite o novo, o estranho”.
Padre Alejandro Solalinde, no documentário “The invisibles” de Gael García Bernal e Marc Silver

À minha querida Vó Maria, que como os imigrantes bolivianos, também costurou muitos sonhos em sua máquina...

Ao meu sobrinho Joseph Faleiros Baxendale, “imigrante” de segunda geração, que mal chegou e já me faz pensar em muitas das questões presentes nessa dissertação. Com um nome em três línguas, você é tão multicultural quanto o mundo está se tornando. Que bom que você nasceu em um país que vai te respeitar.

Agradecimentos

Eu sempre brinquei que a parte que eu mais gostava de todas as dissertações que eu já li na minha vida eram os agradecimentos. Talvez porque eles sejam a parte mais fácil de se ler, mas a verdade é que eu acho bonito o ato de agradecer. Realmente acredito que ninguém faz nada sozinho, e por isso acho essencial esse momento em que, antes de acabar de vez algo grande na nossa vida – como o mestrado foi para mim, olhamos para trás para agradecer tantas pessoas que nos ajudaram no processo. Então espero que, como eu, as pessoas que estão citadas aí embaixo leiam pelo menos essa parte da dissertação, e percebam o quanto são importantes para mim!

À CNPQ e a CAPES que financiaram esse mestrado. Dinheiro curto, mas que fez toda a diferença para que eu pudesse me dedicar à pesquisa.

À Cris, minha orientadora e amiga. Nosso encontro devia estar escrito em algum lugar, porque eram muitas coincidências para um par de pessoas só! Que bom que ele aconteceu! Obrigada pela orientação de perto, pelos cafés e almoços, por me respeitar com minhas idéias e forma de levar a vida. Obrigada pela imensa generosidade, não só por ter me ensinado a fazer pesquisa (porque a verdade é que eu não sabia nada sobre isso antes de começar esse mestrado!), mas por ter me chamado para ser sua assistente, e por ter possibilitado com que eu fosse até os EUA realizar a pesquisa que gerou essa dissertação. Eu sei que isso não é comum, e por isso agradeço ainda mais. Se algum dia eu for uma professora, e quem sabe orientar alguém, quero conseguir ser tão boa como você foi comigo.

À FGV-SP e a todos os professores do Mestrado em Administração Pública e Governo. Esse programa me tirou todo o ranço de ambiente acadêmico que tinha ficado da minha graduação. Encontrei aqui um ambiente cooperativo, com professores que me acolheram, dispostos à dialogar, e que sempre respeitaram a opinião dos alunos. Agradeço em especial ao professor Peter Spink, que me ensinou que devemos conseguir atingir o nível intermediário de análise: nem olhar do alto demais, nem se perder em detalhes pequenos. Agradeço a ele e a Professora Adriana Capuano, pelos comentários na qualificação, essenciais para o resultado final dessa dissertação. Agradeço ainda à Gabriela Lotta, que leu o projeto e me proporcionou uma segunda qualificação por telefone. Agradeço ainda ao Sergio Praça, que nos ajudou com a metodologia de pesquisa.

Aos meus pais, que sempre colocaram na educação um imenso valor, e por isso nunca questionaram a minha decisão de parar de trabalhar para seguir minha formação, proporcionando a segurança necessária – financeira e afetiva – para concluir esse trabalho. Muito obrigado por terem sido ótimos pais (não conheço melhores!), e por terem me dado a formação que tenho. Ao meu pai por ter colocado em mim os questionamentos sobre política e sobre a necessidade de mudar as coisas. À minha mãe, por ter me ensinado a ter fé, e por ter sempre rezado por mim. Espero um dia poder retribuir por tudo que vocês me deram.

Às minhas irmãs, Juliana, Letícia e Paula, que são minhas melhores amigas, e que sempre me inspiraram. Tenham certeza que eu nunca teria passado na faculdade se não fosse o exemplo e as broncas de vocês: “quem vai a churrasco não passa no vestibular”. Mas também por terem passado a mão na cabeça, como uma caçula merece de vez em quando. Em especial, agradeço à Paula, que dividiu o apartamento comigo em todos esses anos, e me agüentou com minhas bagunças, crises e mau humor. Obrigada por ter me aliviado a vida sempre que precisei, seja contando causos, compartilhando da novela ou do *Friends*, me pagando jantares, e cafés na padaria (nesse momento falido). Você não sabe o quanto você foi (e é) importante para mim. Às primas Carol e Moninha, ouvidos essenciais nos momentos de crise, e pelas ajudas de última hora.

Aos meus companheiros de trabalho no Museu da Pessoa que me ensinaram a ouvir as pessoas, e a beleza das histórias de vida. É impressionante como mesmo entrevistas sobre o acesso à saúde podem mostrar o quanto as pessoas são interessantes, e o quanto têm a nos ensinar. Esse gosto em ouvi-las nasceu do meu trabalho no museu, e por isso eu agradeço a todos vocês. Agradecimento especial à Ana Nassar, que compartilhou do stress de terminar uma dissertação.

Aos meus colegas do Programa de Pós Graduação da FGV-SP. Quem diria que esse mestrado me daria tão bons amigos? Vocês foram essenciais para tornar essa caminhada mais gostosa, e por grande parte dos aprendizados que eu tive nela. Foi em nossas conversas nas aulas, biblioteca e happy hours que eu tive grande parte dos insights que estão nessa dissertação. Nessas conversas eu também fiquei esperançosa de ver nosso país melhorar, a julgar pela quantidade e qualidade de pessoas que querem trabalhar para desenvolvê-lo. Martha, Luís Otávio, Fê Papa, Ana Paula, Ana Claudia,

Catarina, Lya, Fabiano, Lu Coentro e muitos outros: obrigada por tudo! O mestrado acaba, mas nossa amizade não!

Aos amigos da USP (e da vida!), que fizeram a faculdade valer a pena, e que me agüentaram nesse momento chato e monotemático. Agradecimento especial ao Dan, que me apresentou ao Luiz Claudio, naquela conversa essencial para que eu conseguisse falar Street Level Bureocracy na entrevista, e passar na seleção!

Ao Luiz Edu, o grande responsável por eu ter me jogado nessa vida de mestranda. Se não fosse você para me mostrar que eu era capaz, nem me candidatado ao mestrado eu iria. Inclusive, se não fosse você para me mostrar o quanto a gestão também é importante, eu não teria ido parar na GV. Obrigada por ter me agüentado nesse período, pelos abraços carinhosos, pelas muitas conversas por skype quando estava na Escócia, leitura de trabalhos, viagens nos momentos que eu precisei descontraí, broncas nos momentos que eu precisava focar... Que bom que a gente vai ficar junto para sempre!

Um agradecimento especial aos meus entrevistados. Que pena que não posso citar seus nomes, porque assim prometi a vocês. Mas agradeço imensamente a disponibilidade que vocês tiveram em me contar suas experiências, não só na saúde, mas de vida. Com vocês aprendi a admirar os imigrantes, essa “categoria” que os jornais e governos de muitos países costumam retratar como um problema social, ligados à violência, ao desemprego da população “nativa” e à falência do estado de bem estar social (e muitos outros malefícios, dependendo do grau de direita do governo!). Sua coragem de enfrentar o desconhecido, de romper fronteiras, de chegar em outro lugar sem saber falar uma palavra da língua local, tudo isso porque querem uma vida melhor para si e para seus filhos, não pode ser considerado algo errado: “Nenhum ser humano é ilegal”. Espero que algum dia os direitos humanos sejam de fato universais, para todos! A todos os outros entrevistados que me contaram suas experiências na ponta dos serviços de saúde, e me mostraram como é difícil e desafiador implementar as políticas públicas.

Por fim, mas não menos importante, à Gabriela Sievers e à Uli Apolinário, que transcreveram as entrevistas para mim em um momento em que eu precisava olhar para fora, espalreçar, e ganhar algum dinheiro. Muito obrigada!

Resumo

O direito à saúde já é reconhecido no plano internacional e, em muitos casos, nacional. No entanto, ele ainda está restrito apenas aos cidadãos na maior parte dos países do mundo e, mesmo naqueles países que o reconhecem, ainda existem muitas barreiras para que os imigrantes, especialmente os indocumentados, usufruam dos serviços de saúde. Esta dissertação tem como objetivo entender como acontece o acesso dos imigrantes à saúde, focando no processo de implementação das políticas públicas e nas barreiras que se formam a partir desse. Para isso estudamos dois casos que garantem o acesso à saúde, mas por meio de mecanismos diferentes: o dos imigrantes bolivianos que vivem na cidade de São Paulo (SP – Brasil) e dos imigrantes brasileiros que vivem na zona metropolitana de Boston (MA – EUA). Realizou-se uma pesquisa qualitativa com 46 imigrantes nos dois países. Além disso, entrevistamos 16 especialistas e burocratas de nível de rua, pessoas que atuam diretamente com os imigrantes na ponta dos serviços de saúde, ou que pesquisam e trabalham nestas questões. As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro semi-estruturado, transcritas e analisadas. A análise mostrou que ambos os sistemas apresentam barreiras distintas, no caso de São Paulo pela fixação da quantidade de serviços oferecidos e no segundo caso pela imposição de custos e pela alocação de serviços por classes de clientes diferenciados (LIPSKY, 1980). Essas barreiras puderam ser contornadas por ações promovidas pelos governos e suas agências implementadoras. Entre essas destacamos políticas multiculturais e programas que buscam promover a saúde preventiva de forma ativa, como é o caso do *Saúde da Família*. Pudemos observar também o importante papel desempenhado pelos burocratas de nível de rua nesse processo, seja facilitando o acesso, por meio da criação de soluções criativas, seja o dificultando. Sugerimos que estudos futuros aprofundem a análise do papel desses atores no processo de implementação do direito à saúde.

Palavras chaves: Políticas Públicas, imigração, acesso à saúde, implementação de políticas públicas, barreiras de acesso, multiculturalismo.

Abstract

The right to health is already recognized at international level and, in most cases, at national level. However, it is still restricted to citizens in most countries. Even in the countries that recognize immigrants' right to health, there are still many barriers, specially to the undocumented. This dissertation aims to understand how immigrants access health care services, focusing on the implementation process of public policies and its potential barriers. In order to achieve these objectives we studied two cases that guarantee immigrants' access to health based on different mechanisms: the one of bolivian immigrants that live in the city of São Paulo, Brazil, and the brazilian immigrants that live in the metropolitan area of Boston, USA. A qualitative research has been conducted with 46 immigrants in both countries. Moreover, we interviewed 16 experts, bureaucrats and street level bureaucrats: people that work directly with immigrants in the health services, or that research and work with the issues we raise in this dissertation. The interviews were based on a semi structured script, then transcribed and analyzed. The analyses showed that both systems present distinct barriers to immigrant's access to health. In São Paulo's case study, the restrictions occurred by the fixation of the quantity of offered services, and by lack of training of the professionals that work directly with this public. In the metropolitan area of Boston, it occurred by the imposition of costs and service's allocation for different classes of clients (LIPSKY, 1980). These barriers could be overcome by governments and their implementing agencies' actions. Among these, we highlight multicultural policies and government programs that aims to actively promote preventive health, such as Programa Saúde da Família, in Brazil. We could observe the important role played by street level bureaucrats in this process, facilitating the access, creating creative solutions, or raising difficulties to immigrants' access to health. We suggest further research that deepens the analysis on these actors role regarding the implementation process of the right to health.

Keywords: public policies, immigration, access to healthcare, public policies implementation process, barriers of access, multiculturalism.

Sumário

Introdução	13
Justificativa	14
Objetivos	16
Capítulo 1. Procedimentos metodológicos	19
1.1 Instrumentos para coleta de dados	22
Capítulo 2. Políticas multiculturais: entre a universalidade e o reconhecimento da diferença	27
2.1 Diversidade e reconhecimento	28
2.1.1 Igualdade, equidade e diferença	31
2.2 Reconhecimento das diferenças de não cidadãos	34
2.2.1 Políticas Públicas Multiculturais	35
Capítulo 3. O processo de implementação de políticas públicas e a formação de barreiras de acesso	38
3.1 A formação de barreiras na oferta de serviços públicos	39
3.1.1. Discricionariedade e autonomia	40
3.1.2 Escassez de recursos e demanda crescente	42
3.1.3 Burocracias que se estruturam para diminuir barreiras	45
3.2 A demanda diferenciada dos imigrantes por serviços de saúde.....	46
3.2.1 Políticas para enfrentar as barreiras contidas na demanda.....	48
Capítulo 4. Brasil e Estados Unidos: diferenças institucionais que levam a diferenças de acesso.....	50
4.1 O acesso dos imigrantes à saúde no Brasil	50
4.1.2 A saúde na Bolívia	53
4.2 O acesso dos imigrantes à saúde nos EUA	55
4.2.1 O Caso de Massachusetts	57
Capítulo 5. Zona metropolitana de Boston: muitas barreiras, muitas formas de contorná-las.....	69
5.1.1 Perfil dos entrevistados	69
5.1.2 Acesso à saúde na Zona Metropolitana de Boston.....	73
5.2 Barreiras de acesso ligadas à oferta	76
5.2.1 Procedimentos administrativos complicados	76

5.2.2 Barreira para os indocumentados: cobertura	80
5.2.3 Barreira para os documentados: necessidade de recursos financeiros	81
5.3 Questões ligadas à demanda	88
5.3.1 Falta de informação	89
5.3.2 Falta de tempo	90
5.3.3 Diferença cultural	91
5.3.4 Medo por não ter o documento	95
5.3.5 Discriminação.....	96
5.4 Formas de enfrentar as barreiras de acesso.....	97
5.4.1 Sistema que se estrutura para possibilitar acesso	97
5.4.2 Estratégias utilizadas pelos imigrantes.....	107
Capítulo 6. Acesso em São Paulo: universal, mas com barreiras	113
6.1.1 Perfil dos entrevistados bolivianos.....	114
6.1.2 O acesso à saúde em São Paulo.....	116
6.2 Barreiras de acesso na oferta	118
6.2.1. Procedimentos administrativos – desorientação diante do novo público....	119
6.2.2 Barreira por imposição de custos ou fixação de serviços.....	121
6.3 Questões ligadas à demanda	122
6.3.1 Falta de tempo	123
6.3.2 Diferenças culturais.....	125
6.3.3 Comunicação.....	128
6.3.4 Medo.....	130
6.3.5 Discriminação.....	131
6.4 Formas de enfrentar as barreiras de acesso.....	134
6.4.1 Sistema que se estrutura para possibilitar acesso	134
6.4.2 Estratégias dos imigrantes para conseguir acesso	140
Conclusão. Afinal, que diferença faz o sistema universal?	144
Aprendizados	147
Estudos futuros	149
Referências bibliográficas	151
Anexo 1 – Roteiro das entrevistas com imigrantes	159
Anexo 2 – Roteiro das entrevistas com os Burocratas de Nível de Rua	162

Introdução

Apesar de constituírem um fenômeno social milenar, as migrações internacionais têm se intensificado de forma significativa, assumindo novas formas e motivações complexas. O desenvolvimento tecnológico, facilitando a mobilidade e a comunicação humanas, contribuiu de forma substancial para esse processo. Segundo a Organização Internacional pelas Migrações, estima-se que existam hoje cerca de 214 milhões de pessoas vivendo em outros lugares do mundo que não nos Estados em que nasceram, o que representa 3,1% da população mundial¹. Em 1910 esse número era de 33 milhões de pessoas. Enquanto a população do mundo cresceu quase quatro vezes durante esse período, os fluxos migratórios cresceram seis vezes.

Essa nova configuração social impõe também novos desafios para os estados receptores de migrantes internacionais. Primeiramente, em muitos países passou-se a questionar os critérios utilizados para a concessão de direitos sociais e acesso aos serviços criados pelos governos para implementar tais direitos. Afinal, quem deve ser contado como membro da comunidade, desfrutando de bens e serviços governamentais? Historicamente, direitos sempre estiveram associados à cidadania, e essa a uma nacionalidade. Mas a presença cada vez maior de estrangeiros vivendo de forma permanente ou temporária dentro do território de outro estado desafia a legitimidade de tal critério. Apesar de não serem nascidos nos estados em que residem, os imigrantes contribuem para essas economias e são necessários ao funcionamento e manutenção da sociedade e do mercado, especialmente do mercado de trabalho. Negar-lhes direitos que são oferecidos aos cidadãos nacionais é incompatível com outras normas amplamente aceitas no plano internacional, como os direitos humanos fundamentais, de saúde, educação, liberdade de expressão, direitos políticos, entre outros (BENHABIB, 2004). Mas a questão de como integrá-los à sociedade receptora continua aberta, tanto no debate teórico como para as práticas governamentais.

Além disso, os Estados, seus gestores e funcionários passam a se deparar com uma sociedade muito mais diversificada se comparada à ideia geralmente evocada, qual seja a do estado como um coletivo que partilha de identidade e cultura comuns (ANDERSON, 1991). O público das políticas públicas, que já vinha sendo entendido como algo não homogêneo na segunda metade do século XX, ganha ainda mais

¹ Fonte: <http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/facts-and-figures/lang/en> Disponível em: 08/04/2011

heterogeneidade com a presença de indivíduos e coletividades que partilham de outras matrizes culturais, colocando novos desafios para os gestores públicos nos processos de implementação de políticas e programas governamentais.

Esta pesquisa tem como objetivo contribuir para o debate sobre as respostas dos governos à presença de imigrantes em seus territórios, dito de outro modo como as políticas públicas vem sendo elaboradas para lidar com a população imigrante, a partir de dois níveis: (1) macro, sobre a concessão de direitos pelo Estado aos imigrantes; e (2) micro, sobre as consequências para o desenho das políticas públicas e para os burocratas que as implementam, aqui chamados burocratas de nível de rua (Lipsky, 1980).

De forma específica, propomo-nos a investigar o acesso dos imigrantes à saúde² a partir de dois casos em que o acesso pelo menos formalmente, existe: o dos imigrantes bolivianos que vivem na cidade de São Paulo (SP - Brasil) e o dos imigrantes brasileiros que vivem na Zona Metropolitana de Boston³.

Justificativa

Movimentos sociais que atuam internacionalmente têm tido relativo sucesso quando reivindicam a expansão do acesso universal à saúde⁴, transformando a saúde em direito fundamental aceito no plano internacional, e fazendo-o presente na maior parte das constituições nacionais do mundo desenvolvido. Entretanto, em várias partes do mundo constata-se que esse direito ainda está ancorado à cidadania⁵, o que inviabiliza o

² Apesar de nos concentrarmos no acesso aos serviços de saúde pública, nos referimos aqui à saúde de forma geral. Como será visto, mesmo quando não tem acesso a tratamentos de saúde formal, os imigrantes desenvolvem estratégias informais para cuidar de sua saúde. Esta pesquisa busca entender também quais são essas estratégias.

³ Estamos chamando de Zona Metropolitana de Boston a área também conhecida como Greater Boston, que é definida pelo *Metropolitan Area Planning Council* e engloba 101 cidades de Massachussets. Fonte: <http://www.mapc.org/sites/default/files/Calendar2010MAPCsubregions.pdf> Último acesso em: 08/02/2012.

⁴ Na Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), se faz referência ao direito de todo indivíduo de ter “um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis”, sem, no entanto, estabelecer nenhum compromisso dos Estados em garantir o direito à saúde. A Declaração de Alma-Ata, resultado da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, realizada no Cazaquistão (então ainda URSS), em 1978, foi uma dos primeiros documentos a conclamarem, no nível internacional, o direito à saúde e a responsabilidade do Estado em garanti-la.

⁵ Mesmo na União Européia, onde a maior parte dos países possui sistemas universais de saúde, já existem restrições legais baseadas na nacionalidade e no status legal do imigrante. Por mais que a Carta de direitos Fundamentais da União Européia garanta, em seu artigo 35 “o direito de todos de ter acesso à saúde preventiva e de se beneficiarem de tratamentos médicos”, no artigo 52 o escopo desse direito é limitado, permitindo que haja restrições baseadas na nacionalidade ou do status da migração (ROMERO-ORTUÑO, 2004).

acesso dos imigrantes à saúde (BENHABIB, 2004). Entendemos ser fundamental investigar, em primeiro lugar, de que forma os direitos humanos fundamentais, já amplamente aceitos no sistema internacional, ratificados na maior parte dos países, são garantidos nesses. Se a saúde é um direito humano fundamental, os serviços estatais que a garantem deveriam se estender, a priori, a toda e qualquer pessoa, e não apenas aos cidadãos de determinado Estado nacional, mas este não é o caso na maior parte do mundo. Segundo a OIM, somente Brasil, Argentina, Espanha, Portugal e França garantem a saúde aos imigrantes indocumentados residentes em seu território⁶.

Em segundo lugar, o estudo dos fluxos migratórios vem sendo cada vez mais relevante para a administração e políticas públicas na virada do século XXI. A multiplicidade das populações em determinadas regiões e Estados faz com que os governos tenham que pensar em políticas que vão além da gestão de suas fronteiras. O debate sobre direitos das minorias levantou a necessidade de se estabelecer políticas públicas multiculturais que enfrentem as desigualdades verificadas nas práticas cotidianas das instituições públicas. Além disso, ele iluminou interesses e especificidades antes ignorados pelas teorias de justiça (como os interesses de reconhecimento, identidade, linguagem e pertencimento cultural) como sendo essenciais aos seres humanos. Percebeu-se que quando desrespeitados pelos Estados, podem resultar em danos reais a indivíduos e coletividades, ainda que seus outros direitos - civis e políticos – sejam respeitados (KYMLICKA e NORMAN, 2000; TAYLOR, 1992). Este debate teórico já conseguiu influenciar diversas políticas em alguns países no mundo, mas ainda é incipiente no Brasil, apesar do crescimento de pesquisas que mostram a existência de desigualdades no tratamento das instituições estatais a determinados grupos étnicos (PINTO, 1987; ANGOTTI e NUNES, 2010).

O terceiro foco de interesse dessa pesquisa está voltado para o processo de implementação de políticas públicas que visam garantir tais direitos. Sua simples existência, estabelecido nas constituições, pode não levar à sua real execução, ou à sua execução com a efetividade esperada (SPINK, 2011). Dentre as fases metodologicamente criadas para facilitar o estudo das políticas públicas, a implementação é a que recebeu até hoje menos atenção dos autores, apesar de ser uma das mais estratégicas para entender a efetividade das políticas públicas (LOTTA, 2010).

⁶Fonte: Notícia divulgada no site da Organização Mundial das Migrações (OIM): www.iom.int/jahia/jahia/media/news-releases/newsArticleEU/cache/offonce/lang/en?entryId=31032

O estudo desse processo pode ajudar a compreender as barreiras de acesso à utilização dos serviços públicos de saúde, da mesma forma que os procedimentos que o facilitam.

Por fim, esta pesquisa se propõe a contribuir para os estudos sobre gestão das migrações internacionais (PATARRA, 2005; MARTES, 2009; COENTRO, 2011). Apesar de não estar no centro da agenda política e pública brasileira, é possível observar um aumento substantivo, se consideradas as duas últimas décadas, dos fluxos migratórios de estrangeiros para o Brasil e de brasileiros para o exterior. Em resposta a isso, o governo brasileiro está construindo novas políticas públicas para gerir estes fluxos. Coentro (2011) mostra o crescente interesse político no tema, o que pode ser verificado, sobretudo, na criação e fortalecimento dos órgãos competentes no governo federal e do número de ações por eles desenvolvidas.

O cenário de crescimento econômico, a liderança regional exercida pelo Brasil de forma crescente e o contexto internacional cada vez mais restritivo à presença do imigrante nos países tradicionalmente receptores⁷ aparecem ainda como indicativo que os fluxos migratórios em direção ao Brasil tendem a se intensificar. Também esses fatores contribuíram para o entendimento de que esta pesquisa seria relevante. Entendemos que os casos que analisaremos podem trazer resultados importantes para os desafios que se apresentarão ao governo brasileiro em relação aos novos cenários demográficos.

Objetivos

Este trabalho tem como objetivo entender como se dá o acesso à saúde dos imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo (Brasil) e dos brasileiros na zona metropolitana de Boston (Estados Unidos) com foco em três dimensões: (1) a universalidade do acesso à saúde enquanto um direito reconhecido por tratados internacionais; (2) o desenho institucional dos sistemas de saúde no nível nacional e estadual, que possibilita (ou não) esse acesso; (3) o processo de implementação das políticas públicas, a discricionariedade dos burocratas de nível de rua e as estratégias dos imigrantes que garantem esse acesso. Os estudos existentes sobre este tema já conseguiram mapear de forma bastante eficiente as variáveis que influenciam esse processo em relação à demanda e à oferta (ROMERO-ORTUÑO, 2004; ADAY; ANDERSEN, 1974; LECLERE et Al.; 1994; PORTES e EATON, 1992). O presente

⁷ A Espanha, por exemplo, passou a exigir visto de entrada para bolivianos e equatorianos, dois grupos étnicos importantes na composição dos imigrantes que vivem naquele país (MAZA e SOHEN, 2010).

estudo busca investigar a presença ou não dessas variáveis e entender de que forma elas se relacionam, analisando os constrangimentos e incentivos específicos ao acesso à saúde nos dois casos.

Ao iniciar essa pesquisa, tínhamos em mente a seguinte pergunta:

- Como se dá o acesso à saúde dos imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo e brasileiros na zona metropolitana de Boston?

No entanto, com o desenvolver da pesquisa, percebemos duas contradições inerentes aos casos escolhidos:

- (1) No caso de Massachusetts, em que o sistema de dominância privada deveria impor grandes barreiras ao acesso dos imigrantes (conforme o estudo de Romero-Ortuño (2004) afirma), os brasileiros tinham acesso e avaliavam os serviços de saúde recebidos muito positivamente, inclusive os indocumentados.
- (2) No caso de São Paulo, em que a constituição e o sistema universal de saúde garantem o acesso à saúde a todos, independente da nacionalidade, os imigrantes enfrentavam algumas barreiras de acesso.

Por esse motivo, decidimos investigar também os processos de implementação das políticas públicas, responsáveis por possibilitar que o acesso ocorra. Nestes processos também podem suceder situações em que o acesso é dificultado, o que chamamos barreiras de acesso. Por isso, formulamos as seguintes questões específicas:

- Quais são as barreiras de acesso no sistema universal e no sistema de dominância privada, no Brasil e nos EUA respectivamente?
- Como atuam as barreiras de acesso contidas na estrutura dos sistemas de saúde, e já levantadas pela literatura, tais como procedimentos administrativos complicados, necessidades de recursos financeiros? Existem brechas para contornar essas barreiras que podem ser acessada pelos burocratas de nível de rua ou pelos próprios imigrantes para conseguirem ou possibilitarem o acesso?
- Quais são as respostas das políticas públicas para as barreiras de acesso inerentes à demanda, no caso específico dos imigrantes, já identificadas na literatura, tais como desconhecimento da língua, diferenças culturais e falta de informação?
- Quais as estratégias utilizadas pelos imigrantes para contornar as barreiras existentes e/ou realizar cuidados com a saúde? Qual é o papel das redes, ONGs e outros atores para o acesso à saúde?

Por fim, no curso desta pesquisa percebemos que nos interessava uma última pergunta: afinal, que diferença faz o sistema universal? Foi com essa pergunta em mente que tentamos concluir este trabalho.

Capítulo 1. Procedimentos metodológicos

Para compreender o acesso dos imigrantes à saúde em dois diferentes contextos foi realizada uma pesquisa qualitativa a partir de dois casos: os imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo (SP - Brasil) e brasileiros na Zona Metropolitana de Boston (Massachusetts - EUA).

Apesar de comparar casos bastante diferentes, esta pesquisa tem uma dimensão comparativa no sentido mais amplo do termo. Acreditamos que essa dimensão nos auxilia a evidenciar diferenças que a princípio podem não parecer óbvias (EVARA, 1997). A análise empreendida na Zona Metropolitana de Boston evidenciou soluções de políticas públicas muito diferentes daquelas que estamos acostumados no Brasil e, assim, possibilitou questionar alguns pressupostos básicos que tínhamos como referência inicial. Da mesma forma, o contraste da experiência brasileira com a americana destacou fatores que não seriam observados sem que esse contraste tivesse sido realizado.

O desenho desta pesquisa envolveu importantes definições, como por exemplo a escolha da política social a ser estudada, a definição de dois diferentes países com seus sistemas de saúde específicos, e dos instrumentos mais adequados de pesquisa. Abaixo, veremos as justificativas para cada definição.

A escolha da política social a ser estudada

O acesso à saúde foi escolhido por ser fundamental a todos os imigrantes, ao contrário, por exemplo, da educação que só afeta diretamente parte deles, aqueles que têm filhos. Além disso, o direito à saúde já é amplamente reconhecido como um direito humano fundamental, apesar de ainda ser reservado apenas a cidadãos e imigrantes documentados na maior parte dos países⁸.

Além disso, para obterem acesso à saúde os imigrantes precisam utilizar serviços públicos que também são utilizados por toda a comunidade. As agências que implementam esses serviços, que chamamos de burocracias de nível de rua (LIPSKY, 1980), são organizações mediadoras, que servem de canal entre aqueles que desenvolvem as políticas públicas e o público. Talvez seja nessa situação que esses imigrantes interajam pela primeira vez com o estado receptor, na figura dos burocratas

⁸ Como vimos, segundo notícia vinculada pela Organização Internacional pelas Migrações (OIM) em 2011, somente 5 países concedem acesso à saúde a imigrantes indocumentados: Brasil, Argentina, Espanha, Portugal e França. Fonte: http://noticias.terra.com.br/brasil/noticias/0,,OI5516194-EI306_00-Brasil+e+um+dos+países+que+garantem+saúde+a+imigrantes+ilegais.html Último acesso: 21/01/2012.

de nível de rua. A análise das relações que aí se estabelecem são importantes para que possamos entender como se ligam, ou potenciais assimetrias entre as políticas macro, desenvolvidas pelos governos centrais, e as relações sociais no micro (LAMPHERE, 1992).

A definição do campo de pesquisa

Os casos aqui analisados, o acesso à saúde dos imigrantes brasileiros na zona metropolitana de Boston e dos imigrantes bolivianos em São Paulo, foram escolhidos por dois motivos. Em primeiro lugar, ambos garantem acesso dos imigrantes à saúde, mas o fazem por meio de estruturas institucionais e políticas que se diferenciam em muitos aspectos. A base da política que garante acesso à saúde no Brasil é universalista e nosso sistema de saúde é de dominância estatal. Já nos EUA, o sistema é de dominância privada, diferenciando os usuários por grupos a partir de diversos critérios. Além disso, Massachusetts tem políticas multiculturais consolidadas, tanto em termos de práticas como em termos de leis. Apesar de São Paulo já desenvolver algumas ações nesse sentido, elas ainda não são institucionalizadas, como é o caso de Massachusetts.

É preciso destacar que, tanto a zona metropolitana de Boston, como a cidade de São Paulo possuem indicadores de saúde que se destacam positivamente frente a outras cidades e zonas metropolitanas de seus países. Segundo dados disponibilizados pela Fundação *The Henry J. Kaiser Family*⁹, Massachusetts é o segundo estado americano que mais gasta com saúde, sendo superado apenas por Washington – DC. Dados do DATASUS mostram que São Paulo é o terceiro estado da federação brasileira com mais médicos por paciente (2,52), o quarto com a menor taxa de mortalidade infantil (12,6 em 2008), e o segundo que mais realiza consultas médicas por habitantes¹⁰.

Além disso, a zona metropolitana de Boston é a segunda área que mais concentra imigrantes brasileiros nos EUA, sendo superado apenas pela Flórida, enquanto o estado de São Paulo é o que mais concentra imigrantes bolivianos no Brasil. De acordo com o Censo Americano¹¹, em 2009 existiam 69.122 brasileiros vivendo nos EUA. Os imigrantes bolivianos foram escolhidos por compor o fluxo migratório que

⁹ Fonte:

<http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?ind=596&cat=5&sub=143&yr=92&typ=4&sort=a>

Acessado em 15/12/2011.

¹⁰ Fonte:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/matriz.htm?saude=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Fcgi%2Fidb2010%2Fmatriz.htm&botao=OK&obj=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Fcgi%2Fidb2010%2Fmatriz.htm#recur> Último acesso: 08/02/2012.

¹¹ Dado fornecido pelo Consulado Brasileiro em Boston.

mais cresce no Brasil atualmente. O Censo de 2000 apontou a existência de 8.910 bolivianos no Brasil. Xavier (2010) afirma, no entanto, existir uma tendência de subestimação, por parte do Censo, e de superestimação, por parte das entidades não governamentais e órgãos públicos, como o Ministério do Trabalho e o Ministério Público, que afirmam haver 200.000 bolivianos em território nacional. Na última anistia, realizada em 2009, 17.000 bolivianos foram beneficiados, sendo que 16.300 residiam no estado de São Paulo¹². Esse foi o maior grupo étnico anistiado, sendo seguido pelos chineses, com 5.500 pedidos¹³.

Realizamos entrevistas com 49 imigrantes porque nos interessava entender de que forma os indivíduos – imigrantes – acessavam o sistema, e se nesse acesso encontravam barreiras criadas no processo de implementação. Por isso, não bastaria apenas analisar a lei ou normas administrativas práticas, mas ver como elas são vivenciadas. Também nos interessava entender como esse indivíduo se relacionava com a estrutura do sistema de saúde e com aqueles funcionários que trabalham na ponta dela, o que a literatura chama de burocracia de nível de rua (LIPSKY, 1980).

Com o desenvolver da pesquisa percebemos também que nos interessava entender barreiras no nível meso, ou seja, na estrutura dos sistemas de saúde, o que conseguiríamos identificar não a partir das entrevistas com os indivíduos, mas a partir das entrevistas com alguns especialistas e burocratas de nível de rua. Isso, como veremos, foi realizado mais amplamente no caso de Massachusetts, já que só conseguimos entrevistar alguns desses atores no caso brasileiro¹⁴.

Não nos interessava realizar uma análise quantitativa, já que seria difícil fazer uma análise estatística, porque, como vimos, mesmo os números do censo não são confiáveis, já que apresentam dificuldades para acessar os imigrantes indocumentados. Além disso, não era nosso objetivo entender simplesmente se o acesso à saúde acontece ou não, mas saber como ele se dá.

¹² Xavier (2010) ressalta, no entanto, que este número também deve ser analisado com cuidado, já que (1) o número não inclui os bolivianos que já haviam se regularizado; (2) muitos imigrantes podem não ter requisitado a anistia por falta de informação, por não poderem pagar o custo de R\$95,00 ou por falta de provas e documentos para comprovar a entrada no país até a data solicitada; e (3) a regularização migratória não assegura que migrantes fiquem no país, já que, como bem mostra a autora ao analisar as trajetórias, muito regressam constantemente a seu país, ou migram para outros países (XAVIER, 2010).

¹³ Fonte: Ministério da Justiça, 2010 Disponível em: www.mj.gov.br.

¹⁴ Qualquer pesquisa realizada na área de saúde no município de São Paulo precisa da aprovação da Comissão de Ética da Secretaria Municipal de Saúde, mesmo que não se solicite dados confidenciais ou que não tenha nenhuma relação direta com os pacientes. Essa autorização não foi me dada em tempo hábil para que as entrevistas fossem realizadas ainda para a dissertação. Espero no futuro realizá-las para poder complementar os resultados desta pesquisa.

Por fim, não era nosso objetivo qualificar ou avaliar tecnicamente esse acesso, mas compreender como e por que os imigrantes avaliam os serviços de saúde que recebem. Avaliar tecnicamente o acesso seria uma tarefa difícil, uma vez que os imigrantes vêm de contextos distintos – Brasil e Bolívia – e costumam, o tempo todo, comparar o acesso à saúde que possuem no país que os recebe com aquele que tinham em seu país de origem. Apesar de reproduzirmos no texto a percepção que esses imigrantes têm do sistema de saúde que os acolhe, isso não deve ser tomado como uma verdade absoluta, já que é uma percepção construída a partir de referenciais bastante diferentes, relacionados a contextos específicos e experiências de vida heterogêneas.

1.1 Instrumentos para coleta de dados

Para conseguir entender as questões explicitadas acima, realizamos 49 entrevistas em profundidade, a partir de um mesmo roteiro semi-estruturado (Anexo 1), utilizado com flexibilidade, com imigrantes brasileiros que vivem em Massachusetts (EUA) e bolivianos que vivem em São Paulo (Brasil), respectivamente. Também realizamos algumas entrevistas semi-estruturadas (Anexo 2) com profissionais que trabalham diretamente com os imigrantes nos EUA e Brasil, além de profissionais que atuam em ONGs auxiliando os imigrantes em diversas questões no caso americano.

A maior parte das entrevistas com os bolivianos foi realizada em espanhol, já que muitos entrevistados não falavam português ou não se sentiam a vontade para se expressar nesse idioma. Foram realizadas 23 entrevistas em profundidade, com imigrantes bolivianos de primeira geração com idade acima de 20 anos que viviam na cidade de São Paulo¹⁵. As entrevistas ocorreram entre final de setembro e início de outubro de 2010, sendo que a seleção dos entrevistados foi inicialmente randômica, não tendo havido nenhuma restrição quanto a sexo, idade, situação legal ou tempo de permanência na cidade. Porém, no decorrer das entrevistas, decidimos entrevistar mais mulheres, pois os seis homens entrevistados tinham poucas experiências com o sistema de saúde. Ao final realizamos 17 entrevistas com imigrantes do sexo feminino e 6 com o sexo masculino.

Entrevistamos profissionais que trabalhavam com a população boliviana no serviço de saúde: (1) dois funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, do Programa de HIV/AIDS, que possuem uma ação voltada à população boliviana vivendo em São

¹⁵ Apenas uma de nossas entrevistadas vivia na cidade de Guarulhos, Zona Metropolitana de São Paulo.

Paulo; (2) uma funcionária de uma Organização Social, a Associação Paulista de Medicina e Escola Paulista de Medicina¹⁶, responsável por realizar a gestão das clínicas de saúde e Atendimentos Médicos Ambulatoriais da Microregião do SUS Vila Maria e Vila Guilherme, um local que concentra grande parte dos imigrantes bolivianos vivendo em São Paulo; (3) duas agentes de prevenção de DST/AIDS, bolivianas e paraguaias, que trabalham diretamente com a população imigrante na zona leste de São Paulo; (4) e por fim, com uma funcionária do serviço social do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, também localizado em uma região que concentra a população boliviana. Não foi possível realizar outras entrevistas com burocratas de nível de rua que trabalham diretamente com a população boliviana porque é necessária uma autorização do Conselho de Ética da Secretaria Municipal de Saúde que não conseguimos em tempo hábil para que os dados fossem coletados e analisados nesta dissertação. No entanto, entendemos que seriam informações muito úteis e, por isso, temos intenção de coletá-las para o aprofundamento dessa pesquisa no futuro.

No Brasil, a maior parte das entrevistas (74%) foi realizada na *Unidade Consular Avanzada*, do Consulado Geral da Bolívia em São Paulo, localizada no Bairro do Bresser, região que concentra a população boliviana na cidade. É possível que isso tenha excluído aqueles imigrantes que já estejam documentados, ou que não estejam em processo de regularização. Para evitar qualquer viés nesse sentido, buscamos realizar também algumas entrevistas na Praça Kantuta, localizada no Bairro do Pari, um tradicional local de socialização desta comunidade em São Paulo. A análise das entrevistas realizadas nesta praça nos levou a resultados bastante parecidos aos encontrados nas entrevistas realizadas na Unidade Consular. Apesar desse esforço, estamos cientes de que podemos não ter tido acesso aos imigrantes que se encontram em situação mais vulnerável. Parte da literatura da área (SILVA, 2006; AZEVEDO, 2005) relata casos de imigrantes que são impedidos de sair de seus locais de trabalho, sendo obrigados a trabalhar por salários muito baixos ou mesmo em troca de comida e aluguel, o que chega a ser considerado como uma situação análoga ao trabalho escravo. O acesso a esses imigrantes, dada essa condição, é bastante difícil. A transcrição das entrevistas, com cerca de 20 minutos de duração em média, foi feita juntamente com a tradução para o português.

¹⁶ Duas de suas assistentes participaram momentaneamente da entrevista.

As entrevistas com os brasileiros foram realizadas em português durante uma viagem de campo à Massachusetts em julho de 2011. Realizaram-se 26 entrevistas com imigrantes brasileiros de primeira geração¹⁷, todos maiores de 20 anos. Os entrevistados foram selecionados de forma randômica, totalizando 15 entrevistadas do sexo feminino e 11 do sexo masculino. As entrevistas foram realizadas nos comércios étnicos especializados no público brasileiro, prioritariamente na cidade de Somerville, cidade que concentra alto número de brasileiros. Mais uma vez, sentimos que podemos não ter tido acesso a casos de imigrantes brasileiros que moram em cidades com menor concentração de imigrantes, em que outras experiências com o acesso à saúde poderiam ter sido vivenciadas. Mas o curto período que tivemos para realizar as entrevistas impediu que conseguíssemos entrevistar os brasileiros de outras localidades. Mesmo assim tivemos o cuidado de realizar algumas entrevistas nas cidades de Framingham e Boston, que nos levaram a resultados bastante parecidos aos obtidos em Somerville.

Também entrevistamos cinco profissionais que trabalhavam diretamente com a população brasileira nos serviços de saúde americanos. Todos eram brasileiros e realizavam trabalhos como intérpretes, atendentes em clínicas ou “*social workers*”.

Entrevistá-los foi importante por dois motivos. Em primeiro lugar, por compartilharem da mesma cultura que os imigrantes brasileiros, eles nos mostraram com mais propriedade aquelas barreiras que afetavam especificamente o imigrante brasileiro. O segundo fator é que sua condição é muito particular se comparada com a condição dos burocratas de nível de rua que trabalham com os imigrantes bolivianos no Brasil. Massachusetts tem uma política de contratar profissionais na área de assistência social (intérpretes, sociólogos, enfermeiros) e políticas sociais (professores e pedagogos) que compartilham a mesma cultura das grandes comunidades migrantes que vivem em seu território. Como Martes (1999) explica, esses profissionais tornam-se mediadores não só nas interações cotidianas entre imigrantes e burocratas de nível de rua. Eles ganham um novo status, “falando, de alguma forma, ‘em nome da comunidade’ perante diversas agências públicas locais, e têm participação ativa nas associações comunitárias brasileiras” (MARTES, 1999, p.185). Por isso, conseguem ter um olhar mais amplo sobre as necessidades da população brasileira na área de saúde.

¹⁷ Apenas uma dessas entrevistas foi realizada com uma imigrante brasileira de segunda geração, ou seja, americana, mas filha de pais brasileiros.

É importante destacar que esses brasileiros conseguem trabalhar nesses espaços porque, na maior parte dos casos, dominam a língua inglesa, característica que a maior parte dos imigrantes brasileiros não preenchem. Em geral essas pessoas já vêm do Brasil dominando o inglês, e se integram à sociedade americana de forma distinta da maior parte dos imigrantes brasileiros.

A maior parte desses profissionais por mim entrevistados ou citados pelos imigrantes que entrevistei não eram funcionários públicos, uma vez que a maior parte das clínicas e hospitais americanos são privados. No entanto, eles trabalham oferecendo serviços que têm caráter público, e que na maior parte dos casos, são financiados pelo governo. Pude observar neles muitos comportamentos que Lipsky (1980) e outros autores observam nos burocratas de nível de rua. Por isso utilizo essa nomenclatura neste trabalho. Consideramos também como burocratas de nível de rua, neste trabalho, os profissionais que trabalham na ponta dos serviços e que, apesar de não possuírem grandes responsabilidades, acabam tendo grande influência no acesso dos imigrantes à saúde, como é o caso de atendentes, intérpretes, e diversos profissionais (*Patient Navigator, Case Manager*) que são facilitadores do atendimento aos imigrantes. Infelizmente não tivemos tempo hábil para entrevistar profissionais americanos que trabalham diretamente com a população brasileira, o que poderia ter mostrado visões e valores distintos.

Realizaram-se também cinco entrevistas com atores chaves, membros de organizações não governamentais que trabalham com a população brasileira ou a estudam, como o *Brazilian Immigrant Center, Brazilian Women's Group* e *Health Care for All*. Apenas um desses especialistas, pesquisador da organização *Health Care for All*, era americano.

Os nomes de nossos entrevistados foram suprimidos, e utilizamos números para identificá-los. Esse procedimento foi realizado de forma a se preservar seu anonimato. Nos capítulos 5 e 6 apresentamos quadros que expõem as características de cada entrevistado que podem ser relevantes para o leitor do texto.

Durante o curso da pesquisa de campo, também visitamos clínicas e hospitais que são frequentados por nossos entrevistados, em ambos os países. Essas visitas, apesar de terem sido breves (apenas para a realização das entrevistas) também foram importantes para observarmos o contexto que estamos tratando nesta pesquisa: como os espaços se estruturam, que recursos oferecem. Seria interessante, inclusive, que em

pesquisas futuras pudéssemos aprofundar essa observação, já que ela traz muitos elementos interessantes para a análise.

Por fim, pesquisamos em sites, notícias, documentos e centros de pesquisa especializados em direitos dos imigrantes e acesso à saúde. Esses veículos de informação nos auxiliaram a encontrar informações não disponibilizadas pela literatura.

Capítulo 2. Políticas multiculturais: entre a universalidade e o reconhecimento da diferença

“Reconhecimento não é só uma cortesia que devemos às pessoas, é uma necessidade humana vital” (TAYLOR, 1992: 26)

Partimos do pressuposto de que os fluxos migratórios, apesar de se estabelecerem em contextos de desigualdades entre os países, não acontecem apenas por motivos econômicos. Eles são fenômenos sócio-políticos, que devem ser analisados de forma transnacional, como parte de processos econômicos, políticos e sociais que integram diferentes países em um sistema global. Isso significa que os países receptores desempenham um papel fundamental na deflagração e manutenção dos fluxos migratórios e, por conseguinte, precisam desenvolver políticas com o propósito de gerir os fluxos, ao invés de tentar eliminá-los ou criminalizá-los, protegendo os direitos humanos e sociais básicos dos migrantes (SASSEN, 1999; BENHABIB, 2007; PORTES, 1995). Garantir a integração dessa população é uma necessidade, porque quanto mais precária ela for, maior sua associação a problemas sociais, que acarretarão em mais discriminação dentro da sociedade receptora (SASSEN, 1999).

A redefinição do problema da imigração pelos teóricos de linhagem sociológica ampliou o debate sobre o direito ao reconhecimento e sobre identidade (SASSEN, 1999; PORTES, 1995). Este debate surgiu no final da década de 1970 e no início da década de 1980 com as reivindicações levantadas por grupos de negros, mulheres, gays e, mais tarde, minorias étnicas e culturais por reconhecimento da diferença, direitos diferenciados e pelo fim da discriminação institucionalizada, configurando diferentes linhas teóricas, entre elas *Identity Politics*, Políticas da Diferença, Multiculturalismo, Políticas de Reconhecimento.

A base comum a todas estas correntes é a ideia de que as sociedades são e sempre foram socialmente diversas e culturalmente plurais, mas que essa diversidade era ignorada sob a ampla bandeira da cidadania (KYMLICKA, 2002). O ideal da igualdade que estava por trás desta bandeira, faria com que o Estado tratasse a todos como iguais, o que seria essencial para alcançar coesão em determinadas comunidades políticas (MARSHAL, 1965 apud KYMLICKA, 2002). A grande discussão que vêm à tona entre essas correntes teóricas e que nos interessa nesse trabalho é sobre o lugar e

significado de igualdade, equidade e diferença no quadro atual de intensificação da globalização. Afinal, o que se deve buscar como resultado das políticas públicas? Políticas universais são, de fato, igualitárias? Políticas que se baseiam na ideia de igualdade devem diferenciar o público como forma de obter maior eficácia? É legítimo ter políticas de diferença? Com que finalidade?

Neste capítulo, buscaremos compreender como essas discussões teóricas influenciam o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à população imigrante nos países receptores e os principais desafios e disputas que ainda existem em torno deste debate.

2.1 Diversidade e reconhecimento

Apesar de ter nascido com a premissa da igualdade, é certo que a cidadania foi, durante muito tempo, exclusiva de apenas algumas classes de membros da sociedade. Essa exclusão de membros não se referia apenas àqueles que se encontravam fora das fronteiras nacionais - os “estrangeiros”, sujeitos sociais dessa pesquisa - mas também se referia a membros que haviam nascido na nação e que ali sempre viveram. Para ter pleno acesso a direitos, ser tratado como iguais e poder participar na comunidade política (*Polity*), era necessário que se tivesse educação, que se fosse nacional do Estado e, na maior parte dos casos, que se fosse homem e branco (SOYSAL, 1994).

Até 1933, mulheres não podiam votar no Brasil. Os negros americanos não puderam sentar-se nos primeiros bancos dos ônibus, que eram destinados aos brancos, até 1955. O apartheid, regime de discriminação racial institucionalizado da África do Sul, durou até 1994. Até hoje não se reconhece o casamento gay como legítimo na maioria dos países do mundo¹⁸ e, em muitos países, eles não possuem direitos básicos já garantidos a casais héteros, como a possibilidade de deixar a herança para o companheiro(a). Pela definição de Marshal (1965), são cidadãos plenos apenas aqueles grupos que têm todos os seus direitos garantidos pelo Estado. Logo esses grupos não eram - ou ainda não são - membros completos de seus Estados (MARSHAL, 1965 apud KYMLICKA, 2002).

¹⁸ Atualmente o casamento gay é reconhecido em apenas 10 países do mundo: Países Baixos, Bélgica, Canadá, África do Sul, Espanha, Suécia, Noruega, Islândia, Portugal, Argentina. Além disso, ele é reconhecido em dois estados americanos (Massachusetts e Connecticut), além de Cidade do México e a cidade australiana de Camberra. Fonte: Wikipedia.

Essas e outras situações de discriminação foram analisadas por diversos autores, que conseguiram provar que o Estado democrático liberal não é neutro às diferenças que existem na sociedade. Portanto, não existe igualdade, tal como a ideia por trás da cidadania tenta construir (KYMLICKA, 2002). O debate, no entanto, se voltou a outras questões: em que lugar o reconhecimento de identidades particulares deve se inserir no debate maior sobre justiça social? E como os estados devem lidar com a diversidade?

Mais do que demarcar a luta por seus direitos, as décadas de 1970 e 1980 marcaram o início da busca pelo reconhecimento da diferença, e da luta por direitos diferenciados que pudessem diminuir as consequências de anos de discriminação institucionalizada nas práticas sociais. Até então, as lutas por justiça social haviam se concentrado em torno das questões econômicas distributivas. Mas esses novos movimentos passam a perceber que a luta por justiça social também deve incorporar outras dimensões, como é o caso do reconhecimento à diferença.

Conforme estabelece Fraser (2009), existem duas dimensões da justiça social: a primeira, já citada, está ligada à economia, isto é, a uma estrutura econômica que nega recursos a algumas classes, o que as impede de interagir com os demais em condições de paridade. A segunda dimensão está ligada à questão da cultura: as pessoas seriam impedidas de interagir em termos paritários por “hierarquias institucionalizadas de valorização cultural que lhe negam o status necessário” (FRASER, 2009, p. 17). Ou seja, por não serem reconhecidas como tendo o mesmo valor cultural da maioria, não podem participar plenamente da sociedade em que vivem.

Ambas as dimensões, apesar de estarem ligadas entre si, têm alguma autonomia em relação à outra. Ou seja, o fim das injustiças distributivas não significa, necessariamente, o fim das injustiças ligadas ao reconhecimento. Afinal, mesmo que uma pessoa pertencente a um grupo minoritário tenha um bom nível de renda, se não for respeitado, ou não puder se manifestar plenamente, não poderá desenvolver todas as suas potencialidades. Um exemplo é o de muitos membros da comunidade gay que, apesar de possuírem renda, não são plenamente reconhecidos, nem têm todos os seus direitos assegurados. Da mesma forma, o fim das desigualdades de reconhecimento não conduzem necessariamente ao fim das desigualdades distributivas. Ou seja, por mais que indígenas, por exemplo, sejam reconhecidos pela sociedade, se não tiverem recursos

(não necessariamente monetários, mas terra, meios de produção, etc.) para viver plenamente o seu modo de vida, ainda existirá injustiça social¹⁹.

As teorias que apoiavam essas ideias políticas baseavam-se na noção de identidade dualista de Hegel. Para ele, existem duas dimensões que seriam importantes no processo de reconhecimento: (1) a esfera individual, em que cada pessoa se reconhece e (2) a esfera pública, que garante a ela dignidade (TAYLOR, 1992; FRASER, 2009). Dessa forma, existiria uma ligação entre reconhecimento e identidade. A identidade é parcialmente formada pelo reconhecimento do que se é, ou pela falta de seu reconhecimento. Uma pessoa pode sofrer um dano real se a sociedade em que vive não a reconhece com todas suas características étnicas e culturais, podendo resultar em falta de autoestima, de empoderamento, de capacidade de ação (TAYLOR, 1992; FRASER, 2000).

Além dessa esfera de consequências para a formação da identidade do indivíduo, as desigualdades ligadas ao status levaram e ainda levam a discriminações institucionalizadas, inseridas nas práticas públicas e sociais. A luta de muitos daqueles engajados nas chamadas *Identity Politics* é reconhecer como social e sistêmico o que antes era considerado isolado e individual. Os grupos feministas, por exemplo, lutaram por muito tempo para que o estupro ou violência contra as mulheres fosse considerado um crime, mesmo que ele acontecesse na esfera privada. Segundo Crenshaw (1991), “o que antes era visto como fatos privados promovidos por indivíduos e/ou aberrações, passou a ser visto como parte de um sistema muito mais amplo de dominação que afeta as mulheres (e grupos minoritários) como uma classe” (CRENSHAW, 1991, p. 1241). Esse sistema de discriminação ultrapassa os limites privados e está imbricado nas instituições públicas, tendo resultados práticos que muitas pesquisas passaram a divulgar, como, por exemplo, a baixa quantidade de mulheres participando da vida

¹⁹ Para Fraser (2005), existe ainda uma dimensão política ligada à justiça social. Essa dimensão surge com o fim do enquadramento keynesiano-westphaliano. Se antes as questões de justiça social se atinham às fronteiras nacionais, e aos cidadãos (*stritu sensu*) desse Estado, na nova ordem mundial que vivemos é necessário que se repense não só o que está errado e precisa ser mudado, mas também quem deve contar como membro e qual é a comunidade relevante. A dimensão política, nesse sentido, complementa ambas as outras e pretende discutir as questões de representação, seja no sentido de pertencimento social (quem está incluído ou excluído da comunidade que pode reivindicar legitimamente questões de justiça) mas também em relação as regras do jogo (como deve-se reivindicar). Apesar de extremamente relevante para o tema dos imigrantes, que estão a priori excluídos dos processos de representação nos Estados receptores, não iremos entrar nessa dimensão.

política²⁰, ou o baixo índice de negros cursando o ensino superior²¹ entre outras muitas situações discriminatórias vivenciadas diariamente nos serviços públicos ou empresas privadas²².

Os teóricos engajados nas discussões sobre reconhecimento inicialmente focaram seus esforços para provar a legitimidade da luta desses grupos minoritários. Era necessário desconstruir a ideia de que o Estado era – e deveria continuar sendo – neutro a todas as diferenças. Contudo, uma vez desconstruída essa ideia, seria preciso entender como o Estado deveria atuar a partir dela. Se as políticas universalistas, ditas neutras às diferenças, não estavam conseguindo lidar com a questão da diversidade, era preciso encontrar outras opções de políticas públicas. Assim, duas alternativas foram desenhadas e debatidas entre os teóricos: as políticas voltadas à equidade e as políticas de diferenciação e/ou reconhecimento da diferença.

2.1.1 Igualdade, equidade e diferença

Segundo Taylor (1992), as políticas universalistas estão centradas no conceito de igualdade na lei, na ideia de que todos os cidadãos são igualmente dignos e, portanto, devem ter acesso aos mesmos direitos e serem tratados da mesma forma pelo Estado. Mesmo que percebam a existência da diversidade nas populações, entendem que o Estado deve ignorá-las, agindo de forma neutra em relação a elas. Tratando os diversos grupos sociais da mesma maneira, o Estado garantiria que os próprios grupos estivessem em condições de igualdade necessárias para que pudessem se reproduzir ao longo do tempo. Dessa forma, se esses grupos tivessem habilidade para se reproduzir, a diversidade floresceria naturalmente. Essa “boa negligência” com relação às diferenças culturais teria a mesma forma neutra com que os Estados Democráticos Liberais tratam a religião, e a prova de que ela funciona seria, então, a diversidade religiosa existente nas sociedades liberais (TAYLOR, 1992; KYMLICKA, 1995).

²⁰ Atualmente, no Brasil, as mulheres representam apenas 8,67% dos deputados federais e 14,81% dos senadores federais. Fonte: Levantamento da ONG Centro Feminista de Estudos e Assessoria www.cfemea.org.br Acesso em: 14/12/2011

²¹ O Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2006 mostrou que a porcentagem de negros nas universidades brasileiras é de 30%. Em 1996 esse número era 18%. Esse crescimento foi resultado da expansão de vagas no ensino superior brasileira, de 174% no período comparado e da implantação de ações afirmativas, como cotas ou prioridade nas bolsas do Prouni. Fonte: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/educacao/ult305u19110.shtml> Acesso: 14/12/2011

²² O IBGE divulgou no ultimo dia 25/05/11 que as mulheres ganharam em média 20% menos que os homens, no ano de 2009. Fonte: <http://economia.uol.com.br/ultimas-noticias/redacao/2011/05/25/mulheres-ganham-20-menos-que-homens>. Acesso: 14/12/2011

No entanto, como afirmamos acima, inúmeras pesquisas apontam que as instituições estatais, especialmente aquelas ligadas diretamente ao público, não são cegas às diferenças sociais. Implicitamente essas instituições promovem as necessidades, interesses e identidades do grupo majoritário, e ao mesmo tempo, criam inúmeras barreiras, estigmas, e excluem os membros dos grupos minoritários. Foi a partir desta constatação que começaram a surgir demandas por equidade em alguns casos e políticas de diferença em outros (TAYLOR, 1992; KYMLICKA, 1995).

Primeiramente, desejava-se políticas de equidade²³. Essas políticas entendem que, apesar de termos que tratar todas as pessoas como iguais, as pessoas não são iguais, nem nascem em sociedades que as colocam em patamares iguais, seja eles de classe econômica ou status social. Nesse sentido, não bastaria que elas tivessem igualdade de oportunidades - a garantia de direitos igualitários a partir do qual poderiam se diferenciar por mérito próprio - mas teria que se criar igualdade de condições, que propiciaria que todos partissem de um mesmo nível. Isso quer dizer que, apesar de ter como base e fim o princípio da igualdade, aceita-se que se trate alguns de forma diferente com o objetivo de atingir a igualdade de forma mais eficiente, nos casos em que ela ainda não existe. Exemplos dessas políticas são as cotas para empregos ou universidades, que têm como objetivo equalizar direitos, mas em geral são medidas temporárias, que permitiriam colocar todos na mesma linha de partida.

Já as políticas de diferença, conforme afirma Taylor (1992), apesar de ligadas às políticas universalistas, já que acreditam no potencial de dignidade de cada cidadão, buscam reconhecer a unicidade das identidades que cada indivíduo ou grupo possui, o que o distingue de todos os outros. Nesse sentido, elas buscam reforçar a diversidade de identidades existentes, reconhecendo as particularidades das pessoas e/ou grupos, ao contrário do que se propõem as políticas universalistas. Para o autor, o “objetivo das políticas de diferença não é voltar a ter uma sociedade na qual exista, eventualmente, um espaço social em que as diferenças não apareçam, mas ao contrário, o objetivo é manter e celebrar a diversidade sempre” (TAYLOR, 1992: 40).

Enquanto os defensores das políticas universalistas acreditam que as políticas de diferença violam o princípio da não discriminação, os defensores das políticas da diferença acreditam que as políticas universalistas tentam “forçar as pessoas dentro de

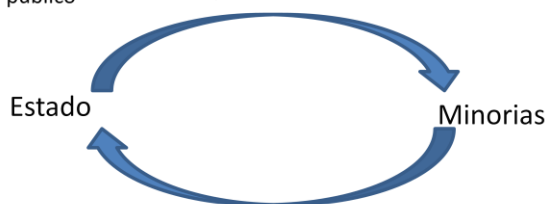
²³ Para Nogueira (2004), o conceito de equidade contém, intrinsecamente, um princípio de diferença e também, de forma oblíqua, o de eficiência. A autora entende que este princípio está ligado à noção de justiça social, tal qual colocado por Rawls (1971).

um molde que não é verdadeiro para elas e, o que é pior, um molde que não é nada neutro como se defende, mas que reflete a cultura hegemônica” (TAYLOR, 1992: 43).

Nesta mesma linha de argumento, Kymlicka (2002) considera que a legitimidade dos direitos diferenciados está no fato de o Estado ter ao seu dispor inúmeros instrumentos para impor uma cultura oficial: em todas as instituições públicas utiliza-se uma língua oficial, os feriados oficiais muitas vezes expressam uma religião específica (por mais que essa religião não seja considerada oficial), os valores expressos na maior parte das leis também são da cultura majoritária. Nesse sentido, é legítimo que os grupos minoritários tenham alguns direitos diferenciados, já que não é justo que apenas eles carreguem essa “carga pesada” de ter que se enquadrar o tempo todo na cultura e valores do grupo majoritário. Esses direitos diferenciados “diminuiriam o peso desta carga”. A figura 1 sintetiza esse pensamento.

Ferramentas do Estado para a construção da nação (nation-building):

- Políticas de cidadania
- Leis sobre linguagem
- Políticas educacionais
- Empregos no setor público
- Poder centralizado
- Mídia Nacional, símbolos, feriados
- Serviço militar



Pedidos das minorias por direitos:

- Políticas multiculturais para imigrantes
- Federalismo Multinacional (para o caso de nações étnicas dentro de uma nação maior);
- Inclusão dos indocumentados;
- Exceções religiosas;

Figura 1: *A dialética da construção da nação e direitos das minorias*

Fonte: KYMLICKA, 2002 p.364

Para Kymlicka (2002), deve-se olhar esse diagrama de forma completa, e não apenas a parte dos direitos diferenciados que, isoladamente, podem parecer injustos. Quando visto de forma holística, percebe-se que esses direitos são necessários.

Os teóricos que defendem os direitos diferenciados, seja com o objetivo final de equidade, seja com o objetivo final de reconhecer e acomodar na “identidade e cultura oficial do Estado” as diferenças “naturais” a ele, conseguiram influenciar inúmeras políticas concretas em muitas democracias liberais. No entanto, algumas críticas têm

surgido em torno das questões do reconhecimento²⁴. Neste trabalho focaremos apenas em uma, que nos ajuda a pensar o tema desta dissertação: o enquadramento do debate sobre justiça social.

Fraser (2000) questiona o enquadramento do debate sobre justiça social utilizado pela maior parte dos autores que se dedicaram ao assunto, o que ela chama de enquadramento Keynesiano-westphaliano²⁵. Esses autores limitaram suas análises às fronteiras estatais e aos cidadãos da respectiva comunidade política, como aqueles que deveriam se beneficiar das conquistas obtidas nas lutas por maior justiça social. Discutia-se o “o que” deveria ser feito, ou seja, as formas de se alcançar a justiça social, mas nunca esteve em discussão “quem” deveria se beneficiar, ou seja, o público dessas políticas. Por muito tempo assumiu-se que esse público era constituído de cidadãos.

Contudo, como ficariam aqueles que não são cidadãos, mas vivem em território nacional? Não deveriam possuir direito à justiça social, que inclua distribuição, reconhecimento e participação política? Neste momento entramos mais especificamente no debate sobre multiculturalismo e sobre o direito dos imigrantes. Se grupos minoritários cidadãos conseguiram, de certa forma, políticas diferenciadas, no caso dos imigrantes – não cidadãos – ainda existe uma grande dificuldade para se legitimar suas demandas por políticas que possibilitem uma integração mais justa e fácil à sociedade receptora. Em muitos países ainda se insiste num discurso assimilacionista, que busca forçar os imigrantes no molde da cultura do país receptor, em alguns casos negando direitos básicos já assegurados aos cidadãos nacionais.

2.2 Reconhecimento das diferenças de não cidadãos

Dando continuidade a essa linha de argumentação, Kymlicka e Norman (2000) propõem que os governos desenvolvam uma nova forma de lidar com a presença de imigrantes em seu território, o que chamam de integração multicultural. Neste caso, almeja-se a formação de uma nova identidade nacional e a integração das pessoas com

²⁴ Não abordaremos todas essas críticas por achar que não cabe nesse espaço, mas elas se focam, em geral, sobre a simplificação que os movimentos sociais fazem da identidade de uma pessoa, ignorando assim as múltiplas possibilidades de identificação (CRENSHAW, 1991). Outra crítica é sobre o foco de alguns autores na falta de reconhecimento cultural de algumas identidades, esquecendo-se que, na maior parte das vezes, é preciso pensar não apenas em políticas de reconhecimento, mas também em políticas redistributivas (FRASER, 2000).

²⁵ Keynesiano porque a questão fundamental discutida, dentro da moldura do Estado de Bem Estar Social era como distribuir os recursos, por meio de um estado que provesse serviços e possibilitasse a redistribuição de recursos entre determinados membros. Westphaliano porque o Estado Nação, nascido do tratado de Westphalia (1698), é o local fundamental onde esse debate ocorre.

diferentes históricos étnico-culturais às instituições sociais e políticas. No entanto, não se deseja eliminar todos os traços de diversidade cultural, e se aceita a ideia de que identidades sócio-culturais são importantes, vão perdurar no tempo e precisam ser reconhecidas e acomodadas às instituições sociais do país receptor. A nova identidade formada deve transcender toda sociedade, permitindo não só que os grupos minoritários se reconheçam nela, mas que o grupo majoritário perceba que outras culturas também a formam.

A maior parte das críticas em torno das políticas multiculturais, como a integração multicultural, teme que ela seja incapaz de formar um sentimento de pertencimento, de solidariedade entre os cidadãos, tão necessário para dar unidade às sociedades e possibilitar Estados de bem estar social. Afinal, se não há solidariedade entre os cidadãos, será impossível que os cidadãos consigam pactuar por um governo que distribuirá os recursos coletados em serviços estatais na área de saúde, educação e serviços sociais (KYMLICKA; BANTING, 2006).

De fato, o desafio colocado para os governos dispostos a implementar políticas multiculturais é conseguir estabelecer objetivos comuns à sociedade – o que é sim fundamental – ao mesmo tempo em que conseguem respeitar a diversidade, especialmente quando lidam com aqueles que não compartilham desses mesmos objetivos, dentro de um ambiente que consiga salvaguardar os direitos fundamentais (KYMLICKA; BANTING, 2006, TAYLOR, 1992). Contudo, não se trata de uma questão simples. Parekh (2006) considera que muitos teóricos multiculturalistas, como Taylor (1992) ignoram que estabelecer essas metas é muito mais conflituoso e difícil do que parece, especialmente porque se corre o risco de julgar as culturas minoritárias a partir dos critérios da cultura majoritária, dos seus níveis de excelência. A forma de conseguir integrar essa diversidade social mantendo a coesão social ainda é uma das principais discussões teóricas e, em épocas de crise econômica, volta à tona²⁶, afetando substancialmente o desenvolvimento de políticas públicas para a promoção da diversidade.

2.2.1 Políticas Públicas Multiculturais

²⁶ Esse foi o argumento utilizado pelo Primeiro Ministro Britânico, David Cameron, em um discurso proferido em um encontro da União Européia, em 5 de fevereiro de 2011. Para ele, as políticas multiculturais tinham solapado a união da comunidade inglesa, e que o Reino Unido precisava de uma identidade nacional mais forte. Fonte: www.bbc.co.uk/news/uk-politics-12371994

Atualmente o fenômeno migratório é um dos que tem mais alimentado a discussão sobre multiculturalismo e políticas públicas multiculturais. O crescimento da população migrante e a crise econômica mundial têm fomentado políticas cada vez mais restritivas. Em alguns países, pode-se observar o retrocesso de muitas políticas multiculturais, que já estavam sendo implementadas, e que deixaram de ser por falta de apoio político e social.

Os imigrantes, em geral, buscam se integrar à sociedade que os recebe²⁷, mas esse não é um processo fácil. Ele pode ser facilitado quando os governos estão abertos a negociação de alguns termos dessa integração. Durante muito tempo os imigrantes tentaram renegociar esses termos sem obter sucesso, e se viram obrigados a assimilarem a cultura majoritária. As políticas assimilacionistas eram vistas como necessárias para garantir que os imigrantes se tornassem membros leais e produtivos da sociedade receptora (KYMLICKA, 2002).

Pode-se observar em alguns países abertura a termos mais justos de integração, especialmente para os imigrantes documentados²⁸. Mesmo no caso dos imigrantes indocumentados²⁹, em que o processo de integração é muito mais difícil, muitos países perceberam que políticas baseadas no retorno são irrealistas. Independente da forma como um imigrante entrou no país e das suas intenções iniciais, após certo período vivendo no país receptor, isso não faz diferença: para efeitos práticos, o país receptor é seu lar, e eles são de fato membros da sociedade e precisam alcançar algum tipo de integração (KYMLICKA, 2002).

²⁷ Isso não quer dizer que esses imigrantes estão dispostos a abdicar de sua nacionalidade original. Muitas pesquisas mostram que em geral eles querem conservar essa nacionalidade, e em muitos casos pretendem voltar a seus países no longo prazo. No entanto, eles não querem se isolar da sociedade receptora, não podendo usufruir de seus serviços. Em geral, a primeira geração de imigrantes convive mais dentro da comunidade étnica, mas frequenta espaços públicos e quer que seus filhos – a segunda geração – se integre à nova sociedade (KYMLICKA, 2002).

²⁸ Para os imigrantes indocumentados o processo de integração ainda é muito mais difícil, e em alguns casos não existem políticas voltadas para sua integração. Pelo contrário, as políticas se configuram de forma a forçar o retorno desses imigrantes, seja por deportação, seja negando direitos de cidadãos, seja reforçando mensagens sobre a necessidade de se retirarem. Itália, Alemanha e Suíça são exemplos de países com políticas nesse sentido, mas ultimamente muitos outros países do mundo têm adotado algumas medidas como estas, inclusive países tradicionalmente receptores de imigrantes como é o caso de alguns estados americanos.

²⁹ Kymlicka utiliza a palavra *Metics* para falar sobre os imigrantes indocumentados. Criada por Walzer (1983) a palavra *Metics* identifica os imigrantes que, apesar de residirem há muito tempo em dada sociedade, são excluídos da pólis, ou seja, não têm acesso a seus direitos civis e políticos. Nesses casos, corre-se o risco de que sobrevivam à margem da sociedade, configurando uma espécie de subclasse étnica (KYMLICKA e NORMAN, 2000: 23).

Essa abertura se deu a partir do entendimento de que a integração é um processo difícil e demorado, e opera, em geral, de maneira intergeracional³⁰. Os governos terão que tomar medidas³¹ nesta fase de transição para auxiliar os imigrantes nesse processo como, por exemplo, os serviços de tradução em postos de saúde, cortes e escolas. Além disso, os Estados receptores devem assegurar que as instituições em que os imigrantes se integrarão respeitem, reconheçam e possam acomodar a diversidade de identidades e práticas dos imigrantes.

De acordo com Kymlicka e Banting (2006), para que isso possa ser realizado, é necessário analisar as instituições sociais – escolas, leis, hospitais, cortes, mídia – para se compreender como suas regras ou símbolos podem trazer desvantagens aos imigrantes, formando barreiras de acesso e dificultado sua integração. Isso nos leva a duas questões, ambas inseridas no processo de implementação de políticas públicas: (1) as barreiras que podem existir ou procedimentos que dificultam a integração dos imigrantes na *oferta* de serviços públicos pela sociedade receptora; e (2) a forma de lidar com existência de diferenças na *demand*a dos serviços públicos – diferenças estas inerentes aos imigrantes - e a necessidade de políticas públicas que reconheçam essas diferenças e criem soluções para tornar esse processo de integração menos difícil. Discutiremos algumas dessas questões a seguir, no capítulo 3.

³⁰ Em geral, o processo de integração tende a ocorrer na transição da primeira para a segunda geração de imigrantes.

³¹ Essas medidas são em geral políticas que diferenciam. Mas seu objetivo final não é isolar esses grupos, impedindo que se integrem à nova sociedade, mas facilitar o processo de integração. É importante fazer essa ressalva porque já houve casos, como na Alemanha, onde políticas de diferenciação tinham o objetivo de isolar a comunidade imigrante, no caso a comunidade Turca, visando sempre o seu retorno ao país de origem. Dessa forma, as crianças turcas tiveram que frequentar por muito tempo salas separadas das crianças alemãs, com professoras turcas. Por mais que tivessem a desculpa de políticas da diferença, que buscavam facilitar o aprendizado das crianças, elas tinham o objetivo de impedir sua integração à sociedade receptora (KYMICKA, 2002).

Capítulo 3. O processo de implementação de políticas públicas e a formação de barreiras de acesso

O processo de implementação de políticas pública e as burocracias responsáveis por implementá-las não haviam sido estabelecidos como objetivos principais no início desta pesquisa. No entanto, na medida em que nos deparamos com a literatura debatida no capítulo 2 e com algumas situações descritas por nossos entrevistados³², passamos a perceber que entendê-lo melhor era fundamental para compreender como se formavam – e as principais formas de se contornar – as barreiras ao acesso à saúde que nossos entrevistados enfrentavam.

Entendemos a implementação de políticas públicas como um processo de interação entre as burocracias de nível de rua e os diversos sistemas com o qual elas interagem, sejam eles políticos, institucionais, organizacionais e comunitários (LOTTA, 2010). Neste trabalho nos interessa especialmente compreender a forma como a interação com o sistema comunitário, ou seja, os diferentes usuários dos serviços oferecidos pelas agências, pode impactar nas ações que estão sendo implementadas. Nesse sentido, a presença de imigrantes, com todas as especificidades que os acompanha, traz novas questões para o já complexo processo de implementação de políticas públicas³³. Por isso é necessário entender como se formam barreiras na oferta dos serviços, existentes na própria estrutura das burocracias de nível de rua, que podem existir para todos os usuários dos serviços, mas que atuam de maneira mais forte no caso dos imigrantes. É preciso também que entendamos como as especificidades inerentes aos imigrantes, podem gerar outras barreiras de acesso ligadas à demanda.

³² Como já afirmamos, intrigou-nos que, mesmo no Brasil, o fato de o direito à saúde estar assegurado aos imigrantes não significa a ausência de barreiras no acesso à saúde. Ao mesmo tempo, em MA, onde esse direito não está assegurado, o acesso à saúde existe e era bem avaliado pela maior parte de nossos entrevistados. Entendemos que a chave para compreender essas contradições estava no processo de implementação de políticas públicas. Spink (2011) faz uma discussão interessante sobre a diferença entre a linguagem de direitos e a linguagem de ação (políticas públicas) que pode ajudar a compreender como se formaram o posicionamento e as distintas formas de agir do Brasil e EUA. Não desenvolveremos esse tema nesta dissertação, mas entendemos que esse poderia ser um eixo de análise em estudos futuros.

³³ Spink (1999) não fala especificamente sobre o caso dos imigrantes, mas expõe como a heterogeneização dos grupos de risco de HIV/AIDS dificultou as ações voltadas para prevenção e tratamento. O autor descreve duas cadeias essenciais para que essas ações aconteçam: a primeira que dá prioridade a certas políticas no campo da saúde e gastos com remédios, e a segunda, que traz as pessoas para os testes, para as terapias de apoio e para os remédios. O público alvo heterogêneo trouxe dificuldades especiais para a ação da segunda cadeia, essencial para o sucesso da política de combate ao HIV/AIDS.

Neste capítulo ainda abordaremos como essas burocracias podem se estruturar para a não formação ou para o contorno de ambas as barreiras – ligadas à oferta e à demanda – possibilitando o acesso dos imigrantes à saúde. Nesse sentido, discutiremos quais estratégias são descritas pela literatura que possibilitam à própria burocracia se estruturar de forma a eliminar ou diminuir as barreiras contidas na oferta, inclusive no caso de políticas universalistas. Veremos também que as barreiras contidas na demanda são em geral enfrentadas com o desenvolvimento de políticas multiculturalistas, que possibilitam aos imigrantes alcançar termos de integração mais justos na sociedade receptora.

Fatores que impactam a demanda	Fatores que impactam a oferta
Falta de informações	
Medo	Definições legais ambíguas sobre os direitos existentes.
Falta de recursos financeiros (no caso de necessidade de pagamentos)	Falta de recursos voltados para a implementação de direitos assegurados
Procedimentos administrativos complicados (Ex.: documentos necessários para ter acesso ao sistema.)	
Falta de tempo	A necessidade dos médicos ou funcionários de denunciarem a presença de imigrantes não documentados
Problemas com a linguagem	Discriminação
Diferenças Culturais	

Quadro 2. Fatores que impactam no acesso a tratamentos de saúde pública.

Fonte: ROMERO-ORTUÑO, 2004: 264

3.1 A formação de barreiras na oferta de serviços públicos

Alguns países receptores temem que permitir o acesso a serviços sociais, como a saúde pública, possa servir como um fator de atração (*“pull factor”*) para futuros imigrantes, um efeito não desejado se consideradas as atuais políticas restritivas de imigração vigentes na maior parte dos estados tradicionalmente receptores de fluxos migratórios (VONK, 2001 apud ROMERO-ORTUÑO, 2004). Assim, acabam colocando grandes barreiras formais ao acesso dos imigrantes à saúde. Esse é o caso, por exemplo, dos EUA, que em sua lei federal, nega o acesso à saúde aos imigrantes indocumentados, garantindo-o apenas em casos emergenciais³⁴.

No entanto, Romero – Ortuño (2004) mostra que mesmo países que garantem o acesso dos imigrantes a saúde formalmente, como é o caso do Reino Unido, Espanha,

³⁴ Esta opção, mesmo que seja feita por muitos países, talvez por questões políticas, pode gerar ainda mais gastos e problemas para o país receptor, já que tratamentos emergenciais – que em geral não são negados por nenhum país – são muito mais caros que tratamentos preventivos (ROMERO-ORTUÑO, 2004).

Itália, Alemanha, Bélgica e Holanda, possuem inúmeras barreiras de acesso aos tratamentos reais desses imigrantes. Em geral, as leis analisadas eram confusas ou muito amplas, provocando dúvidas entre os responsáveis por implementá-las, especialmente os médicos e gestores hospitalares. O que acontecia é que os responsáveis por implementar as políticas, ao interpretar as leis, utilizavam sua discricionariedade, sendo os responsáveis finais pela decisão de conceder ou não o acesso. Nos casos analisados pelo autor, as atitudes – positivas ou negativas – desses profissionais acabavam tendo grande impacto frente à possibilidade dos imigrantes acessarem ou não o sistema de saúde³⁵.

Os fatores explicitados acima – leis ambíguas, espaço para discricionariedade, atitude dos burocratas implementadores – são descritos como fatores que podem gerar barreiras, ou possibilitar o acesso não só dos imigrantes, mas dos usuários em geral dos serviços públicos. Todos esses fatores foram explicitados por Lipsky (1980) em seu estudo sobre as burocracias de nível de rua, as “agências em que os trabalhadores interagem diretamente com o público (clientes, usuários, cidadãos) e têm ampla discricionariedade sobre a concessão de benefícios ou alocação de sanções públicas” (LIPSKY, 1980: xi). Hospitais, escolas, delegacias de polícia e postos de saúde são exemplos dessas agências.

Exatamente por terem ampla discricionariedade na alocação de benefícios, tendo impacto direto na vida dos indivíduos, e podendo atuar diretamente na formação ou atenuação de barreiras de acesso na oferta de serviços, entender essas organizações e os burocratas que nelas atuam é essencial no nosso caso.

3.1.1. Discricionariedade e autonomia

A literatura sobre políticas públicas reconhece a existência de assimetrias entre a política pública planejada e implementada, diferenças atribuídas, em geral, a problemas de comunicação entre as esferas de planejamento, responsabilização e execução. Isso acontece porque os burocratas de nível de rua, os profissionais que atuam diretamente com o público nessas agências, têm uma capacidade efetiva de formulação de políticas

³⁵ Como exemplo, o autor cita a Inglaterra. Nesse país, por mais que tentassem implementar normas que restringiam o acesso dos imigrantes a alguns serviços de saúde pública, os sindicatos médicos realizaram amplas campanhas para que seus membros não aderissem aos controles de verificação do status legal dos imigrantes antes de realização de certos procedimentos. Hoje a maior parte dos imigrantes consegue ter acesso gratuito a tratamentos de saúde no NHS, o sistema nacional de saúde britânico, apesar das tentativas seguidas do legislativo de barrar essas atitudes (ROMERO-ORTUÑO, 2004).

públicas, construídas sobre duas facetas inter-relacionadas de suas posições: alto grau de discricionariedade e relativa autonomia da autoridade organizacional (LIPSKY, 1980).

Afirmar que os burocratas de nível de rua têm uma alta discricionariedade não quer dizer que suas ações sejam tomadas sem nenhuma obediência a regras. Segundo Dworkin (1978) discricionariedade não é a ausência de princípios ou de regras, mas o espaço entre essas regras e princípios:

“The concept of discretion is at home in only one sort of context: when someone is in general charged with making decisions subject to standards set by a particular authority. Discretion, like the hole of a doughnut, does not exist except as an area left open by a surrounding belt of restriction. It is therefore a relative concept³⁶.” (DWORKIN, 1978: 31 apud EVANS e HARRIS, 2004: 881).

Nesse sentido, as ações dos burocratas de nível de rua estão sujeitas a inúmeras regras e procedimentos impostas pelas políticas públicas formuladas e pelas legislações, que acabam estruturando a maior parte de suas escolhas. No entanto, características do ambiente em que esses agentes trabalham podem influenciar e até incentivar a discricionariedade. As próprias leis e regulamentações podem ser um incentivo para a discricionariedade, porque muitas vezes são extremamente complexas, volumosas e até contraditórias, gerando inúmeras possibilidades de interpretação, ou de invocação de trechos que mais se encaixam na decisão desejada pelos burocratas de nível de rua, de forma seletiva (LIPSKY, 1980; EVANS e HARRIS, 2004; HUBER e SHIPAN, 2002).

A discricionariedade do agente público é avaliada por parte da literatura como sendo problemática, já que pode “tirar” o poder do representante político³⁷, formulador legítimo da política pública, além de possibilitar que haja desigualdades de atendimento. No entanto, em muitos sentidos ela é necessária e pode ser benéfica. Os burocratas de nível de rua são técnicos e/ou especialistas que executam tarefas complexas e, portanto, espera-se deles que tenham a capacidade de tomar decisões que sejam adequadas a situação específica vivenciada. Além disso, eles estão lidando com seres humanos e com suas vidas diretamente e, em muitos casos, não se deseja que eles dêem uma

³⁶ “O conceito de discricionariedade só existe em um tipo único de contexto: quando alguém está encarregada em tomar decisões que estão sujeitas a padrões estabelecidos por um tipo particular de autoridade. Discricionariedade, como o buraco de um doughnut (espécie de doce típico americano), não existe, exceto como a área deixada, circundada por um cinto que a restringe”. (DWORKIN, 1978: 31 apud EVANS e HARRIS, 2004: 881 Tradução nossa)

³⁷ A teoria da representação burocrática (MEIER e O'TOOLE, 2006) acredita que as ações dos burocratas de nível de rua têm um caráter representativo uma vez que, como eles estão inseridos nas comunidades, os valores que inspiram suas ações, se espelham nos valores da comunidade em que atuam (LOTTA, no prelo).

resposta padronizada, mas que respondam à situação concreta, específica de cada caso. Ao mesmo tempo em que queremos que não existam desigualdades de tratamentos, e por isso deseja-se padrões previstos na lei, também desejamos que a lei seja responsiva às especificidades de cada caso. Nesse sentido, mais flexibilidade pode ser desejada, pois torna-se capaz de propor soluções não previstas anteriormente, resolvendo o problema do usuário (LISPKY, 1980; EVANS e HARRIS, 2004; LOTTA; 2010; PIRES, 2009).

As próprias estruturas e instituições em que esses agentes atuam podem influenciá-los na utilização de sua discricionariedade, dando incentivos para que o acesso seja concedido ou negado. Romero-ortuño (2004) pode ver duas tendências entre os sistemas de saúde que estudou: uma humanitária ou baseada nos direitos humanos, e outra mais utilitarista. Era comum que se observasse atitudes mais utilitaristas entre os países que possuíam sistemas de saúde baseados em seguros sociais, como no caso da Alemanha, Bélgica e Holanda. Isso é verdade especialmente quando os custos para se atender um imigrante ilegal podem recair sobre o médico ou sobre a instituição privada que esteja realizando o atendimento, já que não há certeza de que haverá reembolso governamental, ou quando a burocracia nos procedimentos de reembolso é grande e demorada, o que acaba contribuindo para que o acesso seja negado pelos médicos e gestores hospitalares. Naqueles países em que existiam sistemas de dominância estatal, ou seja, um sistema nacional de saúde, como é o caso do Reino Unido, Itália e Espanha, em geral os médicos ganham o mesmo por atendimento, independente do status legal do paciente, o que favorece atitudes mais humanitárias, que privilegiam o paciente, independente dos custos que isso significará.

3.1.2 Escassez de recursos e demanda crescente

De um modo geral, os burocratas de nível de rua desfrutam de autonomia relativa, porque esses agentes não são supervisionados o tempo todo por um superior e muitas vezes possuem conhecimentos técnicos, o que torna difícil a aplicação de procedimentos de controle, já que o gestor não tem o conhecimento necessário para interferir. Além disso, ignora-se, por exemplo, a possibilidade que os burocratas de nível de rua discordem dos objetivos e metas estabelecidos, o que incentiva comportamentos autônomos (LISPKY, 1980; EVANS e HARRIS, 2004).

A capacidade dos burocratas de nível de rua de formularem políticas públicas se desenvolve em um contexto muito específico, que acaba moldando a forma como as decisões são tomadas. Este ambiente é caracterizado por demanda sempre crescente³⁸ e escassez de recursos, o que faz com que as burocracias nunca estejam realmente livres de constrangimentos.

Além disso, os clientes são tipicamente não voluntários, já que na maior parte das vezes não podem escolher os serviços públicos a que vão se submeter e muitas vezes não são vistos como um grupo de referência para os burocratas³⁹. No setor privado, por exemplo, os clientes não vão frequentar locais onde são mal atendidos, o que funciona como um incentivo para o monitoramento e implementação de ações que buscam melhorias. Mas o mesmo não ocorre no setor público, que possui menos incentivos naturais para qualificar seus serviços (LIPSKY, 1980).

Como forma de lidar com esse ambiente, as burocracias de nível de rua tentam, mesmo que de maneira não intencional, criar mecanismos que busquem limitar essa demanda até um nível em que seja possível atendê-la. Para isso, criam barreiras, que podem ser de dois tipos: (1) impondo custos ou fixando a quantidade de serviços e (2) alocando serviços públicos de forma diferenciada para as “classes” de clientes⁴⁰.

Barreiras pela imposição de custos ou fixação da quantidade de serviços

No primeiro caso, restrições de horários, imposições de custos financeiros, necessidade de tempo de espera, a existência de filas, a necessidade de transporte e mesmo de informações são exemplos de barreiras impostas. Obviamente existem custos em se procurar serviços. Mesmo que sejam gratuitos, existe o custo de oportunidade

³⁸ Nas burocracias de nível de rua, a demanda por serviços tende sempre a aumentar para encontrar a oferta. Diferentemente do setor privado, onde a demanda encoraja a oferta, nos serviços públicos a “demanda é uma função não apenas da expressão das preferências de um cliente, mas também do esforço do governo em oferecer serviços e/ou ter conhecimento das respostas dos clientes. (...) A percepção da disponibilidade de serviços puxa a demanda, e não o contrário” (LIPSKY, 1980, 35).

³⁹ Como veremos, ser cliente é uma construção social, e muitas vezes os burocratas de nível de rua não se sentem prestadores de serviços a clientes, tendo assim que garantir qualidade de atendimento, como aconteceria, por exemplo na iniciativa privada. Antes, a figura de pacientes em um hospital, alunos em uma escola, ou cidadãos em uma delegacia é mais forte do que a de um cliente para muitos desses burocratas.

⁴⁰ Como veremos, também nesse sentido os dois casos analisados neste trabalho, Brasil e Estados Unidos, se diferenciam. Enquanto o Brasil, que possui políticas universalistas na área da saúde, impõe mais barreiras do primeiro tipo, ou seja, pela imposição de custos ou fixação da quantidade de serviços, nos EUA limita-se o número de clientes, na maior parte das vezes, por meio da diferenciação dos clientes, em geral por faixa de renda. Apenas aqueles que comprovam que possuem renda abaixo de um dado nível de pobreza federal (*Federal Poverty level*) conseguem ter acesso a programas governamentais que subsidiam os serviços de saúde.

para o cliente⁴¹, como por exemplo, a necessidade de faltar o trabalho para frequentar dado serviço. Isso é especialmente relevante para os trabalhadores informais e autônomos, o caso da maior parte dos imigrantes. Não trabalhar um dia para ir ao médico representa deixar de receber a remuneração do trabalho naquele dia.

Além disso, custos psicológicos podem ser impostos a partir de procedimentos que inibam a presença de certos grupos numa agência (LIPSKY, 1980). A imposição de uma questão sobre status legal de um imigrante no preenchimento de uma ficha de atendimento pode afastar esses clientes do serviço público. Outras barreiras, como filas longas ou tempo de espera podem alimentar um sentimento de desrespeito na relação entre o Estado e seu cidadão e são extremamente desencorajadores (LIPSKY, 1980).

Ainda que na lei qualquer tipo de exclusão possa ser proibida, na prática a exclusão acontece como decorrência de procedimentos mal formulados, desencorajando potenciais clientes a buscar acesso aos serviços públicos ou até proibindo-os de fazê-lo. A falta de informações pode fazer com que clientes tenham uma percepção errônea de que determinado serviço não está disponível para eles. Conforme Lipsky (1980) afirma, “a necessidade começa a se manifestar quando a instituição que pode providenciar assistência envia sinais que está pronta a assistir” (LIPSKY, 1980: 91).

Os muitos casos citados são em geral limitações implícitas (caso das filas, dos custos psicológicos, e da dificuldade em acessar informações). Mas também existem muitas barreiras que são criadas quando, por exemplo, se reduz financiamento público e as agências são obrigadas a reestruturar os serviços. Redução de tempo de abertura, fechamento de agências na periferia, limite de serviços pela mudança de procedimentos ligados a características pessoais dos usuários, como por exemplo diminuir o nível de renda necessário para acessar benefícios governamentais são exemplos de barreiras explícitas impostas pelo governo ao acesso do público aos serviços ofertados.

Barreiras impostas pela alocação de serviços públicos de forma diferenciada para “classes” de clientes

No segundo caso, as barreiras são impostas pela alocação de serviços de forma diferenciada para “classes” de clientes. Apesar de a maior parte dos serviços públicos estarem ancorados na ideia de igualdade, muitos precisam realizar processos de

⁴¹ Custo de oportunidade é um conceito da economia para indicar o custo de algo em termos de uma oportunidade renunciada, ou seja, “o custo do sacrifício” (GREEN, 1894).

diferenciação e/ou seleção de grupos de forma a processar o trabalho de maneira mais eficiente (LIPSKY, 1980).

Assim, é importante perceber que a discricionariedade dos agentes públicos pode resultar em práticas viesadas (*bias*⁴²). Por mais que os critérios de elegibilidade, culpabilidade ou adequabilidade sejam estabelecidos pela legislação e protocolos oficiais, é muito difícil limitar-se a eles. São os burocratas de nível de rua que determinam quem tem direito a dado programa, podendo beneficiar alguns grupos em detrimento de outros de acordo com seus valores culturais, morais⁴³ e preconceitos raciais e étnicos (LIPSKY, 1980).

Segundo Lipsky (1980), o ideal de igualdade/universalidade que permeia os serviços públicos acaba atuando nesse sentido, já que atitudes discriminatórias não são assumidas pelos burocratas que, muitas vezes, nem percebem este tipo de comportamento. Em alguns casos, “profecias que se auto realizam” contribuem para a persistência de viés. Por exemplo, uma maior vigilância dos negros vai fazer com que um maior número deles seja observado cometendo crimes, o que reforça a ideia de que negros são mais perigosos.

3.1.3 Burocracias que se estruturam para diminuir barreiras

Se a discricionariedade do burocrata de rua é visto por muitos autores como algo positivo, e de fato podemos observar em muitas entrevistas que sua atuação discricionária pode ser fundamental para que o acesso à saúde aconteça, ela também pode ser negativa, resultando em práticas de exclusão de determinados grupos do acesso à serviços públicos. Autores do chamado *Curtailment Literature*, em que se destaca Howe (1991), acreditavam que as reformas gerenciais nos serviços sociais ingleses possibilitaram um maior acompanhamento do trabalho dos burocratas de nível de rua acabando com aquilo que viam como um problema, a discricionariedade. Isso teria sido atingido por meio da imposição de instrumentos de controle e a transformação dos trabalhadores sociais para um perfil mais gerencial, o que ele chama de *care managers*, incentivada pela quebra entre contratante e provedor de serviços (EVANS e HARRIS, 2004). Evans e Harris (2004) acreditam que, se instrumentos de controle são bem

⁴² Não sei ao certo qual tradução fazer para a palavra *bias*, utilizada por Lipsky (1980), mas optei por utilizar a ideia de viés nas escolhas dos burocratas de nível de rua.

⁴³ Os burocratas de nível de rua podem focar atendimento em clientes que apresentam um comportamento moralmente aceitável ou compatível com seus valores, quando na verdade deveriam se focar nos casos que mais precisam de seus serviços.

vindos e podem beneficiar a qualidade de atendimento à população, é impossível - e também não desejado - acabar completamente com a discricionariedade. O que devemos ter em mente, no entanto, é que existem diferentes graus de discricionariedade, e que, ao mesmo tempo em que as regras podem conseguir acabar com o que chamam de discricionariedade forte, a proliferação de regras pode incentivar a discricionariedade mais fraca, que será necessária, já que o burocrata de nível de rua terá que escolher qual padrão seguir entre inúmeros existentes.

Se a discricionariedade do burocrata de nível de rua se forma parcialmente a partir de valores e referências individuais, estes não são seus únicos componentes. Segundo Lotta (2011), esses valores podem entrar em conflito com os valores da agência e são moldados por treinamentos profissionais, por meio da socialização nas organizações, das forças gerais da política e de outros valores que influenciam os indivíduos, como raça e gênero. É por isso que investir em treinamentos e divulgar valores institucionais pode ajudar a diminuir (e não acabar, já que isso é impossível) as situações em que a discricionariedade dos agentes gera situações de exclusão ou preconceito.

As agências podem desenvolver ações para impedir que essas situações aconteçam, como por exemplo a imposição de sanções a partir de avaliações periódicas com o público. No entanto, identificar padrões discriminatórios é difícil, seja pelas próprias regras impostas pelo sistema⁴⁴, seja pela dificuldade dos próprios clientes em avaliá-las como discriminatórias, já que podem não conhecer outro padrão de atendimento (LIPSKY, 1980).

3.2 A demanda diferenciada dos imigrantes por serviços de saúde

Em geral, os autores acentuam que o perfil sócio-demográfico da população migrante ajuda a explicar a baixa utilização dos sistemas públicos de saúde, já que os imigrantes são predominantemente jovens saudáveis⁴⁵ em idade economicamente ativa. No entanto, é importante observar que o processo de migrar altera hábitos que afetam a saúde e bem-estar. Nesses casos, além das barreiras já citadas acima, como a falta de

⁴⁴ Por exemplo, a implementação do campo “Negro” na identificação racial das fichas de atendimento do SUS foi recebida por muitos agentes públicos como desnecessária. Só após muita luta dos movimentos negros é que a medida pode ser adotada, facilitando a identificação de práticas discriminatórias (ANGOTTI e NUNES, 2010).

⁴⁵ Entre outros fatores, isso pode ser explicado pela seletividade dos fluxos migratórios e pelos controles de fronteira, que dificultam a entrada de imigrantes em piores condições de saúde

tempo e de recursos (quando não existem tratamentos gratuitos), o acesso pode ser dificultado por características que são inerentes aos imigrantes, como o desconhecimento dos procedimentos de acesso no país receptor, o medo de utilizar os serviços públicos, no caso dos imigrantes indocumentados, o desconhecimento da língua, e as diferenças culturais relativas ao comportamento em relação a doenças e a necessidade de tratamentos (ADAY; ANDERSEN, 1974; LECLERE, JENSEN e BIDDLECOM, 1994;).

Portes, Kyle e Eaton (1992) ressaltam que, diferentemente das pesquisas sobre padrões de acesso e uso dos sistemas de saúde com foco no indivíduo, deve-se também reconhecer a relevância de fatores contextuais, presentes tanto nos locais de origem, quanto nas estruturas de incorporação dos imigrantes no país de recepção. Esses autores propõem um aperfeiçoamento do modelo construído por Aday e Andersen (1974) que definem dois fatores, inter-relacionados, que mais afetam as escolhas e o uso de tratamentos formais de saúde: (1) fatores pré-existentis (*predisposing factors*), como idade, sexo, status civil, educação, conhecimento da língua do país receptor; (2) fatores presentes no país receptor, que denominam “possibilitadores” (*enabling factors*), tais como a existência de locais de atendimento acessíveis, informações sobre o sistema de saúde, renda, propriedade ou não de seguro.

De acordo com Portes, Kyle e Eaton (1992), o contexto de saída impacta, sobretudo, nos fatores pré-existentis. O fato de o migrante ter origem urbana ou rural, por exemplo, pode influir, como bem lembram Leclerc, Jensen e Biddlecom (1994), na percepção de necessidade médica, que é determinada não somente pela presença da doença, mas pela percepção cultural que dela se faz.

O contexto do país receptor impacta, por sua vez, sobre os fatores possibilitadores. A chegada em um país novo, com sistemas sociais diferentes do que estão acostumados pode ser um processo difícil para o imigrante. Se nesse novo país existe uma comunidade co-étnica, ou se ele conta com o apoio dos parentes já na chegada, ou se compartilha a etnia com colegas e supervisores de trabalho, é mais fácil que tenha acesso a informações e às redes de tratamentos formais e informais. As redes de tratamento informais são especialmente importantes nos países em que as leis migratórias são mais restritivas. Nesses casos é comum que os imigrantes não documentados tenham medo de acessar o sistema de saúde público, já que poderiam ter problemas, caso questionados sobre seu status legal.

Leclere, Jensen e Biddlecom (1994) ressaltam, ainda, que níveis educacionais mais elevados, assim como o aprendizado da língua do país receptor, são componentes facilitadores na percepção de necessidades médicas e na busca por tratamentos formais de saúde. Na relação entre tempo de residência e utilização de serviços de saúde formais, a variável status legal possui grande influência. Imigrantes ilegais, independente de seu nível de escolaridade, lugar de origem ou duração de residência, tinham menor probabilidade em utilizar os serviços de saúde formais, a não ser em casos de emergência. (LECLERE, JENSEN e BIDDLECOM, 1994).

Destaca-se, ainda, o papel da família na formação de padrões específicos de cuidados com doenças e procura de tratamentos. Indivíduos utilizam conselhos, informações e ajuda de parentes para tomar suas decisões sobre tratamentos de saúde. No caso dos imigrantes, as famílias têm um papel ainda mais relevante, já que mediam o acesso às redes informais de cuidados, de informações e ou referências, ou financiam os recursos para cobrir os tratamentos, quando necessários. Para os autores, a família atua como facilitadora nos diversos tipos de tratamento à saúde, por vezes substituindo os tratamentos formais, ao indicar tratamentos “culturais” alternativos à intervenção médica. O contexto familiar seria, nesse sentido, “um elemento intermediário no processo de adaptação” (LECLERE, JENSEN e BIDDLECOM, 1994: 373).

Fatores influenciados pelo contexto de saída	Fatores influenciados pelo contexto de chegada
Origem urbana ou rural	Presença de comunidade co-étnica
Grau de educação	Presença de Família
Percepção cultural do que é doença ou de necessidade médica.	Leis restritivas à imigração → medo de frequentar serviços públicos
	Status legal
	Aprendizado da língua do país receptor

Quadro 3. Fatores influenciam a demanda dos imigrantes por serviços de saúde

Fonte: Elaboração própria a partir de LECLERE, JENSEN e BIDDLECOM (1994).

3.2.1 Políticas para enfrentar as barreiras contidas na demanda

As diversas características acima identificadas, intrínsecas à condição dos imigrantes, fazem com que seu acesso se torne mais difícil quando comparado com o acesso da população nativa. Afastar esse público dos serviços de saúde pode, no entanto, não ser um efeito desejado pelos países receptores: a falta de tratamentos preventivos pode fazer com que doenças simples se agravem e os custos dos

atendimentos emergenciais, que não podem ser negados, são muito superiores. Além disso, os imigrantes podem trazer ao território doenças que podem contaminar a população do local, um efeito não desejado pelo Estado receptor (MACPHERSON et al., 2007).

Por esses fatores, e também por um desejo de integrar essas populações às sociedades receptoras, alguns países receptores desenvolveram políticas que visam auxiliar os imigrantes a ultrapassar essas barreiras iniciais de acesso, o que chamamos de políticas multiculturalistas (KYMLICKA, 2002). A criação de uma estrutura que disponibiliza tradutores em serviços públicos oficiais, por exemplo, possibilita que os imigrantes possam compreender o que o médico, delegado, juiz e em alguns casos até professores, estão dizendo. A criação de materiais de comunicação e campanhas voltadas à comunidade imigrante, na língua da comunidade, e voltada especificamente a doenças que tradicionalmente atingem essa comunidade também pode ser uma forma de atrair essa população aos serviços, disponibilizando de maneira fácil informações que são a ela desconhecidas.

Por fim, ações que vão, de maneira ativa, até os locais em que os imigrantes vivem e trabalham a fim de realizar consultas ou simplesmente uma aproximação à comunidade, ajudam a criar novos padrões de acesso à saúde, especialmente entre populações que não formaram o hábito de saúde preventiva em seu país de origem. Apesar de não ser uma política multiculturalista, já que muitas vezes é voltada à população de risco em geral, veremos nos próximos capítulos que esta também pode ser uma importante estratégia facilitadora de acesso.

Capítulo 4. Brasil e Estados Unidos: diferenças institucionais que levam a diferenças de acesso

Neste capítulo entramos propriamente no objeto desta pesquisa. Antes, porém, de analisarmos as experiências de nossos entrevistados com o acesso à saúde em Massachusetts e São Paulo é preciso que entendamos o contexto maior em que essas experiências acontecem: como Brasil e EUA promovem o acesso à saúde a seus imigrantes, focando nas leis e na forma com que seus sistemas de saúde se estruturam para possibilitar o acesso.

Os dois casos que analisamos nesta pesquisa permitem o acesso dos imigrantes à saúde, mas o fazem por meio de estruturas e políticas que se distinguem em diversos aspectos. A base da política que garante acesso à saúde no Brasil é universalista e nosso sistema de saúde é de dominância estatal. Já em Massachusetts, apesar de também ter sido concebido com valores universalistas, o sistema é de dominância privada, diferenciando os usuários por grupos a partir do critério renda. Além disso, Massachusetts desenvolve políticas multiculturais. Algumas das informações que descreveremos neste capítulo, especialmente sobre o sistema de saúde de Massachusetts, mostraram-se extremamente confusas inicialmente, por se tratar de um sistema complexo e bastante singular. As entrevistas que realizamos com alguns especialistas, conforme detalhado no capítulo 2, mostraram-se essenciais para que pudéssemos entendê-lo melhor e por isso, utilizamos suas falas já neste momento. Faremos ainda uma revisão da literatura recente sobre o tema.

4.1 O acesso dos imigrantes à saúde no Brasil

No Brasil o acesso formal é garantido universalmente já que o direito à saúde está assegurado pela Constituição Federal que, em seu artigo 196, afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros tipos de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Assim, toda e qualquer pessoa, independente de sua nacionalidade, pode ter acesso ao SUS. Em geral, solicita-se um cadastramento prévio.

Do ponto de vista institucional, o sistema brasileiro, o SUS (Sistema Único de Saúde), é um sistema de dominância estatal, ou seja, caracteriza-se pela forte presença

do Estado como provedor das três macro-funções do sistema (financiamento, regulação e prestação de serviços (BISPO JÚNIOR e MESSIAS, 2005). O SUS surgiu em 1988, após um intenso debate público e movimentação da sociedade civil brasileira, o chamado movimento sanitarista, que defendia a universalização do sistema de saúde público em detrimento de outros modelos em discussão, como os modelos de dominância de mercado. Se hoje o Estado brasileiro garante acesso universal, integral e gratuito à população com recursos públicos, isso foi resultado de um movimento que reivindicava a garantia da saúde pública pelo Estado a todos que vivem em seu território. Mesmo que exista um mercado privado de saúde, regulamento pela ANS (um dos órgãos que compõem o SUS), o sistema público de saúde e sua universalidade são valores fortes que permeiam as ações de grande parte do setor de saúde brasileiro.

Martes e Faleiros (2011) levantaram algumas das iniciativas que estão sendo desenvolvidas pelos governos (federal e do município de São Paulo). Ambas as esferas têm criado programas para garantir que os imigrantes tenham acesso real à saúde, para além da simples garantia em lei. Dentre as ações do governo federal destaca-se a criação do Sistema Integrado de Saúde nas fronteiras (SIS fronteiras), coordenado pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde do Brasil. Criado no âmbito do MERCOSUL, em 1996, o SIS Fronteiras tem como objetivo contribuir para o fortalecimento e a organização dos sistemas locais de saúde dos municípios fronteiriços, o que pode incluir o aumento de recursos repassados e o acesso a programas voltados a áreas específicas, como combate a AIDS, de acordo com as necessidades apontadas pelos municípios. Atualmente, o governo federal já firmou convênios com todos os municípios fronteiriços brasileiros (SILVA, 2009; D'OLIVEIRA, 2008).

No âmbito local, destacam-se iniciativas propostas pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, apoiadas por gestores dos hospitais, de UBSs e da burocracia de nível de rua, que passam a observar o aumento da população migrante e suas dificuldades de interação, advindas das especificidades culturais.

No ano de 2003, técnicos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-SP) foram surpreendidos com o crescimento do índice de tuberculose e HIV nas regiões em que os bolivianos se concentram (BATAIERO, 2009; XAVIER, 2010; SILVA, 2009). É interessante notar que as primeiras ações realizadas pela prefeitura foram impulsionadas pela necessidade de se agir sobre doenças transmissíveis, de difícil tratamento, e que poderiam contaminar a população da cidade. Para Xavier (2010), essa questão acabou

dando “maior visibilidade pública à presença desses migrantes na cidade, ainda que de maneira denunciativa e pouco problematizadora.” (XAVIER, 2010: 194).

A partir de tal constatação, a SMS-SP e a Coordenação de Vigilância em Saúde da Cidade de São Paulo - COVISA, em conjunto com organizações não governamentais, propuseram algumas ações, como por exemplo: a) elaboração de material de esclarecimento sobre prevenção a AIDS e tuberculose, em espanhol⁴⁶; b) revisão dos pré-requisitos para atendimento nas UBSs como, por exemplo, a necessidade de apresentação de documentos que comprovem residência, nas áreas onde se concentram os imigrantes; c) implementação de estratégias, pelo Programa Saúde da Família (PSF), capazes de aproximar os bolivianos das UBSs; d) contratação de profissionais bolivianos para trabalharem nas UBS; f) oferta de cursos de espanhol e sobre cultura boliviana para profissionais das UBS (SILVA, 2009). Por outro lado, ações espontâneas surgiram dentre os burocratas de nível de rua, ou seja, os atendentes, médicos, enfermeiras e gestores dos hospitais das regiões em que se concentram a maior parte dos imigrantes. Um exemplo é o Hospital Maternidade Estadual Leonor Mendes de Barros, que ofereceu cursos de espanhol e aymara (língua indígena boliviana) à equipe de funcionários, assim como palestras sobre a cultura e costumes bolivianos (MARTES e FALEIROS, 2011).

Escassos trabalhos abordam o acesso à saúde dos imigrantes bolivianos no Brasil. Trabalhos anteriores, como Silva (1997), afirmavam que os imigrantes bolivianos que trabalham em oficinas de costura estão “desprovidos de qualquer atendimento médico” (SILVA, 1997: 131). As causas apontadas são o desconhecimento da língua, a falta de documentação e a qualidade do atendimento. Diante disso, os bolivianos se automedicam e utilizam remédios caseiros, o que em alguns casos acaba agravando as doenças. Waldman (2010), contudo, verificou que a grande maioria dos bolivianos entrevistados em sua pesquisa já havia acessado o SUS. Apesar de não avaliar esse acesso, situações de desrespeito para com as imigrantes foram pouco citadas. Xavier (2010), por sua vez, encontrou importantes achados quanto o papel da saúde em geral, e do Programa Saúde na Família, em particular, ao pesquisar o processo de integração dos imigrantes em São Paulo. Os agentes de saúde mostraram-se atores

⁴⁶ Pudemos entrevistar a equipe do Programa DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo. Os materiais tiveram uma segunda edição, mas eles se encontravam esgotados em outubro de 2011, quando a entrevista foi realizada. A equipe estava prevendo fazer mais materiais em espanhol em 2012, segundo disponibilidade de recursos.

fundamentais nesse processo, aproximando imigrantes das UBS e promovendo ações preventivas de saúde. A própria sede da UBS é um importante espaço de convívio entre os imigrantes e os brasileiros. Além disso, a autora aborda a importância da carteira de registro no SUS, tido como o primeiro documento brasileiro recebido pelos imigrantes, e utilizado por muitos para comprovar a presença em território nacional para obtenção da anistia de 2009 para os não documentados. Finalmente, Silva (2009) analisa a interação entre profissionais das UBSs e imigrantes no PSF (unidades mistas). A autora reconstitui a percepção do estrangeiro entre os profissionais que, em alguns casos, pode levar a situações discriminatórias. De forma semelhante a Waldman (2010) e Xavier (2010), a autora confirma que o acesso ao sistema de saúde não é visto como um problema e reafirma o papel das UBSs no processo de integração dos bolivianos adultos.

4.1.2 A saúde na Bolívia

"Você tem que pagar por tudo, consulta é *“plata”*, medicamento é *“plata”*, se tem que fazer alguma operação é *“plata”*... tudo envolve *“plata”*. Aqui (no Brasil), é bom, você vai no hospital e não cobram nada. Mas na Bolívia, não há muitos hospitais. (...) Não é como aqui, que em cada bairro tem um hospital. Em Bolívia só há hospitais em lugares especiais." (mulher, 21 anos, de La Paz, há 02 anos em São Paulo).

O trecho da entrevista acima revela mais do que a forma como nossos entrevistados acessavam a saúde na Bolívia. Ele mostra ainda um fator comum à maior parte das entrevistas realizadas: a utilização de comparações entre as condições de vida antes e depois do processo migratório. Assim, para que possamos compreender os principais achados desta pesquisa é preciso que contextualizemos brevemente a forma como o acesso à saúde é garantido na Bolívia.

Apesar da nova Carta Constitucional da Bolívia, aprovada por referendo constituinte em 2009, prever em seu artigo 18º que todas as pessoas têm direito à saúde e que “o sistema único de Saúde será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, com qualidade”, tais definições ainda estão em fase de implementação. A realidade relatada por nossos entrevistados é que faltam hospitais, as filas são longas e os tratamentos são, em geral, pagos e caros. Nas palavras de uma entrevistada “com dinheiro você pode fazer consultas, se você faz um tratamento também te cobram, te cobram por tudo. Se você tem dinheiro na Bolívia você se cura.

Os que não têm dinheiro se aguentam...nada mais” (mulher, 27 anos, chegou ao Brasil em 1998).

O Plano Nacional de desenvolvimento do atual governo boliviano afirma que o Estado tem uma dívida social sanitária acumulada desde a colônia e agravada nos últimos vinte anos. Políticas de saúde neoliberais aplicadas na década de 1990 teriam promovido “a privatização do setor, a mercantilização dos serviços de saúde e uma cultura individualista da saúde” (MINISTERIO DE SALUD Y DESPORTO, 2006: 37). Este mesmo documento afirma que tais políticas acabaram produzindo grandes diferenças entre os atendimentos urbano e rural, indígenas e não indígenas e de gênero. (MINISTERIO DE SALUD Y DESPORTO, 2006)

Atualmente o sistema de saúde boliviano se organiza em quatro subsectores: público, de seguros sociais, privados e de medicina tradicional. Segundo relatório da OMS/OPS (2004), há fragmentação e segmentação no sistema, já que dentro dos seguros sociais existem muitos entes gestores. Essa fragmentação gera desigualdades no acesso ao sistema e serviços de saúde. Cerca de 27% da população boliviana está coberta pelo sistema de seguros social de curto prazo (*seguridad social* voltada à saúde), apenas disponível àqueles que têm empregos formais. Cerca de 30% da população está assegurada publicamente, pelo Ministerio de Salud y Deportes. Este seguro está aberto para a população que não está assegurada pela *seguridad social a corto prazo*. No entanto, é preciso pagar pelos custos de operação do estabelecimento de saúde, ficando a cargo do Estado os custos com recursos humanos. Apenas 10% da população utiliza o setor privado, ou os serviços que possuem algum tipo de subsídio governamental, como é o caso de instituições não governamentais ou religiosas. Aproximadamente 30% da população não têm nenhum tipo de acesso aos serviços de saúde, excetuando-se a prática da medicina tradicional. Esta situação de total carência e precariedade ajuda a entender os dados expostos na Tabela 1.

Ainda, dentro dos dois primeiros subsectores (*seguridad social e público*) estão disponíveis seguros totalmente gratuitos, voltados a alguns públicos, como mulheres grávidas e crianças de até cinco anos e idosos (OMS/OPS 2004; MEDINA, 2008). Ainda assim, tal como a Tabela 1 deixa claro, os indicadores sociais relativos a esses segmentos demonstram enorme precariedade.

Tabela 1. Indicadores sociais Brasil – Bolívia

Indicadores	Brasil	Bolívia
PNB per capita (em 2010)	\$10.900,00	\$4.800,00
Expectativa de vida ao nascer, 2011 (em anos)	72,53	67,7
Taxa de mortalidade infantil de crianças menores de 5 anos de idade (em 2006) – a cada 1000 nascidas vivas	20	61
Taxa de mortalidade maternal (para cada 100 mil nascidos vivos)	74,7 (em 2005)	229 (em 2003)
Taxas de cuidados básicos pré-natais por pessoas medicamente treinadas (média)	85,6	65,1
Taxas de partos assistidos por pessoas medicamente treinadas (média em 2002)	87,7	56,7
Cobertura completa de imunização -vacinação (média)	72,50%	25,50%
População com acesso (em %) a fontes limpas de água (2006)	91 (97 urbano e 58 rural)	86 (96 urbano, 69 rural)
População com acesso (em %) a saneamento básico (2006)	77 (84 urbano e 37 rural)	43 (54 urbano e 22 rural)

Fonte: Elaboração própria a partir das fontes: CIA World Fact book; OPAS, Situación de Salud en las Americas: Indicadores Básicos (2008) *apud* KLIKSBURG, 2007; e Banco Mundial (2004) *apud* KLIKSBURG, 2007

4. 2 O acesso dos imigrantes à saúde nos EUA

A reforma no sistema de saúde aprovada em 2010 nos Estados Unidos conseguiu importantes avanços para um país que possuía cerca de 46 milhões de residentes sem acesso a tratamentos de saúde. No entanto, a reforma não tornou o acesso à saúde universal: cerca de 12,4 milhões de imigrantes – documentados (LPR - *Legal Permanent Residents*⁴⁷) e indocumentados - ficaram fora do sistema de saúde, excetuando-se casos emergenciais. Esses dois grupos correspondem a cerca de 27% do total de pessoas sem seguro de saúde nos EUA (CAPPS; ROSEMBLUM; FIX, 2009).

O sistema de saúde norte-americano baseia-se nos planos de seguros privados, o chamado sistema de dominância de mercado. Esse sistema diferencia-se daqueles baseados em seguros sociais, como é o caso da Alemanha e da França, já que nestes casos os fundos que financiam os seguros não visam o lucro, ao contrário do que acontece nos EUA, onde a maior parte dos seguros é oferecida via empresas privadas, pouco regulamentadas pelo governo (BISPO JÚNIOR e MESSIAS, 2005). A maior

⁴⁷ LPR (*Legal Permanent Residents*) são os imigrantes que conseguiram o visto de permanência (ou *Green Card*) a menos de cinco anos e por isso não tem acesso a alguns programas sociais do governo, como é o caso dos seguros de saúde financiados publicamente.

parte dos seguros de saúde é financiada via empregadores⁴⁸, prática incentivada pelo governo por meio de subsídios às empresas, mas isso não torna o sistema universal, já que parte da população fica obrigada a comprar o seguro no mercado privado (CAREY, HERRING e LENAIN, 2009).

Mesmo com todas as críticas quanto à eficiência do sistema americano – afinal ele é o primeiro do ranking mundial em gastos per capita, mas apresenta os piores indicadores de saúde se comparado aos outros países da OECD – na época da reforma não se cogitou abandoná-lo, pelo menos pelos principais grupos políticos no poder. As propostas dos dois principais candidatos nas eleições de 2008, em que o debate sobre reforma da saúde era um dos temas centrais das campanhas, previam aperfeiçoamentos dos mecanismos de mercados, mas nunca se cogitou mudar a estrutura de dominância de mercado para uma estrutura de dominância pública (CAREY, HERRING e LENAIN, 2009).

Aqueles que comprovadamente possuem renda baixa - de acordo com o *Federal Poverty Level*, um índice de pobreza criado pelo governo - podem acessar os seguros subsidiados pelo governo – *Medicare*, para idosos acima de 65 anos, e *Medicaid*, para populações de baixa renda, crianças, grávidas e portadores de deficiência. Mas mesmo assim, de acordo com estudo da Fundação The Henry J. Kaiser Family (2010), muitas pessoas não conseguem ter acesso a seguros de saúde, já que “caem” em um *gap*, constituído por uma classe de pessoas que não possuem tanta renda para comprar o seguro no mercado privado como pessoa física⁴⁹, nem tão pouca renda para usufruir dos benefícios governamentais. Esse *gap* têm se agravado nos últimos anos com a crise econômica, que aumentou o desemprego e fez com que muitas empresas cortassem o benefício do seguro saúde ou exigissem co-pagamentos maiores, o que inviabiliza o pagamento para muitos trabalhadores. O sistema ainda dificulta⁵⁰ o acesso dos indivíduos de 60 a 64 anos, que já são idosos, mas ainda não entram no programa

⁴⁸ A origem dos seguros de saúde baseados no emprego é histórica. Durante a Segunda Guerra, o governo americano promulgou uma lei que passou a controlar aumentos salariais. Como forma de driblar esse controle, empregadores passaram a oferecer outros tipos de benefícios, não baseados no salário, como é o caso dos seguros de saúde. Além disso, esse tipo de benefício passou a ser deduzido dos impostos pagos pelo empregador, e não taxado para o empregado. (CAREY, HERRING e LENAIN, 2009)

⁴⁹ O problema se agrava ainda mais dado que o mercado de seguros de saúde para pessoa física tem os custos muito mais elevados do que o Mercado de seguros de saúde para pessoa jurídica (THE HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION, 2010).

⁵⁰ A reforma ainda está em fase de implementação, então algumas das distorções que ela tenta corrigir ainda existem. A reforma deve estar completamente implementada em 2015. Fonte: <http://www.healthcare.gov/law/timeline/index.html>. Último acesso: 15/08/2011.

governamental para pessoas idosas. Esses indivíduos tinham dificuldades para comprar seguros no mercado privado, uma vez que as seguradoras negavam a compra do seguro devido a condições pré-existent de saúde. Segundo o mesmo estudo, 29% dos indivíduos nessa faixa etária tiveram seus pedidos negados pelas seguradoras de saúde no ano de 2008 (The Henry J. Kaiser Family, 2010).

A reforma de 2010 (*The Patient Protection and Affordable Care Act – ACA*) buscou corrigir essas distorções do sistema, ampliando a cobertura do *Medicaid*, forçando grandes empresas a fornecerem seguro de saúde a seus trabalhadores e subsidiando os planos privados para pequenas empresas e pessoas de baixa a média renda, entre outras ações. Além disso, a reforma, que ainda está em fase de implementação, regulamentará as seguradoras privadas, banindo práticas como a de negar cuidados a pessoas com doenças pré-existent (THE HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION, 2010). No entanto, os imigrantes não documentados e *Legal Permanent Residents* continuarão a ter acesso ao sistema de saúde apenas em caso de emergência⁵¹ ou de doenças epidemiológicas e em alguns poucos centros de saúde comunitários⁵². Apesar de excluir os imigrantes do seguro de saúde público, a reforma não propôs mecanismos de verificação do status legal do paciente. Assim, essa questão continua pendente, o que acaba aumentando a discricionariedade dos médicos e gestores hospitalares em determinar quem poderá ou não ter acesso a tratamentos de saúde.

Os EUA dão ampla liberdade aos estados da federação de desenharem políticas diferenciadas, como no caso da saúde. Nesse sentido, é importante destacarmos as especificidades do estado de Massachusetts.

4.2.1 O Caso de Massachusetts

A Reforma do sistema de saúde, implementada no estado de Massachusetts (*Massachusetts Health Care Reform Act*) em 2006, buscou universalizar o acesso à saúde. Para isso implementou medidas para expandir o número de pessoas cobertas por algum tipo de plano de saúde, por meio da criação de seguros de saúde acessíveis e/ou gratuitos para os quase 530.000 indivíduos sem cobertura do Estado (CORTÉS, 2009).

⁵¹ Em 1986 o Congresso Americano aprovou o *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act* que obriga hospitais e ambulâncias a atenderem pacientes em situação emergencial, independente de sua nacionalidade, status legal ou possibilidade de pagamento.

⁵² Os centros de saúde comunitários são geridos por associações comunitárias que podem ou não contar com recursos governamentais.

A grande diferença com relação à reforma implementada no nível federal é que existem mecanismos⁵³ para garantir que imigrantes, sejam eles *Legal Permanent Residents* ou indocumentados, tenham acesso à saúde.

A reforma de saúde de Massachusetts instituiu a “responsabilidade individual”, que obriga todos os residentes com mais de dezoito anos a ter um seguro, e estabelece multas⁵⁴ para aqueles que não o tenham. Além disso, a lei também multa empresas com onze ou mais funcionários que não fornecerem ou contribuírem substancialmente para que seus trabalhadores tenham um seguro de saúde. Apesar de polêmica, a reforma também criou mecanismos para possibilitar que esses indivíduos tenham acesso a seguros com menor custo, de acordo com seu nível de renda. Entre esses mecanismos está a criação de uma autoridade *quasi-public*⁵⁵, o *Commonwealth Health Insurance Conector*, uma espécie de bolsa de valores na qual os consumidores são auxiliados – sejam eles indivíduos ou pequenas empresas – a encontrar o melhor tipo de seguro de saúde de acordo com o seu perfil. Dentro dessa “bolsa”, comercializa-se seguros privados, que são aprovados pelos membros da diretoria do *Insurance Connector* dentro de um padrão de qualidade conferido por eles, e também os seguros públicos, subsidiados pelo governo (McDONOUGH ET al., 2006).

A reforma ampliou os critérios de elegibilidade para os seguros subsidiados, que estão hoje dentro do programa CCHIP (*Commonwealth Care Health Insurance Program*) abrangendo hoje uma faixa maior da população que pode se qualificar para eles. Hoje existem 12 seguros públicos, subsidiados pelo governo, que se diferenciam por beneficiar diferentes públicos. Eles se encontram resumidos no quadro 4.

Nome do Plano	Público alvo
<i>MassHealth Standard</i>	Famílias de baixa ou moderada renda e pessoas com deficiências;
<i>MassHealth Family Assistance</i>	Crianças em famílias de baixa ou moderada renda e portadores de HIV;

⁵³ Como veremos, esses mecanismos não são apenas seguros. O Health Safety Net, que garante acesso à maior parte dos imigrantes indocumentados, não é um seguro financiado pelo governo, mas um mecanismo que reembolsa os hospitais e clínicas que tratam os pacientes sem seguro.

⁵⁴ Em 2007, essa penalidade era de US\$218,00 por pessoa e de US\$437,00 por família. A partir de 2008 passou-se a calcular a multa paga a partir da renda do indivíduo/família. Essa poderá chegar até metade do custo do menor seguro saúde que ela poderia pagar, a partir dos cálculos do *Insurance Connector* (McDONOUGH et al., 2006).

⁵⁵ Uma autoridade *quasi-public*, é operada por uma empresa privada, mas com responsabilidades específicas estabelecidas pelo governo.

<i>Children's Medical Security Plan</i>	Crianças com ou abaixo 19 anos. Paga-se uma mensalidade de acordo com a renda;
<i>Commonwealth Care</i>	Adultos de baixa ou média renda que não têm acesso ao <i>MassHealth</i> e não podem ter seguros por meio de seus trabalhos;
<i>MassHealth Essential</i>	Adultos desempregados com baixa renda;
<i>Medical Security Plan</i>	Adultos recebendo seguro desemprego;
<i>MassHealth Basic</i>	Adultos desempregados a um longo tempo e que precisam de cuidados de saúde mental;
<i>MassHealth Prenatal,</i>	Mulheres grávidas de baixa renda, independente do status migratório;
<i>Healthy Start</i>	Mulheres grávidas de baixa renda, independente do status migratório e para os 60 dias de cuidados com a saúde após o nascimento do bebê;
<i>MassHealth CommonHealth</i>	Crianças e adultos com algum tipo de deficiência e que ganham muito dinheiro para aplicarem para o <i>MassHealth Standard</i> ;
<i>MassHealth Limited</i>	Imigrantes: crianças ou grávida de baixa renda, adultos de baixa renda e deficientes e idosos com mais de 65 anos com nível de renda de até 100% FPL; Apenas para serviços de emergência e parto;
<i>The Insurance Partnership</i>	Trabalhadores autônomos, pequenos negócios e seus funcionários sem plano de saúde;

Quadro 4. Seguros Públicos oferecidos pelo CCHIP

Fonte: Elaboração própria a partir de material explicativo produzido pela ONG *Health Care for all*

Health Safety Net

Além desses 12 seguros públicos, existe ainda o *Healthy Safety Net* (HSN) ou *Uncompensated Care Pool*, que não é propriamente um seguro de saúde, mas um fundo público que cobre as despesas dos hospitais que atendem os indivíduos de baixa renda que não se qualificam aos outros seguros especificados no quadro 4. Em geral, os imigrantes de baixa renda indocumentados se elegem apenas a esse programa. Esse fundo, que foi criado em 1985, reembolsa hospitais e Centros Comunitários de Saúde que oferecem serviços para indivíduos não segurados. O fundo é financiado por um mistura de verbas federais, estaduais, taxas pagas por hospitais privados e outras fontes, como taxas pagas pelas seguradoras de saúde e indústrias farmacêuticas (McDONOUGH et al., 2006).

O *Health Safety Net* surgiu em 2006, substituindo um programa chamado *Freecare*. No entanto, existem poucas diferenças entre os dois programas⁵⁶. Conforme nos conta um entrevistado 31⁵⁷, pesquisador da ONG *Health Care for All*, ela foi feita para reforçar o verdadeiro objetivo do mecanismo:

“Eles queriam deixar claro que não era um programa de seguro grátis, mas um mecanismo financeiro, um *Uncompensated Health Pool*. O programa mesmo não mudou quase nada. (...) O que o programa HSN faz é transferir dinheiro dos hospitais ricos para os pobres. Ele não tem uma lista de benefícios, como seria com um seguro normal, os benefícios são o que o hospital cadastrado no HSN dá. Então alguns hospitais dão tudo: eles têm cirurgia, eles têm primary care doctors, eles têm remédios, eles têm raio x. Outros hospitais são pequenos, então eles só têm alguns médicos para atender, mas não têm, por exemplo, uma máquina de raio x. Então, você sempre tem que ter na cabeça que esse não é um seguro, que tem uma lista de benefícios. É um programa de reembolso para hospitais. Então, se no centro comunitário de saúde há um dentista, você vai ter acesso a dentista. Se não, não vai ter. E se você for em um centro de comunitário de saúde e eles mandarem a sua radiografia para outro lugar (uma máquina privada, por exemplo), vai chegar a conta da radiografia para você. E se você não pagar, seu nome vai ficar ‘sujo’. É um sistema desenhado não para ajudar as pessoas pobres. É um sistema desenhado para ajudar os hospitais e os Centros Comunitários de Saúde” (Pesquisador da ONG *Health Care for All*, com sede em Boston – MA).

⁵⁶ O *Health Safety Net* (HSN) é o nome atual para o antigo *Freecare*. Apesar de ter mudado de nome, a maior parte de nossos entrevistados, sejam eles imigrantes os especialistas e burocratas, continuam utilizando o nome *Freecare* para se referir a ele. Isso acontece especialmente porque para quem está na ponta, quase nada mudou. A mudança do nome serviu para reforçar que o *Health Safety Net* não é um seguro, mas um mecanismo financeiro, e que ele não é sem custos, uma vez que alguém paga por ele, mesmo que esse alguém não seja o paciente.

⁵⁷ No capítulo 5 descreveremos em uma tabela cada um de nossos entrevistados. Suprimimos seus nomes de forma a se preservar seu anonimato.

É por isso que o acesso a serviços de saúde pelo *Health Safety Net* depende muito do que as clínicas e hospitais das áreas em que os imigrantes vivem oferecem. Os pacientes podem ser atendidos em outras áreas (que não aquela nas quais eles moram) onde existem hospitais melhores que atendem pelo HSN. Mas, nesses casos, existe um custo: o que se gasta com o deslocamento e o que se deixa de ganhar no dia por ter de ir até o hospital. Talvez por isso, os brasileiros se concentram em áreas onde existem hospitais e clínicas que cobrem uma ampla gama de tratamentos pelo HSN, e que possuem serviços voltados para o falante da língua portuguesa.

Como vimos no capítulo 3, os sistemas de dominância privada dariam menos incentivos aos médicos, hospitais e clínicas para atenderem (ou atenderem bem) à população imigrante, já que a chance de conseguir ser reembolsado diminuiria nesses casos (ROMERO-ORTUÑO, 2004). Seguindo essa lógica, as clínicas e hospitais de MA teriam poucos incentivos para atender bem os pacientes não segurados, o que em MA corresponde ao público imigrante, em sua maioria indocumentado.

Mas, no decorrer desta pesquisa, ouvimos relatos sobre a existência de inúmeros serviços voltados especificamente ao público imigrante, como intérpretes, campanhas de prevenção na língua do imigrante, médicos, enfermeiras e atendentes bilíngues com preferência de serem contratados. Além disso, nossos entrevistados, em sua maioria, relatavam nunca terem sido discriminados, serem bem tratados e até receberem ligações para lembrá-los das consultas regulares. Afinal, por que as clínicas de saúde são tão boas com um “cliente” que a princípio é o pior que ele poderia ter? Ao contrário do que se poderia imaginar, os custos pagos pelo *Health Safety Net* aos Hospitais e Centros Comunitários de saúde são importantes fontes de renda para essas organizações, e fazem com que eles busquem o público não segurado, oferecendo inúmeros serviços voltados a eles. Segundo a entrevistada 35, brasileira que trabalha como case manager⁵⁸ em uma clínica de saúde comunitária em Framingham:

“Atender uma paciente de um seguro bom seria melhor para uma clínica, já que o desembolso é mais rápido. Mas estes pacientes são a minoria. Então para a clínica é bom atender pelo *freecare* (atual *Health Safety Net*). Por isso que eles não fazem distinção. Os imigrantes indocumentados é que dão renda para essas clínicas.”

⁵⁸ *Case manager* (gerente de casos) é um cargo responsável por auxiliar os pacientes com seus problemas relacionados à saúde e ao seguro saúde. Eles auxiliam com a inscrição da ficha do seguro, renovação, e problemas que possam estar relacionados ao seguro ou sua ausência.

Além disso, facilitar o atendimento, incentivando comportamentos preventivos, diminui custos na medida em que atendimentos emergenciais, que não podem ser recusados, são muito mais caros. O entrevistado 32, *Patient Navigator*⁵⁹ na clínica de saúde comunitária de Sommerville, explica que a ênfase na prevenção é uma estratégia: “se a pessoa não for, ela vai aparecer na emergência (...) Uma consulta aqui na clínica vai pagar US\$100,00, se for na emergência é US\$500,00 a mesma consulta. O raio X que você manda pra cá é US\$150,00. Na emergência, US\$800,00.” É importante ressaltar que, por mais que atendimentos emergenciais não possam ser recusados, isso não quer dizer que são necessariamente gratuitos. Caso o imigrante não tenha um seguro, ele pode aplicar para o seguro (ou *Health Safety Net*) na hora do atendimento. Caso seja aceito, esse seguro cobrirá as contas referentes aos últimos 6 meses, ou em alguns casos, só da última passagem do solicitante na emergência. Caso seja negado, o paciente terá que pagar pelos custos daquela consulta, que, como afirmou o burocrata 6.

4.2.4 A especificidade de Massachusetts

Ao ser questionada sobre suas experiências de saúde na Flórida, uma de nossas entrevistadas, que viveu nesse estado por 8 anos antes de se mudar para MA, relatou a seguinte história:

"Aqui em Massachusetts não tenho medo, mas na Flórida eu só ia no hospital se estivesse morrendo. Uma vez meu esposo passou mal dirigindo, começou a dar uma dor no peito. (...) Eu chamei a ambulância. Mas eu só chamei porque realmente eu vi que estava precisando. Mas eu ainda fiquei, aí meu Deus, chamo ou não chamo? Porque você pensa na conta depois. Aí a gente foi para o hospital (...). Chegando no hospital, meu esposo falou assim: ‘já quero ir embora, já estou bem’. Aí a médica: ‘não calma, a gente ainda vai te observar’, aí ele: ‘não, não, eu não posso pagar’. Porque conforme o tempo que você fica a conta vai ficando maior, porque você está usando o leito. Ele querendo ir embora e a médica pedindo para ele não pensar na conta naquele momento. Mas como que não vai pensar, se a conta vai vir depois? Então lá eu tinha medo de usar." (Mulher, 48 anos, de São Paulo-SP, há 8 anos nos EUA).

Essa e muitas outras histórias que ouvimos de entrevistados que já haviam morado em outros estados americanos, que não MA, nos levantavam a questão: afinal,

⁵⁹ *Patient Navigator* é um cargo existente em algumas das clínicas que visitamos em MA. Ele é responsável por auxiliar o paciente a navegar pelo sistema com mais facilidade. Entre suas atribuições estão o de auxiliar o paciente com problemas relacionados ao seguro, lembrá-lo de suas consultas, responder possíveis dúvidas.

por que o acesso à saúde em MA é tão melhor que em outros estados americanos? Porque no nível nacional o acesso dos imigrantes à saúde foi barrado na reforma tão veementemente enquanto é pouco questionado em MA? Com a realização das entrevistas percebemos que este acesso não só existia como havia programas efetivos para torná-lo melhor, como a existência de intérpretes – obrigatórios por lei – e da exigência do desenvolvimento de competências culturais entre os burocratas de nível de rua que trabalhavam no sistema de saúde de MA.

Quando fazíamos essa pergunta aos entrevistados que eram especialistas no tema, a resposta que recebíamos era que MA vê no acesso de todos à saúde um grande valor, que deve ser preservado e defendido. Isso teria sido uma construção histórica, reforçada pela forte tradição democrata, que se traduz em um governo que deve garantir serviços públicos de qualidade em áreas essenciais, como é o caso da saúde.

Muitos dos entrevistados também ressaltavam que, para o serviço de saúde de MA não existe diferenciação entre cidadão e imigrante, entre documentado e não documentado. Para entrevistada 34, intérprete no Hospital de Sommerville, “Não existe isso de você ser indocumentado ou não. Todos são tratados como pacientes”. Como veremos a seguir, talvez essa visão não seja tão certa, na medida em que podemos observar a existência de barreiras de acesso para essa população específica. Mas de forma geral, é inegável que, quando comparada ao acesso que os imigrantes têm em outros estados americanos, MA sobressai.

A entrevistada 33, *Clinical Social Worker* do *Cambridge Health Alliance* comenta que o acesso à saúde acaba sendo uma variável que impacta na escolha do lugar de residência:

“Eu me lembro de uma paciente que veio me ver e falou que ia para a Florida. Ela tinha diabetes e pressão alta. Ela foi pra Flórida, teve uma crise lá, daí a seis meses ela estava de volta aqui e mais, com uma conta desse tamanho na Flórida. Os outros estados não tem a estrutura que MA tem. Eu sei que têm pessoas que moram em New Hampshire e vem aqui pra poder conseguir ir ao médico. E de pessoas na Flórida que arranjam um endereço aqui pra poder continuar um tratamento médico ou conseguir o remédio”.

Custos insustentáveis

A medicina em MA é sofisticada e rápida, mas isso acaba resultando em custos altíssimos, o segundo maior dos EUA e por consequência no mundo⁶⁰. Isso acontece não só pelo estilo de medicina, sempre baseada em exames complexos, mas também por um sistema fragmentado, que exige muitos procedimentos administrativos, que acabam encarecendo os tratamentos e aumentando os custos dos hospitais.

O maior número de exames e procedimentos se justifica não só pela necessidade médica, mas como uma precaução que médicos e hospitais tomam contra possíveis processos por erro médico. A entrevistada 34, que antes de ser intérprete em MA formou-se médica no Brasil, explica como são os procedimentos de atendimento: “eles são muito detalhistas em termos de documentar tudo que você faz. (...) Sempre tem um bando de papelada para você assinar, para livrar sua cara e a da instituição contra algum problema futuro”. Além disso, segundo sua opinião, muitos exames são realizados sem necessidade:

“Quando eu tive que começar a estudar pra tirar a minha licença aqui, eles me deram um caso para resolver. De imediato eu dei a resposta. Eles responderam: ‘perfeito, é isso mesmo. Porém essa não é a medicina legal. Você tem que pedir, esse, esse e esse exame pra chegar nesse diagnóstico’. Então, no Brasil, a gente diz que a clínica é soberana. A gente vai muito mais pelo exame físico (...). Não dependemos tanto dos exames complementares, especialmente porque às vezes, a gente não tem o acesso a isso, não tem os recursos pra fazer isso. Aqui, acaba ficando uma medicina muito cara.”

Outra crítica feita pelos especialistas entrevistados na pesquisa é que, do ponto de vista da administração, o sistema também é ruim, já que é altamente fragmentado, exigindo dos hospitais que saibam lidar com uma infinidade diferente de seguros. Segundo o entrevistado 27, pesquisador da ONG *Health Care for All*, muitos custos são consumidos com a parte administrativa, com a burocracia necessária para fazer a gestão de tantos seguros diferentes, já que não é um sistema unificado. O resultado é que, segundo ele “os custos estão crescendo muito, e estão ficando insustentáveis”. Essa falta de sustentabilidade já começa a ser observada em reformas recentes ou imposição de algumas barreiras para tentar restringir o acesso de algumas pessoas à saúde, como veremos no capítulo 5.

⁶⁰ Segundo dados disponibilizados pela Fundação The Henry J. Kaiser Family, o Estado de MA é o segundo estado americano que mais gasta com saúde, sendo superado apenas para Washington D.C.. Em 2009, o gasto per capita com saúde do estado foi de US\$9.278,00. Fonte: <http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?ind=596&cat=5&sub=143&yr=92&typ=4&sort=a> Acessado em 15/12/2011.

Vários autores buscaram entender o acesso dos imigrantes aos tratamentos de saúde nos EUA. Marcelli et al. (2009) analisaram os dados levantados pela *Boston Metropolitan Immigrant Health & Legal Status Survey* (2007) sobre os imigrantes brasileiros que residiam na zona metropolitana de Boston. Um de seus achados de pesquisa é que, apesar de serem em sua maioria indocumentados e de ocuparem trabalhos que não são respeitados e não oferecem a possibilidade de melhoria no status social, os brasileiros são mais saudáveis do que a média da população americana: uma proporção menor de brasileiros tinha doenças crônicas (doença cardíaca, câncer, diabetes, pressão alta), e uma proporção maior revelou comportamentos saudáveis, como boa alimentação, bom sono, menor porcentagem de obesos. No entanto, os dados também mostraram que os brasileiros possuem maior probabilidade de serem fumantes, de não fazer exercícios ou realizar exames preventivos para câncer e maior probabilidade de serem perturbados psicologicamente. Quanto ao acesso a seguros de saúde, entre 55 e 75% dos imigrantes indocumentados e 40% dos imigrantes brasileiros documentados não tinham acesso a um seguro de saúde, mas menos de 5% deles (independente do status legal) não conseguiu ter acesso a cuidados médicos quando necessitou.

Acesso, no entanto, não quer dizer, necessariamente, qualidade no atendimento. Jouët- Pastré et al. (2008) examinaram as experiências das imigrantes brasileiras nas clínicas de saúde de Boston, focando em suas percepções sobre tempo de interação com o médico. As pesquisadoras perceberam que as avaliações sobre tempo de interação estavam relacionadas à percepção da atenção dispensada pelos médicos às pacientes. Muitas se queixavam que os médicos americanos não davam atenção suficiente, focando em aspectos específicos da doença, e realizavam comparações com a forma, mais pessoal e interessada, com que os médicos brasileiros as atendiam quando ainda viviam no Brasil.

No Brasil especificamente, Duarte (2010) realizou uma pesquisa com 20 imigrantes brasileiros que viviam nos estados de Massachusetts e Connecticut, e que haviam retornado ao Brasil, seja para férias ou permanentemente. Todos eles possuíam acesso ao sistema de saúde americano, e utilizavam os serviços em geral para casos de urgências médicas, como doenças do aparelho respiratório, ou ocorrências trauma-ortopédicos, mas também há relatos de necessidades cirúrgicas atendidas, e atendimentos clínicos ambulatoriais. O autor acrescenta, porém, que esses mesmos

imigrantes utilizam os serviços de saúde privado brasileiros de forma complementar quando voltam ao Brasil, seja pelo preço, por restrições governamentais americanas ou por fatores culturais, como maior confiança com o profissional brasileiro.

A importância da circulação de informações entre os componentes da rede social migratória valadarense nos EUA apareceu nos depoimentos dos entrevistados de Duarte (2010). Indicação de médicos, de formas de obter financiamento público para procedimentos de saúde caros e até de dentistas brasileiros que trabalham irregularmente nos EUA foram algumas das situações declaradas pelos imigrantes.

Essas informações são reforçadas por Messias (2002), que acredita que os brasileiros utilizam recursos, práticas de saúde de forma transnacional. A autora encontrou em sua pesquisa situações de imigrantes que importavam medicamentos do Brasil e ou que recorriam a ervas medicinais, práticas até então esquecidas no Brasil, mas que foram retomadas nos EUA, pela dificuldade e falta de recursos em obter a medicação formal. A circulação de informações entre os imigrantes brasileiros mostrou-se fundamental não só para ter acesso a informações sobre postos onde poderiam ser atendidos, ou procedimentos burocráticos para conseguir atendimento, mas como forma de ter acesso a remédios, médicos que pudessem atender de forma informal, ou conseguir prescrições de remédios. A autora ainda relata inúmeras dificuldades por parte dos imigrantes brasileiros para acessar tratamentos de saúde formais nos EUA, seja pela falta de recursos, seja pela dificuldade de se expressar ou de entender o médico, ou por diferenças culturais, que acabavam influenciando nos hábitos com relação à saúde ou no não engajamento em tratamentos receitados por médicos.

Contrariando alguns dos achados de Messias (2002), a pesquisa realizada por Martes (2011) mostrou que o acesso ao sistema de saúde foi mencionado como uma das vantagens que os brasileiros residentes em Massachusetts consideravam ter, comparado com o acesso que usufruíam no Brasil. Somado a outros fatores, o acesso efetivo a bens e serviços públicos ou coletivos, como a saúde pública, eram percebidos como respeito, interpretado também pela possibilidade de usufruir da condição de cidadania, mesmo por aqueles que não eram cidadãos americanos.

A dimensão de respeito e cidadania era percebida especialmente quando se referiam à existência, em determinados serviços, de profissionais, ou tradutores, que falam português ou Espanhol, como no caso dos serviços oferecidos pelo Hospital *Saint Elizabeth* e nos programas bilíngues oferecidos por algumas escolas públicas. O acesso

aos programas de saúde, especialmente o *Freecare*⁶¹, era especialmente citado, juntamente como a possibilidade de obter recursos públicos orientados ao desenvolvimento da comunidade, por meio de entidades não governamentais representativas dos brasileiros nos EUA (MARTES, 2011).

Segundo Martes (2011), a percepção de respeito e cidadania se refere, sobretudo, àqueles serviços públicos que não dependem das limitações legais impostas pela condição formal de cidadania, exatamente porque discriminam em favor de grupos minoritários, facilitando seu acesso. Desta forma, o oferecimento destes tipos de serviços guia e encoraja a identificação étnica.

Sobre a área de saúde no trabalho, o Projeto COBWEB (2007) realizou um survey com 626 imigrantes brasileiros vivendo em Massachussets com o objetivo de entender, entre outras coisas, as condições de trabalho e seu impacto na saúde e segurança do trabalhador. Entre os principais resultados encontrados está que 42,3% dos entrevistados relataram ter algum tipo de problema de saúde ou acidente relacionado ao trabalho. Além disso, 80% não teve nenhum tipo de treinamento sobre segurança no trabalho nem no Brasil, nem nos EUA. Ao analisar os pedidos de compensação pelo trabalho nos EUA por imigrantes brasileiros, mediados pela *Brazillian Immigrant Center*, o projeto encontrou que a maior parte daqueles que sofreram acidentes de trabalho foram os imigrantes que trabalhavam na área de construção (45%). Entre 1999 e 2007, 16 imigrantes brasileiros morreram em acidentes de trabalho, também concentrados no setor de construção civil (56%). A pesquisa mostrou ainda que 63,9% dos imigrantes brasileiros tinham alta concentração de chumbo no sangue, o que foi verificado especialmente entre os brasileiros que se expõem ao metal por trabalharem com pintura de casas.

Neste capítulo entendemos como o acesso à saúde está previsto pela lei e como se estruturam os sistemas de saúde dos dois casos analisados – São Paulo (Brasil) e região metropolitana de Boston (EUA). Como já dito, ambos possuem maneiras muito diferentes de possibilitar aos imigrantes acesso à saúde. Enquanto no Brasil a lei prevê acesso universal à saúde, em Massachusetts existe um complexo sistema de seguros, que são total ou parcialmente financiados pelo governo, que possibilita que aqueles com

⁶¹ *Freecare* é o nome antigo do atual *Health Safety Net*.

baixa renda (inclusive, em alguns casos, imigrantes) possam ter acesso à saúde. Vimos também algumas das questões que se colocam a ambos, levantadas por nós e por outros autores que estudaram o tema, que já dão uma pista de que os processos de implementação desses sistemas de saúde afetam o acesso real à saúde que os imigrantes usufruem. Nos próximos capítulos (5 e 6) analisaremos essas e outras questões que impactam no acesso dos imigrantes à saúde. Faremos isso, como já dito, por meio da análise das entrevistas que realizamos com imigrantes, especialistas e burocratas que trabalham com o público imigrante.

Capítulo 5. Zona metropolitana de Boston: muitas barreiras, muitas formas de contorná-las

Neste capítulo, mostraremos as experiências relatadas por nossos entrevistados brasileiros em seu acesso à saúde na zona metropolitana de Boston. Primeiramente, veremos as características gerais deste acesso. Em seguida, entenderemos os diversos fatores que impactam nesse acesso, podendo dificultá-lo ou facilitá-lo. Veremos quais são essas barreiras, sejam elas geradas pelo que chamamos no referencial teórico de oferta ou demanda (questões relacionadas ao público analisado, os imigrantes). Por fim, mostraremos como o próprio sistema se estrutura para contornar as barreiras existentes e quais são as estratégias utilizadas pelos próprio imigrantes para facilitar seu acesso à saúde.

Antes de começar é preciso destacar, como já foi dito no capítulo 4, que o sistema de saúde americano é bastante singular, alocando os serviços públicos de saúde de forma diferenciada para “classes” de clientes, definidos em geral por variáveis de renda, número de integrantes da família, idade, e status legal. Como mostra o quadro 4, o sistema é segmentado em diversos tipos de seguros, alguns subsidiados pelo governo, outros comprados pelos imigrantes no mercado privado. É por isso que, um de nossos primeiros achados de pesquisa é que não se pode falar de acesso dos imigrantes brasileiros à saúde em Massachusetts. Quem é esse imigrante, quanto ele ganha, se tem ou não filhos, e especialmente seu status legal podem influenciar, e muito, nesse acesso à saúde. De forma geral, nos interessa nesse estudo duas classes de público imigrante, que possuem mecanismos diferenciados de acesso, e que, por isso, podem ter percepções diferenciadas sobre esse acesso: os imigrantes indocumentados e os imigrantes documentados, incluindo aqueles que se documentaram a menos de 5 anos.

5.1.1 Perfil dos entrevistados

Para a realização dessa pesquisa entrevistamos um total de 26 imigrantes brasileiros, dos quais 42% eram homens e 58% mulheres. Quanto à idade, os imigrantes brasileiros são jovens e, em sua maioria, em idade produtiva, porém não tanto quando os bolivianos por nós entrevistados: 20% deles tinha entre 20 e 30 anos, 38% entre 31 e 40 anos e 27% deles entre 41 e 50 anos.

Por mais que os mineiros sejam a maior parte de nossos entrevistados (11 entrevistados ou 42%), também verificamos uma tendência, já apontada por Martes (2011) de diversificação do local de origem do fluxo de imigrantes brasileiros. Assim, também entrevistamos imigrantes do Espírito Santo (15%), Rio de Janeiro (8%), São Paulo (8%) e Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraná e Bahia, todos esses com apenas um entrevistado, ou 4%. Uma de nossas entrevistadas nasceu nos EUA, filha de pais brasileiros, mas morou parte de sua infância no Brasil. Em geral, a maior parte do fluxo veio de cidades de pequeno porte no interior do Brasil (65%), dentro das quais se destaca Governador Valadares (MG), mas o restante, (35%) morava em capitais brasileiras.

Com relação ao status migratório, 50% de nossos entrevistados estavam documentados e 50% indocumentados. No entanto, esse não é o perfil da comunidade brasileira no estado. Apesar de ser difícil precisar ao certo a porcentagem de indocumentados, as pesquisas apontam que eles são a maioria, chegando a 71% do total de emigrantes brasileiros vivendo em Massachusetts (MARCELLI et al., 2009).

Quanto ao tempo de moradia de nossos entrevistados nos EUA, a maior parte (46%) encontrava-se nos EUA de 6 a 10 anos, 19% de 11 a 15 anos, e outros 19% a mais de 16 anos. Apenas uma pessoa se encontrava nos EUA a menos de um ano e duas pessoas estavam nos EUA de 3 a 5 anos. Isso pode demonstrar o que alguns entrevistados nos disseram, e que parece ser uma tendência após a crise econômica de 2008, de diminuição do fluxo de brasileiros emigrando para os EUA. No entanto, isso não quer dizer que o fluxo cessou, ou que essa diminuição será permanente, já que o tamanho dos fluxos migratórios costuma variar muito ao longo do tempo.

A maior parte de nossos entrevistados não vivia na cidade de Boston, mas em seu entorno, como é o caso das cidades de Somerville (10 entrevistados), Cambridge (6 entrevistados) e Framingham (2 entrevistados). É claro que isso pode ter sido influenciado pelo fato de que a maior parte de nossas entrevistas foram realizadas nesses locais, mas é interessante observar que também entrevistamos pessoas nessas cidades que moravam em Everett, Allston, West Newton, Fall River, Malden, Fitchburg e Boston, o que indica que a comunidade brasileira se movimenta bastante pelo estado. 62% de nossos entrevistados emigrou diretamente para Massachusetts e nunca morou em outros estados americanos.

A maior parte de nossos entrevistados (46%) era casado, 31% se declarou solteiro e 23% divorciado. Quanto ao número de filhos, 11 entrevistados (42%) não tinham filhos, 4 entrevistados (15%) tinham apenas um filho, 2 entrevistados tinham dois filhos, 3 entrevistados tinham 3 filhos e apenas um entrevistado tinha mais de 3 filhos. Quanto à nacionalidade dos filhos, 47% desses filhos eram brasileiros e 40% americanos. 13% dos entrevistados possuíam filhos nascidos no Brasil e filhos nascidos nos EUA. O local de moradia dos filhos variou muito, com 40% deles vivendo no Brasil, 33% nos EUA, e também havia aqueles entrevistados que possuía alguns filhos vivendo no Brasil e outros nos EUA (20%). Um entrevistado (7%) tinha um filho vivendo no Brasil e outro filho vivendo no México.

A maior parte dos nossos entrevistados homens trabalhava no comércio (10 entrevistados). Isso não explica um padrão, mas sim a forma como foram realizadas muitas das entrevistas, nos comércios étnicos voltados à população brasileira. Apesar disso, muitos desses 10 casos haviam anteriormente trabalhado nas duas ocupações típicas da comunidade brasileira em MA: construção civil para os homens e limpeza para as mulheres. Apenas uma entrevistada dedicava-se exclusivamente à limpeza, mas outras 3 pessoas também declaram fazer isso como forma de complementar a renda, ou meio período (*part time*); 5 entrevistados trabalhavam na construção civil, 3 como babás ou cuidadores de idosos e outros 3 tinham pequenos empreendimentos (bar, restaurante e salão de cabeleireiro).

A maior parte de nossos entrevistados (10 ou 38%) eram católicos, seguidos em número pelos evangélicos (6 ou 23%), 4 se declararam sem religião e 6 citaram outras religiões (espírita, umbanda, cristã).

De nossos entrevistados, 8 (30%) tinham o ensino médio completo e 7 (26%) o ensino médio incompleto, sendo que destes, 3 não completaram nem o ensino fundamental; 6 entrevistados (ou 23%) disseram ter o ensino superior completo, mas é importante citar que a maior parte desses cursos era técnico. Por fim, 4 entrevistados (15%) afirmaram não ter finalizado o ensino superior. Apenas um entrevistado afirmou ter pós-graduação.

O quadro 4 mostra o perfil resumido de cada um dos 26 entrevistados, conforme identificados ao longo do texto.

Entrevistado	Sexo	Idade	Cidade de origem no Brasil	Número de anos vivendo em
--------------	------	-------	----------------------------	---------------------------

				Massachusetts
1	F	23	Hypark- MA	-
2	F	55	Vitória-ES	24
3	F	não quis dizer	Teresópolis – RJ	10
4	M	35	Vitória-ES	8
5	M	51	Governador Valadares – MG	6
6	M	40	Governador Valadares – MG	27
7	F	48	São Paulo – SP	8
8	M	49	Governador Valadares – MG	18
9	M	33	Ipatinga (MG)	18
10	F	49	Goiania – GO	13
11	M	45	Rio de Janeiro – RJ	21
12	F	39	Governador Valadares – MG	11
13	M	34	Governador Valadares – MG	5
14	F	22	Santo do Céu – MS	10
15	M	30	Goierê – PR	11
16	F	38	Salvador – BA	1
17	F	31	Governador Valadares – MG	7
18	F	37	Vitória-ES	10
19	M	56	São José dos Quatro Matos – MT	6
20	F	45	Governador Valadares – MG	7
21	F	48	Guanhães - MG	15
22	F	30	São Paulo – SP	4
23	M	25	Virgolândia (MG)	7
24	M	35	Cuiabá	6
25	F	34	Espírito Santo	10
26	F	44	Teófilo Otoni – MG	11

Quadro 4. Perfil dos entrevistados brasileiros conforme identificados no texto

Fonte: Elaboração própria a partir das entrevistas realizadas

Como já afirmado nos procedimentos metodológicos, além dos imigrantes, entrevistamos também especialistas e o que chamamos de burocratas de nível de rua. É importante destacar que também eles, em sua maioria, eram imigrantes brasileiros que viviam nos EUA⁶². No entanto, eles possuem um perfil diferenciado em relação aos outros entrevistados imigrantes, elencados no quadro 4. Todos chegaram aos EUA já com conhecimento da língua inglesa, e em geral, tinham o nível superior completo. Por muitos motivos, em que se destaca a língua, esses entrevistados também possuem uma maior inserção social na comunidade em que vivem, tendo, por exemplo, mais amigos americanos. Conforme já mencionado no capítulo 1, é importante entender que, por desempenharem um papel de

⁶² Apenas o entrevistado 31 era americano, e mantinha um alto cargo relacionado à pesquisa em uma organização Americana chamada *Health Care for All*.

mediadores culturais, muitos desses burocratas acabam se envolvendo de outra forma com a comunidade, participando de organizações representantes da comunidade brasileira e tendo nela papel de destaque (MARTES, 1999). No quadro 5 fazemos um breve resumo dos entrevistados e seus cargos. Eliminamos seus nomes para garantir seu anonimato.

Entrevistado	Nacionalidade	Instituição
27	Brasileiro	Professor na University of Massachussets – Lowell, especializado em Saúde do Trabalhador.
28	Brasileiro	Brazilian Women's Group - nível gerencial
29	Brasileiro	Brazilian Immigrant Center - nível gerencial
30	Brasileira	Children's Health Policy and Outreach Manager da ONG Health Care for all de Massachussets ⁶³ .
31	Americano	Pesquisador da ONG Health Care for all de Massachussets
32	Brasileiro	Patient Navigator na Clínica Comunitária de Saúde de Somerville
33	Brasileira (filha de mãe americana)	Clinical Social Worker no Cambridge Health Aliiance (no Somerville Hospital e no East Cambridge Hospital)
34	Brasileira	Intérprete no Somerville Hospital
35	Brasileira	Case Manager em uma clínica comunitária de saúde de Framingham
36	Brasileira	Atendente na Clínica de Mulheres do Cambridge Hospital (gestão do Cambridge Health Alliance)

Quadro 5. Entrevistados especialistas ou burocratas de nível de rua dos EUA

Fonte: Elaboração própria

5.1.2 Acesso à saúde na Zona Metropolitana de Boston

De forma geral, em nossas entrevistas pudemos compreender que os imigrantes brasileiros têm acesso à saúde na Zona Metropolitana de Boston e que ele é considerado, pela maior parte de nossos entrevistados, sejam eles documentados ou não, excelente. É o que mostra a entrevistada 2: “eles tratam a gente muito bem, isso não tem que reclamar. O sistema de saúde daqui é muito, mas é muito bom. (...) Os médicos são

⁶³ A ONG Health Care for All faz *advocacy* junto a políticos e sociedade para “criar um sistema de saúde centrado no consumidor, que provenha serviços de cuidados à saúde que sejam compreensivos, acessíveis (inclusive economicamente), com competências culturais, e de alta qualidade”. Além disso, eles promovem ações de educação do consumidor, especialmente dos mais vulneráveis e possuem um call Center que atende consumidores com dúvidas ou que queiram aplicar para os seguros saúde financiados pelo governo.

Fonte: <http://www.hcfama.org/index.cfm?fuseaction=Page.viewPage&pageId=475&parentID=472>

Último acesso 12/12/2011.

de primeira qualidade, a maioria é da Harvard” (mulher documentada, 55 anos, de Vitória – ES, há 24 anos em MA). O entrevistado 13, indocumentado, também tem uma boa experiência no sistema de saúde americano: “Bom demais. Eu acho que o imigrante, uma coisa que ele não pode reclamar aqui é assistência médica. Independente de papel ou não, você tem” (homem, 34 anos, de Governador Valadares – MG, há 5 anos nos EUA).

Apenas um dos vinte e seis entrevistados não havia utilizado o sistema de saúde e a maior parte deles (62%) nunca pagou pelo atendimento médico recebido (a não ser pequenas quantias de co-pagamentos), e acessam a saúde por meio do Health Safety Net. O restante, 38%, tem seu seguro saúde financiado pelo trabalho⁶⁴, ou financia seu próprio seguro, ou ainda não tem nenhum seguro e paga por consultas privadas quando necessário.

Quanto aos serviços efetivamente já utilizados, a maior parte de nossos entrevistados relataram ter um clínico geral (nos EUA chamado *Primary Doctor*) que os acompanhava anualmente, e 85% deles já haviam realizado alguma consulta e/ou tratamento com médico especialista. Observa-se que os serviços de saúde mais utilizados são: clínico geral (*Primary Doctor*) e ginecologista. Em relação à saúde bucal, 62% de nossos entrevistados já haviam ido ao dentista nos EUA, mas apenas 23% deles não pagaram nada para utilizá-los. Diferentemente dos bolivianos, observamos que homens e mulheres utilizam bastante os serviços de saúde, apesar de as mulheres, especialmente quando grávidas ou mães, utilizarem os postos de saúde com mais frequência, assim como bebês e crianças.

Adicionalmente, 77% dos entrevistados já haviam utilizado os serviços de imunização. A vacina mais aplicada é a da gripe, indicada pelos clínicos gerais anualmente. Mas também foram realizadas muitas outras vacinas, sendo a mais citada a de tétano, utilizada pelos homens que trabalhavam na construção civil, ocupação típica dos imigrantes brasileiros em MA. Além disso, todos os imigrantes que já haviam se documentado tiveram que refazer todas as vacinas como parte do processo de documentação. Apenas 15% haviam recorrido a serviços de planejamento familiar e 54% dos entrevistados já haviam sido internados, por diversos motivos, como para a

⁶⁴ Apesar de o seguro ser financiado pelo trabalho, isso não quer dizer que eles não paguem nada por ele. Por mais que seja um benefício, em geral, uma taxa é descontada mensalmente do salário do trabalhador.

realização de um cateterismo, operação de redução de estômago, retirada da vesícula, retirada da tireóide, ou retirada de tumores.

Como no caso dos imigrantes bolivianos, nossos entrevistados acessaram serviços disponíveis em todos os níveis de atenção à saúde - primário, ou atenção básica, secundário (especialidades) e terciário (procedimentos de alta complexidade). Na Figura 2 estão registrados todos os procedimentos realizados por nossos entrevistados ou parentes do núcleo familiar, conforme nível de atenção.

Atenção Primária	Atenção Secundária	Atenção Terciária
Pré-Natal	Parto Normal	Cirurgia de Redução do Estômago
Atendimento ambulatorial	Parto Cesareana	Cateterismo
Consultas com clínica geral (primary doctor)	Cirurgia para retirar tumor no seio	
Consultas com ginecologista	Operação nos joelhos	
Consultas com dermatologista	Retirada da Tireóide	
Consultas no oftalmologista	Operação para retirada de Hérnia (?)	
Consultas no psiquiatra para tratamento de depressão	Internação por problema no coração	
Consulta com médico especialista em doenças tropicais	Internação por infecção Renal	
Consulta com cardiologista	Cirurgia para retirar a Vesícula	
	Internação após problemas relacionados ao Parto	
Consulta com especialista em alergias	Cirurgia para retirada de um prego na perna (acidente no trabalho)	
Consulta no Otorrinolaringologista	Cirurgia ortopédica (relacionada a acidente no trabalho)	
Consulta com ortopedista	Internação relacionada à depressão	
Consulta com gastrologista	Internação para realização de procedimentos pós aborto natural	
Consulta com endocrinologista	Cirurgia plástica (pós cirurgia de redução do Estômago)	
Consultas com nutricionistas		
tratamento com fisioterapeuta		
Terapia com psicólogos		
Consultas com especialista da Mama		

Quadro 6. Serviços utilizados pelos entrevistados nos EUA por nível de atenção

Fonte: Elaboração própria a partir da análise das entrevistas.

Em geral nossos entrevistados possuem uma avaliação muito positiva do acesso à saúde que possuem na zona metropolitana de Boston. Entre as características positivas do sistema de saúde de MA, ressaltadas pela maior parte de nossos entrevistados, é o fato de os atendimentos serem de alto nível, de ter equipamentos que possibilitam exames de última geração, e do tempo de espera ser muito pequeno para conseguir agendar uma consulta, realizar um exame e ser atendido na emergência de um hospital. Além disso, eles ressaltam a inexistência de qualquer atitude discriminatória no sistema e o fato de serem lembrados pelas equipes dos *Community Health Centers* da necessidade de realizar suas consultas anuais.

5.2 Barreiras de acesso ligadas à oferta

Muitas das barreiras que veremos a seguir são decorrentes do sistema de saúde americano, que aloca os recursos de forma diferenciada, por classes de públicos. A primeira delas é a necessidade de criar procedimentos administrativos complexos que consigam classificar o público, que receberá diferentes benefícios. Ressaltaremos os casos dos imigrantes documentados que, de forma surpreendente, relataram situações de dificuldade, especialmente pela necessidade de co-pagamentos ou recursos altos para financiar um seguro de saúde. Os imigrantes indocumentados, que em outros estados possuem maior dificuldade de acesso à saúde, conseguem realizá-lo com facilidade pelo *Health Safety Net*, na maior parte das vezes de forma gratuita⁶⁵. Em muitos dos relatos é possível perceber que o sistema está se tornando mais restritivo, dificultando a concessão, manutenção e renovação de seguros ou do benefício do *Health Safety Net*. Isso pode ser resultado do aumento dos custos em saúde de MA, ou da crise financeira pela qual passa o país.

Além disso, destacaremos o caso da saúde do trabalho, que possui procedimentos diferenciados que impactam bastante na vida dos imigrantes, trabalhadores em sua maioria.

5.2.1 Procedimentos administrativos complicados

A entrevistada 35, *Case Manager* de uma clínica comunitária de saúde, em Framingham (MA), é responsável em auxiliar os imigrantes brasileiros a terem acesso ao seguro, em especial ao *Health Safety Net*. Ela confirma o que grande parte de nossos entrevistados nos relataram: conseguir o seguro não é, de fato, um problema. No entanto, para que isso aconteça é necessário preencher um formulário de aplicação, o *Medical Benefit Request*, que é em si complicado – são 15 páginas de perguntas não triviais e 2 páginas de orientações para preenchimento, que podem ser muito confusas

⁶⁵ Importante ressaltar, porém, que nossos entrevistados viviam em sua maioria em áreas de MA em que existe um bom serviço para os usuários do *Health Safety Net*. Uma pesquisa mais aprofundada, com imigrantes de outras áreas do estado de MA seria necessária, já que a existência de bons serviços em alguns lugares (geográficos) pode ser uma importante variável para um bom acesso no caso do *Health Safety Net*.

para um imigrante, especialmente para aqueles com pouco domínio da língua inglesa⁶⁶.

Ela exemplifica:

“Como eu te falei, o *MassHealth* é burocrata. Tem uma parte lá que fala “*Do you have rental income?*” Aí o que eles entendem: eu pago *rent* (aluguel)! Daí eles colocam lá que sim. Mas não é isso. Eles estão perguntando se você tem um imóvel, se você tem uma renda que você ganha com aquele imóvel. Daí é aquele negócio, para você explicar que a pessoa marcou errado... Depende da pessoa que pega o seu processo, eles não acreditam!” (entrevistada 36, Case Manager de uma clínica comunitária de saúde de Framingham).

Por isso a existência de tantas organizações ou áreas dentro de hospitais e clínicas de saúde – como é o caso da área em que ela trabalha - que realmente preenchem o processo de aplicação para o imigrante. “A gente preenche para eles! Eles só fazem assinar. A gente vai perguntando.”

Outro exemplo relatado pela entrevistada 36 é sobre as dificuldades mencionadas quando se pergunta sobre o status do imigrante:

“Nas questões sobre status migratório tem as perguntas. Daí eles marcam: *I’m not a US citizen* e embaixo eles colocam uma cópia do visto, para mostrar que ele entrou aqui com visto, já que para muitos isso é um motivo de orgulho. Agora, o que está acontecendo: com a crise, o *MassHealth* está sendo muito mais rígido para saber se as pessoas têm dinheiro para bancar o seu seguro...Então se você tira a cópia do seu visto e manda, o que está lá? Visitor B1 ou B2, que é turismo. Então o que eles vão dizer: eles negam, escrevem uma carta negando dizendo que você é turista, e que você não pode estar aqui, por isso é que nós não podemos te dar o seguro. Essa mudança é de seis meses para cá, e está pegando todo mundo. Daí a gente liga e eles dizem que é só enviar uma carta da imigração dizendo que seu status mudou de turista para residente permanente. Mas eles não têm esse status e eles não vão ligar para imigração. Então eles negam, e eles não abrem mão. Eu falei para a pessoa: mas a pessoa está doente, e ela vai morrer. A resposta que recebi foi: ‘*So?*’” (Entrevistada 36, case manager em uma clínica comunitária de saúde de Framingham).

Mesmo no caso em que o seguro/benefício é aceito, existem algumas dificuldades com a comunicação deste resultado para o futuro paciente. A entrevistada 30, que trabalha como *Children's Health Policy and Outreach Manager* na ONG americana *Health Care for All* diz que a forma como a carta de aceitação que o *MassHealth* envia é escrita pode vir a confundir quem a recebe:

“Você aplica para o *MassHealth*, e é ele que vai te direcionar para o seguro do perfil que você se encaixa. Aí o *MassHealth* te manda uma

⁶⁶ O formulário também está disponível em espanhol, mas não em português, apesar de solicitações já realizadas por ONGs. Isso surpreende na medida em que já se constatou que a comunidade que fala português é maior do que a comunidade hispânica no estado.

carta dizendo qual programa que você se qualifica (...). Quando você pega a carta é assim que eles escrevem: na primeira página: você não se qualifica para o *MassHealth*. Ai o povo já joga fora né? Mas aí, se você virar a cartinha vai falar assim: *You may be able to get your services covered by the Health Safety Net* (Você poderá ter seus serviços cobertos pelo Health Safety Net). Isso já está dizendo que você tem o *Health Safety Net*. Esse *Maybe* (talvez) já está dizendo que você conseguiu o HSN, mas muita gente fica achando que teve o seguro negado” (entrevistada 30, Children's Health Policy and Outreach Manager da ONG Health Care for all de Massachussets).

Se o acesso ao seguro, quanto bem preenchida a aplicação, não é difícil, nos últimos anos o *MassHealth*⁶⁷ está dificultando cada vez mais os procedimentos para que uma pessoa mantenha seu seguro. Para começar, é necessário que o seguro seja renovado todos os anos⁶⁸, o que não era uma necessidade anteriormente. A fala da entrevistada 11 revela que a renovação não é vista como uma simples necessidade burocrática. Apesar de conseguir um acesso realmente muito bom pelo *Health Safety Net*, já que possui inúmeros problemas de saúde, ela sempre se estressa na época de renovar o seguro, que é essencial para ela: “Tanto é que, chega na época de renovar, eu fico em um estresse, menina! Porque eu tenho medo de não renovar. (...) Porque eu faço tudo, eu tenho psicóloga, eu tenho nutricionista” (Mulher, 49 anos, de Goiânia - GO).

A entrevistada 36, *Case Manager* de uma clínica comunitária de saúde de Framingham (MA) também comenta sobre a dificuldade de se manter um seguro, e sobre os inúmeros detalhes que podem cancelá-lo:

“Um detalhezinho pode cancelar o plano. Por exemplo, se uma pessoa recebe uma carta do *Health Safety Net* e não responde, o seguro é cancelado. Mas eles mudam muito de casa, eles são praticamente nômades. E toda vez que você muda de endereço você tem que comunicar o sistema, para você receber as cartas no endereço certo.(...) Isso é a coisa mais corriqueira que existe. Seguro ser cancelado porque a pessoa mudou de endereço. As pessoas não se dão conta de que tem que ligar, avisar que mudou” (entrevistada 36, Case Manager em uma clínica comunitária de saúde de Framingham).

Uma entrevistada relata ter passado por isso: “Meu marido tinha o *Freecare*, e aí acho que por causa de um problema de endereço, porque a gente já mudou três vezes, eles acabaram cancelando.” (mulher, 30 anos, de São Paulo). Outra entrevistada relata que ficou sabendo que tinha o seguro só um ano depois, porque a carta de aceitação chegou

⁶⁷ Órgão do governo de MA responsável por gerenciar todos os seguros de saúde governamentais, recebendo os formulários de aplicação ao seguro e indicando qual seguro se adequa ao seu perfil.

⁶⁸ A ficha de renovação do seguro, “*Eligibility Review Form*”, tem 9 páginas e também é de difícil preenchimento para aqueles que não se comunicam em inglês.

na casa antiga: “Eu fiquei 1 ano achando que não tinha chegado porque foi para outro endereço, mas aí eu fui em Everett fazer outra aplicação e a mulher falou, ‘não, o seu já está pronto já tem um ano, você já pode consultar’. Aí eu fui, marquei consulta e fiz tudo” (mulher, 39 anos, Governador Valadares – MG).

Além de ter que pagar por alguns serviços dependendo do local do atendimento, também é possível que, de acordo com a renda semanal declarada pela aplicação, a pessoa tenha direito apenas ao *Health Safety Net* parcial. Nesse caso, é preciso que ela pague um prêmio anual, determinado também a partir de sua renda. Só após o pagamento dessa quantia, e o envio de todos os recibos ao *MassHealth*, é que os tratamentos passam a ser pagos pelo governo. Nesses casos, a entrevistada 30, *Children's Health Policy and Outreach Manager* da ONG americana Health Care for All, lembra que o seguro também pode ser cancelado caso o valor do prêmio não seja pago:

“Tem uma série de coisas que você precisa fazer para manter o seu seguro ativo. Eu entendo que você precisa ser responsável para manter o seu plano de saúde. Não acho que é errado por um lado, mas como eles fazem, cancelando o seguro do nada, acho que é complicado.”

Nos EUA, conforme já mencionamos, é proibido que a instituição e seus funcionários neguem atendimento emergencial. Mas não é necessário que se ofereça o tratamento completo necessário, apenas são obrigados a estabilizar o quadro clínico geral do paciente. Então, se o paciente não tem seguro, pode ter dificuldade de dar continuidade a tratamentos. Conforme relatado pela entrevistada 36, *Case Manager* de uma clínica comunitária de saúde em Framingham (MA):

“Se você marca uma consulta com um oftalmologista, para dar um encaminhamento em algum problema, eles não vão te atender, porque o seguro está cancelado. Eles são empresas de lucro. Agora, se você for a um hospital, na emergência, ninguém vai negar assistência a você, ninguém. E talvez, até em alguns locais eles vão aceitar te ver, mas vai chegar um momento que você vai ter que pagar as contas, ou se precisar fazer algum exame laboratorial, o laboratório não vai te aceitar... Não adianta ir ao médico se o laboratório não vai fazer o seu exame de sangue.”

Outras pequenas barreiras foram sendo impostas nos últimos anos. A entrevistada 33, *Clinical Social Worker* do *Cambridge Health Alliance* relata que, em 2010, passaram a exigir a exibição de qualquer documento com foto para identificação do paciente. Por mais que aleguem que a motivação tenha sido relacionada à segurança

contra fraudes⁶⁹, e não necessariamente para identificar um cidadão de um não cidadão, ela entende que isso pode afastar os pacientes mais temerosos:

“Isso é parte de um sistema maior que tem a ver com as pessoas que às vezes utilizaram a identidade de outra pessoa pra conseguir serviços. No geral, isso aí não tem a ver com imigrante. Mas aí, os imigrantes são os que ficam mais alertas com a questão. Se alguém pediu documentação eles já ficam com medo, entendeu? A primeira coisa que nos falamos foi: e os imigrantes?”.

5.2.2 Barreira para os indocumentados: cobertura

Por mais que os imigrantes indocumentados tenham acesso a um seguro (crianças ou grávidas), ou tenham conseguido o direito de acessar o *Health Safety Net*, a cobertura nem sempre é completa, e alguns serviços podem não ser oferecidos pelas clínicas que atendem pelo *Health Safety Net*⁷⁰. A entrevistada 3 relata que a cobertura do *Health Safety Net*, apesar de ser muito boa nos tratamentos básicos, pode tornar-se problemática quando abrange tratamentos mais complexos:

“uma conhecida nossa teve um AVC e ficou com uma parte toda do corpo paralisada. Ela tem 20 e tantos anos de América, é ilegal, então ela tinha esse sistema de *Freecare*. (...) Enquanto ela estava no hospital estavam dando assistência para ela, aí tiveram que sair, não conseguiu uma casa tipo a *Nurse Home* para ela ficar, não conseguiu uma assistente para ir na casa dela para poder dar o banho, para poder fazer a higiene, não conseguiu fisioterapeuta, o plano não cobre nada, não tem dinheiro para pagar aluguel, não tem dinheiro para comer, não tem nada.” (Mulher, 55, de Vitória- ES, há 10 anos nos EUA).

Outro grande problema identificado em várias entrevistas e relacionado à cobertura é o caso dos tratamentos odontológicos que, em geral, não são cobertos pelas clínicas que atendem pelo *Health Safety Net*. Isso faz com que vários brasileiros adiem a ida ao dentista, já que é um custo muito alto. Esse é o caso da entrevistada 21, que já morava há 7 anos nos EUA e nunca havia ido ao dentista, apesar de precisar: “Tenho que começar a tratar dos meus dentes. Mas fiz um orçamento que deu quatro mil dólares (...) e o *Freecare* não cobre”. Apesar do preço alto, ela não cogita a possibilidade de deixar para fazer quando voltar do Brasil, porque pretende parcelar o pagamento: “Não, tem que fazer aqui mesmo, que aqui dá para pagar. Aqui parcela, né, tem

⁶⁹ Como veremos, existiam casos em que os pacientes davam o nome e endereço de outra pessoa, ou inventavam esses dados, para que a conta referente aos tratamentos que eles tinham recebido não chegasse até eles.

⁷⁰ Conforme explicado no capítulo 4, como não é um seguro, que tem uma lista de benefícios, o *Health Safety Net* só reembolsa as clínicas, que podem ou não ter todos os serviços que o paciente precisa. Se não tiver os serviços, ele vai ter que utilizá-los em outra clínica que pode ser privada. Neste caso, existiram custos para o paciente.

parcelamento”. Quanto questiono por que ela ainda não fez, se está sofrendo com a dor, ela responde: “Por causa do dinheiro. Preciso enviar para os meus filhos, né?” (mulher, 45anos, de Governador Valadares).

Por mais que se tenha um seguro, como é o caso das crianças indocumentadas até 19 anos, que têm direito ao *Chindren Medical Security Plan*, isso não quer dizer que o seguro cubra tudo. Os procedimentos mais caros não são cobertos. É o caso, por exemplo, dos transplantes. A entrevistada 36, *case manager* em uma clínica comunitária de saúde de Framingham, relata que: “Negaram o transplante para uma criança imigrante (não brasileira) de 7 anos, e ela vai morrer. Fizemos um *appeal*, mas negaram.”. Apesar disso, ela acredita que o básico é de fácil acesso a todos, e que, quando atendidos num posto de saúde, os imigrantes são vistos como pacientes, e não como imigrantes. Para ela, o que pode fazer diferença para a clínica é se você tem seguro ou não, e não se você é documentado ou não. De fato, todos os nossos entrevistados relataram nunca ter sofrido nenhum tipo de discriminação nos serviços de saúde em Massachusetts, como demonstra a fala da entrevistada 16: “Aqui eles não fazem discriminação se você é preta, é branca, se é brasileiro ou mexicano, eles tratam as pessoas como iguais” (Mulher, 38 anos, de Salvador, há um ano nos EUA).

5.2.3 Barreira para os documentados: necessidade de recursos financeiros

Apesar de a maior parte de nossos entrevistados (62%) terem afirmado nunca terem pago altas quantias⁷¹ pelos tratamentos de saúde recebidos, uma vez que conseguem acessar os benefícios do governo para a população carente, o sistema de saúde americano, por ser de dominância privada, exige pagamento, e por consequência a necessidade de recursos financeiros, o que pode implicar em uma importante barreira de acesso. Mesmo que se tenha um seguro, é possível que, dependendo do tipo de seguro ou *Health Safety Net*⁷² que você possua, seja necessário algum tipo de co-pagamento. Nesses casos, existe uma grande diferença entre documentados e indocumentados, e por mais surpreendente que isso possa parecer à primeira vista, os

⁷¹ Os entrevistados relataram pagamentos muito pequenos por medicação, mas que eram quantias que realmente não impactavam no seu orçamento, como US\$2 ou US\$3.

⁷² Como já citado, existe a possibilidade de se conseguir apenas o *Health Safety Net* parcial. Nesse caso, o imigrante precisa pagar um prêmio anual, que pode ser por exemplo de US\$3.000,00 e ainda pagar por consulta realizada, como por exemplo US\$20,00. Mas esses valores são fixados de acordo com a renda declarada no formulário de aplicação.

imigrantes documentados acabam enfrentando mais dificuldade para acessar a saúde do que os indocumentados.

No caso dos imigrantes indocumentados que não conseguiram usufruir do benefício do *Health Safety Net*, ou porque não haviam se preocupado em aplicar quando precisaram de tratamento médico ou por alguns dos motivos já citados acima, a necessidade de pagamento é uma dificuldade que pode ser contornada, ou aplicando-se para o *Health Safety Net* que, caso aprovado, pagará por contas retroativas há 6 meses, ou simplesmente não pagando a conta. A entrevistada 20 relata sua experiência:

“Fiquei lá internada tomando soro, procurando saber o que eu tinha, fizeram um monte de exames... depois veio a conta do hospital. Eu ainda não tinha *Freecare*. Acho que a conta foi mil e quinhentos dólares”. Quando eu questionei ela o que aconteceu, sua resposta foi: “Uai, deixei para lá. Quando eu conseguisse *Freecare* aí eles iam rebater a conta. Acho que já fizeram isso. Nem estou sabendo” (mulher, 45 anos, de Governador Valadares – MG, há 7 anos nos EUA).

Tamanha indiferença pode ser explicada pelo fato de existirem poucas consequências para uma pessoa indocumentada ter seu nome listado em uma lista de mau-pagadores (*Collection*). Estar nesta lista afeta a possibilidade do indivíduo de obter crédito no mercado, algo muito importante para se ter acesso a determinados bens, como uma casa ou um carro. Mas os indocumentados já não têm acesso a crédito, exatamente pela ausência de documentos. Mas isso muda completamente no caso dos imigrantes documentados. Segundo a entrevistada 30, *Children's Health Policy and Outreach Manager* da organização americana *Health Care for All*:

“Muita gente não paga e o nome vai para *Collection* e aí que tá: se você é documentado aqui, não quer ter seu nome sujo. Atrapalha você ter crédito para comprar alguma coisa, para financiar a casa... Se você está indocumentado, vai te importar? Nesses casos, na maior parte das vezes, você nem vai poder usar o crédito porque você não tem o (número do) seguro social”.

Além disso, os imigrantes indocumentados têm mais facilidade para acessar os mecanismos como o *Health Safety Net*, e assim poderem financiar o seu seguro, já que o governo não tem como comprovar que eles ganham o que está declarado na ficha de aplicação para o *MassHealth* preenchida por eles. A entrevistada 30, *Children's Health Policy and Outreach Manager* da organização americana *Health Care for All* explica que:

“o que acontece às vezes é que os indocumentados não têm vínculo empregatício com uma empresa, por exemplo, eles trabalham limpando casa. Pode ser que o seu salário seja US\$600 por semana, mas você pode dizer que você ganha US\$200. Agora, se você é documentado, você não pode fazer isso, porque tem um contracheque, ou porque tem que declarar o imposto de renda. É onde as pessoas falam, ‘Ah! Pra gente (indocumentado) é até melhor’. Dá o jeitinho brasileiro se a pessoa é indocumentada, não dá pra dar o jeitinho brasileiro se você está documentado.”

Isso faz com que muitos documentados questionem o tratamento que o estado de MA oferece aos imigrantes indocumentados. É o caso dos entrevistados documentados 2, 6, 9 e 25, como se verifica na fala do entrevistado 9:

“Eu acho que...não é nada contra imigrante, porque eu sou um imigrante também, mas não é nada contra ilegal...mas é uma coisa que eu vejo que não faz sentido. Quem tem documento não consegue ter seguro do governo, que a gente tem que trabalhar, a gente tem imposto para pagar, agora quem não tem documento, trabalha com *cash*, aplica para o governo, para *MassHealth* e consegue ajuda do governo para o seguro de saúde” (Homem, 33 anos, de Ipatinga, MG).

Este entrevistado enfrenta dificuldades em garantir seus tratamentos de saúde. Ele possui um seguro consagrado no mercado de MA, e que considera muito bom, o *Blue Cross, Blue Shields*, mas tem que pagar US\$100 por mês por ele. Apesar disso, em alguns casos, precisa de co-pagamentos: “E não cobre tudo não. Eu fiz uma cirurgia oito meses atrás na vesícula, tiraram a minha vesícula, eu estava morrendo de dor, estava infeccionada. Foi 33 mil dólares a cirurgia, eu tive que pagar cinco mil do meu bolso”.

A entrevistada 2, documentada, também acha a situação injusta, especialmente porque o governo de MA obriga todos os seus residentes a terem um seguro de saúde, o que pode ser bem difícil para alguém que, ao se documentar, passa a ter diversos gastos e obrigações fiscais que antes não tinha, como pagar impostos. Se não possuem seguro de saúde, eles pagam uma multa:

“eu acho injusto (...) se eu não tenho um seguro de saúde é um problema meu, porque o dia que eu for a um hospital ele vai me obrigar a pagar a minha conta. Mesmo que eu parcele, eu vou ter que pagar, então por que eu sou obrigada a ter um seguro de saúde? (...) Eu fiquei uns 2 anos sem seguro. Eu teria que pagar US\$300 e poucos dólares, o melhor seguro que eu achei na época era US\$350 e pouco por mês, então o que eu pensei, ‘ah, eu não vou fazer e não vou ficar doente’, resolvi que não ia ficar doente e fiquei 2 anos sem ficar doente, só que eu tive que pagar multa, mas a multa me saiu mais barata do que se eu pagasse por mês os US\$300 e poucos dólares” (mulher, 55 anos, de Vitória –ES, há 10 anos nos EUA).

O entrevistado 8, um pequeno empresário, tinha um bom seguro, o *Blue Cross*, *Blue Shield*, mas se viu obrigado a cancelá-lo quando o valor do seguro subiu muito e quando o seu negócio, com a crise, passou a dar menos lucro:

“Agora estou em busca de um seguro mais barato. Eu fui com a minha esposa no *MassHealth*, mas aí a gente não enquadrava naquele *Health Safety Net*, geralmente as pessoas que fazem isso são as pessoas consideradas de baixa renda, e eu não posso ser considerado de baixa renda porque eu sou dono de *bussiness*. (...) Antes eu ia no médico de três em três meses para checar, que eu tenho pressão alta, colesterol, essas coisas. Aí quando o seguro... eu cancelei o seguro né, eu parei de ir às consultas, aguardando resolver esses problemas do seguro para voltar a consultar” (homem, 49 anos, de Governador Valadares – MG, há 18 anos nos EUA).

Legal Permanent Residents – documentados a menos de cinco anos

Outro grupo de imigrantes que ficou excluído da reforma nacional, os *Legal Permanent Residents* (LPRs), que possuem o *greencard* a menos de 5 anos e que são de baixa renda, também possuem um mecanismo específico de acesso à saúde no estado de Massachusetts. Esse mecanismo está atualmente gerando uma grande discussão, já que está criando dificuldades reais de acesso.

A entrevistada 30, *Children's Health Policy and Outreach Manager* da ONG americana *Health Care for All*, explica que o estado de MA quis cobrir esse grupo que não consegue acessar os seguros financiados pelo governo federal, no entanto, a necessidade de se diminuir os custos piorou o acesso desse grupo aos seguros estatais:

“Antes, independente de quantos anos a pessoa tinha o *greencard*, ela se qualificava para o *Commonwealth Care*. Mas com essa crise toda o estado (MA) não consegue mais financiar. Eles então criaram um outro programa chamado *CommonWealth Care Bridge*, que a gente brincava “*bridge to nowhere*” (ponte para lugar algum). Porque eles fizeram uma parceria com uma companhia privada, um provedor chamado Celtic Care, mas esse provedor não tinha uma boa rede de hospitais e médicos conveniados, tinha uma rede muito limitada. Então muita gente que tinha médicos dentro do *Commonwealth Care* não pôde mais acessar dentro do *CommonWealth Care Bridge*. Mas não deu certo, nós até entramos com uma ação contra o estado. Então, que está acontecendo hoje é que eles estão sendo encaminhados para o *Health Safety Net*”⁷³.

⁷³ No dia 06/01/12 a Suprema Corte do Estado de MA julgou a ação contra o Estado promovida por uma coalização de ONGs e associações que lutam pelo direito à saúde, que inclui a HCFA. Ela julgou inconstitucional a lei criada em 2009 que excluía os imigrantes documentados a menos de 5 anos do acesso ao *Commonwealth Care*, seguro a que tinham direito anteriormente, por entender que era discriminação prejudicar pessoas só porque não estavam documentados a menor tempo. O caso utilizado pelos advogados foi o de um Brasileiro, Samuel Gonçalves, que morreu de câncer aos 23 anos, após ter seu tratamento comprometido pela mudança de seguro. Fonte: Jornal Folha de São Paulo, 07/01/2012

A entrevistada 33, *Clinical Social Worker* do *Cambridge Health Alliance*, vivenciou essa situação com alguns pacientes que atendia:

“Vários dos nossos pacientes não puderam mais vir à nossa clínica porque eles tinham que ver as pessoas que eram cobertas pelo Celtic Care, só que o Celtic Care não tinha ninguém que falasse português. Parece que eles são uma empresa de fora do Estado de MA. Então eles não estão acostumados a lidar com pessoa de fala portuguesa, porque o que eles consideram imigrante é espanhol”.

Em alguns casos mais sérios, a equipe do hospital teve que entrar com ação no estado para garantir o atendimento dessa pessoa na clínica que ela sempre haviam frequentado.

A entrevistada 18 teve um problema quando a lei mudou:

"Eu sempre tive o MassHealth. Em 2009, quando eu estava grávida e eu só tinha 4 anos de *Green Card*, faltavam poucos meses para fazer 5 anos, o governo tirou o Massahealth. Quem não era cidadão e não tinha esses 5 anos de *Green Card* eles passaram para outro plano. Aí complicou tudo porque eu teria que mudar os médicos, teria que mudar de clínica e como que eu ia mudar se eu estava prestes a ter o neném, já estava com o meu histórico todo na mesma clínica? Só que a gente conseguiu contornar a situação. Eu paguei e depois eu consegui receber o dinheiro de volta. A gente nem entendeu como isso aconteceu, mas sei que a gente conseguiu.” (mulher, 37 anos, Vitória – ES, há 10 anos nos EUA).

5.2.4 As barreiras tendem a aumentar?

Os EUA têm passado por uma grande crise financeira desde 2008. Como em outros países do mundo, essa crise tem afetado os benefícios sociais que o governo disponibiliza à sua população. Ao mesmo tempo, o que se tem observado nos países do norte é uma reação das populações nativas, que passam a ser vistos como um “problema social e econômico”. O estado de MA, por mais progressista que seja, também implementou medidas para “enfrentar a crise” direcionadas à população imigrante. Além de dificuldades extras impostas ao acesso à saúde, como veremos abaixo, um programa, chamada Comunidades Seguras, também foi aprovado. Este programa, proposto pelo governo federal, tem como objetivo identificar e deportar criminosos estrangeiros que representem perigo à segurança pública. Entretanto, críticos alegam que o programa, já implementado em alguns estados americanos, tem resultado na deportação de um número desproporcional de estrangeiros culpados por delitos leves,

como infrações de tráfego ou permanência no país depois da expiração do visto temporário⁷⁴.

Segundo a entrevistada 35, *Case Manager* em uma clínica comunitária de saúde de Framingham nos últimos 3 anos, o governo de MA tem implementado medidas que dificultam o acesso à saúde pelos imigrantes: “antes, se você tinha um *greencard*, no dia seguinte você já tinha um seguro excelente com o *MassHealth*. Hoje, com o *greencard* você ainda tem o *Health Safety Net*. Só depois de 5 anos você tem direito ao *MassHealth*!” Ela relata ainda corte de custos e demissão da equipe responsável por aprovar os seguros no *MassHealth*, o que atrasa o processo de renovação dos seguros:

“Há 4 meses atrás, eles despediram mais da metade das pessoas que trabalhavam no *MassHealth*, por questão de falta de dinheiro. A gente passava o dia todo no telefone tentando ligar para eles e eles não atendiam. Os pacientes passando mal e o seguro demorava para renovar... Quando você passava da data para renovar o seguro, ele é cancelado, aí você mandava a renovação e eles estavam demorando até 4 meses para renovar. A gente ligava para lá: mas a pessoa está morrendo, não tem como apressar? Eles falavam: tem um monte de gente morrendo, não dá para fazer nada. (...) Antes era muito melhor! O pessoal aplicava uma vez na vida e nunca mais... o seguro renovava automaticamente. Você fazia tudo pelo telefone. Aplicação, tudo, e rapidinho tinha a resposta. Agora... nossa...”.

O entrevistado 32, *Patient Navigator* do *Community Health Center de Somerville*, relata um novo procedimento que a clínica em que trabalha tem adotado para garantir que as contas dos não segurados sejam pagas por eles:

“Na clínica, até no ano passado, o paciente sem seguro era atendido, ninguém cobrava nada na hora, e a você recebia a conta depois. Só que as pessoas começaram a reclamar das contas, e começaram a não pagar. Então, hoje a gente avisa antes: sua consulta hoje é tanto e você tem que deixar o dinheiro, um cheque aqui até o seu seguro ser aprovado. Se ela não tiver dinheiro, então ela tem que ir para a emergência. Se for caso de emergência, tem jeito. Aí eles atendem e depois aplica para o seguro, vai ver no que vai dar, depois... Se eles verem que você não tem condições, vão te dar um *Freecare* pra emergência. Vinte e quatro horas de *Freecare*”.

A entrevistada 36, que trabalha como atendente na Clínica de Mulheres do Hospital de Cambridge, gerido pelo *Cambridge Health Alliance*, também reconhece que

⁷⁴ A lei foi alvo de muitos questionamentos por organizações ligadas aos direitos humanos e direitos dos imigrantes, de forma que o Governador Patrick Durval desistiu de implementá-la em agosto de 2011. No entanto, o programa entrará em vigor no nível nacional em 2013 e terá que ser implementado obrigatoriamente. Fonte: http://www.brazilianvoice.com/bv_noticias/bv_imigracao/41567-Agentes-imigracao-mantm-ativo-Comunidades-Seguras.html

a crise tem dificultado um pouco o acesso à saúde. Mas segundo ela, são medidas que barram aqueles que de fato tem condições de pagar por um seguro particular:

“O governo diminuiu bastante a ajuda, por isso que os pacientes estão sendo um pouco mais peneirados. Existem pessoas que querem o *freecare* e têm restaurantes, têm supermercados. Tem uma vida boa aqui. E eu não falo só de brasileiro. Eu falo em todas as culturas, inclusive, o americano. Ano passado, o hospital de Cambridge demitiu 300 e poucas pessoas que trabalhavam lá. E parece que está vindo outra demissão aí. Por falta de recursos. (...) Existe clínicas que foram fechadas.”.

Apesar de poucos, alguns dos imigrantes que entrevistamos também sentiram pequenas alterações que começam a dificultar o acesso, o que antes não existia. O entrevistado 24 conta que “antes eu não pagava nada, agora tem que pagar um pouquinho, por medicamentos, US\$3, US\$4. Ontem tive que pagar um pouco mais, US\$43. Achei um absurdo de caro” (Homem, 35 anos, Cuiabá – MT, há 6 anos nos EUA).

Saúde do trabalho

Para se compreender o acesso à saúde dos imigrantes vivendo nos EUA é essencial que olhemos para a saúde do trabalho. Os imigrantes são, em geral, trabalhadores. Como são jovens e dificilmente ficam doentes naturalmente, muitos dos problemas mais sérios de saúde que têm estão relacionados a acidentes de trabalho. Segundo pesquisa realizada pelo Projeto COBWEB (2007), 42% dos imigrantes brasileiros já tiveram problemas de saúde relacionados ao trabalho e é esta a causa da maior parte das mortes de brasileiros no exterior.

Nos EUA, a saúde do trabalho constitui um sistema diferente do restante do sistema de saúde, chamado *Workers Compensation*. Todo empregador é obrigado a assegurar seu funcionário contra acidentes de trabalho. No entanto, os procedimentos administrativos para acessar esse sistema podem ser mais complicados para os imigrantes, especialmente para os indocumentados. Isso porque a maior parte dos imigrantes trabalha em empregos informais, que não pagam o seguro ao empregado, nem contra acidentes de trabalho⁷⁵. Nesses casos, se um acidente de trabalho acontece,

⁷⁵ Fleisher (2002), ao estudar a situação das imigrantes brasileiras que viviam em Massachusetts e limpavam casas, as *housecleaners*, relata a ausência de direitos trabalhistas, especialmente pelos indocumentados. Nesses casos, é comum que, por medo de perder seu emprego, os imigrantes se caleem frente a situações de exploração de seu trabalho. Os imigrantes, perante a necessidade de recursos, perdem seu poder de barganha, e como consequência são subordinados. Segundo a autora: “Mesmo em

pode gerar um problema. Ao dar entrada no hospital, os próprios atendentes já questionam se o motivo do ferimento é um acidente de trabalho. Se for, o sistema *Workers Compensation* é acessado, como seria o INPS no Brasil. Ele não só paga os custos hospitalares, como pode pagar parte do salário do trabalhador caso ele precise de uma licença médica.

Como nos relata o entrevistado 27, professor da University of Massachusetts – Lowe, e que pesquisa a área de saúde do trabalho na comunidade brasileira o que acontece é que:

“Se a empresa não paga seguro, e o cara entra no hospital pelo seguro do *Workers Compensation*, ele tem que contratar um advogado e entrar na justiça para conseguir ser coberto por um *pool* (fundo) que o estado administra para cobrir as pessoas que não foram cobertas pelo seguro de compensação do trabalho. Aí é um outro processo que é longo...demora. A pessoa tem que ir para corte... Mesmo que ele seja indocumentado ele tem direito a isso. (...) Em geral, o que os patrões fazem é pedir para que o empregado invente uma outra história para justificar o acidente. Eu já vi casos seríssimos... quando o cara tem um trauma, para de trabalhar. Ele pode ficar sem trabalhar meses... Na área de construção civil, em geral, o acidente é grave, e se não entra pelo *Workers Compensation*, não ganha o salário que teria direito”.

5.3 Questões ligadas à demanda

Se muitas das barreiras de acesso que descrevemos acima também atingem os cidadãos americanos, algumas delas têm um impacto maior sobre os imigrantes, exatamente por eles serem imigrantes. Outras barreiras atuam especificamente sobre eles, dificultando ainda mais seu acesso não só à saúde como aos serviços sociais em geral. Isso já foi demonstrado pela literatura, e pudemos observar essas barreiras em muitas falas de nossos entrevistados, não só brasileiros, mas, como veremos, bolivianos também (ADAY; ANDERSEN, 1974; LECLERE et al., 1994). Nas palavras do entrevistado 27, que pesquisa o tema e é professor da University of Massachusetts – Lowe e pesquisa a área de saúde do trabalho na comunidade brasileira, “tem que levar em consideração não só que é brasileiro nos EUA, mas que é imigrante! A condição de imigrante é determinante! Lá no Brasil ele iria (ao hospital, à clínica), aqui ele não vai, deixa para lá”.

No entanto, também como é relatado na literatura, a dimensão tempo é fundamental. Quando mais tempo um imigrante encontra-se no novo país, mais tempo

um país onde a lei é tida como um valor supremo, o cenário do migrante é marcado pela frouxidão das leis trabalhistas e pelo desrespeito aos direitos humanos” (FLEISHER, 2002: 61).

essas barreiras específicas de sua condição vão se atenuando. O entrevistado 27 continua:

“Mas isso não é para todo mundo não. Depois que o cara senta aqui, decide ficar, pode ser quatro ou cinco anos, parece que o número cinco é um bom número aí. Depois desse tempo, você já conhece suficientemente para dizer, bom, aqui eu já sei me manejar, mesmo não falando inglês: ‘Bom, aqui eu já conheço os macetes’.”.

O entrevistado 32, *Patient Navigator* na Clínica Comunitária de Saúde de Sommerville, comenta que o padrão de utilização dos serviços de saúde dos imigrantes é, de forma geral, diferente do padrão de utilização da população americana, uma vez que têm menos atitudes preventivas, mesmo com a tentativa das clínicas de ligarem ativamente para o paciente lembrando-o que ele precisa fazer consultas e exames de rotina:

“O imigrante vem pra cá, ele vem com a cabeça de ganhar dinheiro. Ele quer trabalhar, trabalhar, trabalhar. Dorme 2 horas por dia. Tem 3 trabalhos. Então a saúde fica pro final. Mesmo a gente ligando, lutando, tem uns que não se importam. (...) Eu falo muito da importância da saúde, e conto um caso que conheci, de um brasileiro: a pessoa veio pra cá, comia só miojo, miojo, miojo, miojo. Juntou dinheiro, voltou para o Brasil. Fez uma churrascada, uma festa, teve um infarto e caiu duro”.

No entanto, ele ressalta que, apesar de inicialmente os americanos frequentarem mais as clínicas que os imigrantes, em geral esse padrão muda com o passar dos anos: “Agora, eu acho que o americano vem mais. Porque o imigrante só vem mesmo quando ele está mal. Mas tem muito imigrante que já entrou no clima de vir todo ano, então ele vem, vê o que está acontecendo com ele. Não está acontecendo nada, vai embora”.

Esse “padrão” pode ser observado na fala do entrevistado 4. Há nove anos no país, ele nunca foi ao médico, nem se preocupou em tentar se inscrever (“aplicar”) para os seguros governamentais. E quando tem algum problema, como gripe, ou bronquite, vai até a farmácia e compra algum remédio, como xarope ou tylenol:

“Não, nunca precisei, graças a Deus. (...) Confesso que estou nove anos sem ir ao dentista, fui uma vez fazer uma limpeza tal, e aí você paga aqui, faz uma limpeza, então você evita. Você vai se você tiver nas últimas mesmo, sentindo muita coisa, graças a Deus nunca me machuquei sério, nunca torci nada, precisava fazer um check-up, mas você não vai porque se não você paga muito caro” (Homem, 35 anos, de Vitória – ES, há 8 anos nos EUA).

5.3.1 Falta de informação

A entrevistada 35 trabalha em uma clínica comunitária de saúde em Framingham (MA) como *Case Manager*. Seu trabalho, como ela mesma diz é:

“Fazer de tudo para ajudar as pessoas, com problemas que possam afetar a saúde dela. Um desses problemas é o seguro. Então 80% do meu trabalho é ajudando eles a lidar com o seguro, a ter acesso a ele...”. Esse trabalho, segundo ela, é fundamental porque os imigrantes não tem as informações necessárias para acessar o sistema: “quando dá problema eu tenho que achar a solução, primeiro porque é a língua que eles não falam, e depois é um *lack* de informação grande. Desconhecem o que reivindicar, como reivindicar. O conhecimento deles é praticamente zero”.

Apesar de conseguir ter acesso ao sistema de saúde em Massachusetts ser fácil, ela ressalta, porém, que é preciso “saber os macetes, porque se você entregar um questionário na mão de um imigrante, de um trabalhador braçal, ele vai fazer tudo errado. E, infelizmente, é a grande maioria do nosso pessoal, que é gente mais simples, que carece de conhecimento.”

Como veremos mais abaixo, essa barreira consegue ser contornada com a ajuda de organizações não governamentais, e mesmo áreas especializadas em auxiliar os imigrantes dentro das clínicas ou hospitais. Além disso, os próprios imigrantes circulam informações dentro da comunidade que possibilitam o acesso.

5.3.2 Falta de tempo

Se considerarmos que saúde não é apenas a falta de doença, mas a qualidade de vida que se leva, podemos observar que muitos dos imigrantes entrevistados levam uma vida difícil, em que o trabalho predomina e existe pouco tempo para cuidar de si ou para ter momentos de lazer. A entrevistada 33, *Clinical Social Worker* do Cambridge Health Alliance, relata a rotina de seus pacientes, “o brasileiro trabalha, em média, sessenta horas... a gente costumava brincar que 40 horas era *part time* (meio período)”. Foi comum ouvir entrevistados que tinham dois empregos, como é o caso da entrevistada 12, que trabalha em um restaurante pelo dia e limpa um banco, *part time*, pela noite, de segunda à sábado: “8 horas da manhã pego no restaurante. De lá eu já vou para o outro, que é de limpeza de um banco e só chego em casa 10h, 10 e pouco da noite” (mulher, 39 anos, de Governador Valadares, há 11 anos nos EUA).

A entrevistada 20 trabalha sete dias por semana, das 13h00 às 22h30 em um restaurante brasileiro:

“Vim para trabalhar. Nossa... trabalhei demais. Limpei casa demais, muita casa. Essas mãozinhas aqui ó, já ficou tudo... Sabe esses cloróx,

no Brasil é água sanitária? Aqui elas usam cloróx, é a mesma coisa só que é mais forte. Eu ia para Boston limpar os apartamentos, isso daqui ficou tudo em carne viva. E trabalhando, trabalhando. (...) Aqui eu não tenho folga, são todos os dias trabalhando. Não existe lazer na minha vida, lazer é ir no supermercado fazer compra para casa”.

Ela ficou 7 anos sem ir ao médico, e só mudou esse padrão porque teve um problema maior de saúde: “Eu era muito relaxada com a saúde, depois que aconteceu um problema comigo aí eu comecei a cuidar. Tinha sete anos que eu não ia no médico. Desde que eu cheguei. Agora eu tenho que procurar até psicólogo” (mulher, 45 anos, de Governador Valadares – MG, há 7 anos em MA).

Quando questionado se serviços médicos localizados em cidades distintas são uma barreira de acesso, já que consomem tempo e dinheiro com transporte, a resposta é que sim. No caso das clínicas de saúde de Framingham, onde não são oferecidos serviços psicológicos e psiquiátricos, o paciente teria que viajar até uma cidade vizinha, o que é um incentivo para que ele desista do tratamento. Mesmo em atendimentos normais, a opção é por não perder dias de trabalho, na medida do possível.

5.3.3 Diferença cultural

Conforme alguns autores, como Leclerc et al. (1994) afirmam, diferenças culturais, ou a percepção distinta do que se define doença, e dos tratamentos necessários para curá-la podem influenciar o padrão de acesso à saúde. Muitos dos imigrantes que entrevistamos diziam que sentiram certa dificuldade inicial em confiar no médico americano, já que seus procedimentos são muito diferentes do médico brasileiros, e já que a relação que se estabelece entre eles é diferente. Isso pode ser sentido na fala da entrevistada 26. Apesar de já viver nos EUA há 11 anos, ser documentada e frequentar o serviço de saúde americano regularmente, ela ainda frequenta o seu médico brasileiro sempre que volta ao Brasil, e diz confiar mais nele:

“Eu acho que aqui (EUA) eles são profissionais. O médico brasileiro já é mais carinhoso. Ele te abraça, te dá beijinho. Aqui não toca. O meu médico não faz exame nenhum em mim, é outra pessoa que tem que fazer, porque ele não quer ter contato com o meu corpo. Então, eu não gosto de fazer assim, eu não quero que uma enfermeira toque em mim, eu pago ele para fazer isso. (...) E no Brasil nós temos acesso ao nosso médico. A gente pode escolher o médico. Aqui não, aqui você passou mal é emergência mesmo (...) O tratamento deles aqui é nota dez. Mas eu continuo amando os meus médicos brasileiros. Toda vez que eu volto eu faço tudo de novo. Eu posso fazer um check-up aqui agora, mas eu tenho o meu médico de vinte e cinco anos, que é o Dr.

Zé Valter, e ele me dá todas as respostas daquilo que eu procuro. Agora, se eu pegar o telefone, tenho acesso ao celular dele, tudo, ligo e ele me dá as respostas todinha que eu procuro" (mulher, 44 anos, de Teófilo Otoni – MG, há 11 anos nos EUA).

O sentimento de que os médicos brasileiros são melhores do que os americanos, por não necessitarem tanto de exames médicos e por se permitirem mais contato com o paciente na hora do diagnóstico, também foi compartilhado pelos entrevistados 9, 14, 20 e 26. A entrevistada 20 reafirma isso: "Olha, a saúde aqui para você ser atendido é bom, é tudo perfeito, aqui se der alguma coisa errada eles têm a responsabilidade, eles te comunicam tudo, mas eles não têm inteligência, eles têm o equipamento, mas não têm inteligência".

Outro entrevistado (9), também documentado, faz uma reclamação parecida:

"eu paguei particular no Brasil, mas a consulta é barata, 180 reais. (...) O médico foi mais atencioso, explicou mais detalhes de coisas do que o daqui. Porque o daqui é assim, são médicos, mas eles são estudantes, como é que fala... residentes... Então eles me atendem, aí eu vou para o *supervisor* e ele assina em baixo que está tudo correto. No Brasil não, eu fui em um psiquiatra mesmo, porque aqui eles são psiquiatras, mas eles estão em processo de formar, aí no começo eu ficava inseguro, mas é a mesma coisa, não muda nada" (homem, 33 anos, de Ipatinga – MG, há 18 anos nos EUA).

Ao mesmo tempo, outros entrevistados relataram que preferem a forma de atendimento dos médicos americanos, que tem mais cuidado ao fazer o diagnóstico, e por isso correm menos risco de cometer um erro médico. A entrevistada 7 conta que:

"aqui os médicos tratam você como uma pessoa. No Brasil, muitas vezes eu fui no médico, e eu chegava lá e o médica estava assim, o que você está sentindo? Aí eu começava a falar e ele já fazia a minha receita. Eu nem terminava de falar! Eu ficava nervosa de ver a maneira como eles tratavam a gente, e eu tinha convênio! Meu esposo trabalhava no banco, ele era gerente de informática, ganhava muito bem. A gente tinha convênio médico excelente na época" (mulher, 48 anos, de São Paulo).

É importante ressaltar, no entanto, que quando se trata de avaliar o sistema de saúde de forma geral, o atendimento nos EUA é considerado melhor, especialmente por aqueles que eram de cidades pequenas e que dependiam do SUS para conseguir acesso à saúde. Enquanto nos EUA não há filas e se pode realizar exames mais complexos, no Brasil não há vagas nos hospitais e erros médicos acontecem. É o caso da entrevistada 17: "eu acompanhei o meu pai na época em que ele enfartou. Ele ficou no corredor do hospital por 2 dias, depois disso o médico liberou ele, mas ele nem estava pronto para

sair” (mulher, 31 anos, de Governador Valadares - MG). A entrevistada 18 também relatou o descaso frequente do sistema de saúde brasileiro:

“A minha irmã, mês passado, teve um problema sério de diabetes e ela foi muito mal para o hospital. Chegando lá, falaram que não tinha vaga. Ela teve que ser transportada para o interior do estado, não morreu por milagre. A minha mãe morreu faz 14 anos. Ela teve pneumonia. Quem morre de pneumonia hoje, só de pneumonia? Foi só pneumonia que ela teve, ela não tinha outra doença, e morreu” (mulher, 37 anos, de Vitória – ES).

Segundo a entrevistada 34, intérprete do hospital de Sommerville (gerido pelo *Cambridge Health Alliance*), os procedimentos administrativos necessários antes da realização de tratamentos médicos acabam afastando alguns brasileiros, por serem diferentes do que estão acostumados em seu país de origem:

“o que assusta mais no sistema de saúde aqui são os papéis que a pessoa tem que assinar. Se a gente chega no Brasil eu não posso falar: ‘Sarah, se você parar de respirar eu posso fazer manobra de ressuscitação? Eu posso te colocar um tubo para você respirar?’ No caso do parto eles falam assim, ‘a gente vai fazer o trabalho de parto, vamos tentar fazer o parto normal, mas a gente pode ter que puxar a criança com sucção’. A pessoa, principalmente marinho de primeira viagem, olha assim e diz ‘pera aí... quer dizer que eu tenho que assinar, quer dizer que vão tirar meu filho com um aparelho, pode ter um hematoma?’. Aí é que a gente (intérprete) tem que explicar, que não é necessariamente assim”.

A entrevistada 33, *Clinical Social Worker* do Hospital de Cambridge, também gerido pelo *Cambridge Health Alliance*, concorda que esses procedimentos diferenciados podem dificultar o acesso do paciente brasileiro:

“A outra coisa é em torno de, por exemplo, doenças mais sérias. Alguém que foi diagnosticado com câncer. O médico chega aqui e fala o que é. Então ele quer sempre informar o paciente. Mas, eu, por exemplo, gostaria muito de não ser informado de certas coisas, sabe? Eu acho que é difícil para as pessoas também. O sistema de saúde daqui, por causa dessa questão de litígio e também por causa que está crescendo a noção de educação do paciente, quer que o paciente participe na sua saúde. Isso vai muito contra a idéia de que você quer que alguém esteja ali, que saiba o que você deve fazer e te diga o que você deve fazer”.

Parto: Natural e com (muita) dor

Entrevistamos apenas 5 mulheres que passaram pela experiência de ter filhos nos EUA. Mas destes 5 relatos, 4 nos marcaram pelas memórias de muita dor, de trabalhos de parto com duração de dias, e em 3 casos, as mulheres se disseram vítimas de erros

médicos. Nos EUA, 74% dos partos são normais, uma taxa muito superior aos 48% dos partos brasileiros. O parto normal é a conduta recomendada pela OMS e ele apresenta inúmeras vantagens quando comparado à cesariana. Mesmo assim, os relatos que ouvimos nos fazem pensar que talvez a conduta realizada nos casos analisados possa ter sido inadequada.

Um desses casos é a entrevistada 19:

“Quando eu fui ter o meu filho, eu tive pré-eclâmpsia no parto. Eu fui para o UTI, fiquei 2 dias, tive edema pulmonar, então eu mesmo estou aqui por milagre (...). Eles nunca admitiram que houve um erro médico, mas depois que passou isso alguns médicos, dois médicos inclusive, falaram, ‘não põe o meu nome se você for fazer algum *sue* (processo), mas eles demoraram muito no seu parto’, eles não induziram e eu com pressão alta, com pré-eclâmpsia, eu fiquei lá quase 3 dias até tirar. Eles só tiraram o meu filho quando eu estava tendo falência dos órgãos, o meu rim já estava parando, eles tiraram ele... Nossa foi horrível”.

Quando a questionamos por que isso aconteceu, ela disse que o que lhe informaram é que era o procedimento a ser seguido: “é o que a enfermeira falava para a gente, tem que seguir o protocolo, então o protocolo é assim, você tem que tentar (...). Para depois fazer a cesárea, porque eu tive ele de cesárea” (mulher, 37 anos, de Vitória – ES, há 10 anos nos EUA).

A entrevistada 22 também relata a sua história de parto com muita dor:

“O médico disse que o meu filho estava estressado e falou que eu deveria ir para um hospital para induzir o parto. Eu fui para o hospital, me internaram e começaram a me dar remédio. Aí passou a quinta, não nasceu, chegou a sexta, trocaram de remédio, deram outro, na sexta não nasceu, aí a minha dor só aumentando (...) eu fiquei 4 dias nisso, tomando remédio para induzir o parto. Quando foi no domingo, veio o médico que eu mais gostava (...) quando ele chegou eu falei: ‘eu não aguento mais, eu estou aqui desde quinta-feira, todo dia vocês falam que ele vai nascer (...)’. Falei que já tinha dado para ver que não tinha condições de ser parto normal... Aí ele falou para esperar mais uma tarde e que se não tivesse jeito, que eles fariam a cesárea. (...) Eu entrei em trabalho de parto a tarde, mas passei mal, não sei o que aconteceu, eu sei que quando eu voltei tinha quinhentas pessoas em cima de mim, eles falaram que faltou oxigênio no meu cérebro e o neném também ficou sem, e aí foi que eles resolveram fazer a cesárea. Só que demorou mais (...) quando ele foi nascer era uma e meia da manhã da segunda feira” (mulher, 30 anos, de São Paulo – SP, há 4 anos nos EUA).

A entrevistada 36, que trabalha como atendente na clínica de mulheres do Hospital de Cambridge, acredita que não existe discriminação entre pacientes do HSN e pacientes com um bom seguro na hora da escolha do tipo de parto (entre cesárea e parto

normal). Ela acredita que, tentar o parto normal até o limite é a diretriz dada pelo governo e pelos médicos, porque é este o procedimento mais recomendado:

“Americano não acredita em cesariana. Enquanto nós, brasileiras, tudo o que queremos é cesariana, o americano não acredita. Ele vai até o final. Todos têm que passar até o último segundo, pra ser escolhida a cesariana. A não ser que já tenha um problema, identificado no pré-natal, aí sim encaminham para a cesariana”.

Mas quando conta sobre o seu próprio parto, relata o que considera ter sido um caso de negligência do médico:

“Eu comecei dia 04 de julho o trabalho de parto. Arrebentou a minha bolsa às 6 horas da manhã e eu só fui ter no dia seguinte, às 4h e 20 da manhã. Tanto é que aí foi negligência, porque meu filho teve que ficar com a intravenosa, foram dois dias... Porque a bolsa tinha arrebentado. Então quando você está na placenta e sem o líquido, ele poderia ter morrido”.

A conduta utilizada, de aplicar hormônios que induzem o trabalho de parto, aumenta ainda mais a dor das mulheres. A entrevistada 25 relata sua história:

“É, porque você está recebendo o hormônio sintético. Uma quantidade que o seu organismo talvez não precisaria se fosse ele trabalhando. Então aquela quantidade vai gerar em você umas contrações horrorosas. E você só pode levar anestesia depois que você está com quatro centímetros de dilatação, e para você chegar a quatro centímetros e continuar, são horas de dor. No meu caso, eles começaram a induzir uma hora da tarde na quarta-feira, eu fui ter a minha filha, sem dormir, sem parar no outro dia as 6h30 da noite” (mulher, 34 anos, de Vitória – ES, há 10 anos nos EUA).

5.3.4 Medo por não ter o documento

O medo de frequentar os hospitais e clínicas médicas por serem equipamentos oficiais do governo é um dos aspectos, citado pela literatura da área, que impacta sobre o acesso à saúde dos imigrantes, especialmente dos indocumentados. No entanto, nenhum dos imigrantes entrevistados nos relatou ter esse medo, pelo menos em Massachusetts⁷⁶. Apenas um entrevistado (5) não havia se cadastrado no *Health Safety Net*, não por ter medo, mas por acreditar que isso poderia influenciar negativamente no seu processo de documentação⁷⁷: “Freecare, na realidade, todo mundo pode ter, se você

⁷⁶ Conforme já relatado no início deste capítulo, os imigrantes entrevistados, que haviam morado em outros estados que não MA, relataram ter tido muito medo de ficar doente e de ter que frequentar o sistema de saúde. No entanto, esse medo não era causado pelo medo de ser deportado, mas sim por medo de não conseguir pagar pelo tratamento necessário.

⁷⁷ Já que não tem um seguro de saúde nos EUA, ele mantém, mesmo após 8 anos vivendo nos EUA, seu seguro de saúde brasileiro: “Eu não tenho medo de usar os hospitais daqui, apesar de manter o meu plano de saúde ativo no Brasil até hoje. Foi uma cisma, até porque a gente vem para cá para ficar um ano, passa

dá entrada, mas você usar, quem está em processo (de documentação) não é bom, não é aconselhável” (Homem, 35 anos, de Vitória – ES).

5.3.5 Discriminação

Das 26 pessoas que entrevistamos, nenhuma relatou ter sofrido algum tipo de discriminação no sistema de saúde americano, pelo contrário, a maior parte relata ter sido muito bem tratada e todos acreditam ser tratados da mesma forma como os americanos são. Os poucos relatos de discriminação que escutamos aconteceu no contato com americanos nas ruas, mas em situações isoladas de qualquer ambiente de serviços públicos.

No entanto, quando conversarmos com pessoas que trabalham diariamente no sistema de saúde, como é o caso da entrevistada 34, tradutora no Hospital de Sommerville, alguns casos surgem. Ela afirma já ter vivenciado casos em que o médico (enquanto pessoa) discriminou o paciente, realizando um atendimento inadequado.

“A pessoa era, sinceramente, simples, simples, simples. Foi mandado pra ver um ortopedista (...). Ninguém foi acompanhar esse cara. O cara só pegou, mexeu, passou um remedinho, nem olhou. Como ele disse, ele é mineiro: ‘fez pouco caso’. Aí o cara retorna, ele procurou auxílio, ele conseguiu agora um clínico geral pra ele. Já tem dois anos que ele vem lutando. Ele perdeu a movimentação, está com tudo rígido, ou seja, ele não passou por raio X, ele não fez um tratamento adequado. Por quê? Pessoa simples, não fala a língua...”

Outro caso interessante é o relato da entrevistada 10, que em conversa com seu patrão médico (ela limpava a casa dele), sobre uma possível cirurgia de redução de estômago, ouviu a seguinte declaração:

“Um dia eu perguntei para ele o que ele achava da cirurgia de redução de estômago, ele falou que no hospital de Laurence estavam fazendo um bom trabalho, porque o médico lá era muito bom. Ele me perguntou se eu tinha algum seguro. Eu falei que não, só *Freecare*. Ele falou: ‘ah, desculpa mas com *Freecare* você não vai ser bem tratada’. Eu falei que eu nunca tinha sentido essa discriminação, essa diferença, aí ele falou ‘ah, isso é o que você pensa’. Mas para mim, eu não sinto nada de diferente, pelo contrário, eu sou bem tratada como qualquer outra pessoa” (mulher, 49 anos, de Goiânia – GO).

para três e três para a vida toda. (...) é um custo extra necessário que eu fiz para mim. Então, se eu adoecer agora, (e se for) sério e se eu for aqui no hospital e falarem: ‘olha, vai custar 300 mil’, se Deus me der força eu compro minha passagem e me trato no Brasil”

5.4 Formas de enfrentar as barreiras de acesso

Apesar de todas as barreiras de acesso relatadas acima, o que ouvimos da maior parte dos nossos entrevistados foram relatos de um ótimo atendimento, com bons profissionais, sem filas, que não fazem distinção entre cidadão e imigrante e que até ligam para marcar as consultas. Mais uma vez nos questionamos como tudo isso seria possível, se nós conseguimos observar a existência de muito daquilo que alguns autores chamariam de barreiras de acesso. Veremos que esse bom acesso só se torna possível porque existem muitos mecanismos que facilitam esse acesso, possibilitando aos imigrantes que contornem essas barreiras. De forma geral, esses mecanismos foram sendo desenvolvidos (1) pelo próprio sistema e (2) pelos imigrantes.

5.4.1 Sistema que se estrutura para possibilitar acesso

Como já mencionamos, a primeira barreira a ser contornada pelos imigrantes brasileiros que vivem em MA é conseguir ter acesso a um seguro de saúde, ou ao mecanismo que possibilite acesso a tratamentos médicos, como o *Health Safety Net*. Conseguir preencher a ficha de aplicação, de quinze páginas mais duas só de orientações em como preenchê-la, só se torna possível pela existência de inúmeras organizações que auxiliam o imigrante nesse processo. A entrevistada 35, *Case Manager* em uma Clínica Comunitária de Saúde de Framingham, relata que muitos centros de saúde e hospitais têm uma área, como a que trabalha, para ajudar os pacientes a aplicarem para o seguro. Eles fazem isso, na sua opinião, porque “é interesse para eles que o paciente tenha seguro, para poder pagar o tratamento, para poder pagar a consulta. Se você não for paciente e ir lá e querer aplicar, a gente não faz isso para você”. Mas também existem organizações sem fins lucrativos que auxiliam nesse processo, seja de maneira presencial, como o Centro Bom Samaritano (Centro Comunitário da Igreja Católica, em Framingham), a *Massachussets Association for Portuguese Speakers* (MAPS), o *Latino Health Insurance*, seja por meio de um *call Center*, como é o caso da organização *Health Care for All*.

Além disso, existem ainda clínicas em que os médicos trabalham voluntariamente, oferecendo tratamento gratuito à população sem seguro. A entrevistada 35 conta da existência de uma clínica chamada *Metrowest Free Medical Program*, localizada nas cidades de Sudbury e Framingham, fundada há quatro anos.

Ela conta que a clínica é frequentada por imigrantes, mas também possui pacientes americanos, que por algum motivo não possuem seguro.

O entrevistado 5, apesar de nunca ter utilizado nenhum serviço de hospitais ou clínicas de saúde, já participou de “mutirões” promovidos por médicos voluntários ou residentes para medir pressão e checar peso:

“Aqui tem muito, os estudantes das faculdades fazem um ambulatório, aí eu vou, aproveito, checo a pressão, coisas assim. Os brasileiros usam muito isso. (...) É se você olhar no jornal quase todo fim de semana tem um mutirão desses. As igrejas oferecem bastante. Aí a gente vai aproveitando” (Homem, 35 anos, de Vitória – ES, há 8 anos de EUA).

O sistema também tem mecanismos que possibilitam melhorar o acesso a alguns grupos específicos de público, que precisam mais de atendimento médico, como é o caso das gestantes e das crianças. Com isso, esses conseguem ter acesso a seguros que os indocumentados não têm, aumentando os serviços de saúde a eles disponíveis.

Discretionariedade

Como relatado por Lipsky, os burocratas de nível de rua⁷⁸ são importantes por mediar a relação entre o governo e os clientes, por meio dos serviços públicos oferecidos. Ao realizarem essa mediação, esses agentes podem atuar facilitando o acesso do público ou dificultando o mesmo.

Pudemos observar alguns casos em que o agente pode intervir possibilitando o acesso ao *Health Safety Net*. Para que o imigrante tenha esse benefício aprovado, ele precisa ser de baixa renda. Como veremos abaixo, a maior parte dos imigrantes alega ganhar menos do que realmente ganha para conseguir ser aprovado. Isso acontece por dois motivos. O primeiro é porque ele quer ter o benefício gratuito, mas o segundo motivo é que, em geral, o imigrante não conseguiria ter acesso aos outros seguros subsidiados pelo governo, e não teriam dinheiro suficiente para comprar um seguro no mercado privado⁷⁹. A entrevistada 35, *Case Manager* de uma clínica comunitária de

⁷⁸ Como já afirmado, a maior parte dos agentes por mim entrevistados ou citados pelos imigrantes que entrevistei não eram funcionários públicos, uma vez que a maior parte das clínicas e hospitais americanos são privados. No entanto, eles trabalham oferecendo serviços que tem caráter público, e que na maior parte dos casos são financiados pelo governo. Além disso, pude observar neles muitos comportamentos que Lipsky e outros autores observam nesta categoria. Por isso utilizo essa nomenclatura neste trabalho.

⁷⁹ A entrevistada 35 explica que é um problema com a forma como o sistema foi desenhado: “Porque, dependendo de quanto você ganha, você fica com zero, você não ganha nem o Health Safety Net parcial, você não é aprovado mesmo. Eles dizem que você tem condições de ter um seguro particular. Só que ele não consegue comprar os seguros particulares que são recomendados, e subsidiados pelo governo, porque para acessar esses é por um sistema que se chama *MassHealth Connector*. E nesse sistema, você precisa

Saúde em Framingham, relata que se vê muitas vezes em um dilema quando percebe que a pessoa está declarando sua renda verdadeira e que ela não vai conseguir o acesso ao tratamento que precisa:

“Tem caso realmente de pessoas muito simples, que falam a verdade quando perguntamos a renda semanal. Então, se ele realmente for comprar um seguro, ele vai acabar comprando um seguro que não é reconhecido pelo Estado, e que na maior parte dos casos é muito caro e tem poucos benefícios. É algo que realmente vai pesar no orçamento dele. Então, quando chega um caso desses, a gente fica num dilema”.

Quando eu questiono o que ela faz diante de uma situação dessa, ela responde:

“Depende muito da pessoa que atende. Eu faço o seguinte. Eu pergunto: Você ganha isso as 52 semanas do ano? É uma coisa fixa, fixa? Ele responde que em geral varia um pouquinho, cai um pouco no inverno. Aí eu pergunto: quanto você ganha naquela semana que você recebe menos? ‘Ahhh...ganho uns \$300’... aí eu coloco \$300. Eu faço isso porque eu sei que se não for assim ele não vai ter nenhum seguro”.

O entrevistado 8 relata um caso em que a atitude de uma médica facilitou seu acesso a um tratamento necessário:

“Eu já estava sem seguro, a moça (atendente) falou que eu tinha que pagar uma taxa de 100 dólares, mas que não sabia realmente por quanto iria ficar a conta, se eu fizesse algum exame e que o *bill* (conta) iria depois na minha casa. Aí quando eu entrei e conversei com a médica, ela pegou e falou comigo, “faz o seguinte, você não vai pagar nada, eu vou te reembolsar esses 100 dólares, e quando você estiver com o seu seguro, você vem e continua o seu acompanhamento” (homem, 49 anos, Governador Valadares – MG; a 18 anos nos EUA).

Se a discricionariedade desses agentes pode ser positiva, na medida em que dá espaço para que eles adequem soluções aos casos que vivenciam, ela também pode ser negativa, fechando portas e criando dificuldades reais de acesso. Quando ela é negativa, é possível que o sistema se estruture para tentar diminuir esses casos, já que acabar completamente com eles é impossível. O governo de MA tem uma estrutura forte para punir comportamentos não aceitáveis, como por exemplo, a discriminação. Além disso, existe uma preocupação em realizar treinamentos e avaliações constantes para verificar se os burocratas de nível de rua estão agindo segundo os procedimentos que o governo considera correto.

ter o número de seguro social (espécie de RG que imigrantes ilegais não têm), porque se não, não consegue terminar de preencher o formulário de aplicação. É uma coisa do sistema mesmo.”

Segundo a entrevistada 33, *Clinical Social Worker* do hospital de Combridge, gerido pelo *Cambridge Health Alliance*, os médicos americanos não discriminam, e tomam muito cuidado com o atendimento que dão porque “eles têm muito medo de ser processado. Então tem muitos procedimentos que você tem que obedecer”. Além disso, os médicos de muitos hospitais recebem treinamento específico para lidar com essa situação. Elizabeth conta que uma de suas atividades é treinar os médicos para saber lidar com os imigrantes:

“Estou nesse momento preparando uma apresentação sobre a população de fala portuguesa para os novos residentes de psiquiatria que estão entrando. Então todos eles passam por um treino multicultural, isso no hospital de Cambridge, não estou dizendo todos os hospitais. Mas então existe este tipo de preocupação sabe?”.

O conteúdo desses treinamentos abrange aspectos da cultura da comunidade étnica, a forma como ela lida com o atendimento e tratamentos. A entrevistada 34, intérprete no Hospital de Somerville, explica: “Como eu falei, eles estão treinando os médicos, treinando o sistema, eu estou falando de enfermeiro, recepcionista, pra atender melhor, porque não é só saber a língua. Você tem que saber a cultura, o jeito de atender.” Ela relata um caso em que conhecer a cultura do paciente é essencial:

“Por exemplo, os cambojanos usam muito uma técnica em que eles usam copos pra poder tirar catarro do peito. É uma técnica tradicional deles. Isso te deixa cheia de roxo no corpo. Então você chega com uma pessoa assim no hospital, quem não conhece a cultura vai pensar que você tá batendo no filho, que tá tendo algum abuso. (...) O médico tem que saber que isso é uma prática comum, senão eles vão achar que isso é um caso de abuso e vão ligar para o órgão competente”.

O entrevistado 32, *Patient Navigator* do *Community Health Clinic* de Somerville, também relata treinamentos e avaliações constantes que todos os funcionários da clínica em que trabalha são obrigados a realizar:

“A gente entra e nos três primeiros meses, a gente tem muito, muito treinamento. Inclusive pra diferenças culturais. Você vai receber o paciente, como lidar com ele, perguntas que a gente não pode fazer em hipótese nenhuma. (...) Você tem que comparecer a algumas palestras também. Todos os funcionários, sem exceção. E todo mundo passa por um teste todo o ano. São 80 perguntas. Eles dão uma apostila e a gente estuda (...). É sobre procedimento, assim, de como você tem que tratar o paciente... tudo. De segurança, de segurança no trabalho, procedimentos, discriminação. Não pode haver, não pode haver de jeito nenhum. E não é só nesse hospital, eu trabalho em outro hospital também. (...) Quem não quer aceitar esse tipo de tratamento porque a cultura dele é desse jeito. E tem a fiscalização que tá vindo do governo

agora, há pouco tempo. E a gente tá aqui, sempre estudando, cada dia a gente tem um topicozinho pra estudar”.

São muitos os procedimentos que garantem a confidencialidade do paciente, já que essa informação é considerada crucial aos imigrantes, que podem temer frequentar os hospitais e clínicas caso a confidencialidade não seja respeitada. Por isso os hospitais são orientados a reforçar a mensagem de que nenhuma informação disponibilizada ali será repassada para outros órgãos governamentais. O entrevistado 32, *Patient Navegador* da *Community Health Clinic* de Sommerville, relata essa preocupação: “tudo é muito privado e tudo é muito seguro. Havia pessoas que tinham medo de imigração e não vinham ao médico. Não existe essa possibilidade porque a gente não pode passar nada, é cadeia! É sério o negócio, sabe...”. Além disso, o próprio sistema é estruturado a impedir que a confidencialidade seja desrespeitada. Por exemplo, o sistema identifica quais médicos podem ter acesso à ficha de cada paciente. Se o entrevistado 32 acessa o histórico de um paciente que não é seu, na mesma hora o sistema acusa, e ele pode perder seu emprego.

Nesse sentido, o status migratório do imigrante não é e não pode ser uma preocupação da clínica, evitando assim comportamentos inadequados por parte dos profissionais que trabalham diretamente com esse público. O entrevistado 35, *Patient Navegador* da *Community Health Clinic* de Sommerville, conta que: “Nós trabalhamos com o paciente. Se ele tem documentos ou se não tem, isso não é problema nosso e nem nós podemos perguntar. A gente não pode perguntar nada.”

Competência Cultural

Além dos treinamentos, existem inúmeros serviços oferecidos pelas clínicas de saúde e hospitais voltados especificamente para facilitar o acesso e os tratamentos de saúde das populações imigrantes em geral. Com exceção dos intérpretes, que possuem uma lei específica que torna obrigatório sua existência para traduzir a consulta entre médico e paciente, as outras ações não são formalizadas em lei. No entanto, o desenvolvimento de competências culturais é uma diretriz do governo e uma das variáveis utilizadas na avaliação das clínicas e hospitais para receber financiamentos do governo. Então, quanto mais competências “multiculturais” desenvolvidas, maior a sua chance de conseguir recursos como os do *Medicaid* ou *Health Safety Net*. Segundo o entrevistado 27, professor da University of Massachusetts – Lowell e pesquisador de saúde do trabalhador na comunidade brasileira:

“Os hospitais têm um sistema de credenciamento que se chama JCAHO (*Joint Commission for Accreditation of Health Organizations*). Para você mostrar que é um bom hospital, que presta um bom atendimento, um dos requisitos é a tal da *cultural competences*. Se você recebe dinheiro do *Medicaid*, ele exige que você preste esse tipo de serviço. Então não é uma lei, mas vem por dentro do financiamento. Não tem uma lei federal dizendo: você tem que ter isso. Mas para você receber financiamento (do estado ou de fundações), para você ser credenciado, você precisa ter isso... daí tem um poder maior que a lei! Porque para você ganhar dinheiro, você precisa disso.”.

Além disso, as clínicas e hospitais usam isso como uma forma de atrair clientes. A clínica de Lowe, por exemplo, coloca na sua propaganda que sua equipe fala várias línguas. Como os imigrantes podem escolher o seu local de atendimento, eles acabam indo para essas clínicas específicas. Para o entrevistado 27, professor da Universidade de Massachusetts – Lowe, a renda gerada por seu maior público alvo – imigrantes, que em muitas localidades constituem uma “*minority, majority*” (minoria que é maioria), faz com que esses serviços sejam desenvolvidos.

Mas não são apenas esses aspectos utilitários que fazem com que os hospitais e clínicas desenvolvam tantas ações voltadas ao público imigrante. Para o entrevistado 31, pesquisador da ONG Heath Care For All (nível gestor), existe também uma questão ligada à missão desses hospitais e clínicas de saúde: eles nasceram de certa forma, para atender a população mais carente.

Um exemplo desses serviços é o trabalho do entrevistado 32, um imigrante brasileiro já documentado que trabalha como “*Patient Navigator*” na Clínica Comunitária de Saúde de Sommerville, que faz parte da *Cambridge Health Alliance*. Seu papel é implementar programas para auxiliar o paciente imigrante a “navegar” pelo sistema de maneira mais fácil possível.

Conforme já falamos, em geral o padrão de utilização dos serviços de saúde dos imigrantes é emergencial, com menor realização de exames preventivos. É por isso que a equipe das clínicas de saúde tem um trabalho ativo, para lembrar o imigrante de que ele tem que fazer consultas e exames periódicos. Um sistema controla o histórico do cliente e avisa quando é hora de fazer um retorno, um exame ou renovar o seguro. O sistema avisando, uma equipe entra em contato por telefone com o paciente para agendar sua vinda à clínica, como explica o entrevistado 32: “O sistema, ele avisa. É todo controlado, não tem como esquecer”. Além disso, algumas clínicas, como é o caso

da Clínica Comunitária de Saúde de Sommerville, estão implementando agora um programa que se assemelha ao saúde da família, e vai até as casas daqueles pacientes que não apareceram nas consultas, mesmo após as ligações da equipe da clínica.

Eles também realizam diversas campanhas visando esclarecer o público alvo sobre questões específicas, seja as doenças sexualmente transmissíveis, a necessidade de realizar atividades físicas ou perder peso. Essas campanhas também estão preocupadas com a questão da comunicação, e seus materiais são sempre traduzidos para as línguas das comunidades étnicas que vivem no entorno. Apesar de serem geridas pelo gestor dos hospitais e clínicas, como por exemplo, o *Cambridge Health Alliance*, as campanhas são financiadas pelo governo. A meta, em geral, é aumentar comportamentos preventivos, que além de serem melhores para os pacientes, são melhores para o sistema de saúde, já que reduzem custos.

Além disso, como uma forma de se adaptar ao comportamento imigrante, que em geral trabalha muito, as clínicas de saúde mudaram seus horários de trabalho, passando a abrir mais cedo e fechar mais tarde, até 20h00.

A comunicação que poderia ser uma das principais dificuldades que os imigrantes enfrentam é muito bem contornada com a presença de intérpretes e de pequenos mecanismos que auxiliam o paciente que não fala inglês quando internado, como materiais de apoio com fotos. O entrevistado 32 explica: “quando o paciente está internado tem foto do banheiro, foto da comida. Se ele quiser ir pro banheiro ele aponta pra onde ele quer ir e agente sabe o que ele quer fazer.”

Comunicação: “sentir dor em outra língua é difícil”

A frase do entrevistado 32, *Patient Navigator* na clínica comunitária de saúde de Sommerville, “sentir dor em outra língua é difícil” é simples, mas verdadeira. Se ficar doente no seu país, um local em que você consegue se expressar já é ruim, imagina em um país em que não se sabe a língua e, portanto, não será possível dialogar com o médico? É por isso que, no EUA, existe uma ordem executiva⁸⁰ que obriga que existam tradutores disponíveis para auxiliar os imigrantes a se comunicar com quem o atende

⁸⁰ Executive Order 13.166, Title VI of the Civil Rights Act of 1964, que versa sobre acesso à lingual para pessoas com proficiência limitada de inglês.

em situações de emergência⁸¹. No entanto, como veremos, existem diferentes formas de se possibilitar isso, e alguns hospitais e clínicas estão mais preparados que outros.

Na clínica em que o entrevistado 32 trabalha, em Sommerville (MA), por exemplo, existe uma preocupação de contratar profissionais que saibam se comunicar diretamente com o paciente, sem a necessidade de intérprete. Em sua clínica, dos 10 médicos contratados, 8 falam português, apesar de todos serem americanos. Alguns chegam a falar outras línguas, como espanhol, crioulo (língua falada pela comunidade haitiana e caribenha) e chinês. Falar muitas línguas é um critério de contratação, não só de médicos, como de recepcionistas, enfermeiros, assistentes de enfermagem. Quando necessário, utiliza-se o serviço de intérpretes, seja presencial, seja por telefone (a clínica liga para um *call-center* de intérpretes e a ligação é colocada no viva-voz, para que médico e pacientes ouçam). Quando o serviço de intérprete é presencial, no caso de exames mais íntimos, existe uma preocupação maior com a confidencialidade do paciente. Por isso, na clínica onde o entrevistado 32 trabalha, em alguns casos pacientes não entram em contato com seus intérpretes, que ficam separados de médico e paciente por meio de uma cortina. Apesar disso, é raro que se utilizem os serviços, já que a maior parte dos médicos consegue se comunicar diretamente em português.

Mais que simplesmente atuar na tradução da conversa entre médico e paciente, espera-se que o intérprete, especialmente se é da mesma cultura que o paciente (intérpretes brasileiros servindo brasileiros seria sempre o ideal), possa atuar como mediador cultural daquela relação. Sua presença poderia ajudar a criar uma relação de confiança que é fundamental, como lembra o entrevistado 27, professor da *University of Massachusetts – Lowe* e especialista em Saúde do Trabalho: “se o médico diz que o cara tem que tomar um remédio mas não estabelece uma relação de confiança com ele, ele não vai tomar o remédio, e vai continuar doente.”

A entrevistada 33, *Clinical Social Worker* do Hospital de Cambridge, ressalta o papel de mediação dos intérpretes, que serviriam, entre outras coisas, para “defender” (fazer *advocacy*) o paciente. De alguma forma, eles protegem o paciente já que são uma terceira pessoa presente no local de atendimento. Ele está ali presenciando o atendimento, e o médico não pode deixar de levar isso em consideração: “Você é minha paciente, mas você me fala alguma coisa e eu te falo algo que não é tão certo. Se tem

⁸¹ No caso de MA, as clínicas que atendem a um grande público imigrante possuem intérpretes disponíveis inclusive para atendimentos não emergenciais.

uma terceira pessoa ali presente, eu vou ter mais cuidado com o que eu respondo”. Isso pode ser uma importante ação contra o viés (*Bias*), ou racismo inconsciente dos agentes públicos.

Apesar disso, a entrevistada 33 ressalta que os intérpretes estão perdendo esse papel:

“Eles eram mais do que são agora. Eu acho que nós estamos numa outra postura política e os intérpretes intervêm menos. (...) Quando eu trabalhava como intérprete, o meu título era algo com *advocacy*. Então você já tinha dentro do seu perfil a ideia que você estava tentando educar as pessoas. Enquanto que hoje em dia, porque houve a profissionalização, eles têm que falar com o tom da pessoa, eles tentam ser intérprete simultâneo, e não tem esse tipo de preocupação (de fazer “advocacy” do imigrante). Então é uma questão de dinheiro, uma questão de número de imigrantes, uma questão de profissionalização”.

Atualmente muitas clínicas tem adotado intérpretes por telefone, que atendem a partir de um *Call Center* e são colocados no viva voz na sala com o paciente. Para Elizabeth, esse novo método tem uma grande perda de qualidade, apesar de diminuir substancialmente os custos com a interpretação. A entrevistada 36, que já trabalhou como intérprete e hoje atua como atendente na Clínica de mulheres do Hospital de Cambridge, acredita que presencialmente a interpretação é melhor realizada:

“Eu acho assim, se eu fosse paciente, não soubesse falar a língua, fosse para um hospital com um problema e ainda ter que escutar por telefone a pessoa falando. Eu ia ficar pensando ‘Será que ela está falando realmente o que eu estou dizendo? Será que está passando realmente o que eu estou passando? O que eu estou sentindo, entendeu?’”

Algumas pessoas, no entanto, alegam que não é apenas a questão do custo, mas também da confidencialidade. O imigrante se sentiria mais confortável para falar de assuntos íntimos se não tiver uma terceira pessoa presente.

Para a grande maioria de nossos entrevistados o serviço de intérprete é muito bem avaliado, já que torna possível a comunicação com o médico. Contudo, uma de nossas entrevistadas teve um problema que mostra como esse é um serviço delicado, que pode causar problemas ao paciente quando realizado sem o devido treinamento. A entrevistada 22, que já conseguia entender inglês, mas não se comunicar, percebeu que a intérprete não realizou devidamente seus serviços em um momento crítico de seu parto:

“Eu consigo me comunicar, e quando eu não consigo a minha irmã sempre vai comigo, e quando eles não deixam ela falar, eu tenho que aceitar o tradutor. Eles dizem que o tradutor vai traduzir exatamente o

que eu falar, só que não é verdade. Quando eu estava no hospital para ter meu filho, eles chamaram o tradutor, eu falei que não queria, (...) mas essa médica estava dizendo que não me entendia. (...) Aí eu falei uma coisa, e eu vi que ela não tinha falado o que eu tinha dito, que ela fez um resumozinho, e não era um assunto que dava para fazer resumo, ela tinha que ter falado tudo o que falei, (...) porque era importante para a médica também, e aí ela resumiu e eu não gostei e eu falei. Eu falava menos, mas nesse dia eu falei muito, eu nem sei como que eu falei, falei tudo." (brasileira, 30 anos, de São Paulo, mora nos EUA há 04 anos).

Como mostra o depoimento da entrevistada 22, a utilização de familiares ou amigos que dominem a língua como intérpretes não é um procedimento bem visto pelos médicos americanos, já que essa terceira pessoa, que não teve um treinamento adequado, pode interferir na narrativa do paciente. A entrevistada 34, tradutora no Hospital de Sommerville, explica por que é necessário contratar e treinar intérpretes:

“É importante ter uma pessoa treinada pra poder falar, por causa de aspectos médicos, procedimentos, essas coisas que um leigo não poderia. E sem contar a confidencialidade, porque vamos dizer que você tá falando do seu passado sexual, e que seu filho vai traduzir ou uma criança. Não se deve utilizar. É preferível que tenha um intérprete treinado pra poder auxiliar”.

Apesar de entender que um bom intérprete não interfere em nada no que a pessoa falou, traduzindo exatamente o que ela disse, ela acha que ele pode servir como “um *advocate* e ajudar em termos de cultura, explicar o procedimento pro médico ou pro paciente. Dependendo, você chama para uma conversa depois, para explicar melhor algo”. Essa mediação é feita em situações mais delicadas, que podem gerar dúvidas entre médicos e pacientes que desconhecem a cultura alheia. Como exemplo, ela citou o caso dos cambodjanos, já descrito acima, em que pais poderiam ser acusados de maus tratos por um procedimento comum na cultura cambojana.

Saúde Mental

Um dos grandes problemas apontados pelos nossos entrevistados – tanto imigrantes quanto especialistas – foram os problemas relacionados à saúde mental, especialmente a depressão. De nossos 27 entrevistados, 9 afirmaram já terem realizado algum tratamento psicológico nos EUA, e destes 5 afirmaram, espontaneamente⁸² que tiveram depressão.

⁸² Essa pergunta não estava em nosso roteiro de entrevista.

Em geral, os brasileiros têm dificuldade de procurar o serviço psiquiátrico, por acharem que é “coisa de louco”, e que não é para eles. A entrevistada 33, psicóloga de formação que trabalha como *Clinical Social Worker* para o *Cambridge Health Alliance* relata que existe uma dificuldade do brasileiro em reconhecer a necessidade de tratamento, e dar continuidade a ele:

“Imagina com vinte anos você ser diagnosticado esquizofrênico. É um diagnóstico horrível. Esse paciente tomou os remédios, ficou internado e quando ele voltou para ver o psiquiatra, disse ‘olha, eu acho que é nutrição, eu não tava comendo muito bem. Eu vou voltar a comer direitinho, vou trabalhar um pouquinho menos... Tá certo que isso pode ter sido um agravante, mas dali a pouquinho foi internado no hospital de novo. Você sabe que eles saem do tratamento e eles vão voltar pra onde eles estavam, né?’”

Para contornar essa barreira inicial, algumas clínicas têm inserido psicólogos na equipe de profissionais de cuidado primário do Centro Comunitário de Saúde. Dessa forma, como ressalta a entrevistada 33, *Clinical Social Worker* do *Cambridge Health Alliance*: “as pessoas não se perdem no caminho, quando elas são encaminhadas. (...) existe menos estigma com a saúde mental. Você não vai pra saúde mental, mas você vai ver a pessoa X (nome da entrevistada 33), vamos dizer. Então você não tem essa sensação”.

Apesar dessa dificuldade inicial, a entrevistada 33 destaca que, uma vez iniciado o tratamento, o imigrante é, em geral, mais responsivo a ele:

“Isso é uma coisa que eu já ouvi outras pessoas falarem, que é positivo trabalhar com uma população imigrante. Eles estão realmente tentando conseguir alguma coisa. Então eu acho que isso é muito positivo (...) Facilita muito nos tratamentos. Eles querem poder tocar a vida pra frente. Não querem ficar doente...”

5.4.2 Estratégias utilizadas pelos imigrantes

Como vimos, o imigrante enfrenta muitas barreiras de acesso pelo simples fato de ser um imigrante, a começar pela dificuldade de comunicação, com uma língua estranha, e pela necessidade de entender um sistema que pode ser completamente diferente daquele que ele conhecia até então. Mas de certa forma, eles conseguem acessar esse sistema, seja porque esse sistema se estrutura para atendê-los, como vimos acima, mas também porque eles conseguem criar estratégias que facilitam seu acesso, como veremos agora.

A entrevistada 33, *Clinical Social Worker* do Hospital de Cambridge, entende que os imigrantes conseguem contornar as barreiras na área da saúde, e também em

muitas outras áreas, porque, de certa forma, aprendem a desenvolver essas novas estratégias, algo extremamente necessário se você decide por imigrar:

“Você tem que ser, tem que saber lidar com as coisas. Eu acho que o imigrante é uma pessoa que é diferenciada, sabe? O fato de eles irem até outro país e se sujeitar a lidar com outro povo... Acaba fazendo que seja um pouquinho mais... dá um pouquinho mais de pulos do que o pessoal que ficou em casa.”

Nossa impressão é a mesma da entrevistada 33. Em muitos momentos, pudemos perceber que os imigrantes conseguem muitos benefícios que, a priori, não conseguiriam. Isso é possível porque, mesmo diante de adversidades, eles conseguem dar um jeito de conseguir o que precisam. O relato da entrevistada 10 ilustra muito essa possibilidade. Ela conseguiu realizar uma cirurgia plástica, após a cirurgia de redução de estômago, mesmo com a impossibilidade do MassHealth de realizar tratamentos estéticos, nem mesmo para cidadãos. Para isso, ela conseguiu construir uma estratégia, junto de seus médicos e psicólogos, para convencer o MassHealth da necessidade da cirurgia:

“Eu não poderia trabalhar, mas não tinha condições de ficar sem ganhar dinheiro, tem conta para pagar. Voltei a sentir dor e fui ao médico. Ele disse: ‘Vamos ter que operar sua hérnia de novo, porque ela voltou e está muito grande’, eu falei assim: ‘não, só vou fazer hérnia se fizer plástica abdominal’. Só que isso o médico não poderia fazer, porque eles falam, quando fazem a cirurgia (de redução do estômago), que não fazem estética, fez a cirurgia a gente vai ter excesso de pele e isso a gente tem que se virar, eles realmente não mexem. Aí quando eu fui falar com a médica, Deus foi tão bom para mim, que por causa que a barriga é aqui em baixo deu ferida entre o púbis e a barriga e tinha uma infecção, uma ferida ficava aberta, principalmente no verão. (...) Aí quando ela me examinou, ela me colocou em pé e já tirou as fotos para a plástica, e falou: ‘tenho certeza que eles vão te aprovar, porque a sua plástica é uma necessidade’. (...) Ela pediu para o clínico geral mandar um relatório sobre isso, para juntar e mandar para o meu seguro. Aí quando a menina do *MassHealth* foi pedir aprovação, eles queriam saber do meu status imigratório, se eu era citizen ou se eu tinha Green Card: ‘Se você for citizen a gente aprova’, eu falei que eu não tinha nem Green Card. (...) Eu não desisti. Liguei para a minha psicóloga, pedi um relatório, ela mandou via fax, eles anexaram ao meu processo. Deu certo. Uma semana depois ela me ligou dando a notícia.” (mulher, 49 anos, de Goiânia – GO, há 13 anos nos EUA).

Rede de informações

Pelas redes de informações que se formam dentro das comunidades étnicas não passam somente notícias de vagas de empregos. Muitas das dicas de como se acessar o sistema de saúde, melhores hospitais para os brasileiros ou o que é preciso dizer para se

conseguir um seguro de saúde ou *Health Safety Net* vem das informações que circulam por essas redes.

A entrevistada 35, *Case Manager* de uma clínica comunitária de saúde de Framingham, relata as estratégias utilizadas pelos imigrantes de forma geral (não só brasileiros) para conseguir acesso ao *Health Safety Net*:

“(Quando estamos preenchendo a aplicação) a gente pergunta: ‘quanto você ganha por semana?’ Você me diz 200, para uma família de 4 pessoas, fazendo limpeza. Eu não vou questionar você, mas a gente sabe que é 10 vezes mais do que isso. Eles sabem que tem que dizer que ganha pouco. 95% dos seguros que a gente abre é na base do papelzinho, dizendo o quanto você ganha, que os analistas do *MassHealth* acreditam. Se você tem um contracheque você tem que apresentar. Mas é a menor parte dos casos. A maior parte das pessoas não recebe contracheque. Um passa para o outro... A própria comunidade vai falando. Um fala: coloquei tanto e não fui aprovado. O outro fala, coloquei tanto e fui aprovado...”.

O entrevistado 15 se utilizou dessa estratégia para ter acesso ao seu seguro:

“Às vezes a gente tem que mentir um pouco o quanto ganha. Por a gente ser ilegal, eles não têm tanto controle. Você faz uma carta, tem que assinar. Em alguns casos, você tem que levar o contra-cheque. Você leva o contra-cheque, mas aí você conversa com o seu patrão, fala que naquela semana você quer o contra-cheque mais barato, então sempre tem um jeitinho” (Homem, 30, do Paraná, há 11 anos nos EUA).

O entrevistado 24 conta que a própria pessoa que o auxiliou no preenchimento da ficha de aplicação para o *MassHealth*, em um centro de apoio da igreja católica de East Boston, o alertou para a necessidade de alegar ganhar recursos menores dos que realmente ganha:

“Ela me preencheu todos os papéis e me disse assim: você não pode falar que ganha 500 dólares por semana, 600 dólares por semana, porque se você falar isso, você tem condições de pagar os medicamentos, hospital. Aí ela pediu que eu colocasse lá 300 dólares, ou 350 dólares por semana que aí geralmente é aprovado” (Homem, 35, de Cuiabá - MT, há 11 anos nos EUA).

O entrevistado 32, *Patient Navigator* na Clínica Comunitária de Saúde de Somerville, conta que antes muitos brasileiros que não conseguiam ou não tinham acesso a um seguro, ou *Health Safety Net*, utilizavam uma estratégia de dar nomes e endereços falsos. Mas como visto, agora se exige um documento com foto para comprovar a identidade:

“Antes era muito mais fácil, agora eles estão dificultando, e está mais difícil burlar o sistema. Antes, tinha gente que entrava no hospital e falava: ‘eu sou João Pedro e eu moro na Broadway, 1420’. Não existe este endereço. A gente atendia, não aplicava pro seguro e a gente mandava a conta. E essa pessoa não existe, porque o cara não é o João Pedro. Ele inventou um nome e depois ele sumia. Hoje não, você tem que ter uma identidade, entendeu? Você precisa de um comprovante de endereço.”

A entrevistada 7 relata que teve que utilizar uma estratégia parecida quando morou na Flórida, já que temia que a conta, que não seria paga já que ela não tinha recursos, fosse associada ao seu seguro social gerando problemas para que conseguisse crédito no futuro:

“Eu precisei em Orlando quando tive uma infecção renal: febre a noite, muita dor, fui para emergência. Eu fiquei da meia-noite às cinco da manhã esperando o médico chegar. Eles colheram a urina, de manhã o médico chegou, e só falou assim, ‘olha é infecção mesmo está aqui o seu remédio’. (...) O honorário dele, mais o leito que eu fiquei deitada, e mais não sei o que, eu sei que veio US\$3.700,00 a conta. Aí eu já liguei lá e falei, não tenho como pagar. Só que eu dessa vez não dei o social security. Não dei. Eles perguntaram e eu falei, ‘eu nem sei o número’. Aí não constou” (mulher, 48 anos, de São Paulo – SP, há 18 anos nos EUA).

O entrevistado 11 relata outra estratégia muito utilizada pelas comunidades imigrantes (e em alguns casos também americanos), para conseguir acesso ao seguro e outros benefícios que o departamento de bem estar social dá: “Antes era assim, as mulheres, por exemplo, eu tive um filho com ela, a gente não era casado no nome, ela ia lá e dizia que o marido foi embora para o Brasil, ela recebia dinheiro, aí dizia que estava sem trabalho, recebia comida, *Food Stamp*” (homem, 45 anos, do Rio de Janeiro – RJ, há 21 anos nos EUA). O entrevistado 6 relata ter utilizado essa estratégia quando uma de suas filhas nasceu, já que, mesmo com o seu seguro cobrindo, ele teria um co-pagamento alto, de US\$5.000,00:

“(...) ela não era casada comigo no papel, então ela não pagou pelo parto. (...) Não me lembro dos detalhes, mas me parece que o seguro não pagaria completamente, que eu teria que pagar US\$5.000,00. Como ela e eu não éramos casados então ela conseguiu um seguro para cobrir.” (homem, 40 anos, de Governador Valadares, há 27 anos nos EUA).

Como já levantado, uma importante variável para conseguir um bom atendimento é o local geográfico em que sua clínica está localizada. A informação dos locais em que os melhores atendimentos para brasileiros são realizadas também

circulam pela rede. Foi assim que a entrevistada 7 passou a utilizar outra clínica, depois de uma experiência não tão boa no hospital da cidade em que mora:

“Eu estava comentando com a minha amiga lá na igreja. Eu falei: ‘nossa, nunca vi isso, eu recebi uma carta da minha médica falando que o meu papa Nicolau deu tudo normal, que ela me vê daqui a três anos de novo’. A menina falou: ‘você está doida, não tem isso. Três anos, com quarenta e oito anos?’. Aí a minha amiga falou: ‘vai procurar essa minha médica. Ela é muito boa. Ela é de outro posto médico, mas é só você avisar que você está mudando’” (mulher, 48 anos, de São Paulo – SP, há 18 anos nos EUA).

Utilizando os serviços de saúde brasileiros de forma complementar

Como vimos, e conforme já relatado por outros autores (DUARTE, 2010), é comum que a população brasileira que já conseguiu se documentar e consegue voltar para o Brasil para visita, esporadicamente, utilize os serviços de saúde brasileiros de forma complementar. Isso acontece em alguns casos, como os do dentista, porque os custos são inferiores. Mas também vimos que essa estratégia é adotada porque se busca uma segunda opinião, e, em alguns casos, confia-se mais no médico da família. Em geral, esses imigrantes utilizam-se do sistema de saúde privado, pagando pelas consultas que realiza.

Auto medicação

Aqueles que ainda não estão documentados e não conseguiram acessar o sistema de saúde americano, ou porque não confiam nele, ou porque encontraram alguma barreira, como a falta de seguro, costumam se auto-medicar, com remédios americanos ou com remédios brasileiros, encontrados nos comércios étnicos ou enviados por familiares do Brasil. A entrevistada 34 entende que isso acontece por cinco motivos:

“Primeiro, porque tem gente que ainda acha que não pode usar (o sistema de saúde americano), que vai poder ser localizado pela imigração, mas isso acontece normalmente entre as pessoas que acabaram de chegar, as mais novas. Segundo, porque não querem perder o dia de trabalho. Terceiro, porque não acreditam nos médicos americanos e quarto, porque acha que a medicação vai sair muito mais cara do que nas lojas brasileiras. E quinto, porque escuta a conversa de alguém que falou que esse remédio ajuda e aquela história que no Brasil a gente mesmo vê. Ah... porque aquele usou e não sei o quê e assim vai”.

A entrevistada 21 recebeu remédios enviados pela irmã durante muito tempo e foi assim que ficou quase 6 anos sem ir aos hospitais. “Eu pedia para enviarem do Brasil para

mim. Minha irmã mandava. Já veio Bactrin, já veio Amoxilina, Dorflex, tudo” (mulher, 45 anos, de Governador Valadares – MG, há 7 anos nos EUA).

A automedicação pode acabar em problemas sérios, já que os remédios são utilizados sem o menor conhecimento formal, como mostra a história relatada pela entrevistada 26:

“Eu arranquei um siso e infeccionou porque eu trabalhei, eu não tive repouso. Quando foi no domingo, eu não levantava da cama de tão ruim que eu fiquei, e o remédio que o médico me passou foi um antiinflamatório daqui, eu nem sei o que foi que ele me passou para te falar a verdade. E aquilo não estava me fazendo efeito nenhum. Eu não aguentava levantar da cama. Eu vi que o negócio estava feio eu falei para o meu marido: ‘pelo amor de Deus, vai lá, fala baixinho com o homem lá e pede uma Amoxilina para mim’. Aí ele foi e conseguiu, acho que foi um Cataflan que ele conseguiu. É acho que foi um Cataflan, e ele trouxe o Cataflan.” Quando eu pergunto se funcionou ela responde: “Nossa, até consegui levantar e comer” (mulher, 34 anos, Vitória – ES, há 10 anos nos EUA).

Amoxilina e Cataflan são remédios bem diferentes, e por sorte o caso relatado não resultou em um agravamento do problema.

Capítulo 6. Acesso em São Paulo: universal, mas com barreiras

O Brasil, por ter um sistema universal de saúde, não impõe, a priori, nenhuma barreira de acesso formal aos estrangeiros que precisam realizar um tratamento de saúde neste país. Só essa característica, a universalidade, já elimina grande parte das barreiras presentes em Massachussets, e que descrevemos no capítulo 5. No Brasil, não é preciso que se preencha uma grande ficha de “aplicação” ou formulário de requerimento. Ninguém precisa analisar essa ficha e decidir se o benefício é aceito ou negado. Não é necessário renovar essa aplicação: uma vez cadastrado no SUS, você pode utilizá-lo para sempre. Não é necessário nenhum recurso para co-pagamentos ou *deductibles* (prêmio), nem é necessário (a priori) que se contrate um seguro, sob pena de multa. Como é direito dos imigrantes acessar o sistema, e isso foi reafirmado por todos os burocratas e especialistas com os quais conversamos durante a pesquisa, não se pode negar a eles acesso, nem tratamento. Em uma comparação simplista entre esses dois sistemas seria inegável que, do ponto de vista da saúde, seria melhor ser um imigrante no Brasil do que um imigrante nos EUA. E é importante ressaltar que, de fato, verificamos que existe acesso, ao escutar as narrativas de nossos entrevistados bolivianos, como veremos a seguir.

No entanto, como bem afirmou Lipsky, as barreiras de acesso não são impostas apenas por meio de alocação dos serviços por classes de clientes ou pela imposição de custos, mas também por meio da fixação da quantidade de serviço, ou por funcionários que, sem treinamento adequado, utilizam de sua discricionariedade para fechar portas que na lei estariam abertas. Quando se desce um nível na análise das narrativas de nossos entrevistados, é possível percebermos que, apesar de terem conseguido acesso, precisaram ultrapassar algumas barreiras.

Neste capítulo, exploraremos as experiências de nossos entrevistados bolivianos à saúde em São Paulo e as barreiras que encontram. A maior parte delas, como veremos a seguir, também é enfrentada pelos cidadãos brasileiros, que se deparam com hospitais e postos de saúde cheios, com a dificuldade de agendar consultas, conseguir remédios e tratamentos mais sofisticados. Mas algumas barreiras são enfrentadas apenas pelos imigrantes, que encontram burocratas de nível de rua despreparados para enfrentar esta nova situação, especialmente se considerarmos que a intensificação dos fluxos migratórios para a região é bem recente.

Ao final do capítulo mostramos que os gestores da cidade de São Paulo e de algumas UBSs declaram boa vontade para melhorar esse acesso, e que algumas estratégias já estão sendo desenvolvidas. Destacamos o papel do Programa Saúde da Família, que se mostra um importante instrumento de aproximação dos imigrantes aos serviços de saúde. No entanto, a falta de recursos faz com que essas estratégias ainda sejam implementadas com limitações e de forma pouco estruturada.

6.1.1 Perfil dos entrevistados bolivianos

Dentre os vinte e três bolivianos entrevistados, 74% eram mulheres e 26%, homens². A maioria dos entrevistados (65%) se encontrava na faixa etária dos 20 a 30 anos, mostrando-se bastante jovem e em idade produtiva.

Tal como constatado por Xavier (2010), mas diferentemente do que era apontado até então pela literatura brasileira, a maior parte dos bolivianos residentes em São Paulo não é de origem rural. Também na nossa pesquisa, 78% dos entrevistados vieram da cidade de La Paz, sendo o restante de Sucre, Oruro, Cochabamba, El Alto.

Observa-se que 23% dos entrevistados moravam em São Paulo há no mínimo 2 anos, 41% moravam em São Paulo de 3 a 5 anos, 18% de 6 a 10 anos, 14% de 11 a 15 anos e apenas 5% a mais de 16 anos. Esses dados são também compatíveis com os de XAVIER (2010), evidenciando a intensificação recente do fluxo migratório em direção ao Brasil.

Dentre os entrevistados, 70% eram casados, 17% solteiros e 13% separados. Do total, 26% tinham um filho, 9% dois filhos, 17% três filhos, 22% mais que três filhos e 26% não tinham filhos. Dos entrevistados que tinham filhos, 63% possuíam ao menos um filho brasileiro, e 75% desses filhos moravam no Brasil com os pais.

Do total, 70% atuam profissionalmente na indústria de confecção, como costureiros, 17% são vendedores, 4% donos de oficinas de costura, e 9 %, o que equivale a duas entrevistadas, exercem outras atividades, uma delas estando ligada à atividade nas oficinas de costura, onde era cozinheira. Aproximadamente 48% dos entrevistados terminaram o ensino médio, 17% tinham o ensino médio incompleto, 17% não haviam completado o ensino fundamental e 9% não complementaram o ensino superior. Apenas um entrevistado nunca havia estudado. Cerca de 61% dos entrevistados moravam no mesmo local de seu trabalho.

Quando questionados sobre os motivos que os trouxeram para o Brasil, 83% afirmaram que vieram para trabalhar e/ou economizar dinheiro e 17% para ajudar filhos que já estavam vivendo no Brasil. Do total, 43% pretendem voltar a viver na Bolívia, 35% pretendem ficar no Brasil e 22% não responderam a questão.

Este perfil não é surpreendente. Ao contrário, ele é bastante próximo tanto do perfil atual dos emigrantes, quanto dos imigrantes que aqui chegam (MARTES, 2009; OIM, 2010). Ele também está de acordo com alguns dados recolhidos pelo Censo brasileiro de 2000, que registram que 32,3% dos bolivianos residentes no país têm de 15 a 29 anos e 38,7% de 30 a 40 anos. Registram também a existência de um equilíbrio entre solteiros e casados e entre a proporção de homens e mulheres, que não coincide com nossos entrevistados, pelos motivos já mencionados (XAVIER, 2010).

No quadro 7, pode-se observar um resumo da caracterização dos entrevistados bolivianos conforme identificados ao longo do texto:

Entrevistado	Sexo	Idade	Anos em SP	Cidade de Origem na Bolívia
37	F	27	12	La Paz
38	M	53	8	La Paz
39	M	23	1	La Paz
40	F	21	2	La Paz
41	F	20	1	La Paz
42	F	47	5	La Paz
43	M	26	3	La Paz
44	F	30	8	La Paz
45	F	51	3	El Alto
46	F	28	7	La Paz
47	F	-	15	Sucre
48	F	29	10	La Paz
49	F	25	5	Cochabamba
50	M	30	1	La Paz
51	M	20	2	La Paz
52	F	30	4	La Paz
53	M	49	3	La Paz
54	F	21	1	La Paz
55	F	20	5	La Paz
56	F	37	4	La Paz
57	F	36	12	Oruro
58	F	37	8	La Paz
59	F	30	5	La Paz

Quadro 7. Perfil dos entrevistados imigrantes bolivianos conforme identificado no texto
Fonte: Elaboração própria a partir das entrevistas

Além dos imigrantes também entrevistamos alguns burocratas que trabalham com a população boliviana em São Paulo. Ao contrário do que aconteceu no caso americano, aqui a maior parte dos entrevistados era brasileira, excetuando-se duas agentes de prevenção

DST/AIDS que eram boliviana e paraguaia. Também no caso brasileiro, pelos motivos já apontados no capítulo 1, entrevistamos menos burocratas que atuavam na ponta, e mais aqueles com nível gerencial. O quadro 8 mostra o perfil desses entrevistados.

Entrevistado	Nacionalidade	Instituição
60	Brasileira	Secretaria Municipal de Saúde - Programa DST/AIDS - Nível gerencial
61	Brasileiro	Secretaria Municipal de Saúde - Programa DST/AIDS - nível não gerencial
62	Brasileira	Associação Paulista de Medicina e Escola Paulista de Medicina - Gestora dos hospitais e postos de saúde da microregião Vila Maria e Vila Guilherme - Nível gerencial
63	Boliviana	Secretaria Municipal de Saúde - Programa DST/AIDS - Agente de prevenção DST / AIDS - atuação na Zona Leste de São Paulo
64	Paraguaia	Secretaria Municipal de Saúde - Programa DST/AIDS - Agente de prevenção DST / AIDS - atuação na Zona Leste de São Paulo
65	Brasileira	Hospital Leonor Mendes de Barros - Chefia de Assistência Social - nível gerencial.

Quadro 8. Perfil dos entrevistados burocratas em São Paulo conforme indicado no texto.

Fonte: Elaboração Própria

6.1.2 O acesso à saúde em São Paulo

De forma geral, os imigrantes bolivianos que entrevistamos acessam o sistema de saúde brasileiro. É preciso destacar que apenas cinco dos vinte e três entrevistados não haviam utilizado o sistema de saúde brasileiro. No entanto, destes cinco, quatro já haviam acompanhado algum membro de seu núcleo familiar para utilizá-lo⁸³. Quanto aos serviços efetivamente utilizados, 65% dos entrevistados já haviam realizado alguma consulta com médico especialista; 30% nunca haviam utilizado os serviços de consulta com especialistas. Observa-se que os serviços de saúde mais utilizados são: vacinação, pediatria e parto. Apenas quatro dos entrevistados utilizaram atendimento odontológico. As mulheres, especialmente quando estão grávidas, frequentam mais os postos de saúde, assim como bebês e crianças. Os homens utilizam menos esses serviços, porque cabe à mãe os cuidados de saúde com relação aos filhos.

⁸³ Ressalta-se, porém, que a única entrevistada que nunca utilizou o sistema encontrava-se no Brasil há apenas dois meses.

Adicionalmente, 61% dos entrevistados já haviam utilizado os serviços de imunização, seja para eles ou para os filhos. Quando para eles, a vacina aplicada foi contra o vírus H1N1, dentro da ampla campanha promovida pelo governo federal para imunizar a população. Apenas 17% haviam recorrido a serviços de planejamento familiar e, surpreendentemente, 39% das entrevistadas mulheres havia sido internada em um hospital público, especialmente para a realização do parto. Uma entrevistada foi operada para a retirada do apêndice.

Os entrevistados acessaram serviços disponíveis em todos os níveis de atenção à saúde, a saber: (1) o nível primário, ou atenção básica, que constitui “a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”⁸⁴; (2) o nível secundário, que incorpora os centros de especialidades, responsáveis por procedimentos que precisam de internação; e (3) o nível terciário, que é composto pelos hospitais de referência, onde são realizados os procedimentos de alta complexidade. No quadro 8 estão registrados todos os procedimentos realizados por nossos entrevistados ou parentes do núcleo familiar, conforme nível de atenção.

Atenção primária	Atenção secundária	Atenção terciária
<ul style="list-style-type: none"> - pré-natal; - atendimento ambulatorial; - vacinação; - consultas no pediatra; - consulta no cardiologista; - consulta no endocrinologista; - consultas no ginecologista; - consulta no endocrinologista; - consulta no ortopedista; - tratamento de infecção urinária; - tratamento dermatológico contra alergia - tratamento contra problema nos rins; - tratamento contra alergias para filho; - tratamento para depressão; - tratamento para dor de dente; 	<ul style="list-style-type: none"> - parto normal; - parto cesariana; - operação para retirada do apêndice; - operação no pé; - tratamento para engravidar; 	<ul style="list-style-type: none"> - cirurgia neo-natal no coração;

Quadro 9. Serviços utilizados pelos entrevistados e familiares no Brasil, por nível de atenção

Fonte: Elaboração própria a partir da análise das entrevistas.

Como já mencionamos, foi comum ouvir de nossos entrevistados comparações sobre a situação da saúde no seu país de nascimento e no país que emigraram. Os

⁸⁴ Portaria Nº 648 GM/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

bolivianos o faziam especialmente em termos de assepsia, ordem de grandeza, e organização do sistema de saúde pública. Para nossos entrevistados, o Brasil oferece uma rede hospitalar maior e melhor equipada, e também há um maior número de postos de atendimento à saúde⁸⁵. Os hospitais públicos são bem avaliados no Brasil porque dispõem de mais recursos tecnológicos para diagnósticos e tratamentos, além das modalidades de atendimento mais diversificadas e especializadas, inclusive alta complexidade e, o mais importante, são gratuitos. De acordo com o entrevistado 53:

“Eu trabalhava nas minas e lá não havia postos, hospitais. De vez em quando enviam médicos de La Paz, mas não abastecia” (homem de 49 anos, natural de La Paz, reside há 3 anos em São Paulo). A entrevistada 46 complementa, “Como eu trabalhei no cenário da saúde lá na Bolívia, posso te dizer, lá, por mais que você tenha estudado uma coisa, você não tem possibilidades, não tem instrumentos. Então de nada te serve que tenha estudo. Como vai fazer uma tomografia? Uma radiografia? Por mais que te enviem a uma clínica, os instrumentos são todos obsoletos. Uma vez eu fui a um hospital aqui e é tudo lindo. Têm todos os instrumentos: a tomografia... as salas equipadas.” (Mulher, 37 anos, de La Paz, há 4 anos em São Paulo).

Quando estabelecem comparações, as condições de saúde que desfrutam no Brasil parecem mais vantajosas. Apenas uma entrevistada disse que a saúde na Bolívia é melhor, porque aqui é “muito lento”. Mas em seguida ela ressaltou que os procedimentos foram realizados com maior rapidez porque foram pagos.

O ponto mais valorizado é a gratuidade do atendimento e serviços. Distribuição gratuita de medicamentos, programas de vacinação, especialmente de crianças e a vacina contra a gripe, inclusive para adultos (campanha para imunização contra o vírus da gripe H1N1). As entrevistas ressaltam e valorizam a facilidade na obtenção de medicamentos sem se ter que pagar por eles. Este item se soma à forma como os partos são realizados no Brasil, assim como os exames pré-natais.

6.2 Barreiras de acesso na oferta

Como já mencionado, os imigrantes bolivianos enfrentam poucas barreiras relacionadas à oferta de serviços, uma vez que o sistema brasileiro é universal. Quando existem, elas acontecem porque o sistema, ou seus funcionários encontram-se ainda despreparados para receber esse novo público. Elas existem ainda sob a forma da limitação de serviços, barreira que a população brasileira também está sujeita.

⁸⁵ Chamamos de posto de saúde tanto os Atendimentos Médico Ambulatorial (AMA) quanto as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são os nomes formais para as unidades públicas de atendimento à saúde.

6.2.1. Procedimentos administrativos – desorientação diante do novo público

O SUS exige apenas o cadastramento do usuário em seu sistema para que ele inicie o acesso. Esse cadastro é feito nos Postos de Saúde pelos atendentes da recepção, que exigem um documento (que pode ser RG, CPF, Carteira de Motorista, certidão de nascimento) e o comprovante de residência⁸⁶. No caso dos imigrantes, pode-se apresentar qualquer documento, seja ele passaporte ou documento do seu país de origem⁸⁷. Com esse cadastro, o usuário recebe um cartão SUS, que possibilita atendimentos futuros⁸⁸. Percebe-se que os procedimentos são bastante simples e nossos entrevistados o confirmam, como é o caso da entrevistada 37: “Com a carteira de identidade boliviana e o comprovante de endereço, me deram (o cartão SUS) na hora.” (Mulher, 27 anos, de La Paz, há 12 anos em SP.)

Como resultado desses procedimentos, todos os nossos entrevistados têm cartão SUS. O cartão SUS desempenhou, inclusive, um papel importante na anistia concedida pelo Brasil aos imigrantes não documentados, em 2009. Para muitos bolivianos, este era o único documento brasileiro que tinham, e acabou sendo utilizado para comprovar a chegada e permanência no Brasil⁸⁹. Xavier (2010) também ressaltou o papel do cartão SUS como primeira, e em alguns casos, única identificação brasileira do imigrante boliviano.

No entanto, a desinformação de alguns agentes públicos podem dificultar essa etapa crucial do acesso, já que não entendem o documento boliviano como um documento válido. A entrevistada 48 relata sua experiência:

“No lugar que eu vivia antes, na Cachoeirinha, se recusavam a marcar consultas para minha mãe, como por exemplo, cardiologista. Eu apresentei a carteira de identidade (boliviana) da minha mãe, mas eles me diziam que tinha que ser com a identidade de estrangeiro daqui, que não aceitavam a identidade boliviana. Mas onde eu vivo agora, no

⁸⁶ O comprovante de residência é necessário porque o SUS se organiza pela lógica do território. Cada usuário deve acessar o sistema no bairro em que mora. No entanto, caso não tenha comprovante de residência, (no caso, por exemplo, de um morador de rua) não se pode negar o acesso.

⁸⁷ Esta normativa está, inclusive, descrita no manual disponibilizado aos profissionais do SUS, destinada à todos os cidadãos em situação especial: estrangeiros, indígenas, ciganos, apenados e População de fronteira (Cartão Nacional do SUS – Normas e procedimentos de Uso. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/normas_cartaoSUS_SET2011.pdf)

⁸⁸ Apesar de não ser o melhor procedimento, o manual resalta que “O cidadão não poderá ter negado seu acesso aos serviços de saúde ou sofrer qualquer tipo de coação por não estar de posse do cartão”. Fonte: Cartão Nacional do SUS – Normas e procedimentos de Uso, 2011 Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/normas_cartaoSUS_SET2011.pdf

⁸⁹ Esta informação nos foi passada por Renata Pretulam em junho de 2010. Renata, além de pesquisar a imigração boliviana, foi voluntária na ONG CAMI, auxiliando os imigrantes bolivianos a preencherem os documentos necessários no processo de anistia de 2009.

Belém, eles atendem normal, já deram o cartão do Posto e o Cartão SUS para ela” (Mulher, 29 anos, de La Paz, há 10 anos em SP).

Ela ainda ressalta que esses foram um dos motivos da mudança para o bairro:

"Viemos viver aqui em Belém, porque eu sabia que outras pessoas tinham sido aceitas só com o cartão de identidade boliviano. Pedem só o seu nome, idade, um documento com foto. Isso é o essencial, não? Para identificar as pessoas. Então, aceitam isso no posto que eu vou, não recusam atendimento."

Pelos depoimentos, é possível perceber que isso não acontece em todos, mas apenas em alguns postos ou hospitais, possivelmente pela falta de treinamento da equipe. A entrevistada 44, que vive em Guarulhos, uma região com concentração menor de imigrantes, também teve essa dificuldade nos Hospitais da região:

“Quando meus filhos ficam doentes, tem que levar. Mas de vez em quando é difícil para a gente. Eles pedem o cartão SUS e dizem: (...) ‘Não, você é boliviano, você não pode ser atendido aqui’...isso nos hospitais...é o que as enfermeiras respondem." (Mulher, 30 anos, de La Paz, há 8 anos no Brasil).

A entrevistada 65, do serviço social do Hospital Leonor Mendes de Barros (nível gerencial), em São Paulo, alega, no entanto, que seria papel das Unidades Básicas de Saúde solicitarem um documento para os imigrantes⁹⁰ e, caso este não exista, auxiliarem no processo necessário para conseguir um documento com o consulado de seu país de origem. Isso porque, para a assistente social, o documento é fundamental para que elas possam usufruir de vários serviços públicos, inclusive em tratamentos de saúde mais complexos. Esta é a prática que sua equipe tem no Hospital Leonor Mendes de Barros, um hospital maternidade que atende muitos pacientes imigrantes, e que é uma referência para a população boliviana, tendo sido citado por muitas de nossas entrevistadas que lá tiveram seus filhos. As pacientes sem documento não têm seu acesso barrado, mas como é preciso um documento (mesmo que boliviano) para que os pais possam registrar os seus filhos, as mulheres não recebem alta até que consigam um documento junto ao consulado boliviano, e o filho seja registrado. Para agilizar esse processo, uma parceria foi feita com o Consulado Boliviano de São Paulo. Segundo a entrevistada 65:

“O (Hospital Leonor Mendes de Barros) Leonor é mais exigente do que a prefeitura porque eles não exigem documento para entrar. Aqui

⁹⁰ Solicitar um documento, mesmo que seja boliviano, é a regra do SUS. Só em casos emergenciais seria possível atender sem nenhum documento. Mas, segundo a entrevistada 65, algumas UBSs não estão solicitando nem o documento.

a gente não exige para entrar, mas a gente exige para sair, porque eles têm que ter o documento, nesse sentido de cidadania. Porque, se você for ver, quem tinha que fazer esse papel era a UBS. Eles tinham que chegar aqui já com o documento, mas eles não fazem isso”. Nesse sentido, o serviço de saúde aparece como responsável pela promoção não só da saúde de seu paciente, mas uma variável importante na integração social dos imigrantes.

A entrevistada 62, da Associação Paulista de Medicina e Escola Paulista de Medicina, entidade gestora dos hospitais e postos de saúde da microregião Vila Maria e Vila Guilherme, região de São Paulo que concentra grande número de bolivianos, também teve problemas com alguns atendentes, que negavam o atendimento aos imigrantes por questões formais, seja por não pertencerem à região do posto, seja por não ter comprovante de residência, ou até por não saberem como preencher o cadastro⁹¹. Ela conta que era comum ouvir esse tipo de reclamação nas reuniões de gestão da microregião, e que sua orientação sempre buscava favorecer o acesso:

“Tinha até atendente que falava assim: ‘Ah, não é desse bairro, tem que ser atendido em outro’. Eu falei, ‘Gente, tudo isso que a gente usa de regionalização na verdade são instrumentos para planejamento. Eu não posso obrigar o cara, que mora do outro lado do rio, mas se ele gosta de vir nesse serviço, eu não posso falar para ele não vir. Às vezes ele não tem uma boa interação com o serviço do lado de lá, criou um vínculo. Esse é um direito que ele tem, a livre escolha. Aí elas também falam ‘Ah, não tem o comprovante de endereço’. Aí eu falo assim: ‘Gente, morador de rua, por exemplo, tem endereço?’, ‘Não’, ‘E você vai deixar de atender?’, ‘Não!’. Então não tem cabimento”.

Segundo ela, após algum tempo de trabalho em sua microregião, esse problema já está equacionado, mas é comum ter ainda algum problema, porque existe uma alta rotatividade de profissionais nesses cargos de recepção: “A gente fala, tem reunião, tem treinamento. Mas é que, assim, tem uma rotatividade muito grande de gente, então aí você tem que o tempo inteiro estar educando”.

6.2.2 Barreira por imposição de custos ou fixação de serviços

Apesar de, em geral considerarem o atendimento que recebem no Brasil bom, especialmente quando comparado ao atendimento que recebiam anteriormente na Bolívia, onde havia poucos postos de saúde e hospitais, e tinha que se pagar pelos serviços, nossos entrevistados relataram alguns problemas para conseguir agendar

⁹¹ Isso acontecia quando o imigrante se declarava indígena, mas sua etnia não era listada na lista de etnias do cadastro, elaborada pelo governo brasileiro.

consultas ou ser atendidos em emergências. Fixando a quantidade de serviços ofertados em uma quantidade menor do que a demanda, a formação de filas pode desencorajar o acesso. A entrevistada 57 passou por uma experiência negativa nos hospitais brasileiros: “sempre está cheio, pelo o que eu vi. Teve um dia que meu filho se internou porque tinha alergia no rosto, e ele ficou três dias nos corredores porque não tinha quarto. Estava cheio.” (Mulher, 36 anos, de Oruro, há 12 anos no Brasil).

Este problema, no entanto, não afeta apenas nossos entrevistados, mas também os brasileiros, o que é reconhecido pelos nossos entrevistados: “Mas também para os brasileiros, aqui é muito demorado para passar no posto... eles é que dizem também.” (mulher, 30 anos, de La Paz, há 8 anos em São Paulo).

A demora em se conseguir um atendimento pode levar a comportamentos não desejáveis, como a automedicação, como no caso da entrevistada 42:

“Eu fui a um posto aqui na Vila Medeiros. Me deram uma ficha para dois meses (...) Eu estava mal. Então telefonei para a minhas irmãs que trabalhavam no hospital na Bolívia. Eu lhes disse onde tinha dor. Então elas me disseram que eu comprasse um medicamento que me faria bem. Me deram o nome do medicamento, comprei e então não fui mais ao hospital” (mulher, 47 anos, de La Paz, há 5 anos em São Paulo).

6.3 Questões ligadas à demanda

Também no caso dos imigrantes bolivianos pudemos observar as barreiras relacionadas à demanda diferenciada, ou seja, pelas características dos imigrantes. É importante observar que, conforme a literatura afirma, a dimensão do tempo e das redes sociais é fundamental para atenuar os fatores que geram essas barreiras. No caso dos bolivianos, é possível observar que o aumento do fluxo migratório e da comunidade boliviana vivendo no Brasil contribuiu para melhorar o acesso à saúde. Os estudos sobre a comunidade boliviana do final da década de 90 ainda afirmavam que os bolivianos encontravam-se “desprovidos de qualquer atendimento médico” (SILVA, 1997: 131). A entrevistada 65, do Serviço Social do Hospital Leonor Mendes de Barros (nível gerencial) e a entrevistada 62, da Associação Paulista de Medicina e Escola Paulista de Medicina - Gestora dos hospitais e postos de saúde da microregião Vila Maria e Vila Guilherme (nível gerencial) reafirmaram esse fato⁹². Segundo elas, o número de

⁹² A entrevistada 65 afirma que “Hoje elas fazem pré-natal. Mas a maioria não fazia não. Elas só vinham para ter o bebê. Elas ficavam até o último minuto, as vezes tinham o bebê em casa e depois traziam eles para o hospital”.

consultas era menor e a condição de saúde em que chegavam para o atendimento era pior, uma vez que a ida ao hospital era realmente a última alternativa. No entanto, ambas ressaltam que hoje, como vimos na análise das entrevistas realizadas, o aumento do fluxo e a disseminação na comunidade da possibilidade de atendimento sem perigos como a deportação diminuí importantes barreiras, como o caso do medo de utilizar os serviços de saúde. Isso faz também com que os imigrantes em geral utilizem os serviços de saúde brasileiros, inclusive para exames preventivos, como o caso do pré-natal.

6.3.1 Falta de tempo

Como vimos, a literatura mostra que o padrão de utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes é emergencial e, quando comparado à população nativa, realizam menos exames preventivos. Em nossas entrevistas, pudemos perceber que esse padrão se confirma, como mostra o entrevistado 43, que nunca foi a um médico em sua vida (nem na Bolívia, nem no Brasil):

“Quando ficamos doentes, se é mais sério e precisamos ir ao médico, vamos, mas se não é tão sério não vamos, passa de um dia para outro, já ficamos mais aliviados. Tomamos remédios caseiros, como eu te disse. Para gripe, compramos remédios que já conhecemos na farmácia...não me lembro bem o nome.” (Homem, 26 anos, de La Paz, há 3 anos em São Paulo).

Apesar de existir um aspecto relacionado à cultura - já que como o entrevistado 43, muitos nunca haviam ido a um médico antes de emigrar ao Brasil - podemos observar que, como todos os imigrantes, o excesso de trabalho e a falta de tempo contribuem para o não acesso, ou para o acesso apenas em casos emergenciais.

Ir a um posto de saúde pode significar deixar de costurar por uma tarde ou dia. Como se ganha por peça de roupa produzida, é difícil deixar de trabalhar. A maior parte de meus entrevistados relatou trabalhar de segunda a sexta, mais que oito horas diárias, e sábado até 12h00, como conta a entrevistada 40, que ainda trabalhava, quando necessário, aos domingos:

“De segunda ate sábado ao meio dia. Das 7hs até as 20hs. Mas às vezes trabalho até as 22hs, 23hs...Bastante...Ainda nos domingos trabalhamos, por exemplo quando temos que entregar algum serviço importante, para dar tempo temos que trabalhar também nos domingos” (mulher, 21 anos, de La Paz, há 2 anos no Brasil).

No entanto, percebemos que, quando se trata das crianças ou quando grávidas, elas passam a adotar atitudes preventivas, como a realização do pré-natal, vacinação, e

consultas periódicas para os filhos. A entrevistada 62, da Associação Paulista de Medicina e Escola Paulista de Medicina - Gestora dos hospitais e postos de saúde da microregião Vila Maria e Vila Guilherme (nível gerencial), também ressalta esse fato: “Mas, por exemplo, cuidado com criança eles têm. (...) Eles fazem pré-natal mesmo. Podem não fazer completo, né, porque a gente estipula que tenha no mínimo sete consultas na gestação, e às vezes não completam”.

A fala da entrevistada 46 exemplifica tal situação. Antes da gravidez, ela nunca havia utilizado os serviços de saúde, mas, uma vez grávida, ela realizou todo o pré-natal e, após o nascimento da filha, levava-a regularmente ao médico:

"De mês em mês e quando nasceram a cada duas semanas até que completassem dois meses". Ela inclusive se lembra do nome do pediatra dos filhos, o que mostra que formou um bom vínculo com ele: "O Doutor Claudio atendia bem aos meus filhos. (...) Explicava o que tinha que fazer, como fazer." (Mulher, 28 anos, de La Paz, há 7 anos no Brasil).

A entrevistada 65, do serviço social do Hospital Leonor Mendes de Barros (nível gerencial), afirma que uma das diferenças das mulheres bolivianas é que elas, ao contrário da população brasileira, preferem o parto normal ou natural. Ela própria levanta duas possibilidades para explicar esse fato. A primeira, aceita pela maior parte das análises, vê essa questão como puramente cultural, ligada às raízes indígenas das bolivianas. Mas a segunda explicação dada pela entrevistada 65 é que elas prefeririam este tipo de parto porque assim poderiam voltar logo para o trabalho, já que o período de recuperação do corpo com o parto cirúrgico é muito maior. A necessidade de se trabalhar, e assim conseguir recursos é fundamental para a maior parte dos imigrantes. Como a maior parte dos imigrantes bolivianos trabalha em oficinas informais, sem nenhum direito trabalhista, não tem direito à licença maternidade, quanto antes voltarem ao trabalho, melhor.

A falta de direitos trabalhistas também é problemática no caso de doenças mais graves. Pelo estatuto do estrangeiro, lei nº 6.815 que ainda regulamenta a presença dos estrangeiros no território brasileiro, só os imigrantes legalizados tem direito à previdência social. Mesmo assim, isso aconteceria apenas no caso dos imigrantes terem um emprego formal ou pagarem a contribuição para trabalhador autônomo para o INSS, o que raramente acontece. Na maior parte dos casos, o imigrante passa por grandes problemas, como é o caso da entrevistada 40: “Consegui juntar alguma coisa antes, mas agora não. Não trabalhei por uns meses porque fiquei doente e fui operada. Então não

trabalhei de maio até junho, aí só meu esposo trabalhou” (mulher, 21 anos, de La Paz, há 2 anos em São Paulo).

6.3.2 Diferenças culturais

Como vimos no Capítulo 4, o sistema de saúde boliviano, declarado universal na última constituição, ainda está em fase de implementação. A realidade descrita por nossos entrevistados é de escassez de hospitais e clínicas de saúde, especialmente para aqueles que não possuem recursos para pagar hospitais particulares. Por isso, existe uma grande utilização da medicina tradicional, única forma de acesso à saúde para cerca de 30% da população (OMS/OPS, 2004). Essas práticas e técnicas tradicionais são inclusive reconhecidas pelo governo em seu *Plan Nacional de Desarrollo* que pretende investir em seu desenvolvimento, “*garantizando la preservación de la propiedad intelectual del conocimiento tradicional de los pueblos indígenas y originários*”, para construir uma alternativa à medicina ocidental (Ministerio de Salud y Desporto, 2006: 38). A população também reconhece sua importância, como mostra a fala do entrevistado 50, que utilizava a medicina tradicional para se tratar quando morava na Bolívia:

“Não são médicos, mas possuem uma ampla experiência. (...) Agora tudo isso está deixando de existir, porque a ciência está avançando, mas quando não existiam, eram as “parteiras” como chamamos, elas faziam o parto e desde aí vinha esse conhecimento que ainda continua na Bolívia” (homem, 30 anos, de La Paz, há 8 anos em São Paulo).

Muitos de nossos entrevistados, mesmo após a migração para o Brasil, continuavam utilizando esse tipo de medicina, e até a preferiam, por acharem mais natural. Foi comum ouvirmos usuários que utilizam chás e outros tipos de “remédios tradicionais” como primeira alternativa de tratamento, mostrando um traço de continuidade cultural. Só para casos mais graves é que vão ao hospital. É o caso da entrevistada 49:

“Quase nunca vou (ao posto), às vezes não vou nem quando fico doente. Prefiro tomar bastante água, e ervas medicinais... prefiro essas coisas que tomar remédio. Prefiro me tratar em casa, porque lá no posto eles só te dão remédio, e eu não quero acostumar meu corpo com remédio” (mulher, 25 anos, de Cochabamba, há 5 anos no Brasil).

Dentre os chás e ervas medicinais que eram consumidos na Bolívia, citados por nossos entrevistados, destacam-se: mate, eucalipto, orégano, erva doce, menta chinesa,

unha de gato, alho, casca de laranja, camomila e erva doce e, evidentemente, a coca. No entanto, alguns entrevistados tinham dificuldade de adquirir esses produtos no Brasil, já que, em geral, o comércio étnico vende esses produtos a preços muito superiores dos praticados na Bolívia. Talvez este seja o principal motivo pelo qual muitos de nossos entrevistados perderam esse hábito, e passaram a utilizar remédios alopáticos, como por exemplo, a Dipirona, que são distribuídos gratuitamente na rede de saúde pública brasileira. Quando questionados se sentiam falta das medicinas tradicionais, muitos respondiam que não, tornando-se até descrentes de seus efeitos, como é o caso da entrevistada 45: “Não, somente a irmã do marido da minha filha utiliza ervas naturais. Ela utiliza para algo nos pulmões, mas não consegue curar” (mulher, 51 anos, de El Alto, há 3 anos no Brasil).

A gratuidade dos remédios alopáticos é, inclusive, uma das questões mais destacadas por nossos entrevistados como positiva. A entrevistada número 48, por exemplo, revela que os medicamentos não só são grátis, como chegam diretamente em sua casa: “Vamos ao posto por causa dos medicamentos, que às vezes custam. Mas eles nos dão os medicamentos, que até chegam na sua casa.”. A entrevistada 57 tinha até que enviar medicamentos brasileiros aos seus familiares bolivianos:

“Remédios (na Bolívia) são difíceis. Meu pai mesmo me diz: ‘Me manda dipirona, me manda analgésicos porque eu estou com muita dor’, então às vezes eu mando. Porque lá tem que comprar tudo” (mulher, 36 anos, de Oruro, há 12 anos no Brasil).

Parto sem dor

Na Bolívia, a maior parte dos partos é natural, realizado em casa com a ajuda das familiares ou de parteiras. Muitas de nossas entrevistadas, que tiveram seus filhos na Bolívia, realizaram seus partos assim, como conta a entrevistada 42: “Ninguém na Bolívia faz parto de cesariana porque é mais caro. Temos que pagar e também pagamos pelo parto normal. Assim, a maioria prefere ter filhos em casa” (Mulher, 47 anos, oriunda de La Paz, a 5 anos vivendo em São Paulo). Resultado disso é o alto índice de mortalidade maternal: em 2003, a cada 100 mil partos realizados, 229 mulheres morrem, um índice muito superior ao Brasileiro, que é de 74,5 mulheres (Situación de Salud en las Americas: Indicadores Básicos, 2008 *apud* KLIKSBERG, 2007). Nossas entrevistadas que tiveram filhos na Bolívia, como é o caso da entrevistada 57, relatam partos longos e dolorosos, em que mãe e criança sofreram muito: “Não queriam fazer cesariana porque eu não tinha dinheiro. Aí foi com fórceps. Tiraram minha filha com

uma ferida na cabeça. O segundo (parto) a mesma coisa, quebraram o bracinho de tanto puxar...” (Mulher de 36 anos, natural de Oruro, vive no Brasil há 13 anos).

Talvez por isso o parto seja o momento em que nossas entrevistadas mais valorizem os serviços brasileiros de saúde. Das 16 mulheres que entrevistamos, 11 mulheres tiveram filhos em hospitais brasileiros. Não ter que pagar, não sentir dor, maior segurança e menor sofrimento da mãe e da criança são os argumentos mencionados para expressarem a preferência pelo parto no Brasil.

Segundo a entrevistada 65, do serviço social do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (nível gerencial), a população boliviana prefere o parto normal. O hospital tem hoje um centro de parto natural, e são as bolivianas que mais o utilizam: “Elas são indígenas, elas querem ter filho de maneira natural. Hoje a gente tem o centro de parto normal, e teve até parto de cócoras aí. (...) A população boliviana é a que mais usa. Uma porque a constituição física delas facilita o parto natural, e tem a questão cultural, então elas insistem no parto normal”. Como já afirmamos anteriormente, a entrevistada 65 entende que, além da cultura, a necessidade de recuperação rápida para voltar ao trabalho possa ser uma justificativa para essa preferência pelo parto normal, já que a recuperação do parto cirúrgico é mais lenta.

Entre nossas entrevistadas não identificamos uma preferência em parto normal, mas todas as entrevistadas afirmaram que preferiam o parto no Brasil porque, mesmo quando é normal, havia menos dor, já que existe a possibilidade de se aplicar anestesia. Essa relação é bastante enfatizada pelas imigrantes que tiveram filhos na Bolívia e no Brasil. A entrevistada 44 conta por que prefere ter seus filhos no Brasil:

“Porque aqui, quando uma pessoa vai "ganhar neném" eles te ajudam, né? Mas na Bolívia, não...é diferente, é parto normal, não leva nenhum corte, não colocam nenhum tipo de injeção, nada...a mulher tem que sofrer mesmo. Agora aqui eu tive minha filha, ela nasceu muito gordinha, quase com 5 kilos. Mas eles me aplicaram uma injeção e eu fiquei dormindo. Nem vi que eu tinha ganhado nenê” (mulher, 30 anos, de La Paz, há 8 anos em São Paulo).

Doenças Sexualmente Transmissíveis

Se tentar aproximar os imigrantes dos serviços de saúde já é um desafio para as equipes dos postos de atendimento, isso se torna ainda mais difícil quando se trata de doenças sexualmente transmissíveis. O Brasil já tem uma política de prevenção bem estabelecida, mas a Bolívia ainda deu poucos passos nesse sentido, e falar sobre o assunto ainda é um tabu. É o que confirma a entrevistada 63, agente de prevenção do

Programa DST/AIDS e boliviana, contratada especialmente para lidar com o público imigrante de seu país: “É muito difícil falar diretamente sobre isso (doenças sexualmente transmissíveis) com eles, porque eles são mais tímidos”. Talvez este seja um dos motivos pelo qual os imigrantes bolivianos apresentem elevados índices de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, como é o caso da sífilis. Conforma mostra a entrevistada 62, da Associação Paulista de Medicina e Escola Paulista de Medicina - Gestora dos hospitais e postos de saúde da microregião Vila Maria e Vila Guilherme - Nível gerencial:

“Então, por exemplo, tratar doenças sexualmente transmissíveis é uma coisa muito difícil, especialmente porque os homens se recusam, apesar de que isso não é uma coisa só de bolivianos, os nossos também são resistentes, né. Então essa gerente que está começando agora, ela é ótima porque ela chega e fala assim, “Olha, se você não tratar vai cair, vai apodrecer”, ela vai assustar, eu falei: ‘Sônia, você não pode falar assim’, ‘Mas se não falar assim eles não tratam’. Então tem coisas da cultura...”

No entanto, passado esse constrangimento inicial, a população consegue completar o tratamento. É o que explica o entrevistado 61, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Programa DST/AIDS (responsável pela articulação, nível não gerencial):

“Uma coisa muito bacana da população hispânica é que, se eles não têm que mudar de casa por causa do trabalho, eles seguem direitinho o tratamento. Então isso é muito positivo, porque vale a pena para a secretaria de saúde o investimento, porque você consegue quebrar o ciclo. Eles também trazem mais facilmente o parceiro, consegue convencer a fazer um tratamento”.

Ele ressalta o fato de que é preciso que aconteça a formação de vínculo entre o usuário e o serviço de saúde que frequenta. Nesse sentido, a forma como esses imigrantes vivem, sempre mudando de casa em busca das melhores oficinas para se trabalhar, pode representar uma dificuldade em dar prosseguimento a tratamentos mais longos, como é o caso da Sífilis e da Tuberculose, já que a regionalização do SUS faz com que o paciente passe a pertencer a outro posto de saúde. Seria importante, nesse sentido, que mesmo após a mudança de bairro, ele pudesse continuar frequentando o mesmo posto de saúde que já está acostumado.

6.3.3 Comunicação

Alguns de nossos entrevistados, como é o caso dos entrevistados 43, 48, 49, 40, 44, 50⁹³, relataram ter dificuldades de comunicação com os médicos brasileiros. O entrevistado 43, por exemplo, relata que: “mas o que eu não gostava era que, talvez pela falta de comunicação em português, não podiam nos entender bem (...) é difícil às vezes se comunicar com eles” (homem, 26 anos, de La Paz, há 3 anos no Brasil). Ouvimos ainda a experiência da entrevistada 44. O médico não conseguiu realizar o atendimento por não entendê-la:

“Tem médico que já brigou comigo também. Por que eu entrei dizendo que estava doente. Eles perguntaram: ‘Você sente que dor? Não sei a sua língua, não entendi nada. Eu vou passar dipirona para você. Se não passar, volta aqui no Hospital’” (mulher, 30 anos, de La Paz, há 8 anos em SP).

Essa mesma entrevistada disse que um atendimento posterior foi melhor, porque o médico falava espanhol: “no hospital alguém que falava espanhol me atendeu. E então eu entendi melhor”.

No entanto, a maior parte de nossos entrevistados relatam que, apesar de terem dificuldades com a língua portuguesa, conseguem entender os médicos e os médicos a eles. Como os serviços de saúde brasileiros não oferecem serviço de interpretação aos imigrantes, o que fazem são estratégias mais informais, como explica a entrevistada 62, da Associação Paulista de Medicina e Escola Paulista de Medicina - Gestora dos hospitais e postos de saúde da microrregião Vila Maria e Vila Guilherme - Nível gerencial: “Muitos vão com dificuldade de língua. Mas o pessoal sempre entende, é só falar devagar, falar devagar de um lado e de outro. Agora quando fala *quechua*⁹⁴ fica mais complicado”. Ainda existe uma iniciativa, ainda muito embrionária e não sistematizada, de se contratar profissionais que falem espanhol. A equipe coordenada pela entrevistada 62 possui um médico que fala espanhol.

Além disso, aqueles que têm mais dificuldade com a língua recorrem a outras estratégias, como levar um parente, que saiba melhor o português, à consulta, como ressalta a entrevistada 62: “O pessoal até tenta falar, mas em geral tem alguém que fala um pouco melhor o português. E leva junto na consulta, vai junto”. É o caso da

⁹³ Outros entrevistados afirmaram que eles não têm problemas em entender os médicos, mas que conhecem muitas pessoas que têm.

⁹⁴ Quechua é uma das línguas originárias bolivianas, ainda amplamente falada no país, especialmente nas zonas rurais.

entrevistada 45: “Sempre vou com minha filha, porque ele fala português” (mulher, 51 anos, de El Alto, há 3 anos no Brasil).

O hospital Leonor Mendes de Barros, que passou a receber um grande número de pacientes bolivianos, tinha inicialmente muita dificuldade de comunicação com suas pacientes bolivianas. Segundo a entrevistada 65, do serviço social do hospital (nível gerencial), um dos fatores que contribuía para dificultar a comunicação era que as bolivianas tinham medo de frequentar os serviços de saúde pública: “muitas até entendiam o português, mas elas não falavam por medo. Mas agora, como já tem esse vínculo de confiança com o hospital, elas já são mais abertas, elas conseguem falar mais. Porque quando elas chegam aqui, elas já vêm recomendadas por alguém da família”. A equipe também passou por um curso de espanhol e aymará, realizado em parceria com o consulado boliviano em São Paulo. Nos casos mais complicados, eles contam com uma voluntária boliviana, que auxilia na tradução do diálogo, experiência que se mostrou muito positiva:

“(Depois da chegada da voluntária) a relação com elas melhorou muito, porque é do mesmo país, fala a mesma língua, criou o vínculo de confiança que não tinha antes. Então hoje tá muito mais tranquilo aqui. Então quando tem algum caso mais complicado, a gente chama ela. Porque tem caso de violência sexual, tem caso de alcoolismo, estupro...”.

6.3.4 Medo

Como vimos, a literatura descreve o medo de frequentar serviços públicos dos países receptores, especialmente para os imigrantes indocumentados, como uma das barreiras existentes ao acesso de imigrantes à saúde. No entanto, no caso de nossos entrevistados, não pudemos perceber nenhum temor relacionado a essa questão, já que sabiam que o acesso à saúde era um direito de todos no Brasil. Esse foi, para muitos, um dos primeiros aprendizados que tiveram ao chegarem da Bolívia, uma vez que os familiares que já estavam no Brasil ou os próprios donos das oficinas que os recepcionavam davam a instrução de como tirar a carteira do SUS.

Mas como já ressaltamos, não conseguimos entrevistar a parte mais vulnerável da comunidade boliviana, que vive em condições degradantes, em alguns casos, consideradas análogas ao trabalho escravo. Nesses casos, o acesso é provavelmente mais difícil, já que vivem confinados nas oficinas, sem possibilidades de sair e com medo, imposto pelos chefes, de que ao saírem sejam presos pela situação irregular que se encontram. Uma de nossas entrevistadas, que já vive há 12 anos em São Paulo, conta

que sua chegada no Brasil foi muito ruim: “Foi ruim, eu não sabia conversar, não podia fazer nada. Não podia nem sair na rua porque falavam que a polícia ia me pegar e me mandar de volta pra Bolívia. Era muito ruim” (mulher, 36 anos, de Oruro, há 12 anos no Brasil).

É por isso que os Hospitais e postos de saúde que entrevistamos apontam a regularização dos imigrantes como sendo um dos fatores que impactam no acesso à saúde. Essa é sempre uma informação transmitida pelas equipes de saúde, em especial do Programa Saúde da Família, e talvez já tenha surtido algum efeito, como conta a entrevistada 62, da Associação Paulista de Medicina e Escola Paulista de Medicina, que é responsável pela gestão dos hospitais e postos de saúde da microregião Vila Maria e Vila Guilherme (Nível gerencial):

“Não, eu acho que diminuiu (o medo de se frequentar os serviços de saúde). Depende do lugar. Tem gente que já tem a situação legalizada e tal. Mas tem aqueles que ainda são ilegais, esses têm receio. Então eles saem, mas eles saem nos grupos que eles têm, essas pequenas formas de se proteger”.

Apenas em uma entrevistada (42) disse ter medo de frequentar os serviços de saúde brasileiros. Esse medo, no entanto, existia porque ela achava que os médicos brasileiros discriminavam os bolivianos por serem estrangeiros. Quando eu questiono por que ela tinha medo de ir aos hospitais, sua resposta é que: “Porque muitas pessoas faleceram assim. Eu tinha uma amiga que foi ao hospital com dor de estômago. Passou um dia e faleceu... Por uma dor de estômago! (...) Não nos atendem na hora, tem que esperar. Como somos bolivianos, fazem que espere” (mulher, 47 anos, de La Paz, há 5 anos em São Paulo).

6.3.5 Discriminação

Alguns de nossos entrevistados relataram ter sofrido situações de discriminação, seja por parte de atendentes, enfermeiros ou médicos. Segundo a entrevistada 56: “Aqui (o sistema de saúde) é melhor. Mas há alguns doutores que não te tomam em conta, porque nós somos estrangeiros, não te ajudam. (...) Eles te dizem "você é estrangeiro". Eu já vivi isso.” (mulher, 37 anos, de La Paz, há 4 anos em São Paulo). Outro entrevistado (53) viveu algo semelhante:

“Uma vez, uma atendente não quis me atender. (...) Ela me fez esperar. Como estávamos em uma fila, ela atendeu a outras pessoas e então eu saí, voltei para casas e depois de um mês eu voltei porque me

sentia mal dos meus rins e aí fui de novo. A outra pessoa que então estava lá me atendeu tranquilamente” (Homem, 49 anos, de La Paz, há 3 anos em São Paulo).

Vários de nossos entrevistados achavam que existia discriminação, mas esta nunca havia sido sofrida diretamente por eles, mas por terceiros, conhecidos que lhes contavam algo. Como vemos com o entrevistado 43:

“Há postos de saúde em lugares onde vivem muitos bolivianos e os médicos não gostam de atendê-los muito bem. Como somos estrangeiros, estamos ocupando algo que poderia estar sendo ocupado por um brasileiro. Então, os funcionários que marcam as consultas sempre nos dizem que não há vagas. Então nós conversamos com os brasileiros e ele no dizem que sim (há vagas) (...) Mas no meu caso sim. Eu creio que fui bem atendido. No caso de outras pessoas... como temos outros familiares aqui, como irmãos, primos, cunhados, eles passaram mal...” (Homem, 26 anos, de La Paz, há 3 anos em São Paulo).

Também ouvimos entrevistados que acham que, apesar de existir discriminação na sociedade brasileira, ela não acontece nos postos de saúde. Esse é o caso do entrevistado 40:

"Sim, porque não nos discriminam. Nos postos nos atendem, não há discriminação. Isso acontece nas ruas, mas não nos postos. Nos meios de transporte também não. Por exemplo, quando os assentos do ônibus estão todos ocupados e nós estamos com crianças, sempre nos dão o lugar. São muito boas as pessoas..." (homem, 30 anos, de La Paz, há 1 ano em São Paulo).

Uma das funcionárias da Associação Paulista de Medicina e Escola Paulista de Medicina, entidade gestora dos hospitais e postos de saúde da microregião Vila Maria e Vila Guilherme, que trabalhava com a entrevistada 62, e que já havia trabalhado nas UBS frequentadas pelos imigrantes, acredita que as ações discriminatórias acontecem em um primeiro momento de contato com a nova população, mas que aos poucos a equipe do posto se acostuma com a presença daquelas pessoas ali:

“A minha visão, porque eu já trabalhei muito em posto de saúde, não é só com boliviano não, é com qualquer um diferente. Até com nordestino a gente já viu isso. Até com negro a gente já viu. Aquele que está chegando diferente daquilo que eles estão acostumados, eles fazem essa... Mas depois, aí passa, porque é aquela coisa de... É aquele choque”.

A própria funcionária⁹⁵ mostra em sua fala uma mentalidade que quase justifica a existência da discriminação por parte da equipe dos postos:

“Porque o brasileiro fala que é muito amigável, mas na realidade é porque nunca sofreu uma *invasão* como agora. Agora que a gente está vendo que essa coisa não é assim. Principalmente porque está concorrendo no nicho de emprego deles, principalmente de bairros pobres. *Aquilo que esse povo está fazendo era para eles estarem fazendo. Não estão.* E aí fica. Mas isso é a coisa que mais tem, que provavelmente você vai ver” (grifo nosso).

Também no caso da entrevistada 63, do serviço social do Hospital Leonor Mendes de Barros (nível gerencial), percebemos uma certa naturalização da discriminação num momento inicial:

“Ahh no começo tinha muito (discriminação). Por exemplo, um dia teve uma situação muito séria, desagradável. Teve uma boliviana, como eu falei, eles não têm essa coisa do banho, da higiene, que a gente tem, ela pegou o absorvente dela e jogou no chão. A auxiliar foi muito grossa com ela, gritou: ‘vai pegar, sua porca, vai tomar banho...’ A gente foi falar com a enfermeira. *Tudo que é novo, dá problema. Tem sempre esse choque inicial, né? Choque cultural mesmo*” (grifo nosso).

Mas com o tempo, a equipe percebeu a importância de promover ações para que seus funcionários entendessem a cultura boliviana e aceitassem melhor os novos pacientes, que segundo ela, surtiu efeito:

“A gente tem os recursos humanos, eles fazem o PAP (um programa de treinamento e acolhimento de novos funcionários), e tem também muito a coisa do dia-a-dia, né? A gente vai conversando. Não vou falar que não tem discriminação. Tem sempre aquela coisa do pé atrás, né? Mas a coisa já minimizou muito. Os médicos já atendem melhor, as enfermeiras já atendem melhor, as auxiliares. Hoje está muito melhor”.

Quando questiono a entrevistada 62, da Associação Paulista de Medicina e Escola Paulista de Medicina, entidade gestora dos hospitais e postos de saúde da microregião Vila Maria e Vila Guilherme (nível gerencial), sobre os instrumentos que a coordenação e o SUS têm para diminuir esses casos de discriminação, a resposta é que existe uma ouvidoria: “Dentro da própria unidade tem serviço de atendimento ao usuário, que é a parte de fazer queixa, e aí a gerente toma uma atitude, ou ela faz queixa para a ouvidoria que é aqui na equipe mesmo”. No entanto, mais tarde ela relata que nunca receberam

⁹⁵ Esta funcionária participou temporariamente da entrevista, em um momento em que adentrou a sala em que acontecia a entrevista 62.

esse tipo de reclamação, e que em geral só os funcionários realizam queixas, em geral sobre outros funcionários.

Observa-se que, quando comparamos a discriminação relatada no Brasil com os relatos que ouvimos nos EUA vemos uma grande diferença. Lá, nenhum de nossos entrevistados relatou haver sofrido discriminação dentro dos postos de saúde, e todos sabiam que isso não poderia acontecer, por questão de ordem legal. Os próprios funcionários que entrevistamos sabiam que, caso discriminassem, se arriscariam a perder seu emprego, e no caso dos médicos, seu direito de clinicar. Regras claras associadas à punição no caso da não observação delas fazem com que nenhum relato nos tenha sido narrado diretamente por nossos entrevistados.

6.4 Formas de enfrentar as barreiras de acesso

Nesta seção veremos como os imigrantes conseguem um bom acesso à saúde – especialmente quando comparado ao acesso que possuíam na Bolívia, apesar das barreiras existentes, que diagnosticamos acima. O Brasil, ao contrário do que acontece nos EUA, não possui políticas públicas ou ações sistemáticas voltadas especificamente à população migrante. No entanto, o Programa Saúde da Família, apesar de ter como público alvo a população de risco no Brasil, tem desempenhado um importante papel na integração dos imigrantes aos serviços de saúde, e em alguns casos, exercendo um papel ainda maior, de orientação em relação aos direitos dos imigrantes. A estratégia de busca ativa do Programa Saúde da Família tem servido ainda para inspirar outros serviços que, sabendo das barreiras naturais dos imigrantes ou população de risco brasileira, vão em busca dos pacientes, como é o caso dos agentes de Prevenção de DST/AIDS e das equipes de ação externa.

Descreveremos ainda as estratégias que os próprios imigrantes e suas comunidades desenvolvem para conseguir ter acesso à saúde, em que se destaca o papel das redes que recebem o migrante quando ele chega ao Brasil, como familiares ou os donos das oficinas em que os imigrantes trabalham. Interessante perceber que estas são muito menores do que às estratégias utilizadas pelos imigrantes brasileiros vivendo nos EUA. Isso demonstra que, de fato, existem menos barreiras a serem ultrapassadas no Brasil.

6.4.1 Sistema que se estrutura para possibilitar acesso

Como já afirmamos, por ser universal, o Sistema Único de Saúde não apresenta muitas barreiras de acesso estruturais para os imigrantes. Mesmo assim, pudemos perceber que algumas ações podem facilitar seu acesso. Além da iniciativa da prefeitura⁹⁶, citada por Silva (2009), de circular pela rede de saúde municipal a informação de que os imigrantes podem ser cadastrados no SUS, e que a ausência de documentos nacional não pode impossibilitar seu acesso ao sistema, pudemos observar que a atuação de Programas já existentes, como o PSF, podem desempenhar um importante papel facilitador e promotor da saúde entre a comunidade imigrante.

Destacamos ainda o papel de alguns burocratas de nível de rua, que utilizam de sua discricionariedade para criar formas de melhorar o acesso da população imigrante à saúde. Apesar de termos realizado poucas entrevistas com burocratas de nível de rua no Brasil, pudemos perceber nelas que sua atuação pode ser fundamental, tanto no sentido de negar, quanto de facilitar o acesso aos serviços de saúde.

Programa Saúde da Família

Como vimos no capítulo 4, não só a população imigrante, mas outros setores sociais, especialmente aqueles mais carentes, enfrentam barreiras diárias para frequentar os serviços públicos, mesmo que sejam gratuitos. A falta de tempo, de recursos para o deslocamento e de informação podem afastar dos serviços de saúde aquela população que mais precisa. Pensando nisso é que surgiu, em 1991, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, que em 1993 deu origem ao Programa Saúde da Família (PSF). O programa tem como objetivo ser a porta de entrada ao sistema de saúde, por meio da atuação de uma equipe⁹⁷ que foca seu trabalho não apenas nos processos de cura, mas também de prevenção, e que trabalha diretamente no território, visitando ativamente as casas de seus pacientes (LOTTA, 2006).

⁹⁶ Nas duas entrevistas que realizamos com trabalhadores de Postos de saúde e Hospitais (no caso a coordenadora da Microregião Vila Maria-Vila Guilherme e com a chefe da assistência social do Hospital Leonor Mendes de Barros) não foi citada essa iniciativa da prefeitura. A iniciativa de informar os atendentes quanto aos procedimentos indicados pelo SUS no caso do paciente ser estrangeiro, que como vimos é muito necessária, partiu das próprias gerências dos hospitais ou microregiões de saúde. No caso do Hospital Leonor Mendes de Barros, que é estadual, a chefe da assistência social afirmou não ter tido nenhum tipo de comunicação com a Prefeitura. Não conseguimos encontrar na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde nenhum responsável por ações voltadas ao público imigrante, com exceção do Programa DST/AIDS.

⁹⁷ A equipe do Programa Saúde da Família é formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quarto a seis agentes de saúde. Estes últimos devem pertencer à comunidade em que trabalha (LOTTA, 2006).

Nas entrevistas que realizamos pudemos verificar o papel que o Programa desempenha nas famílias cadastradas. De nossos 23 entrevistados, apenas 6 participavam do Programa Saúde da Família e todos elogiavam a ação da equipe. Entre as atividades realizadas pela equipe, citadas por nossos entrevistados, estão: a realização de exames em suas casas, o agendamento de consultas com especialistas nos postos de saúde quando necessário, o encaminhamento dos exames que ficavam prontos, além das visitas mensais à família e oficinas de costura. Segundo Xavier (2010), os agentes comunitários de saúde acabam sendo importantes atores no processo de integração dos imigrantes com a sociedade brasileira. Também nós pudemos perceber esse papel em nossa pesquisa. A formação do vínculo entre o imigrante e a equipe do Programa, tão necessária para o engajamento em atitudes preventivas e tratamentos, era facilmente identificada nas entrevistas daqueles que recebiam a equipe.

Em algumas situações pudemos observar que a atuação da equipe chega a ultrapassar as atividades médicas, como demonstra a entrevistada 58:

“Tem uma equipe do posto de saúde que passa na minha casa a cada mês. Eles são muito bons. Por exemplo, ano passado minha irmã teve uma gravidez perigosa, então vinham do posto de saúde até a nossa casa, para ver como ela estava. Depois que ela teve o filho, veio a enfermeira (...) e nos orientou em como tirar o documento (do filho), já que o pai não estava aqui, estava na Bolívia. Então nos ajudou muito”. (Mulher, 37 anos, de La Paz, há 8 anos em São Paulo)

A entrevistada 48, também gosta do Programa, que a ajudou muito na época da gravidez, com o pré-natal: “Quando precisamos de alguma coisa, nos ajudam, como para agendar a consulta nos postos” (mulher, 29 anos, de La Paz, há 10 anos em São Paulo).

No entanto, como visto, a maior parte de nossos entrevistados não recebe a equipe em sua casa. Isso pode acontecer por dois motivos. Em primeiro lugar, pela falta de equipes que consigam abranger todo o território da cidade de São Paulo. Esse é o caso do entrevistado 43, que já havia ouvido falar do programa por conhecidos, mas nunca havia recebido a equipe: “Não passam, não há em Vila Guilherme. Vão a outras zonas, como o Cambuci...mas na minha zona nunca passaram” (homem, 33 anos, de La Paz, há 3 anos em São Paulo).

Além disso, pode ser que a equipe seja impedida por alguns donos das oficinas – em que residem e trabalham a maior parte de nossos entrevistados – de entrar nesses locais para realizar as visitas. A entrevistada 62, da Associação Paulista de Medicina e

Escola Paulista de Medicina, entidade gestora dos hospitais e postos de saúde da microregião Vila Maria e Vila Guilherme (nível gerencial), explica que isso é uma das maiores dificuldades que sua equipe de agentes externos⁹⁸ enfrenta: “Só que entrar nessas casas é complicado. É que não é casa, né, são grandes cortiços que eles moram.”. O Problema se agrava quando o motivo da visita acontece porque um morador da casa foi diagnosticado com Tuberculose, uma doença que, por ser contagiosa, exige que aplique o teste e, em caso positivo, que se trate todos aqueles que se comunicam com o paciente infectado, e que por isso podem ter sido contagiados:

“Tem dificuldade de entrar. E na verdade acaba tendo que entrar, de certa forma, não forçando, mas como nós encontramos um paciente com tuberculose que você tem que fazer a visita, tem que ver quem são os comunicantes. Você tem que identificar onde mora, quantas pessoas tem contato e tal, e tem que investigar...”.

Em alguns casos, é preciso a intervenção da polícia, mas essa é a última opção realizada, porque a equipe sabe que, envolver polícia, pode afastar ainda mais os imigrantes dos postos de saúde.

Outras estratégias de busca ativa

A estratégia de atuar ativamente com a população mais vulnerável teve resultados tão positivos com o PSF que outras iniciativas passaram a utilizar os mesmos princípios. É o caso da equipe de ação externa, utilizada pela Microregião Vila Maria e Vila Guilherme, que forma equipes que atuam diretamente no território, como no PSF, mas com a diferença de não haver um médico.

O Programa DST/AIDS, do município de São Paulo, também adotou a estratégia para os seus “Agentes de prevenção”, responsáveis por ir até as pessoas falando da importância de exames para identificar DSTs e AIDS, distribuindo preservativos, e aproximando os usuários dos serviços de saúde. Visando atingir a população de origem latina, que apresenta altos índices de doenças como a sífilis, a equipe do Centro de Testagem e Acompanhamento DST/AIDS da região Sudeste contratou duas agentes de prevenção latinas: uma boliviana e uma paraguaia. Apesar de voluntárias, elas recebem uma ajuda de custo para dispensar algumas horas de sua semana para realizar o trabalho de prevenção. Além de ser uma busca ativa, o trabalho também está organizado por pares. A ideia de se contratar bolivianas, é que o público boliviano se sinta mais a

⁹⁸ A equipe de agentes externos é uma ideia que se inspira no PSF, mas que não possui Médicos na equipe, apenas enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Essa é a estratégia utilizada pela Microregião Vila Maria – Vila Guilherme.

vontade para falar com elas. Essa mesma lógica também permeia o trabalho com outros públicos específicos, como mulheres, usuários de drogas, jovens. O Programa também buscou adequar alguns de seus materiais de comunicação ao público, fazendo a tradução para o espanhol.

A atuação dos burocratas de nível de rua

Se a discricionariedade dos burocratas de nível de rua pode, em alguns casos, criar dificuldades para o acesso à saúde ou aos serviços públicos, podemos observar, no desenvolvimento desta pesquisa, que ele também pode atuar no sentido de criar ações que possibilitem o acesso.

Um exemplo disso, já citado acima, é a atuação da entrevistada 62, da Associação Paulista de Medicina e Escola Paulista de Medicina, entidade gestora dos hospitais e postos de saúde da microrregião Vila Maria e Vila Guilherme (nível gerencial), que acolhe muitos imigrantes bolivianos. Sua orientação para a equipe em alguns casos contraria os procedimentos previstos no SUS, como a necessidade de comprovante de residência, ou de frequentar os serviços de saúde da região onde a pessoa mora. Mas essa decisão possibilita o acesso à saúde desses imigrantes, que é o fundamental.

O caso do Hospital Leonor Mendes de Barros é bastante ilustrativo da capacidade dos burocratas de nível de rua de criar ações inovadoras, que permitam solucionar os problemas com que se deparam. A equipe de serviço social percebeu a necessidade de criar ações específicas para esse público ao se deparar com um número grande de pacientes bolivianos que chegavam ao hospital para o parto, muitas vezes sem pré-natal, sem nenhuma documentação, sem se comunicar em português, e com os pequenos conflitos que passaram a acontecer entre essa população e os burocratas de nível de rua que os atendiam.

A primeira iniciativa foi a realização de um evento em parceria com o consulado boliviano e a pastoral dos imigrantes sobre a cultura e características da população boliviana. A realização do evento foi inicialmente alvo de críticas por parte de alguns médicos, como relata a entrevistada 65, do serviço social do hospital:

“Eles (a equipe) falavam assim: a gente que é brasileiro não tem acesso, vai dar lugar para os bolivianos, porque que tem que ser assim? (...) Ahh... essa mulher é porca... Mesmo médico e enfermeiros. Então a gente tentou fazer o evento em 2006, mas teve um médico que brigou e o diretor do hospital não deixou a gente fazer aquele ano. Disse que não era o momento. Só em 2007 a gente conseguiu fazer”.

A partir da realização desse evento, formalizou-se a parceria entre o hospital, a Pastoral e o Consulado Boliviano. Desta parceria saiu, por exemplo, um curso de espanhol e aymara para os funcionários do hospital. Além disso, mapeou-se as dificuldades que os bolivianos encontravam para se legalizar no país⁹⁹, e implementou-se ações no sentido de facilitar esse processo, como conta a entrevistada 65:

“Por exemplo, tem um papel que a polícia federal pede para o hospital, comprovando que a mulher teve o bebê aqui e que nasceu vivo. (...) Então demorava para eles virem buscar esse papel, mais ou menos 4 anos. Por que eles tinham medo, por falta de informação, então dificultava muito. A partir desse evento elas passaram a sair do hospital já com esse documento em mãos. Então a mãe já tava com o documento, ela ia fazer o registro, reconhecer a firma no cartório, já ia para a PF, então a legalização facilitou muito, demorou muito menos”.

Além disso, a parceria com o consulado possibilitou que aquelas mulheres sem nenhum documento, nem mesmo o boliviano, pudessem retirar com rapidez um documento que substitui o documento boliviano.

A parceria também faz com que o hospital possa intervir em questões que não poderiam ser ignoradas já que vão um pouco além das responsabilidades do hospital. É como relata a entrevistada 65:

“Teve um caso que a mulher teve um filho com o prognóstico muito ruim, era um bebê que ia morrer, mas a mãe não saía daqui. Ela ficava com o filho até o fim. E ela tinha uma dificuldade porque ela tinha dois filhos maiores. Ela e o marido recebiam dois pratos de sopa, que eles dividiam com os dois filhos. Só que como a mulher não estava trabalhando, virou um prato de sopa só, então não tinha mais a sopa de uma das crianças. Então ela tinha que ir de madrugada, trabalhar, só para ter o prato de sopa. Então a gente teve que intervir junto com a pastoral. Tirar ela de lá, arranjar outro emprego para ela... A gente achou muita desumanidade, e achamos que tinha que fazer algo”.

É interessante perceber que, apesar de muitas dessas ações terem sido iniciativa da equipe de serviço social do Hospital, elas se inserem num programa maior do Governo Federal, o Humaniza SUS. O Programa Humaniza SUS nasceu em 2003 com o objetivo de colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde,

⁹⁹ Uma das formas de conseguir a cidadania brasileira é tendo um filho no Brasil. Nesse sentido, uma maternidade pode auxiliar suas pacientes nesse processo, dando as informações necessárias para que ela consiga regularizar sua situação no Brasil. Anteriormente, essa era uma estratégia muito relevante. Hoje já não é tanto, uma vez que o Brasil assinou, em 2002, o Acordo sobre Residência para Nacionais dos Estados Parte do Mercosul, que inclui também Bolívia e Chile. O Acordo entrou em vigência em 2009, e permite visto temporário para os cidadãos bolivianos, bastando apenas a realização de alguns procedimentos burocráticos e o pagamento de uma taxa.

produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar¹⁰⁰. O Hospital Leonor Mendes de Barros foi um dos 10 hospitais participantes do projeto piloto do Humaniza SUS.

Os resultados dos programas parecem ter sido sentido pela população imigrante. O Hospital tornou-se referência para os bolivianos, e a porcentagem de imigrantes atendidos, não só bolivianos, como paraguaios e chineses, cresceu nos últimos anos, o que pode ser consequência do aumento desta população do Brasil, mas também é resultado da circulação dessas informações pela comunidade imigrante.

6.4.2 Estratégias dos imigrantes para conseguir acesso

Como vimos no caso americano, os imigrantes podem recorrer a inúmeras estratégias para acessar a saúde quando existem barreiras no país receptor, ou quando existe a percepção de diferenças nos tipos de tratamentos. Essas estratégias incluem, por exemplo, a automedicação, a utilização dos serviços de saúde de forma transnacional (MESSIAS, 2002), como a realização de “consultas” à distância ou no retorno ao país receptor. Algumas delas podem gerar consequências negativas à saúde do imigrante, como diagnóstico tardio de doenças, ou problemas relacionados ao mau uso de remédios.

No caso dos imigrantes bolivianos, não verificamos essas duas estratégias, excetuando-se a prática da medicina tradicional, que como vimos não foi citada como uma estratégia fundamental por nossos entrevistados, mas apareceu como algo secundário, para tratar casos de enfermidades leves, como gripes. A utilização de serviços de saúde na Bolívia, em ocasiões de retorno temporário (férias) só foi verificada em um caso, de uma entrevistada que tinha maior poder aquisitivo, e nas visitas à família aproveitava para fazer “check-ups” em médicos privados. Isso mesmo com o fato de o retorno ao país natal ser menos custoso para os imigrantes bolivianos que para os imigrantes brasileiros, em termos tanto financeiros quanto de riscos (como de deportação ou de impossibilidade de retornar ao país receptor).

Entendemos que isso acontece por dois motivos: (1) o acesso à saúde no Brasil é fácil; (2) o acesso à saúde que usufruem no Brasil é considerado melhor que o acesso que tinham na Bolívia, já que tratamentos e, em muitos casos, remédios são gratuitos.

¹⁰⁰ Na prática, o programa quer: redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso; atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; garantia dos direitos dos usuários; valorização do trabalho na saúde; gestão participativa nos serviços. Ele faz isso por meio de formações de multiplicadores nos hospitais.

Interessante perceber que além de não importarem remédios bolivianos, encontramos um caso em que a entrevistada enviava remédios brasileiros para sua família na Bolívia.

Entre as estratégias que verificamos, destacaremos aqui o papel das redes em que os imigrantes se inserem na disseminação de informações sobre o acesso à saúde.

Redes – disponibilizando informações

A falta de informações é uma das variáveis apontadas como uma importante barreira para o acesso dos imigrantes à saúde, especialmente nos primeiros anos de imigração. De fato, chegar a um país em que o sistema de saúde e seus códigos são completamente diferentes daqueles com que se está acostumado pode dificultar o acesso a serviços que, de outra forma, seriam obtidos facilmente. No caso de nossos entrevistados, essas primeiras informações são obtidas por meio de familiares, amigos conterrâneos ou empregadores, que os recepcionam na chegada ao Brasil.

De forma surpreendente, já que, por grande parte da mídia são apontados como algozes e exploradores, os proprietários das oficinas foram citados como importantes peças nesse processo¹⁰¹. Além de empregadores, eles dividem com seus empregados a casa em que a oficina se encontra, e são eles que, na maior parte das vezes, informam o novo empregado sobre o acesso aos serviços de saúde, sobre como tirar a carteira SUS, sobre a localização dos postos de saúde, e alguns chegam até a auxiliar mais diretamente nas primeiras consultas, como esclarece esta entrevistada (39): “Antes, quando ainda não entendia o português, sempre levava alguém que sabia falar, como a Dona (da oficina)... para que explicasse ao médico o que eu precisava” (mulher, 23 anos, de La Paz, há um ano em SP). A entrevistada 40 também conta que foi a chefe quem lhe mostrou onde fazer a carteira SUS: “Meu chefe me levou. Ele me levou ao posto de saúde e ao hospital, ele nos levou para começar, para quando ficássemos

¹⁰¹ Como mostra relatório da ONG Repórter Brasil: “O quadro encontrado pelos agentes do poder público (Superintendência Regional do Trabalho e Emprego de São Paulo), e acompanhado pela Repórter Brasil, incluía contratações completamente ilegais, trabalho infantil, condições degradantes, jornadas exaustivas de até 16h diárias e cerceamento de liberdade (seja pela cobrança e desconto irregular de dívidas dos salários, o *truck system*, seja pela proibição de deixar o local de trabalho sem prévia autorização). Apesar do clima de medo, um dos trabalhadores explorados confirmou que só conseguia sair da casa com a autorização do dono da oficina, concedida apenas em casos urgentes, como quando teve de levar seu filho às pressas ao médico”. Esse trecho reforça ainda mais o que o que a entrevistada 62, da Associação Paulista de Medicina e Escola Paulista de Medicina, entidade gestora dos hospitais e postos de saúde da microregião Vila Maria e Vila Guilherme, citou em sua entrevista, sobre a impossibilidade das equipes de saúde de adentrarem as oficinas para consultar os imigrantes. Fonte: <http://www.reporterbrasil.org.br/exibe.php?id=1925> último acesso: 13/12/2011.

doente. Aí eu fui ao hospital e tirei (a carteirinha do SUS)” (mulher, 21 anos, de La Paz, há 2 anos em São Paulo).

A condição de morar no mesmo local de trabalho, o que é visto por muitos como uma situação degradante, é relativizada por alguns de nossos entrevistados, que vêem nessa situação uma oportunidade para a poupança e remessas. Essa opinião foi expressa por vários de nossos entrevistados, e na fala da entrevistada 31: “De segunda a sexta, trabalho na mesma casa onde eu vivo. (...) Os donos são bons. São bolivianos também. (...) Não ganho tanto, mas aqui você economiza, porque você vive numa casa e não paga nada, só ganha o que trabalha, não precisa pagar comida e outras coisas, eles é que pagam” (mulher, 20 anos, de La Paz, há um ano em São Paulo).

Essa solidariedade pode ser movida pelo auto-interesse, já que não é interessante para o dono da oficina que um de seus funcionários fique doente, mas também é certo que, por compartilharem do mesmo espaço de trabalho e moradia, e, em muitos casos, de laços familiares, pode existir de fato uma vontade de colaboração. Isso não quer dizer, porém, que não haja as situações de desrespeito à dignidade humana já relatada pelos autores e alvo de ações do Ministério Público do Estado de São Paulo.

Outros entrevistados conseguiram as informações com outros conterrâneos que já viviam em São Paulo, como é o caso do entrevistado 43: “como nós trabalhamos com bolivianos, eles também nos ajudam muito. Aqueles que já estão há mais tempo e têm mais experiência nos guiam também... nós também ensinamos as outras pessoas que não conhecem” (homem, 26 anos, de La Paz, há 3 anos em São Paulo).

Educação: um contraponto interessante

Se ainda há muito para se fazer para eliminar de vez as barreiras existentes ao acesso universal à saúde, podemos dizer que a Educação ainda está mais atrasada, como nos relata a entrevistada 52, que teve que enfrentar maiores dificuldades para conseguir matricular seu filho em uma escola pública brasileira:

“Para matriculá-los foi um pouco difícil. Me pediram todos os boletins escolares bolivianos dos meus filhos. A diretora me disse ‘Não, este livreto está em espanhol, você tem que trazer traduzido para o português’. Eu perguntei e eles me disseram para ir até a Universidade de São Paulo para que aí traduzissem. Eles queriam saber a equivalência”(mulher, 30 anos, de La Paz, há 4 anos em São Paulo).

Interessante observar que, apesar de ser um país muito mais pobre, e do sistema de saúde ser pior que o brasileiro, o que é reconhecido pelos imigrantes que

entrevistamos, o mesmo não acontece com o sistema educacional boliviano. Todos os nossos entrevistados acham que as escolas bolivianas ensinam melhor. A fala da entrevistada 40 traduz bem esse pensamento:

“As escolas lá são fortes. Aqui não é muito forte o estudo. Lá te dão tarefas para fazer em casa, exames orais, escritos. Onde você está sentado, nas cadeiras, a professora na frente, ela te pergunta algo, você tem que responder. Na Bolívia, a educação é um pouco mais forte do que aqui. Segundo o que eu me dei conta, o Brasil está um pouco atrasado. Se você pede para uma criança, os filhos dos bolivianos aqui, cantar o hino nacional, não sabem... se você pede para fazerem uma conta, também não sabem... Na Bolívia não é assim, é forte! Te dão trabalho para casa, você tem que pesquisar, estudar...” (mulher, 21 anos, de La Paz, há 2 anos em São Paulo).

Alguns entrevistados inclusive preferiram enviar seus filhos à Bolívia, para que aí pudessem estudar, como é o caso do entrevistado 38: “O estudo da prefeitura, isso não é bom. É muito baixo. Por isso meus filhos estão estudando na Bolívia e lá sim eles aprendem bem” (homem, 53 anos, de La Paz, há 8 anos em São Paulo).

A educação infantil parece ser melhor, como é o caso da entrevistada 48, que possui uma experiência diferente e é muito satisfeita com a educação recebida pela filha pequena no Brasil:

“Tem lugares que tem 3 horas de EMEI (Educação Infantil). A minha filha, no ano passado, estudou em período integral. Ela ficava das 7hs às 3hs da tarde. Eu sei que nesse ano mudou. A escola informou que o prefeito quer acabar com o (período) integral. No ano passado eram dois turnos, com duas professoras. Era uma das 7hs as 11hs e a outra das 11hs as 15hs” (mulher, 29 anos, de La Paz, há 10 anos no Brasil).

Conclusão. Afinal, que diferença faz o sistema universal?

Tendo chegado até aqui, é impossível não nos determos diante da pergunta: que diferença faz o sistema de saúde público ser universal ou não, para que os imigrantes tenham acesso à saúde? No decorrer desta pesquisa, pudemos perceber que a resposta é mais complexa do que se poderia esperar. Destacaremos abaixo algumas das conclusões desta pesquisa que nos ajudam a responder a pergunta acima. Em primeiro lugar, retomamos a importância do estabelecimento de direitos universais, e de um sistema que o garante, como no caso brasileiro. Em seguida, mostraremos que políticas multiculturalistas, como aquelas existentes no caso de Boston, são necessárias para diminuir as barreiras que se formam na demanda. Evidenciaremos também o papel que o acesso à saúde pode desempenhar no processo de integração dos imigrantes em seus países receptores. Por fim, indicaremos alguns temas que poderiam ser mais explorados em pesquisas futuras.

O sistema universal de saúde faz diferença, por um simples motivo: nele não está em questão o acesso à saúde como um direito do imigrante. Isto institui uma lógica que está por trás de todo o sistema, e faz com que o atendimento não possa ser negado. Como vimos, essa característica já elimina grande parte das barreiras que outros sistemas de saúde, como o de Massachusetts¹⁰², possuem. No SUS, os procedimentos burocráticos são bastante reduzidos, não há custos financeiros para o paciente, e os imigrantes não são diferenciados em relação aos brasileiros pelos burocratas de nível de rua: todos são igualmente pacientes em busca de saúde.

Isso não quer dizer que não existam barreiras para o acesso dos imigrantes bolivianos à saúde em São Paulo. O caso brasileiro mostra que é necessário mais que o estabelecimento do direito à saúde na constituição. A implementação das políticas que garantem esse direito no Brasil ainda é um desafio para os gestores públicos. Mesmo que o estado de São Paulo tenha os melhores indicadores de saúde do país¹⁰³, ainda

¹⁰² Me refiro especificamente ao sistema de saúde de Massachusetts porque ele possui grandes especificidades em relação ao sistema Americano, como já foi mostrado no capítulo 4.

¹⁰³ Segundo os Indicadores e Dados Básicos (2010) disponibilizado pelo DATASUS, São Paulo é o terceiro estado da federação brasileira com mais médicos por paciente (2,52), o quarto com a menor taxa de mortalidade infantil (12,6 em 2008), e o estado que apresenta o maior percentual de mulheres que fizeram 7 ou mais consultas no pré-natal (mais de 70%), e o segundo estado que mais realiza consultas médicas por habitantes (3,38).

Fonte:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2010/matriz.htm?saude=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Fc>

existem filas para a realização de consultas e tratamentos, engrossadas agora pelos imigrantes que aqui chegam. Verificamos também que alguns dos nossos entrevistados relataram ter sofrido discriminação ao utilizarem os serviços de saúde. Nesse ponto é importante ressaltar que, por mais que existam leis que coíbam a discriminação de qualquer tipo nos serviços públicos e que existam canais de ouvidoria disponíveis para denúncias, a falta de divulgação dos mesmos e a inexistência de mecanismos claros de punição fazem que ela ainda exista e seja percebida pelos nossos entrevistados. As entrevistas realizadas com os burocratas de nível de rua mostram que existe uma tendência à naturalização dessa discriminação, encarada como normal nos primeiros momentos de contato entre esses funcionários e “o diferente”. Mas essa discriminação pode afastar os imigrantes dos serviços de saúde públicos.

No entanto, também no caso de Massachusetts pudemos observar que os brasileiros, mesmo os indocumentados, têm acesso à saúde e que o atendimento tende a ser muito bem avaliado. Compreendemos que isso é resultado de um sistema que se estrutura para permitir o acesso a todos embora a política não seja universalista e nem o sistema seja público estrito senso. A orientação multiculturalista - nos diversos programas específicos e focalizados para a população imigrante - desempenha um papel fundamental no enfrentamento das barreiras que se formam na demanda, ou seja, nas características dos imigrantes. A comunicação, tão essencial para uma boa interação entre médico e paciente, tem normas específicas que tratam sobre a necessidade de intérpretes, o que faz com que nenhum de nossos entrevistados tenha apontado problemas nessa área. Esses intérpretes também recebem treinamento e tem sua profissão bastante regulamentada, o que faz com que sua atuação vá além da simples tradução do diálogo entre médico e paciente, desempenhando, em muitos casos, um importante papel de mediadores culturais.

Somada à orientação de uma política multicultural, o sistema de dominância privada também predispõe que a competição entre as clínicas e hospitais por clientes – uma vez que mais clientes podem significar mais recursos - forneça incentivos para que se desenvolvam ações com o objetivo de atrair o imigrante, tais como campanhas de prevenção de doenças em várias línguas, “busca” ativa para localizar e lembrar os pacientes para que façam exames periódicos, auxílio no preenchimento do requerimento

do seguro governamental (dando dicas necessárias para que o paciente acesse os mecanismos de financiamento).

Impressiona o fato de não termos ouvido, em nenhuma das entrevistas por nós realizadas, relatos de discriminação. Sabemos que isso não quer dizer que esses atos não existam, inclusive vimos no capítulo 5 alguns relatos que indicam que eles possam existir¹⁰⁴, mas é preciso destacar que todos os nossos entrevistados acham que são tratados tão bem quanto e, em alguns casos, até melhor¹⁰⁵ que os próprios americanos. Mesmo quando questionamos sobre pequenos incidentes, nenhum caso nos foi relatado. Isso contrasta bastante com a experiência brasileira. Nos EUA, os funcionários são diretamente orientados sobre as consequências de atos discriminatórios. Treinamentos e avaliações periódicas junto aos funcionários de nível de rua também são realizados, disseminando valores e normas entre os funcionários.

Contudo, é importante ressaltar que na zona metropolitana de Boston, o bom acesso à saúde que nossos entrevistados declaram usufruir, se deve menos à inexistência de barreiras e mais às formas com que os imigrantes se estruturaram para conseguirem contorná-las, ou à criação de mecanismos que, paradoxalmente, o próprio sistema - que é excludente por não ser universal - cria. Como vimos ao longo do capítulo 5, procedimentos administrativos complexos, a necessidade, em alguns casos, de pagamento para obter atendimento, a ausência de cobertura para determinados procedimentos de saúde são barreiras que precisam ser contornadas para que os imigrantes consigam ter acesso à saúde. Elas se juntam a uma fundamental: o principal mecanismo que garante o acesso à saúde dos indocumentados (*Health Safety Net*) não foi desenhado para garantir aos imigrantes o seu direito à saúde. Ele é um mecanismo para auxiliar os hospitais, evitando que eles não tenham prejuízo econômico/financeiro.

Este dado é fundamental, pois evidencia que o sistema não se estrutura para proteger os direitos dos imigrantes, nesse caso indocumentados, mas sim para proteger as empresas privadas. Isso torna o sistema mais vulnerável a crises econômicas e a mudanças políticas. Como pudemos observar, nos últimos anos foram sendo inseridas diversas pequenas barreiras, como por exemplo, a necessidade da renovação anual do

¹⁰⁴ O próprio Lipsky (1980) relata que é impossível acabar completamente com esses atos, pelas próprias características das burocracias de nível de rua. No entanto, seria preciso estudos mais aprofundados para conseguir observar aqueles tipos de atos discriminatórios que não são percebidos diretamente pelos pacientes que o sofrem.

¹⁰⁵ Isso no caso dos imigrantes indocumentados que possuem *Health Safety Net* e não precisam pagar por seus tratamentos de saúde, ao contrário dos americanos com renda, que precisam fazê-lo.

Health Safety Net, que não existiam antes. Nesse caso, pode-se indagar se o direito à saúde realmente é tido como um valor fundamental para o estado.

Aprendizados

Os dois sistemas, o de MA e o brasileiro, possuem barreiras, mas os dados analisados nessa pesquisa nos permitem extrair aprendizados importantes sobre o acesso dos imigrantes à saúde, especialmente no que diz respeito ao desenvolvimento e extensão do acesso.

A princípio, o sistema universal, por todas as características citadas, apresenta muitas vantagens quando se trata de garantir o acesso dos imigrantes à saúde, simplesmente porque a universalidade não exclui ninguém: a saúde é de fato para todos, sejam eles cidadãos ou não. Mas tratar os imigrantes da mesma forma com que os brasileiros são tratados, sem reconhecer suas necessidades e diferenças, também desconsidera a necessidade deste público por políticas e ações específicas. Como vimos no capítulo 2, é legítimo que se desenvolva essas políticas, uma vez que elas criam termos mais justos de integração à sociedade receptora. As políticas multiculturalistas adotadas nos EUA eram vistas por nossos entrevistados não só como ferramentas que facilitavam seu acesso ao médico, mas sim como um sinal de respeito daquele estado que os recebe¹⁰⁶. Esse mesmo respeito apareceu em diversas outras situações, como por exemplo, quando os imigrantes se envolviam em alguma disputa judicial, com empregadores ou ex-maridos, e conseguiam seus direitos mesmo sendo indocumentados. O depoimento da entrevistada 20 mostra isso:

“Porque lá no Brasil, uma mulher apanha de um homem e fica a mesma coisa, aqui é bem diferente. A lei aqui é para o rico e para o pobre. Lá no Brasil é só para os pobres, só para os pobres. É uma experiência de apanhar que eu passei lá no Brasil e passei aqui também. Aí pronto, eu vi a diferença. Eu tinha medo por isso, por eu ser presa, ficar lá e não poder manter os meus filhos, mas no momento que eu descobri que a polícia aqui não tem nada a ver com a imigração, ou com problema de passagem no México, aí eu falei. Eu tomei providência. No outro dia eu fui à corte e ele está preso, já tem quarenta dias que ele está preso. (mulher, 45 anos, de Governador Valadares, há 7 anos no Brasil)”

¹⁰⁶ Mesmo que, em muitos outros sentidos, esse estado também tivesse facetas que os ameaçavam, como o medo de deportação, que aparecia em situações muito específicas, como por exemplo, ao dirigirem um carro e serem parado por um guarda de trânsito. Mas esse medo também ia desaparecendo na medida em que os imigrantes percebiam que ser deportado era algo difícil de acontecer, especialmente em Massachusetts.

Essa entrevistada, mesmo sendo indocumentada, teve acesso ao mesmo programa de proteção de mulheres que as americanas. Ao ir para a corte dar seu depoimento, contou com o auxílio de um intérprete para poder se comunicar com o juiz. E foi pela existência desses mecanismos que ela deixou de passar pela situação de abuso que se encontrava.

No caso dos bolivianos, por ser a língua espanhola relativamente parecida com o português, a comunicação acaba se estabelecendo de alguma forma. Mas o Brasil está agora recebendo outros fluxos migratórios, como é o caso dos Haitianos que recentemente chegaram à região norte do Brasil, ou da população chinesa e coreana em São Paulo. Nesses casos, atender os pacientes e estabelecer vínculos com eles pode se tornar mais difícil, e realmente dificultar o acesso e tratamento desses imigrantes. Não se pode depender da boa vontade de um voluntário ou funcionário que tenha uma inclinação pessoal humanista, ou das estratégias dos imigrantes, como por exemplo, a de levar alguém da família para a tradução do diálogo com o médico¹⁰⁷. A questão deve ser institucionalmente enfrentada e de modo profissional, com treinamentos para que este papel seja bem desempenhando. Além disso, como já enfatizamos, é preciso desnaturalizar a discriminação, mesmo num primeiro momento de contato, e criar instrumentos que a coíbam, ou pelo menos diminuam efetivamente, esse tipo de atitude. A experiência americana mostra que isso é possível.

Políticas multiculturais significam maior dispêndio do gasto público, no caso do Brasil. Mas é preciso lembrar que os imigrantes também estão contribuindo para a economia e para o desenvolvimento social do país que os recebe e, por isso, tem direito a ações que facilitem sua integração à sociedade receptora. De uma perspectiva mais utilitarista, há que considerar, ainda, o volume de recursos que seria gasto, caso essa população tivesse doenças agravadas por falta de tratamento (inclusive) preventivo, ou ainda de contágio do restante da população¹⁰⁸ (MACPHERSON et. al., 2007).

¹⁰⁷ Mesmo porque, como vimos no caso Americano, essas estratégias podem interferir nos procedimentos necessários a um bom atendimento/tratamento.

¹⁰⁸ Interessante perceber que, diante da entrada de imigrantes Haitianos em território brasileiro, uma das primeiras medidas realizadas pelo governo federal foi o envio de kits de detecção de vírus HIV e da hepatite. Conforme relata matéria publicada no portal Terra “Nilson Mourão, secretário de direitos humanos do Acre, informou que o governo enviou os kits de diagnóstico de eventuais portadores do vírus da AIDS. Como a rede pública do município não tem condição de fazer a análise do sangue colhido, o material seguirá para a capital, Rio Branco”.

Fonte: <http://noticias.terra.com.br/brasil/noticias/0,,OI5546659-EI8139,00-secretario+haitianos+deixarao+cidade+do+AC+a+partir+de.html> Data de acesso: 10/01/2012

Por fim, é preciso destacar o papel que o acesso à saúde pode desempenhar na integração dos imigrantes nas sociedades que os recebem. Nos dois casos que analisamos, encontramos elementos que mostram que conseguir acesso à saúde passa a ser uma das primeiras (se não a primeira) formas de interação que os imigrantes têm com as instituições do país que os recebe. Conseguir acesso e serem tratados com respeito pode influenciar na forma como esse imigrante se sente em relação ao país receptor. Como afirmamos acima, no caso dos EUA, os imigrantes brasileiros se sentiam tão respeitados quanto os americanos ao receberem tratamento de saúde. Alguns de nossos entrevistados sentiam, inclusive, que eram mais respeitados do que em seu país de origem, já que no Brasil tinham que enfrentar longas filas, ou tiveram parentes que faleceram por falta de tratamentos médicos que poderiam curá-los.

O caso brasileiro é bastante emblemático porque o sistema de saúde acaba tendo um papel importante no processo de legalização dos imigrantes, especialmente dos recém-chegados. Isso porque ter filhos em território nacional é uma das formas de se legalizar, e por algum tempo, foi uma das maneiras mais fáceis¹⁰⁹. Por isso, observamos que os funcionários dos hospitais e postos de saúde que entrevistamos no Brasil estão desenvolvendo ações que visam enfrentar uma das grandes barreiras contidas na demanda que a literatura apontou: a condição de residente “ilegal” (LECLERE et al., 1994). Esses equipamentos de saúde passaram a informar, e até auxiliar, os imigrantes no processo de documentação, como vimos ser o caso do Hospital Leonor Mendes de Barros em São Paulo, que firmou uma parceria com o consulado boliviano para agilizar aquisição de documentos. Além disso, a carteira SUS ganhou um status importante para os imigrantes, tornando-se, na maior parte dos casos, seu primeiro documento brasileiro.

Estudos futuros

Em vários momentos pudemos perceber o papel essencial que os burocratas de nível de rua podem exercer, tanto facilitando quanto dificultando o acesso dos imigrantes à saúde. Infelizmente, por falta de tempo hábil, não conseguimos realizar o número de entrevistas necessárias para que pudéssemos entender melhor esta questão.

¹⁰⁹ Não estamos afirmando que as mulheres têm filhos deliberadamente para se legalizarem. A maior parte chega ao Brasil em idade reprodutiva, então é normal que tenham filhos. Mas ter filhos pode ter como consequência a documentação. Importante lembrar que, desde 2009, os bolivianos podem residir no Brasil legalmente, mas é necessário que se faça um processo bastante burocrático para que essa residência temporária se regularize.

Pesquisas futuras poderiam ser desenvolvidas para se compreender como se formam as motivações para as ações promovidas.

Outra importante questão seria investigar se esses agentes se utilizam de discricionarieidade para aumentarem sua capacidade de ação, e quais sistemas privilegiam isso. Nos poucos casos que vimos, pudemos perceber que o sistema universal de saúde dá espaço para que os burocratas de nível de rua possam agir como facilitadores do acesso à saúde dos imigrantes, especialmente porque não têm que justificar a legitimidade de seus objetivos. No entanto, os recursos escassos acabam limitando essas ações. Ao mesmo tempo, pareceu-nos que o sistema americano diminui o espaço de ação de seus burocratas, que têm suas ações bem delimitadas e reguladas por objetivos, metas, treinamentos e requisitos para financiamentos específicos. Se por um lado isso apresenta vantagens - já que, no caso de Massachusetts, metas e requisitos para financiamento estimulam o desenvolvimento de políticas multiculturais - é preciso indagar se, por outro, isso não diminui o espaço para a criatividade e desestimula a proposição de soluções por parte de seus burocratas de nível de rua.

Referências bibliográficas

- ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. "A Framework for the Study of Access to Medical Care" *Health Services Research*, Chicago, Volume 9; pp. 208-220, 1974
- ANDERSON, B. *Imagined Communities: Reflections on the Origin and Spread of Nationalism*. London: Verso, 1991.
- ANGOTTI, B.; NUNES, N. *Conquistando direitos – a experiência do Projeto Piloto Direito à saúde da Mulher Negra* São Paulo: Conectas Direitos Humanos, 2010.
- AZEVEDO, F. A. G. de, *A presença de trabalho forçado na cidade de São Paulo: Brasil/Bolívia*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Integração da América Latina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- BATAEIRO, M. O. *Acesso, vínculo e adesão ao tratamento para a tuberculose: dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde*. 259p. Dissertação (Mestrado em Ciências) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.
- BENHABIB, S. *The rights of others: aliens, residents and citizens*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.
- BISPO JÚNIOR, J. P.; MESSIAS, K. L. M. Sistemas de Serviços de Saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. In: Revista saúde.com, Ano 1, nº 1, 2005
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação em saúde: caderno de legislação de saúde do trabalhador. 2. ed. ver. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- CAPPS, R.; ROSEMBLUM, M. R.; FIX, M. *Immigrants and Health Care Reform: What's Really at Stake*. National Centre on Immigrant Integration Policy, 2009
- CAREY, D.; HERRING, B.; LENAIN, P. *Health Care Reform in the United States* OECD Economics Departments Working Papers, No 665, OECD publishing, 2009.
- CIA – THE WORLD FACTBOOK. *Dados Brasil e Bolívia*. Disponível em: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/br.html>
Acesso em: 15/04/2010.
- COENTRO, L. U. *Políticas Públicas e Gestão das Migrações Internacionais: uma reflexão sobre os migrantes qualificados*. Dissertação (Mestre em Administração

- Pública e Governo) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2011.
- CORTÉS, D. E. *“No One Asked Me” Latinos’ Experiences with Massachusetts Health Care Reform*. Robert Wood Johnson Foundation, 2009.
- CRENSHAW, K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. *Stanford Law Review*, Vol. 43. No. 6, pp. 1241 – 1299. Julho, 1991.
- D’OLIVEIRA, C. F. de A construção de Políticas Públicas Regionais: saúde, educação, assistência social e saúde. In: MARTES, A. C. B. e SPRANDEL, M. A. *MERCOSUL e as Migrações: os movimentos nas fronteiras e a construção de políticas públicas nacionais de imigração*. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2008.
- DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA; Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf> último acesso: 13/04/2010.
- DUARTE, N. A.; *A utilização transnacional e complementar de serviços de saúde por emigrantes de Governador Valadares- MG nos Estados Unidos*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio, 2010.
- EVANS, T.; Harris, J. Street-level Bureaucracy, Social Work and the (Exaggerated) Death of Discretion. *British Journal of Social Work*. V. 34, pp. 871-895, 2004.
- EVARA, S. V. *Guide to Methods for Students of Political Science* London, Cornell University Press, 1997.
- FLEISHER, S. R. *Passando a América a Limpo: O trabalho de housecleaners brasileiras em Boston, Massachusetts*. São Paulo: Annablume, 2002
- FMI. *World Economic Outlook*, 2010 Disponível em: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2010/01/weodata/weorept.aspx?sy=2004&ey=2011&scsm=1&ssd=1&sort=country&ds=.&br=1&pr1.x=83&pr1.y=12&c=193%2C542%2C122%2C137%2C124%2C181%2C156%2C138%2C423%2C196%2C935%2C142%2C128%2C182%2C172%2C576%2C132%2C936%2C134%2C961%2C174%2C184%2C532%2C144%2C176%2C146%2C178%2C528%2C436%2C112%2C136%2C111%2C158&s=LUR&grp=0&a=> Último acesso: 30/03/2010.

- FRASER, N. Rethinking Recognition. *New Left Review*, 3, 107 – 120, Maio – junho, 2000.
- _____. Reenquadrando a Justiça em um mundo Globalizado. *Lua Nova*, São Paulo, 77; 11-39, 2009
- GREEN, D. Pain-cost and opportunity-cost. *The Quarterly Journal of Economics*. 8(2), 218–229, 1894.
- GOLDBERG, A. “Paciente boliviano tuberculoso”. *Representaciones del personal sanitario sobre la identidad y el estilo de vida de inmigrantes bolivianos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Trabalho apresentado na VIII Reunión de Antropología del Mercosur (RAM), 2009.
- HUBER, J. D.; SHIPAN, C. R. *Deliberate Discretion: the intitucional foundations of bureocratic autonomy* Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
- Health Care Reform, The New York Times, 2010. Disponível em:
http://topics.nytimes.com/top/news/health/diseasesconditionsandhealthtopics/health_insurance_and_managed_care/health_care_reform/index.html?scp=1-spot&sq=health%20care%20reform&st=cse
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA AVANÇADA (IPEA) *Sistema de Indicadores de Percepção Social: Saúde*. Disponível em:
http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf
 Acesso em: 15/04/2010.
- JOUËT-PASTRÉ, C.; RIBEIRO, B. T.; GUIMARÃES, S. A. L.; The Concept of Time and Conflicting Expectations of Brazilian Women in Clinical Settings. In: JOUËT-PASTRÉ, C.; BRAGA, L. J. (Ed.) *Becoming Brazuca: Brazilian Immigration to the United States*. Cambridge: Harvard University David Rockefeller Center for Latin American Studies, 2008.
- KLIKSBERG, B. O que significa viver na América Latina, a mais desigual das regiões? O caso da saúde Pública. In: SEN, A. e KLIKSBERG, B. *As Pessoas em Primeiro Lugar: a Ética do Desenvolvimento e os Problemas do Mundo Globalizado* São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- KYMLICKA, W. *Contemporary Political Philosophy: An Introduction* Oxford: Oxford University Press, 2002
- _____. *Multicultural Citizenship: A New Theory of Minority Rights* Oxford: Oxford University Press, 1995

- KYMLICKA, W.; BANTING, K. 'Immigration, Multiculturalism, and the Welfare State'. *Ethics & International Affairs*; V.20, N.3; Pp: 280 – 304: 2006
- LAMPHERE, L. "Introduction: The Shaping of Diversity Chicago" in LAMPHERE, L. (editora) *Structuring Diversity: Ethnographic Perspectives on the New Immigration*, Chicago: The University of Chicago Press, 1992
- LECLERE, F., JENSEN, L. e BIDDLECOM, A. E. 'Health Care Utilization, Family Context, and Adaptation Among Immigrants to the United States' in *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 35. No. 4. pp. 370-384 Dez. 1994
- LIPSKY, M. *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation, 1980
- LOTTA, G. S. *Implementação de Políticas Públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos Burocratas de Nível de Rua do Programa Saúde da Família*. Tese (Departamento de Política) - Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.
- _____. *O Papel das Burocracias de Nível da Rua na Implementação de Políticas Públicas: Entre o Controle e a Discricionariedade*. (No prelo)
- _____. *Saber e Poder: Agentes Comunitários de Saúde Aproximando Saberes Locais e Políticas Públicas*. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) Escola de Administração de Empresas de São Paulo Fundação Getúlio Vargas. São Paulo: 2006.
- MACPHERSON, D. W.; GUSHULAK, B. D.; MACDONALD, L. Health and Foreign Policy: influences of migration and population mobility; *Bull World Health Organization*, 85 (3): 200 – 206, 2007 Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636223/> Último acesso: 10/01/2012.
- MADI, M. C.; CASSANTI, A. C.; SILVEIRA, C. Estudo das representações sociais sobre gestação em mulheres bolivianas no contexto da atenção básica em saúde na área central da cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, v. 18, supl. 2, 2009.
- MARCELLI, E.; HOLMES, L.; ESTELLA, D.; DA ROCHA, F.; GRANBERRY, P. e BUXTON, O. *(In)Visible (Im)Migrants: The health and Socioeconomic Integration of Brazilians in Metropolitan Massachusetts*. San Diego, CA: Center for Behavioral and Community Health Studies, San Diego University, 2009.

- MARTES, A. C. B.; FALEIROS, S. M. *Acesso à Saúde e Migrações Internacionais: os bolivianos na cidade de São Paulo*. Paper apresentado ao GT de Políticas Públicas da ENANPAD, 2011.
- MARTES, A. C. B.; SPRANDEL, M. A. *Mercosul e as Migrações: os movimentos nas fronteiras e a construção de políticas públicas nacionais de imigração*. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2008.
- MARTES, A. C. B. *Gestión Pública de la Inmigración em Brasil*. In: FISHER-BOLLIN, P. (editor) *Migración y Políticas Sociales em América Latina* Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2009.
- _____. *New Immigrants, New Land: a study of brazilians in Massachusetts*. Gainesville: University Press of Florida, 2011
- _____. *Brasileiros nos Estados Unidos: um estudo sobre imigrantes em Massachusetts*, São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- MAZZA, J. e SOHEN, E. *On the Other Side of the Fence: Changing Dynamics of Migration in the Americas*. Banco Interamericano de Desenvolvimento, Maio, 2010. Disponível em: <http://www.migrationinformation.org/Feature/display.cfm?id=784> Acesso em: 05/05/2010.
- MCDONOUGH, J. E.; ROSMAN, B.; FAWN, P.; e SHANNON, M. ‘The Third Wave of Massachusetts Health Care Access Reform’ in *Health Affairs*, 25, no.6 (2006)
- MEDINA, S. E. M., *El Sistema de Salud Boliviano*, 2008. Disponível em: <http://www.monografias.com/trabajospdf/sistema-salud-boliviano/sistema-salud-boliviano.pdf>; Acesso em: 15/04/2010.
- MESSIAS, D. K. H. *Transnational Health Resources, Practices, and Perspectives: Brazilian Immigrant Women’s Narratives*. Journal of Immigrant Health, Vol. 4, No. 4 October, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programáticas Estratégicas Legislação em Saúde: caderno de legislação de saúde do trabalhador*. 2. ed. ver. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- Ministerio de Planificación del Desarrollo. *Plano Nacional de Desenvolvimento: Bolívia Digna, soberana, produtiva e democrática para viver bem. Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y democrática para vivir bien.2006*

- MINISTERIO DE SALUD Y DESPORTO, 2006; *Plan Nacional de Desarrollo Sectorial – Salud*; Disponível em: http://saludpublica.bvsp.org.bo/constituyente/politica_nacional/3.htm Data de acesso: 25/04/2010.
- NOGUEIRA, V. M. R. *Direitos Humanos – a antinomia igualdad X equidade* Anais do XVIII Seminário Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social – La custión social y la formación profesional em Trabajo Social em el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana; San José – Costa Rica, de 12 a 14 de julho de 2004.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES (OIM). *Perfil Migratório no Brasil 2009*. Brasília: OIM, 2010.
- PAREKH, B. *Rethinking Multiculturalism* Segunda Edição, Basingstoke: Palgrave Masmillian, 2006.
- PATARRA, N. L. *Migrações Internacionais de e para o Brasil Contemporâneo: volumes, fluxos, significados e políticas* São Paulo em Perspectiva, v.19, n. 3, p. 23-33, jul/set. 2005.
- PINTO, R. P. “A educação do negro: uma revisão da bibliografia”. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, p. 3-34, Agosto de 1987
- PIRES, R. R. C. Burocracia, discricionariade e democracia: alternativas para o dilema entre controle do poder administrativo e capacidade de implementação. *Cadernos de Gestão Pública e Cidadania*, V. 14, N 54 pp. 147 – 187, Jan/Jun de 2009.
- PORTES, A. (editor). *The Economic Sociology of Immigration*. New York: Russell Sage Foundation, 1995.
- PORTES, A.; KYLE, D. e EATON, W.W. ‘Mental Illness and Help-seeking Among Mariel Cuban and Haitian Refugees in South Florida’ in *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 33, No. 4, pp. 238-298, dez – 1992.
- Reforma da saúde nos EUA manterá latinos aliados, Folha de São Paulo, 20/03/2010
Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/mundo/ult94u709674.shtml>
- ROMERO-ORTUÑO, R. ‘Access do health care for illegal immigrants in the EU: Should we be concerned?’ in *European Journal of health law*, Netherlands, V.11 pp. 245-272, 2004.
- SASSEN, S. *Guests and Aliens* New York: The new Press, 1999.

- SEN, A. e KLIKSBERG, B. *As Pessoas em Primeiro Lugar: a Ética do Desenvolvimento e os Problemas do Mundo Globalizado* São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- SEN, A. Por que Equidade na Saúde? In: SEN, A. e KLIKSBERG, B. *As Pessoas em Primeiro Lugar: a Ética do Desenvolvimento e os Problemas do Mundo Globalizado* São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- SILVA, Elaina C. C. Rompendo Barreiras: os bolivianos e o acesso aos serviços de saúde na cidade de São Paulo. *Revista Travessia – revista do Migrante*. Publicação CEM – Ano XXII, número 63, Jan-Abr/2009.
- SILVA, Sidney Antonio. *Costurando sonhos: trajetória de um grupo de imigrantes bolivianos em São Paulo*. São Paulo: Paulinas, 1997
- SILVA, Sidney. Bolivianos em São Paulo: Entre o sonho e a realidade. *Revista Estudos Avançados*, Vol. 20, 2006.
- SOYSAL, Y. N. *Limits of Citizenship: Migrants and Postnational Membership in Europe*. Chicago: The University Chicago Press, 1994.
- SPINK, P. K. *A heterogeneidade da pobreza: implicações para a ação* Artigo apresentado no III Congresso Brasileiro de prevenção em DST/AIDS. Rio de Janeiro, 6 a 9 de dezembro, 1999.
- SPINK, P. K. Psicologia Social e Políticas Públicas: linguagens de ação na era dos direitos. IN: MARQUES, E. ; PIMENTA, C. A. (Eds) *A Multidisciplinarietà na análise de Políticas Públicas*. No prelo.
- SULLIVAN, J. *Expanding Coverage for Recent Immigrants: CHIPRA Gives States New Options*. Families USA, 2010. Disponível em: <http://familiesusa2.org/assets/pdfs/chipra/immigrant-coverage.pdf> Último acesso em: 30/09/2010.
- TAYLOR, C. “The Politics of Recognition”, em A. Gutmann (Ed) *Multiculturalism and The Politics of Recognition* Princeton: Princeton University Press: 25-73.
- TEIXEIRA, G. M. *Tuberculose na América do Sul – a posição do Brasil*. Boletim de Pneumologia Sanitária. Rio de Janeiro. V.14, N.3 dez. 2006.
- THE HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION *The Uninsured: a Primer key facts about Americans without health insurance*, 2010 Disponível em: <http://www.kff.org/uninsured/upload/7451-03.pdf> Último acesso em: 18/07/2011.

- WALDMAN, T. C. Movimentos Migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes Bolivianas em São Paulo. In *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo v. 12, n.1; p. 90-114; Mar./Jun. 2011.
- XAVIER, I. R. *Projeto Migratório e Espaço: os migrantes Bolivianos na Região Metropolitana de São Paulo*. 263p. Dissertação (Mestrado em Demografia) Instituto de Filosofia e Ciências Humanas Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.
- YIN, R. K. *Case Study Research: Design and Methods*. Quarta edição. Washington: Sage Publications, 2009.

Anexo 1 – Roteiro das entrevistas com imigrantes

Perfil do entrevistado:

1. Nome:
2. Sexo:
3. Idade:
4. E-mail:
5. Cidade de origem no Brasil:
6. Ano em que chegou nos EUA:
7. Local em que trabalha (Bairro):
8. Local (bairro) em que mora:
9. Já morou em outros estados norte americanos além de MA?
10. Estado civil:
11. Número de filhos
12. Idade dos filhos
13. Ocupação
14. Religião:
15. Escolaridade:
16. Local de moradia de cada filho
17. Nacionalidade de cada filho
18. Como você se identifica étnico-racialmente? (Black, White, hispanic/Latino, Others, Asian, Native-indians).

Segundo bloco:

19. Por que emigrou?
20. Quais grandes diferenças você percebe entre os dois países? O que mudou na sua vida, quando chegou nos EUA?
21. Como é sua rotina, seu dia a dia? (casa, filhos, trabalho, outras atividades, exercícios físicos; lazer?)
22. Como é o final de semana? (lazer, religião, associações, trabalho, cuidados com a casa e filhos?)
23. É imigrante documentado? Qual (quando) documento você tem? O que mudou a partir do momento que tirou o documento?
24. Já retornou alguma vez ao Brasil? Quantas vezes? Quando? Como foi a volta? Qual finalidade? (período que ficou no Brasil)

Terceiro Bloco: Saúde

1. Você já utilizou algum serviço de saúde nos EUA?
- 2.
3. Se não: por qual motivo nunca utilizou nenhum serviço de saúde?
Quando ficou doente, o que fez?
4. Se sim: Você se lembra qual foi a última vez que você foi ao posto de saúde? Quando? Por qual motivo?
5. Como foi o atendimento?
Você foi atendido com (respeito)?

6. Como você se comunicou com o médico? Teve alguma dificuldade para se fazer entender?
 7. Você teve que realizar algum procedimento para utilizar o sistema de saúde? Como foi para conseguir ser atendido? (pedir para descrever o passo a passo para conseguir atendimento).
 8. E no ano passado? Você se lembra por que?
 9. Como você escolheu o posto de saúde/médicos que frequenta? (indicação? Pesquisa?) Seus amigos também vão nela?
 10. Você teve algum tipo de receio (medo) ao utilizar o sistema de saúde?
 11. Você possui seguro saúde ou plano de assistência privado nos EUA? E no Brasil?
 12. Você sabe se existe algum atendimento especial para imigrantes? Se sim, você utiliza eles? O que você acha desses serviços?
 13. Como você tem acesso a medicamentos? Você compra em lojas brasileiras ou em drogarias americanas? Você usa receitas médicas?
 14. Você sabe que alguns medicamentos são distribuídos gratuitamente no Brasil? Você já recebeu algum destes medicamentos aqui nos EUA? Quem te enviou?
 15. Como você arranja tempo para cuidar da sua saúde e da saúde de seus familiares?
 16. Você já se sentiu discriminado? E nos hospitais? Se sim, por quê?
 17. Como você avalia o tratamento que os médicos americanos te dão? E do resto da sociedade?
 18. Você tem amigos americanos?
 19. Dentre os tratamentos existentes, quais você já fez uso:
 - () psicológico
 - () odontológico
 - () consultas – com quais especialistas?
 - () vacinação
 - () planejamento familiar
 - () internação - Uso de hospitais – já fez alguma cirurgia? Qual e como foi?
- Como você pagou esses procedimentos?

Para os que têm filhos:

20. Onde você teve seus filhos, Brasil ou EUA?
21. Como foi o ser parto?
22. Como foi o pós-parto?
23. Como você avalia seu atendimento?
24. Da sua família, quem mais usa e precisa dos Centros Comunitários de Saúde?
25. Quantas vezes seus filhos já foram? Para quais finalidades? Como foram atendidos?

Quarto bloco: dimensão comparativa com o Brasil

26. Como era o acesso à saúde no Brasil? Era fácil utilizar os postos de saúde, conseguir vaga em Hospital, ir a consultas ou ter acesso a medicamentos?

27. Qual foi a última vez em que você acessou os serviços de saúde brasileiros?
28. (Dimensão qualidade do atendimento) Como você avalia o atendimento na Brasil?
29. Você vê diferenças entre o atendimento no Brasil e nos EUA? Quais?
30. Se já retornou alguma vez a Brasil: No retorno ao Brasil, você utilizou os serviços de saúde? Quando? Para quê? Por quê?
31. Você fez algum tratamento no Brasil que aqui não é tão comum, chás, por exemplo? Você continua fazendo esses tratamentos aqui? Como você tem acesso aos produtos?
32. Você gosta mais dos tratamentos de saúde (remédios, práticas medicinais, processos de cura) que se recebe/pratica aqui ou no Brasil? Por quê? Quais são as diferenças?
33. Você acredita em cura espiritual ou por meio da religião? Já foi alguma benzedeira/simpatias? Se sim, explique no que acredita e como exerce sua crença

Quinto bloco: Acesso a direitos sociais e de cidadania

1. E a educação? Em que escola seu filho estuda? Pública ou privada? Foi fácil matricular seu filho? Como você avalia as escolas aqui? Onde a educação é melhor?
2. Você participa de alguma associação, organização social?
3. Você tem direitos nos EUA? E no Brasil?
4. O que você acha que o cidadão americano tem que você não tem?
5. Você gostaria de voltar a morar no Brasil? Por que sim e quando? Por que não?
6. Você aprendeu alguma coisa vivendo nos EUA? O que?
7. Onde a vida é melhor para você?

Anexo 2 – Roteiro das entrevistas com os Burocratas de Nível de Rua

Perfil do entrevistado:

25. Nome:
26. Sexo:
27. Idade:
28. Cidade de origem:
29. Ano em que chegou aos EUA:
30. Local em que trabalha (Bairro):
31. Local (bairro) em que mora:
32. Já morou em outros estados que não MA?
33. Religião:
34. Escolaridade:

Segundo bloco: Sobre profissão

35. O que você faz profissionalmente? (ou Qual é a sua profissão?)
36. Qual foi sua trajetória?
37. Onde você trabalha (hospital, posto, agente de saúde?)
38. Como é o seu dia-a-dia no trabalho?
39. De modo geral, como você acha que os brasileiros são atendidos?
 - a. Tem alguma dificuldade de comunicação? Já sentiu dificuldade de aceitação de tratamentos? Por que você acha que isso aconteceu? (diferenças culturais?)
40. Qual é a diretriz do governo/do seu chefe para os atendimentos a imigrantes? O que você acha disso?
41. Quais são os procedimentos administrativos que um imigrante precisa fazer para ter acesso a tratamentos de saúde?
42. Você conhece algum caso que esses procedimentos administrativos foram contornados? Você acha que quem trata diretamente com os imigrantes consegue contornar as barreiras administrativas, para facilitar o atendimento?
43. Há alguma diferença processual/administrativa em se atender um imigrante ou um cidadão americano? Qual? (Por exemplo, procedimentos de reembolso do governo e/ou seguros de saúde, documentos exigidos) E para os imigrantes que não tem sua situação regularizada? Você acha que tem alguma barreira de acesso quewmaior para eles?
44. Você já vivenciou alguma situação de discriminação dentro do sistema de saúde? Você pode me contar?

Terceiro Bloco: Sistema de saúde americano

34. Como você avalia o sistema de saúde americano?
35. De modo geral, como você avalia o acesso dos imigrantes brasileiros ao sistema de saúde americano?

36. Você vê alguma diferença entre a saúde dos imigrantes e a saúde dos americanos?
37. Você vê alguma diferença entre os padrões de acesso dos imigrantes ao sistema de saúde americano e o acesso dos cidadãos americanos? Quais? Por que você acha que essa diferença existe?
38. Você acha que o acesso dos imigrantes à saúde poderia ser melhorado? Como?
39. Por que você acha que MA permite o acesso dos imigrantes ao sistema de saúde e busca construir programas específicos para atender a minorias étnicas e outros estados americanos não?