

Henrique Miranda Figueiredo

**Migração Internacional e Saúde de Colombianos
em Diferentes Contextos de Recepção**

Belo Horizonte, MG
UFMG/Cedeplar
2019

Henrique Miranda Figueiredo

Migração Internacional e Saúde de Colombianos em Diferentes Contextos de Recepção

Dissertação apresentada ao curso de mestrado em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Demografia.

Orientadora: Prof. Dr. Gisela Patrícia Zapata Araújo

Co-Orientador: Prof. Dr. Gilvan Ramalho Guedes

Belo Horizonte, MG
Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
Faculdade de Ciências Econômicas - UFMG
2019

Ficha Catalográfica

F475m Figueiredo, Henrique Miranda.
2019 Migração internacional e saúde de colombianos em diferentes contextos de recepção [manuscrito] / Henrique Miranda Figueiredo. – 2019.
82 f.: il., gráfs. e tabs.

Orientadora: Gisela Patrícia Zapata Araújo.
Coorientador: Gilvan Ramalho Guedes.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional.
Inclui bibliografia (f. 71-78) e anexos.

1. Migração – Teses. 2. Saúde pública - Colômbia – Teses. 3. Demografia - Teses. I. Araújo, Gisela Patrícia Zapata. II. Guedes, Gilvan Ramalho. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. IV. Título.

CDD: 304.8

Elaborada pela Biblioteca da FACE/UFMG – AKR 041 /2019

Folha de Aprovação

À minha mãe, Katia

Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer aos meus orientadores Gisela e Gilvan por terem me guiado incessantemente nesse percurso, com inúmeras reuniões, sugestões e ensinamentos que garantiram a conclusão deste projeto.

Também gostaria de agradecer aos professores do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) pelo empenho e dedicação em relação ao aprendizado e desenvolvimento dos alunos. Foram dois anos bastante intensos, de muito estudo, mas que foram suavizados pela qualidade das aulas ministradas, sempre repletas de conteúdos extremamente relevantes para nossa formação como demógrafos.

Quero agradecer também aos professores Simone e Cássio por me proporcionarem a experiência de trabalhar como monitor das matérias de TAD I e II. O amadurecimento pessoal e demográfico que adquiri com essa experiência é algo indescritível. Agradeço especialmente também ao professor José Alberto pelo incontável número de conversas e conselhos, tanto na vida acadêmica como na vida pessoal, e pela preocupação constante com o bem-estar meu e do meu pai. Você não imagina o quanto foi importante nessa caminhada!

Um agradecimento especial para a Déborah, minha namorada, que esteve ao meu lado sempre durante esses dois anos, me apoiando inclusive nos momentos mais difíceis deste período e estando sempre pronta para encontrar quando precisava fugir um pouco a cabeça dos estudos.

A meu pai, Paulinho, o meu mais sincero obrigado por tudo que fez e ainda faz por mim ao longo da vida, inclusive sendo o principal responsável por me mostrar o caminho da demografia. Seus ex-alunos que me desculpem, mas acho que ninguém nunca aprendeu tanto com você como eu!

Por fim, meu maior agradecimento vai para minha querida mãe, Katia. Obrigado por ser minha guia nesse período, por ter me incentivado a continuar estudando mesmo com toda a dificuldade que você estava passando. Sua força, sua vontade de viver e sua determinação para saber inclusive quando é o momento certo de parar, por mais doloroso que seja, são as maiores lições que eu podia ter na vida. Sou eternamente grato a você!

Resumo

Diferenciais de saúde entre migrantes e nativos, sejam esses nativos do país de origem ou do país de destino, são encontrados em diversos contextos ao redor do mundo. Duas principais hipóteses são evocadas pela literatura para explicar esses diferenciais: *The Healthy Migrant Hypothesis* (indivíduos mais saudáveis apresentam maior propensão a migrar) e *The Salmon Bias Hypothesis* (migrantes com condição de saúde deteriorada tendem a retornar ao país de origem). Além dos efeitos da saúde sobre a propensão a migrar e retornar, vários estudos sugerem que efeitos culturais e estruturais também influenciam a saúde dos migrantes, tais como a assimilação de hábitos de saúde e o acesso aos serviços de saúde no país de destino. Apesar das contribuições feitas por estes estudos, ainda persistem três grandes lacunas na literatura sobre migração internacional e saúde: i) o foco em apenas um único país de destino, o que limita a possibilidade de comparação dos efeitos de contexto nas principais hipóteses estudadas; ii) os poucos estudos dedicados à comparação dos migrantes com os nativos que permaneceram no país de origem; e iii) a falta de estudos sobre a relação entre saúde e migração sul-americana, e migração colombiana, em particular, apesar da sua importância na dinâmica atual das migrações para Estados Unidos e Europa. Com o intuito de preencher parte destas lacunas, este trabalho analisa a relação entre migração e saúde de colombianos a partir de duas hipóteses – *Healthy Migrant* e *Salmon Bias* – e a atuação dos efeitos culturais e estruturais em dois contextos distintos de recepção – Estados Unidos e Espanha – para três grupos de colombianos: nativos que nunca migraram, emigrantes e migrantes retornados. Utilizando dados do *Latin American Migration Project* (LAMP), encontramos evidências coerentes com a hipótese de seletividade da migração e a hipótese do viés de salmão. Encontramos também evidências que apontam para um diferencial na atuação destas hipóteses de acordo com o contexto de recepção: a seletividade em saúde é maior para os migrantes com destino à Espanha, enquanto que a propensão ao retorno devido à condição de saúde é mais forte para os migrantes que foram para os Estados Unidos. Esses resultados evidenciam a importância dos efeitos culturais e estruturais e o possível papel das redes migratórias na determinação destas hipóteses.

Abstract

Health differentials between migrants and natives, from the origin country or from the destination country, are found in a multitude of contexts around the world. Two main hypotheses are evoked by the literature to explain these differentials: *The Healthy Migrant Hypothesis* (healthier individuals have a greater propensity to migrate) and *The Salmon Bias Hypothesis* (migrants with a deteriorated health condition tend to return to their country of origin). Besides the influence of health on the propensity to migrate and return, many studies suggest that cultural and structural effects such as the assimilation of health habits and access to healthcare in the country of destination, also influence the health of migrants. Despite the contributions made by these studies, three gaps still persist in the literature on international migration and health: i) the focus solely on one destination country, which limits comparisons of the contextual effects on the main hypotheses under study; ii) the few studies dedicated to the comparison between migrants and natives that remained in the country of origin; and iii) the lack of studies on the relationship between health and South-American migration, in particular Colombian migration, despite their importance in contemporary migration dynamics, specially to the United States and Europe. In order to partially fulfill these gaps, our work analyses the relationship between migration and health among Colombians under two hypotheses – *The Healthy Migrant* and *The Salmon Bias* – and the role of the cultural and structural effects in two distinct destination contexts – The United States and Spain – for three groups of Colombians: natives who never migrated, emigrants and returned migrants. Based on data from the *Latin American Migration Project* (LAMP), we found some evidence coherent with the *Healthy Migrant* and *Salmon Bias Hypotheses*. We also found evidence for differentiated effects of the *Healthy Migrant* and the *Salmon Bias Hypotheses* according to the context of reception: health selectivity is greater for migrants to Spain, while the chance of return due to the migrant's health condition is stronger for Colombians that settled in the United States. This highlights the importance of cultural and structural effects and the potential role played by migration networks on the determination of these hypotheses.

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	5
2.1 Relações entre Migração Internacional e Saúde.....	5
2.1.1 Explicações para os Diferenciais de Saúde e Mortalidade entre Migrantes e Nativos.....	7
2.1.2 Evidências e Testes dos Efeitos da Migração: <i>Salmon Bias Hypothesis</i>	10
2.1.3 Evidências e Testes dos Efeitos da Migração: <i>Healthy Migrant Hypothesis</i> ..	13
2.1.4 Nuances em Relação aos Diferenciais de Saúde dos Migrantes: O Papel da Assimilação e do Sistema de Saúde.....	16
2.2 Contextos de Recepção e o Processo de Adaptação dos Migrantes Internacionais.....	21
2.2.1 Efeitos da Assimilação na Saúde dos Migrantes.....	26
2.2.2 Acesso e Uso dos Sistemas de Saúde por Migrantes nos Estados Unidos e na Espanha.....	29
2.3 Migração Colombiana: Histórico e Perfil.....	33
3. METODOLOGIA.....	38
3.1 Base de Dados.....	38
3.1.1 A Amostra.....	40
3.2 Métodos.....	41
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS.....	79

Lista de Ilustrações

Figura 1 - Arcabouço Conceitual das Estratégias de Aculturação.....	22
---	----

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Comparação da Composição Etária, Sexo e Escolaridade dos Migrantes Colombianos Residentes no País de Destino entre os Dados do LAMP e Bases de Dados Externas, 2008 a 2015.....	47
Tabela 2 - Distribuição Relativa da Condição de Saúde aos 14 Anos Autorreportada por Status Migratório de Colombianos, 2008 a 2015.....	48
Tabela 3 - Distribuição Relativa da Condição de Saúde Atual Autorreportada por Status Migratório de Colombianos, 2008 a 2015.....	49
Tabela 4 - Média e Desvio Padrão da Idade e da Escolaridade Atuais em Anos por Status Migratório de Colombianos, 2008 a 2015.....	50
Tabela 5 - Distribuição Relativa de Sexo por Status Migratório de Colombianos, 2008 a 2015.....	51
Tabela 6 - Distribuição Relativa de Saúde Atual Autorreportada e Número de Doenças Crônicas Por Sexo de Colombianos, 2008 a 2015.....	52
Tabela 7 - Distribuição Relativa do Número de Doenças Crônicas por Status Migratório de Colombianos, 2008 a 2015.....	53
Tabela 8 - Distribuição Relativa da Condição de Saúde Anterior à Migração por Status Migratório de Colombianos, 2008 a 2015.....	53
Tabela 9 - Distribuição Relativa de Status Migratório por País de Destino de Colombianos, 2008 a 2015.....	54
Tabela 10 - Distribuição Relativa da Condição de Saúde Atual Autorreportada por Grupo Migrante e País de Destino de Colombianos, 2008 a 2015.....	55
Tabela 11 - Probabilidade Condicional Estimada de Migrar de Colombianos, 2008 a 2015.....	57
Tabela 12 - Probabilidade Condicional Estimada de Migrar de Colombianos para a Espanha, 2008 a 2015.....	59
Tabela 13 - Probabilidade Condicional Estimada de Migrar de Colombianos para os Estados Unidos, 2008 a 2015.....	60

Tabela 14 - Probabilidade Condicional Estimada de Migrar de Colombianos Retornados, 2008 a 2015.....	61
Tabela 15 - Probabilidade Condicional Estimada de Migrar de Colombianos Atualmente no País de Destino, 2008 a 2015.....	62
Tabela 16 - Probabilidade Condicional Estimada do Status de Saúde Atual por Status Migratório (Modelos 1 e 2) e por País de Destino (Modelo 2) de Colombianos, 2008 a 2015.....	6

1. INTRODUÇÃO

Diferenciais de saúde entre migrantes e nativos, sejam esses nativos do país de origem ou do país de destino, são encontrados em diversos contextos ao redor do mundo (Marmot *et al.*, 1984; Courbage e Khlat, 1995; Abraído-Lanza *et al.*, 1999; Palloni e Arias, 2004). A migração é um processo muitas vezes caro e arriscado, desde a preparação de documentos, o processo de travessia até a inserção do migrante no destino. Esses riscos e custos inerentes ao processo migratório podem ter consequências sobre a saúde desses indivíduos (Kasl e Berkman, 1983; Vega e Amaro, 1994). Além disso, a migração também pode ser afetada pela condição de saúde do migrante, o que significa que determinadas características de saúde podem alterar a propensão a migrar dos indivíduos, a forma como migram e o seu destino final. Como a situação desses migrantes em geral difere-se dos nativos, especialmente no tocante aos resultados e condicionantes de saúde, diversos estudos tratam da relação entre migração e saúde e as influências que cada uma dessas duas variáveis tem sobre a outra.

Uma das principais formas em que a saúde pode influenciar a migração é através do processo de seletividade, conhecida na literatura como *Healthy Migrant Hypothesis*. Essa hipótese afirma que aqueles indivíduos mais saudáveis são os que apresentam maior propensão a migrar de modo a superar os riscos e custos associados ao processo migratório (Abraído-Lanza *et al.*, 1999). Como indivíduos saudáveis possuem maior capacidade de gerar um nível mais alto de retorno ao investimento na migração, a propensão a migrar deles se torna também relativamente maior (Stark e Bloom, 1985). Outra forma em que a saúde pode influenciar a migração é através da chamada *Salmon Bias Hypothesis*, a qual prediz que os migrantes com pior estado de saúde no local de destino tendem a retornar ao país de origem para “morrer em casa” (Abraído-Lanza *et al.*, 1999). Esse retorno ocorre porque os migrantes de pior saúde podem apresentar redução da produtividade do trabalho, maior dificuldade no acesso ao sistema de saúde e ao tratamento de doenças crônicas no país de destino, e possuir uma maior rede de suporte e cuidados no país de origem (Diaz *et al.*, 2016). A hipótese do *Salmon Bias*, portanto, está diretamente associada à migração de retorno.

Além dos efeitos da saúde sobre a propensão a migrar (incluindo a migração de retorno), há vários estudos que sugerem efeitos culturais da migração sobre a saúde do indivíduo. Um desses efeitos ocorre através das diferentes formas de assimilação às

quais os migrantes estão sujeitos no país de destino. Uma das formas de assimilação que pode afetar a condição de saúde dos migrantes é a *assimilação segmentada* (Portes e Rumbaut, 2001), segundo a qual o processo de assimilação é diferenciado para cada migrante devido a fatores individuais, contextuais e relativos à organização da comunidade migrante no país de destino. A aculturação de hábitos de saúde do país de destino, principalmente em grupos nacionais socialmente marginalizados, pode levar a uma deterioração da saúde do migrante relativa ao tempo de permanência no país de destino (Cho *et al.*, 2004). Vega e Amaro (1994), por exemplo, mostraram que indicadores de saúde e de comportamentos de risco de hispânicos nos EUA – como pressão arterial, taxas de prevalência de câncer, gravidez na adolescência e consumo de álcool e tabaco – tendem a deteriorar-se com o tempo de estadia e com o avanço do processo de aculturação.

Outra forma de influência da migração sobre a saúde está no *acesso ao sistema de saúde* no país de destino. Esse acesso pode ser limitado dependendo do tipo de migrante (*e.g.* refugiado, indocumentado ou residente permanente), o que também pode deteriorar a condição de saúde do migrante ao longo do tempo (Pandey e Kagotho, 2010). Nos EUA, por exemplo, indivíduos sem acesso ao sistema de saúde têm maior probabilidade de adiar suas consultas a médicos, aumentando o risco de agudização de seus quadros de saúde no médio e longo prazo (Becker, 2004).

Estudos mais recentes argumentam que tanto o processo de assimilação quanto as diferentes formas de acesso ao sistema de saúde para o migrante no país de destino podem causar variações nas hipóteses do *Healthy Migrant* e do *Salmon Bias*, uma vez que influenciam a propensão a migrar dos indivíduos (Diaz *et al.*, 2016; Zufferey, 2016). Por exemplo, em contextos nos quais o acesso ao sistema de saúde é universal e não seletivo por status migratório, a seletividade migratória em saúde pode ser menos evidente e a migração de retorno pode ser atenuada, reduzindo as evidências em favor das duas hipóteses principais do efeito da saúde sobre o projeto migratório. Esses efeitos de inserção, assimilação e contexto, no entanto, são ainda pouco estudados.

Em primeiro lugar, a literatura que trata da relação entre migração e saúde tem normalmente como contexto apenas um país de destino, o que ocorre principalmente devido à limitação de dados comparáveis entre países. Porém, estudos mais recentes (Diaz *et al.*, 2016; Zufferey, 2016) apontam para a importância do contexto de recepção dos migrantes na avaliação das principais hipóteses presentes na literatura – *seletividade migratória em saúde* e *viés de salmão*. O reduzido número de trabalhos que englobam

mais de um país de destino limita a análise da importância do contexto nessa relação entre migração e saúde. A comparação desses diferentes contextos é vital para um melhor entendimento dessa relação, pois a organização do sistema de saúde e o acesso da população migrante a esse sistema podem influenciar diretamente a decisão do indivíduo migrar para um determinado país, nele permanecer ou retornar ao país de origem.

Em segundo lugar, o foco da relação entre migração e saúde está muito centrado na comparação entre migrantes e nativos no país de destino. O artigo de Marmot *et al.* (1984) é uma das poucas exceções, pois compara a saúde dos migrantes tanto com os nativos no país de origem quanto no país de destino. Os resultados do estudo sugerem evidências em favor da hipótese de seletividade de saúde entre os migrantes de origens mais distantes e que não compartilham a mesma identidade linguística, além de apontar efeitos de convergência de padrões de morbi-mortalidade dos migrantes em relação ao país de destino. Infelizmente, a maior parte dos estudos ignora a comparação entre migrantes e os nativos que permaneceram no país de origem, impossibilitando identificar tanto efeitos de seletividade quanto de assimilação.

Embora haja estudos que destaquem a relação entre migração e saúde envolvendo diferentes continentes de origem, como África (Courbage e Khlat, 1995; Deboosere e Gadeyne, 2005), Ásia (Lauderdale e Kestenbaum, 2002; Jasso *et al.*, 2004) e América Latina – especialmente o México (Abraído-Lanza *et al.*, 1999; Palloni e Arias, 2004; Elo *et al.*, 2004; Turra e Elo, 2008), há pouquíssimas análises para grupos de migrantes sul-americanos. Como o principal país de destino estudado nessa relação é os Estados Unidos de América (EUA), os estudos normalmente envolvem latino-americanos, pois esses representavam aproximadamente 53% dos indivíduos nascidos fora dos EUA em 2010 (U.S. Census Bureau, 2012). Os mexicanos representavam 29% da população estrangeira no país em 2010, sendo portanto o principal grupo de imigrantes latinos. O foco quase exclusivo no caso dos imigrantes mexicanos manteve desconhecida a conexão entre saúde e migração internacional de vários outros países da América Latina, como é o caso dos imigrantes colombianos.

A Colômbia é o segundo país latino-americano em volume de migrantes internacionais, sendo que as estimativas do tamanho da diáspora colombiana em 2012 variam entre 2,1 milhões e mais de 4,1 milhões de pessoas – caso sejam contabilizados também seus descendentes diretos. Esse contingente representa aproximadamente 10% da população total do país (Ochoa, 2012). A migração colombiana é importante para o

país desde a década de 1940, principalmente devido ao crescimento econômico através da indústria petrolífera dos países vizinhos, Venezuela e Equador (Ochoa, 2012). Com as crises do petróleo na década de 1970, esses fluxos reduziram-se drasticamente, sendo mantido e intensificado o fluxo em direção aos EUA, que é até hoje um dos principais destinos dos colombianos. A partir do final da década de 1990, a Espanha também aparece como um destino muito importante para a migração colombiana. Atualmente Espanha e EUA são os principais países de destino dos migrantes colombianos, representando juntos pouco mais de 80% do fluxo entre 2005 e 2007 e aproximadamente 75% do total entre 2008 e 2010 (Ochoa, 2012). Com exceção de Riosmena (2016), a relação entre migração internacional e saúde de colombianos é pouco estudada, apesar da significância desse país no contexto migratório internacional.

Este trabalho analisa a relação entre migração internacional e saúde de colombianos a partir de duas hipóteses – *Healthy Migrant* e *Salmon Bias* – para três grupos de análise – nativos na origem, emigrantes e migrantes retornados – em dois contextos distintos de recepção – Espanha e EUA. As evidências empíricas derivadas deste estudo contribuem para preencher três lacunas ainda existentes na literatura sobre migração internacional e saúde: i) o foco em apenas um único país de destino, o que limita a possibilidade de comparação dos efeitos de contexto nas principais hipóteses estudadas; ii) o pouco enfoque na relação entre migração internacional e saúde comparando migrantes com os nativos que permaneceram no país de origem; e iii) a falta de estudos sobre a relação entre saúde e migração sul-americana (de forma geral) e migração colombiana (de forma específica), apesar da sua importância na dinâmica atual da migração regional e internacional.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 RELAÇÕES ENTRE MIGRAÇÃO INTERNACIONAL E SAÚDE

O interesse dos demógrafos na relação entre migração internacional e saúde cresceu após a descoberta de diferenciais de mortalidade entre hispânicos e brancos nos EUA, principalmente a partir da década de 1980 (Liao *et al.*, 1998). Apesar de apresentarem melhor condição socioeconômica, os brancos americanos exibiam taxas de mortalidade muito próximas ou até mesmo mais altas do que as dos hispânicos (Markides, 1983; Markides e Coreil, 1986). Esse diferencial no risco de morte era ainda mais pronunciado em idades mais avançadas (Liao *et al.*, 1998; Turra e Elo, 2008). Estes resultados iam na contramão da literatura existente, a qual aponta uma relação positiva entre status socioeconômico e saúde; ou seja, indivíduos de baixo status socioeconômico apresentam em média saúde pior e maiores taxas de mortalidade que aqueles de alto status socioeconômico (Adler *et al.*, 2013). Era esperado, portanto, que hispânicos apresentassem níveis de mortalidade compatíveis com os negros americanos, visto que ambos os grupos apresentam níveis socioeconômicos semelhantes (Markides e Coreil, 1986). Esse fenômeno ficou conhecido na literatura como *The Latino Mortality Paradox* (Abraído-Lanza *et al.*, 1999), *The Hispanic Mortality Paradox* (Palloni e Arias, 2004) ou, de forma mais abrangente, *The Epidemiologic Paradox* (Markides e Coreil, 1986).

Esse paradoxo não foi encontrado apenas para a mortalidade e tampouco apenas para hispânicos nos EUA. Jasso *et al.* (2004) encontraram diferenciais de saúde e mortalidade significativos entre vários grupos de migrantes e nativos nos EUA. Um dos achados centrais dos autores é a diferença na expectativa de vida aos 5, 45 e 65 anos de idade para três grupos étnicos no país (brancos, hispânicos e asiáticos). Eles observaram que homens brancos (nativos ou não dos Estados Unidos) tinham menor expectativa de vida que hispânicos e asiáticos, sejam estes dois últimos grupos nascidos ou não em solo americano. A única exceção para essa diferença está na expectativa de vida aos 5 anos de idade dos brancos nativos dos EUA ou nascidos no exterior. Apesar do status de saúde autorreportado pelos nativos americanos ser melhor do que aquele reportado pelos migrantes, estes apresentavam menor prevalência de diversas doenças crônicas em relação aos nativos, independente da faixa etária analisada, o que corrobora com as menores taxas de mortalidade ajustadas por idade de hispânicos para grande parte das

principais doenças crônicas, com exceção apenas das taxas para diabetes e homicídio (Jasso *et al.*, 2004).

Lauderdale e Kestenbaum (2002) encontraram também diferenciais de saúde entre brancos não-hispânicos nos EUA e asiáticos oriundos de seis diferentes países (Japão, China, Filipinas, Coreia do Sul, Vietnã e Índia) utilizando dados do Medicare – programa governamental de seguro médico gratuito para pessoas acima de 65 anos – e da previdência social (*Social Security*). Apesar de a maioria desses grupos asiáticos apresentarem status socioeconômico em média mais alto que os brancos americanos (com exceção dos vietnamitas), a similaridade no padrão de mortalidade entre os seis grupos e o nível muito baixo de mortalidade destes em relação aos brancos, sugerem que diferenças socioeconômicas teriam uma capacidade limitada de explicar os níveis de mortalidade asiáticos.

Estudos com migrantes em diferentes países europeus, como França (Courbage e Khlal, 1995), Alemanha (Razum *et al.*, 1998), Bélgica (Deboosere e Gadeyne, 2005) e Suíça (Zufferey, 2016), apontam também diferenciais de saúde entre migrantes e nativos, sendo que os descendentes diretos desses migrantes também apresentam menores taxas de mortalidade do que os nativos (Razum *et al.*, 1998), apesar dessa vantagem ser inferior para a segunda geração de migrantes (Zufferey, 2016).

Esse diferencial na saúde em geral e na mortalidade também se altera segundo o país de origem (Deboosere e Gadeyne, 2005). Na Bélgica, imigrantes marroquinos e turcos apresentaram menor risco relativo de morte – para praticamente todas as principais causas de morte – do que imigrantes europeus, da África subsaariana e dos próprios nativos belgas. Italianos e espanhóis formam o segundo grupo com menor risco relativo de morte, seguidos de holandeses, alemães, africanos subsaarianos e demais migrantes. Todos esses grupos migrantes apresentaram risco relativo menor que os belgas para a grande maioria das causas de morte, com exceção dos imigrantes franceses. Como os migrantes franceses se concentram basicamente na região com maior mortalidade na Bélgica – Valônia – e a maior parte deles é de origem da região com menor expectativa de vida na França – o norte do país – é esperado que a mortalidade desse grupo seja também maior em relação aos demais (Deboosere e Gadeyne, 2005).

2.1.1 EXPLICAÇÕES PARA OS DIFERENCIAIS DE SAÚDE E MORTALIDADE ENTRE MIGRANTES E NATIVOS

Palloni e Arias (2004) apresentam três grupos de efeitos normalmente evocados pela literatura para explicar os diferenciais de saúde e mortalidade entre migrantes e nativos: erros nos dados, efeitos da migração e efeitos culturais. O primeiro e mais imediato efeito é relativo a erros nos dados advindos de problemas de identificação de etnia, má declaração de idade e incompatibilidade de registros. Taxas de mortalidade são comumente calculadas a partir de duas bases de dados distintas: registros de estatísticas vitais no numerador e dados censitários no denominador. No caso americano, a identificação de etnia no censo é baseada em auto declaração, enquanto que no registro civil a identificação é feita por um terceiro (Palloni e Arias, 2004). Segundo Rosenberg *et al.* (1999), há um sub-registro de aproximadamente 7% no número de óbitos declarados como hispânicos em relação ao censo americano.

Palloni e Arias (2004) mostram também que grupos de hispânicos nos Estados Unidos e algumas populações latino-americanas tendem a reportar idades superestimadas, principalmente a partir dos 55 anos. Dados mal reportados de idade, independentemente de sub- ou superdeclarados ou com distribuição simétrica de erro de declaração, têm como efeito a redução da taxa de mortalidade em idades avançadas, sendo que o tipo de erro de declaração apenas altera a precocidade desse efeito (Preston *et al.*, 1999).

A incompatibilidade de registros também pode reduzir a taxa de mortalidade dos migrantes devido a seu status migratório (Palloni e Arias, 2004). O status indocumentado de migrantes pode reduzir a capacidade dos bancos de dados de conectar certificados de óbitos com indivíduos migrantes, visto que em alguns casos não há registros da presença desses no país. Dessa forma, o número de mortes reportado como oriundo de migrantes pode se tornar menor e assim reduzir a taxa de mortalidade.

Essas inconsistências nos dados podem ser encontradas principalmente a partir do uso de dados de estatísticas vitais em conjunto com dados censitários, o que requer correção dos dados por subestimação da mortalidade de migrantes (Courbage e Khlal, 1995; Elo *et al.*, 2004). Por esse motivo, a utilização de dados de previdência ou, no caso americano, de dados do *Medicare*, é mais indicada, pois praticamente suprime os três possíveis erros na base de dados, já que há uma maior consistência entre numerador e denominador das taxas de mortalidade e identificação por etnia, além de uma cobertura

mais extensa da população e um nível maior de precisão na idade dos segurados (Elo *et al.*, 2004). Apesar dessa diferença entre as bases de dados utilizadas, os erros nos dados não são suficientes para explicar o paradoxo da mortalidade, já que mesmo após a correção do sub-registro o diferencial de mortalidade (Elo *et al.*, 2004) e de expectativa de vida (Courbage e Khlal, 1995) continua existindo. Outra evidência para a insuficiência dessa hipótese como explicação única para o paradoxo é que mesmo com a utilização de dados de previdência e de planos de saúde (Elo *et al.*, 2004; Turra e Elo, 2008) ou de pesquisas longitudinais (Palloni e Arias, 2004; Zufferey, 2016), o diferencial de mortalidade entre migrantes e nativos ainda é significativo.

O segundo grupo de efeitos colocado por Palloni e Arias (2004) que podem explicar o *mortality paradox* são os chamados efeitos da migração, que são divididos em duas hipóteses (ou efeitos) principais: *Salmon Bias Hypothesis* e *Healthy Migrant Hypothesis*. Essas duas hipóteses são bastante discutidas na literatura por serem as principais explicações teóricas para o fenômeno.

A primeira dessas hipóteses, o chamado *Salmon Bias*, coloca que os diferenciais de mortalidade entre imigrantes e nativos no destino são explicados pelo retorno dos migrantes com pior estado de saúde para o país de origem. Segundo Abraído-Lanza *et al.* (1999), o desejo dos migrantes de morrer no país de origem faz com que eles retornem para o local de nascimento caso contraíam alguma doença grave, especialmente se estão desempregados ou já aposentados. Essa saída dos migrantes menos saudáveis e/ou de idade mais avançada gera, portanto, indivíduos estatisticamente imortais (Abraído-Lanza *et al.*, 1999), o que reduz o número de óbitos desse grupo de migrantes no país de destino e produz taxas de mortalidade mais baixas. Como o denominador das taxas de mortalidade é normalmente coletado a partir de dados censitários, muitos indivíduos estariam sendo contados no denominador, porém não apareceriam no numerador, já que o óbito ocorreu em outro país. Esse efeito de alteração da taxa a partir da exclusão de alguns indivíduos do numerador, mas que ainda estão presentes no denominador, é chamado de *efeito ou viés de Tipo 1 do migrante retornado* (Palloni e Arias, 2004). Mesmo caso fôssemos capazes de excluir do denominador aqueles migrantes retornados, ainda teríamos uma alteração na composição do grupo de migrantes que permanece no destino. Como a hipótese afirma que retornam majoritariamente os indivíduos menos saudáveis, o grupo de migrantes que permanece no país de destino se torna em média mais saudável, já que ele seria composto apenas por aqueles que ficaram e, portanto, apresentam melhor saúde do que

os que saíram. Essa alteração da composição não é possível para os nativos do país de destino, dado que os menos saudáveis também permanecem no mesmo país que os mais saudáveis. Dessa forma, em média, a saúde do grupo de migrantes é melhor do que a dos nativos no destino, já que a composição dos migrantes se altera com o retorno dos que apresentam pior saúde, gerando assim o *efeito ou viés Tipo 2 do migrante retornado* (Palloni e Arias, 2004).

Diaz *et al.* (2016) apresentam três mecanismos para explicar essa migração de retorno dos indivíduos com pior saúde. O primeiro deles é referente aos retornos médicos que os migrantes têm no destino, em particular ao *acesso e uso do sistema de saúde*. Migrantes podem encontrar maiores dificuldades para utilizar o sistema de saúde no país de destino devido a questões como barreiras linguísticas, custo, restrição de acesso devido ao status migratório e preferências pelo tratamento na origem (Diaz *et al.*, 2016). No país de origem esses migrantes são cidadãos devidamente documentados e, portanto, têm ao menos a garantia de algum tipo de acesso ao sistema de saúde local. A literatura acerca do acesso e utilização dos sistemas de saúde no país de destino pelos migrantes é bastante extensa e será melhor analisada no subcapítulo 2.2 dessa dissertação, dada sua importância para as principais hipóteses concernentes à relação entre migração e saúde – *Salmon Bias e Healthy Migrant Hypotheses* – e para a análise dos diferenciais desta relação de acordo com o contexto de recepção.

O segundo mecanismo apontado pelos autores é relativo à *produtividade do trabalho dos migrantes* em caso de doenças e condições crônicas. Como imigrantes tendem a ocupar as camadas inferiores do mercado laboral (Piore, 1979 *apud* Massey *et al.*, 1993), tipicamente em trabalhos conhecidos como 3Ds (*dirty, dangerous and degrading*), há uma maior dependência da saúde física na realização desses trabalhos. Além disso, o status migratório e a falta de regularização do emprego de muitos migrantes podem implicar em um menor nível de segurança financeira legal para o tratamento de doenças crônicas. Estas características da inserção dos migrantes no mercado laboral podem se traduzir em maiores taxas de desemprego, sendo a migração de retorno uma alternativa para combater a redução da renda.

O terceiro mecanismo abordado por Diaz *et al.* (2016) diz respeito à *reunificação familiar* e às *redes de cuidados*. Os migrantes que apresentam pior saúde podem retornar com o intuito de ficar com a família em um momento de dificuldade ou também buscar apoio e suporte dos familiares e amigos próximos nos cuidados necessários para enfrentar alguma doença crônica (Diaz *et al.*, 2016).

A segunda hipótese abordada na literatura para explicar o diferencial de saúde entre migrantes e nativos, chamada de *Healthy Migrant Hypothesis*, sugere que a saúde é um fator de seleção no âmbito da migração internacional (Marmot *et al.*, 1984; Abraído-Lanza *et al.*, 1999). Isso significa que aqueles indivíduos mais saudáveis são também os com maior propensão a migrar, pois apresentam maiores retornos ao investimento no processo migratório. O retorno esperado da migração internacional é um fator importante tanto para a decisão individual de migrar (Todaro, 1969; DaVanzo, 1981), quanto para a decisão do domicílio de qual ou quais indivíduos irão migrar (Stark e Bloom, 1985). No contexto de travessias irregulares de fronteiras, essa seleção pode ser ainda mais forte, dado o nível de esforço físico e mental necessário nessa situação em relação a uma travessia legalizada.

Esse efeito de seleção gera consequências similares ao efeito tipo 2 do migrante retornado, já que a composição do grupo migrante é selecionada a partir do status de saúde. Dessa forma, os migrantes se tornam um grupo que, em média, é mais saudável do que os nativos no país de origem que não migraram e que os nativos no país de destino (Palloni e Arias, 2004), visto que estes não são auto-selecionados para a migração.

O terceiro e último grupo de efeitos que pode ser responsável pelos diferenciais de saúde entre migrantes e nativos são os efeitos culturais (Palloni e Arias, 2004). Características sociais e culturais diferenciadas afetariam os hábitos de saúde, as estruturas familiares e o estilo de vida dos migrantes, o que explicaria os diferenciais entre os grupos de análise. Como a discussão dos efeitos culturais é complexa mas central para este trabalho, dedicamos parte significativa do subcapítulo 2.2 para a análise desse ponto, que está intimamente ligado aos contextos de recepção e assimilação dos migrantes.

2.1.2 EVIDÊNCIAS E TESTES DOS EFEITOS DA MIGRAÇÃO: *SALMON BIAS HYPOTHESIS*

Abraído-Lanza *et al.* (1999) analisaram cinco diferentes grupos étnicos de latino-americanos (cubanos, mexicanos, porto-riquenhos, centro- e sul-americanos, e uma quinta categoria para outros grupos latinos) a partir de dados no *National Longitudinal Mortality Study* (NLMS), contendo informações para o período entre 1973 e 1985. Os autores argumentaram que o diferencial de saúde dos cubanos e dos porto-

riqueiros em relação aos brancos americanos não poderia ser explicado a partir do *Salmon Bias*. No primeiro caso, o regime político cubano limita o retorno desses migrantes e, no segundo caso, o status político de Porto Rico *vis-à-vis* os Estados Unidos implica na contabilização das estatísticas vitais do país nos dados de mortalidade americanos. Já para os outros grupos de latino-americanos, os autores testaram indiretamente o efeito do *Salmon Bias* a partir da comparação dos níveis de mortalidade entre três grupos de análise: imigrantes, filhos de imigrantes nascidos nos Estados Unidos – a segunda geração de migrantes – e brancos americanos. Para testar a hipótese, os autores avaliaram primeiro se havia diferencial de mortalidade entre os filhos de imigrantes nascidos nos EUA e os brancos americanos. Caso essa diferença existisse, parte da vantagem comparativa dos latinos em relação aos brancos americanos não poderia ser explicada pelo *Salmon Bias*, visto que os filhos de imigrantes nascidos nos EUA têm baixa propensão a migrar para o país de origem dos pais¹. O estudo concluiu que o diferencial de mortalidade se manteve na segunda geração em relação aos brancos americanos, o que refuta a hipótese do *Salmon Bias* (Abraído-Lanza *et al.*, 1999).

Palloni e Arias (2004) destacam o diferencial de mortalidade mais pronunciado em idades avançadas como sendo essencial para o estudo do efeito do *Salmon Bias*. Segundo os autores, caso os efeitos de retorno fossem de fato influentes, seria esperado que esses efeitos se tornassem ainda mais fortes em idades avançadas, visto que a saúde dos indivíduos estaria mais debilitada nesse período do ciclo de vida e os incentivos ao retorno devido ao reencontro familiar ou à redução da produtividade de trabalho seriam maiores. A partir da delimitação de uma idade padrão em que os efeitos e incentivos ao retorno se alteram (delimitada aos 65 anos pelos autores), é possível estimar os diferenciais de retorno abaixo e acima desse limite etário. Utilizando dados do *National Health Interview Survey* (NHIS) – *Multiple Cause of Death* (MCD) entre 1986 e 1997, os autores observaram que os efeitos de retorno maiores a partir dos 65 anos foram confirmados apenas para os mexicanos, enquanto que para os outros latino-americanos a idade não teve influência sobre os diferenciais de mortalidade. Para os autores, o indício do efeito do *Salmon Bias* apenas para mexicanos seria explicado por dois motivos: i) pela proximidade do México em relação aos Estados Unidos, o que reduz o custo da

¹ Essa evidência é pouco conclusiva, pois não sabemos se os filhos de imigrantes nasceram exatamente dos migrantes mais saudáveis. Caso tenham nascido, seria esperado que eles tivessem melhor condição de saúde que os nativos americanos. Por tanto, a evidência seria mais conclusiva se soubéssemos a condição de saúde dos pais no momento do nascimento dos filhos.

viagem e, ii) à maior facilidade de retorno desses migrantes para o país de origem devido ao status migratório, se comparados com latino-americanos de países mais distantes.

Outra forma indireta encontrada na literatura para testar o efeito do *Salmon Bias* é a partir da mortalidade infantil. Hummer *et al.* (2007) observaram que a mortalidade infantil de hispânicos nos Estados Unidos é similar à de brancos americanos, apesar do pior status socioeconômico desse grupo minoritário em relação aos nativos. Segundo eles, a principal razão encontrada na literatura para explicar esse fenômeno está no retorno de mulheres migrantes e seus filhos nascidos nos Estados Unidos, o que reduziria o numerador da taxa de mortalidade calculada através da subnotificação das mortes dessas crianças. Utilizando dados do *National Center for Health Statistics* (NCHS) entre 1995 e 2000, os autores observaram que as taxas específicas de mortalidade nos primeiros dias de vida de bebês de mães mexicanas migrantes, assim como de mães hispânicas de outras regiões da América Latina, são de aproximadamente 9% a 11% menores que a de bebês de mães brancas. Como a migração de retorno nesse período é muito pouco provável, esse período estabelece uma base do diferencial entre os grupos de análise. A partir dos meses subsequentes, as taxas de mortalidade de bebês de origem hispânica e mexicana apresentam uma redução relativa ainda maior se comparadas com as taxas de mortalidade de bebês brancos. Para eles, esse aumento do diferencial pode ser uma evidência do retorno dessas mães e seus bebês à medida que eles ficam mais fortes e capazes de realizar a migração de retorno, reduzindo a notificação de mortes para o cálculo das taxas de mortalidade nos Estados Unidos. Porém, esse mesmo efeito em relação aos brancos também é observado para não-migrantes negros, porto-riquenhos e cubanos, sugerindo que há outras explicações para esse aumento relativo da taxa de mortalidade de bebês brancos.

Turra e Elo (2008) avançaram essa discussão a partir da utilização de dados da previdência social americana (*Social Security Administration*) para pessoas acima de 65 anos no período entre 1995 e 2000, sendo um dos primeiros trabalhos a buscar medir o efeito do *Salmon Bias* de forma direta. Os autores encontraram que as taxas de mortalidade dos migrantes hispânicos que retornaram a seu país de origem eram aproximadamente 15% a 20% maiores que de migrantes hispânicos residentes nos Estados Unidos. Além disso, eles observaram diferenciais de 8% a 10% na mortalidade entre migrantes brancos retornados em relação aos imigrantes brancos que continuaram residindo nos Estados Unidos. Além dessas evidências em favor do *Salmon Bias*, os

autores observaram se os retornados recentes (que saíram dos Estados Unidos) apresentavam maior risco de morte que aqueles que ficaram nos Estados Unidos, já que a hipótese afirma que a migração de retorno é precipitada por um quadro ruim de saúde (Turra e Elo, 2008). Os resultados encontrados mostraram que o risco de morte variava entre 76% a mais, para as mulheres hispânicas que retornaram em relação às que ficaram nos EUA, e 31% a mais para os homens brancos retornados comparados com os que permaneceram no país (Turra e Elo, 2008). Os autores afirmaram que, apesar das evidências encontradas relativas ao *Salmon Bias*, a vantagem relativa dos hispânicos em relação aos brancos americanos não poderia ser explicada unicamente por essa hipótese. Segundo eles, poucos são os hispânicos assegurados pelo sistema previdenciário americano, a ponto de causar tamanho impacto na mortalidade desse grupo de forma geral, ainda mais visto que os migrantes retornados brancos dos Estados Unidos também em parte compensariam esse efeito, dada sua pior saúde em relação aos que permaneceram nos EUA (Turra e Elo, 2008).

2.1.3 EVIDÊNCIAS E TESTES DOS EFEITOS DA MIGRAÇÃO: *HEALTHY MIGRANT HYPOTHESIS*

Um dos primeiros estudos a encontrar evidências de efeitos de seleção em saúde para migrantes foi elaborado por Marmot *et al.* (1984). Nesse estudo, os autores compararam a mortalidade, por causas específicas e causa geral, de italianos, poloneses, irlandeses e caribenhos que viviam no Reino Unido em relação aos que permaneceram no país de origem. Os dados encontrados revelaram que para todos os grupos de análise, exceto os irlandeses, as taxas de mortalidade eram menores entre os migrantes, o que poderia sugerir que há um efeito de seleção de saúde em relação à migração. A exceção da Irlanda inclusive favorece a análise, já que o país apresentava acesso facilitado ao Reino Unido, tanto devido à proximidade geográfica quanto à falta de restrição política à entrada. Dessa forma, as desvantagens sociais e de saúde apresentadas na Irlanda se tornariam um estímulo à migração ao invés de uma barreira (Marmot *et al.*, 1984). Evidências similares também foram encontradas para os Estados Unidos, porém comparando a mortalidade de migrantes em relação aos indivíduos nascidos nos EUA (Abraído-Lanza *et al.*, 1999).

Razum *et al.* (1998) compararam a mortalidade entre alemães, turcos que residem na Alemanha e turcos na Turquia. O objetivo dos autores era observar se os

diferenciais de saúde e mortalidade apresentados entre turcos na Alemanha e alemães reduzia com o tempo e o crescimento das gerações de turcos nascidos na Alemanha. Seria esperado que a saúde das gerações subsequentes de migrantes fosse pior que a saúde dos turcos de primeira geração, isso porque a segunda geração não teria passado por nenhum processo de seleção ao nascer no país de destino dos seus pais. Ao analisar dados do período entre 1980 e 1994, os autores não encontraram evidências de aumento nas taxas de mortalidade dos turcos residentes na Alemanha. Para eles, esse resultado seria esperado devido ao amadurecimento da segunda geração de migrantes e à menor presença relativa de migrantes de primeira geração no grupo de nacionais turcos. Dessa forma, Razum *et al.* (1998) colocaram que possivelmente os efeitos de seleção no caso das populações de trabalhadores temporários na Europa² ajam em conjunto com o retorno de indivíduos e famílias que não conseguem se adaptar adequadamente ao ambiente social e econômico do país de destino. A seleção desses indivíduos e famílias mais adaptados faria com que aqueles que futuramente apresentassem condições de saúde mais precárias (devido ao status socioeconômico mais baixo) retornassem ao país de origem antes mesmo de apresentarem quaisquer problemas de saúde. Devido à relação negativa entre status socioeconômico e mortalidade, essa seleção dos migrantes mais bem adaptados ao longo do tempo faria com que a composição do grupo que permaneceu no país de destino se tornasse cada vez mais composta por membros com menor risco de mortalidade, o que explicaria a menor mortalidade de turcos na Alemanha (Razum *et al.*, 1998).

Com o intuito de analisar o *Latino Mortality Paradox* no contexto americano, Abraído-Lanza *et al.* (1999) testaram a hipótese de que a seletividade é responsável pelo diferencial de mortalidade entre brancos e hispânicos. A primeira forma utilizada para testar a hipótese do *Healthy Migrant* foi através da comparação entre os hispânicos nascidos nos Estados Unidos em relação aos brancos também nascidos no país. Se o diferencial entre esses dois grupos permanecesse haveria uma evidência de que a seletividade não conseguiria explicar todo o paradoxo. Os resultados encontrados

² Os programas de recrutamento de trabalhadores temporários na Europa ocorreram entre 1945 e o início dos anos 1970, tendo como objetivo a entrada de mão de obra barata de migrantes, sem o intuito de integrá-los à sociedade de destino. Este recrutamento foi feito para agilizar a reconstrução e modernização do continente. Os migrantes trabalhadores temporários eram aceitos por um período determinado de tempo, com pouca abertura para a reunificação familiar e permanência destes migrantes. Porém, a partir da década de 1970, devido à dependência de vários setores da economia europeia no trabalho migrante e à entrada de familiares destes migrantes, diversos trabalhadores temporários e suas famílias passaram a se tornar migrantes permanentes (Castles, 2006).

apontaram para a continuidade do diferencial de saúde entre brancos e latinos nascidos nos Estados Unidos para ambos os sexos, o que reduz o poder de explicação da seletividade no diferencial.

O segundo teste realizado foi a partir da comparação entre migrantes brancos e migrantes de origem latina. Como ambos os grupos estariam sujeitos a um processo de seleção migratória, não deveria haver um nível de mortalidade menor para os latinos em relação aos brancos nascidos no exterior. Os resultados encontrados revelaram que a mortalidade de imigrantes latinos de primeira geração era menor do que a mortalidade dos imigrantes brancos, o que desqualifica a hipótese do *Healthy Migrant* como a principal explicação para o paradoxo. Porém, Abraído-Lanza *et al.* (1999) não levaram em consideração que o processo de seleção por saúde pode ser diferenciado entre os dois grupos em análise, em função de características relativas ao mercado de trabalho disponível para ambos os grupos e a forma como é realizada a travessia das fronteiras, fatores que podem alterar os requisitos de saúde necessários para migrar e acentuar ou atenuar o processo de seletividade.

Jasso *et al.* (2004) elaboraram um modelo que busca satisfazer parte dessa lacuna deixada pelo estudo de Abraído-Lanza *et al.* (1999). Nesse modelo a saúde interage com diversas outras variáveis. Uma dessas interações está na relação entre saúde e capacidade produtiva. Indivíduos mais saudáveis são normalmente mais robustos e conseguem aplicar de forma mais efetiva suas habilidades no trabalho. Por esse motivo, indivíduos mais saudáveis apresentariam maiores ganhos relativos à migração, gerando assim um processo de seleção. Outra forma de interação da saúde com a decisão de migrar está na distância envolvida no trajeto entre os países. Quanto maior a distância entre o local de origem e o local de destino, maiores são os custos monetários à migração – como passagem e transporte de bens – assim como os custos para coletar informações sobre o destino e os custos psicológicos devido a um maior distanciamento da família e amigos (DaVanzo, 1981). Dessa forma, migrantes oriundos de países mais distantes sofreriam também maior seletividade de saúde.

Outro ponto importante apontado pelos autores está no acesso e na qualidade do sistema de saúde, tanto no país de destino quanto no país de origem. Se o custo de acesso ao sistema de saúde for menor e a qualidade maior no país de destino, a migração se tornaria menos seletiva em termos de saúde. Essa situação seria ainda mais importante para migrantes de idade mais avançada, devido ao aumento do risco de morte nessas idades relativamente às idades mais jovens.

A partir dos dados obtidos pelo *New Migrant Pilot Survey* (NIS-P) realizado em 1996, Jasso *et al.* (2004) testaram empiricamente esse modelo aperfeiçoado para medir os efeitos de seletividade em saúde dos migrantes. Os resultados sugeriram uma relação positiva entre saúde e habilidade laboral, onde migrantes mais produtivos eram mais saudáveis. Os autores destacam que a seletividade em saúde não é independente da capacidade produtiva dos migrantes. Por conseguinte, o desenvolvimento das habilidades individuais dos habitantes do país de origem levaria a uma formação de migrantes cada vez mais saudáveis e produtivos.

2.1.4 NUANCES EM RELAÇÃO AOS DIFERENCIAIS DE SAÚDE DOS MIGRANTES: O PAPEL DA ASSIMILAÇÃO E DO SISTEMA DE SAÚDE

Como destacado nas seções anteriores, diversos estudos comprovaram a existência de diferenciais de mortalidade e saúde entre migrantes e nativos, além de testarem de várias formas suas principais hipóteses explicativas. Goldman *et al.* (2006) trouxeram novas evidências acerca dessa relação ao combiná-la com os gradientes de saúde e mortalidade encontrados para os diferentes níveis de status socioeconômico. Vimos anteriormente que, apesar dos migrantes apresentarem pior status socioeconômico em média que os nativos do destino, o nível de mortalidade deles é menor e, em muitos casos, seus indicadores de saúde também são melhores.

Goldman *et al.* (2006) foram além dessa análise agregada e estudaram alguns indicadores de saúde e comportamentos de risco, como tabagismo, obesidade e sintomas depressivos para mexicanos e brancos nos Estados Unidos, relacionando essas variáveis com os anos de estudo dos indivíduos. Os autores observaram que a relação entre esses comportamentos de risco e o status socioeconômico é diferente para brancos e mexicanos. O efeito da escolaridade sobre a redução desses comportamentos de risco e melhora dos indicadores de saúde foi muito mais alto entre os brancos. O efeito distinto desses níveis de resposta pode refletir em diferenciais de saúde e mortalidade entre migrantes e nativos no destino cada vez menores na medida em que os migrantes melhoram suas condições socioeconômicas. Há evidências que suportam essa reversão de tendência. Turra e Goldman (2007), por exemplo, encontraram diferenciais positivos de saúde para hispânicos em relação a brancos nos EUA.

Essa discussão é avançada por Zufferey (2016) que estudou os diferentes níveis de mortalidade por status socioeconômico na Suíça para cinco grupos de análise: suíços

nativos, suíços com origem estrangeira (suíços naturalizados ou nascidos no exterior), nacionais estrangeiros nascidos na Suíça, migrantes de longa data (chegada antes de 1973) e migrantes recentes (chegada posterior a 1995). O diferencial de mortalidade entre os grupos de migração, tanto para homens quanto para mulheres, era bem mais alto nos níveis socioeconômicos mais baixos, praticamente desaparecendo nos extratos sociais mais altos. A mortalidade predita para suíços nativos nesses perfis mais vulneráveis (fora do mercado de trabalho, solteiros e com nível educacional básico) foi de aproximadamente três vezes maior que dos migrantes mais recentes, para o caso dos homens, e de aproximadamente duas vezes maior para o caso das mulheres. Assim como no estudo de Turra e Goldman (2007), é possível perceber que os diferenciais de mortalidade e saúde entre migrantes e nativos no destino são muito maiores nos níveis socioeconômicos mais baixos.

Quais seriam, portanto, as explicações para essa variação nos diferenciais nos níveis mais elevados de status socioeconômico? Uma primeira possível explicação evocada por Goldman *et al.* (2006), e novamente salientada por Turra e Goldman (2007), está relacionada aos hábitos de saúde dos migrantes na origem. No caso específico do México e da América Latina, hábitos menos saudáveis como fumar, beber e comer comidas de alto teor calórico são vistos como bens de luxo, o que priva a população mais pobre de praticar tais hábitos (Goldman *et al.*, 2006; Turra e Goldman, 2007). Esse padrão estaria transposto diretamente na população migrante no destino, o que explicaria o pequeno efeito do status socioeconômico dos migrantes sobre a mortalidade no local de destino.

Outra explicação possível está na hipótese do *Healthy Migrant* (Goldman *et al.*, 2006; Turra e Goldman, 2007; Zufferey, 2016). Sob essa hipótese, o próprio processo de seletividade da migração seria diferenciado para indivíduos mais pobres e mais ricos, sendo que no primeiro caso a seletividade em saúde seria muito mais forte que no segundo. Isso ocorreria devido tanto à própria característica mais física do trabalho para pessoas de baixa escolaridade, como também devido ao acesso maior a recursos que facilitam o processo migratório para os indivíduos mais ricos. O próprio diferencial entre a primeira e segunda geração de migrantes, como encontrado por Zufferey (2016), serve tanto para corroborar quanto para contestar a hipótese do *Healthy Migrant*, principalmente nesses grupos mais vulneráveis de status socioeconômico. Como a segunda geração de migrantes não passa por um processo de seleção, ela deveria apresentar pior condição de saúde em média do que a primeira geração, o que é

corroborado pelo diferencial positivo de saúde entre migrantes e seus filhos. Por outro lado, já que a seletividade não é atuante para os filhos de migrantes, eles não deveriam apresentar melhor status de saúde do que os nativos no destino, o que revela que a seletividade não é capaz de explicar todo esse diferencial (Zufferey, 2016).

A hipótese do *Salmon Bias* também foi colocada pelos autores como atuando de forma diferenciada nos grupos mais vulneráveis de migrantes. Como esses grupos têm normalmente menor acesso ao sistema de saúde no país de destino, os migrantes mais fragilizados teriam um maior incentivo para retornar ao país de origem. A evidência dos diferenciais entre migrantes de segunda geração e os nativos no país de destino também contesta parcialmente essa hipótese, visto que a segunda geração não tem a mesma propensão a migrar para o país de origem dos pais.

A explicação que pode preencher esta lacuna está principalmente nas questões de assimilação dos migrantes na sociedade receptora. Turra e Goldman (2007) argumentaram que, devido à assimilação da maior parte dos migrantes a segmentos menos favorecidos nos Estados Unidos, os hábitos de saúde dos migrantes com o tempo se tornariam cada vez mais precários. Como os migrantes latinos em grupos socioeconômicos mais altos também estão sujeitos a maiores níveis de estresse e racismo do que os brancos americanos, o que os coloca em posição de assimilação com outros grupos hispânicos menos favorecidos, seu nível de saúde seria diretamente prejudicado por esse processo de assimilação.

Apesar de também reconhecer o processo de assimilação como importante para entender essas nuances nos diferenciais de saúde, Zufferey (2016) abordou a questão pela via oposta, o que talvez seja explicado pela utilização de grupos de análise diferentes do que o estudo de Turra e Goldman. Segundo o autor, no caso suíço os filhos de migrantes apresentavam maior desejo e aspirações de crescimento do que os suíços, principalmente nos segmentos mais pobres da sociedade. Essa diferença de aspirações tem efeitos positivos nos hábitos adotados por esses migrantes em relação aos suíços de baixo nível socioeconômico, que em contrapartida estariam mais propensos a adotar hábitos nocivos à saúde. Em níveis socioeconômicos mais elevados, os diferenciais de saúde praticamente desaparecem exatamente pela redução dessa diferença de aspirações.

Com o intuito de avançar ainda mais na discussão sobre os diferenciais de saúde em migração e na capacidade de testar o *Salmon Bias*, Diaz *et al.* (2016) utilizaram dados de saúde de mexicanos coletados no momento em que esses cruzam a fronteira de

retorno dos Estados Unidos para o México. As autoras compararam a base de dados do *Migrante Project*, que proporciona informações sobre os migrantes que atravessam a fronteira entre San Diego (EUA) e Tijuana (MEX), com a base do *California Health Interview Survey*³ entre 2011 e 2012. A coleta das informações de saúde no momento da travessia é extremamente valiosa para o estudo do *Salmon Bias*, já que normalmente as bases de dados utilizadas na literatura contêm informações coletadas algum tempo depois do processo migratório. O problema dessa diferença temporal é que a mudança de status de saúde do migrante após o retorno pode ocorrer por razões relacionadas ao local de origem, comprometendo a definição de quando exatamente o migrante adquiriu determinada condição de saúde. Isso limita a capacidade de explicação da hipótese do *Salmon Bias*, pois não teríamos como saber se a condição de saúde reportada foi adquirida durante o processo migratório ou após o retorno ao país de origem. A obtenção do dado no momento da travessia é, dessa forma, extremamente valiosa, já que reduz a presença desse erro na análise.

Outra contribuição valiosa do *Migrante Project* é que, como a coleta de informações é feita diretamente na fronteira, é possível distinguir migrantes deportados de migrantes voluntários. Essa diferenciação é importante, pois os migrantes deportados não necessariamente retornam devido a fatores de saúde, comprometendo a evidência em favor do *Salmon Bias*.

Os resultados encontrados pelas autoras mostraram que os imigrantes que permaneceram nos Estados Unidos apresentaram pior saúde autorreportada e maior prevalência de diabetes, doenças cardíacas, hipertensão e obesidade que os retornados – forçados ou voluntários. Além disso, os migrantes retornados deportados apresentaram melhores indicadores de saúde que os migrantes retornados voluntários, formando um gradiente de saúde entre os três grupos de análise. A melhor saúde dos deportados pode ocorrer por dois motivos: i) a seletividade deste grupo é mais acentuada, devido à maior probabilidade de realizarem travessias irregulares e por tanto, mais arriscadas, e ii) a probabilidade de retorno por saúde deste grupo é menor, já que o motivo por serem deportados normalmente não está relacionado com a sua condição de saúde. Já no caso de doenças mentais e sensação de bem-estar, o efeito foi reverso, sendo os deportados

³ O California Health Interview Survey é um conjunto de entrevistas por telefone conduzidas pelo Center for Health Policy Research da Universidade da Califórnia em Los Angeles, pelo California Department of Public Health e pelo Department of Health Care Services. Este survey contém informações detalhadas sobre características sociodemográficas, além da condição e de comportamentos em saúde dos entrevistados (Diaz et al., 2016).

aqueles com piores indicadores, seguidos pelos migrantes retornados voluntários e logo pelos migrantes ainda no destino. O maior estresse sofrido pelos migrantes deportados desde sua travessia, passando pelo medo diário de poder ser descoberto e expulso, até o próprio processo de deportação, pode explicar essa reversão.

As autoras encontraram evidências de que as doenças mentais e o stress estão associados a uma maior probabilidade de retorno, enquanto que outras doenças crônicas, como diabetes ou doenças cardíacas, estão associadas a uma maior probabilidade de permanecer nos Estados Unidos. Essas evidências indicam que o efeito do *Salmon Bias* pode atuar de maneiras distintas dependendo do tipo de doença ou da condição de saúde (Diaz *et al.*, 2016).

Essa forma diferenciada de atuação do *Salmon Bias* pode ser explicada pelo acesso ao sistema de saúde por parte dos diferentes grupos migrantes. Diaz *et al.* (2016) observaram que a correlação entre retorno e condição ruim de saúde está diretamente ligada ao acesso dos migrantes ao sistema de saúde americano. A probabilidade de retorno daqueles indivíduos que não tem acesso a seguros de saúde e apresentam alguma limitação de saúde foi 5,5 pontos percentuais maior do que aqueles indivíduos também sem acesso, porém sem limitações de saúde. Essa mesma relação – pessoas com e sem limitações de saúde – entre indivíduos com seguro de saúde é de apenas 1,4 pontos percentuais, o que evidencia como o sistema de saúde exacerba a relação entre retorno e saúde precária (Diaz *et al.*, 2016).

Riosmena (2016) também evidenciou a importância do contexto para a relação entre saúde e migração. Analisando dados do *Mexican Migration Project* (MMP) e do *Latin American Migration Project* (LAMP), o autor comparou dados de saúde de migrantes colombianos e mexicanos em relação a seus respectivos pares que permaneceram no país de origem. Os resultados encontrados sugerem uma seletividade migratória em saúde para ambos os países, sendo esse efeito maior para colombianos devido à maior seletividade econômica destes em relação aos migrantes mexicanos (Riosmena, 2016). Porém, o diferencial de saúde entre migrantes e não-migrantes em ambos os casos não se mantém quando controlado por características de saúde anteriores à migração. O autor concluiu que o contexto de recepção dos migrantes colombianos e mexicanos é provavelmente o que deteriora essa vantagem inicial dos migrantes em relação àqueles que permanecem no país de origem.

Apesar de trazer evidências sobre a seletividade migratória e a deterioração dos indicadores de saúde devido ao processo migratório, o autor não trabalhou com as

diferenças que podem existir em cada contexto de recepção. Este trabalho avança neste ponto não abordado pelo autor, trazendo evidências de que o efeito da migração em saúde varia de acordo com o país de destino dos migrantes colombianos.

Essas contribuições mais recentes ao estudo dos diferenciais de saúde no contexto da migração internacional nos mostram que, apesar das hipóteses principais do *Salmon Bias* e do *Healthy Migrant* continuarem sendo fundamentais para explicá-los, o processo de assimilação dos migrantes e o acesso ao sistema de saúde são capazes de alterar significativamente os resultados encontrados, inclusive mudando a forma como essas duas hipóteses atuam em cada caso. A comparação desses diferenciais em diferentes contextos de recepção e de organização do sistema de saúde, portanto, é fundamental para uma melhor identificação de efeitos de seletividade e viés líquidos de efeitos de contexto.

2.2 CONTEXTOS DE RECEPÇÃO E O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DOS MIGRANTES INTERNACIONAIS

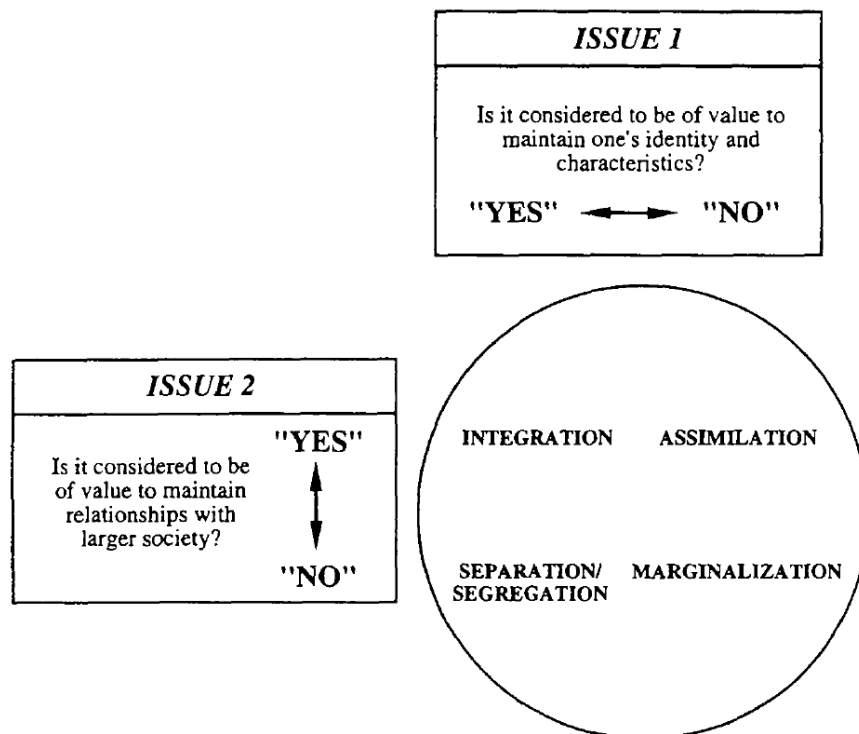
Como foi mostrado na seção anterior, os diferenciais de saúde entre migrantes e nativos são também influenciados pelo contexto no qual esses migrantes estão inseridos, além do tempo de exposição destes a esse novo ambiente e da forma com que ocorre a inserção dos migrantes na sociedade receptora. Essa inserção, por sua vez, pode assumir diferentes características dependendo da estratégia de aculturação⁴ adotada pelos migrantes. Berry (1997) estabeleceu um arcabouço conceitual (Figura 1) com quatro estratégias de aculturação – separação, integração, assimilação e marginalização. Essas estratégias são definidas pela interação entre duas questões não-excludentes: a importância da manutenção da identidade cultural própria e a importância da participação na sociedade receptora. Essas estratégias, em alguns casos, podem ser tomadas pelos próprios migrantes e, em outros casos, pela sociedade receptora, que atua como um delimitador das estratégias ofertadas aos migrantes.

A *estratégia de separação* ocorre quando o migrante ou o grupo migrante prefere manter sua identidade cultural e não busca contato com a sociedade receptora. Esse tipo de estratégia pode ser tomada pelo próprio grupo migrante ou pode ser imposta pela sociedade receptora (no segundo caso alterando a denominação da estratégia para

⁴ Aculturação é entendida como os processos e resultados culturais e psicológicos derivados do contato entre culturas (Berry, 1997).

segregação). Já a *estratégia de integração* é tomada quando o migrante deseja manter laços com sua cultura original, mas também busca interagir com a sociedade receptora. Esse tipo de estratégia só pode ser tomada em uma sociedade aberta e inclusiva, que forneça insumos para a manutenção da diversidade cultural, como escolas e instituições que sejam representativas para a cultura do migrante e que possibilitem a identificação com a sociedade de forma geral por todos os grupos. A *assimilação* é outra estratégia que ocorre quando o grupo migrante busca manter laços culturais com a sociedade receptora, mas sem se importar com a manutenção da sua cultura original. Esse tipo de estratégia pode ser tomada livremente pelo migrante ou pode ser imposta pela sociedade receptora. Por fim, quando há tanto uma assimilação forçada – na qual o migrante ou grupo migrante não pode manter sua cultura original – quanto um processo de segregação – em que o migrante ou grupo migrante é excluído da sociedade de destino, a *estratégia de marginalização* é a que predomina. Essa estratégia é normalmente imposta pela sociedade receptora (Berry, 1997).

FIGURA 1 – ARCABOUÇO CONCEITUAL DAS ESTRATÉGIAS DE ACULTURAÇÃO



Fonte: Retirado de Berry (1997)

Segundo Berry (1997), há cinco elementos centrais que determinam o processo de aculturação dos migrantes no país de destino. O primeiro desses elementos é relativo às experiências às quais o migrante está exposto, ao ter que lidar com o contato entre duas culturas distintas. Essas experiências podem moldar as oportunidades que o migrante terá ao longo de sua vida, sejam elas positivas ou negativas. O segundo elemento central é o significado que essas experiências têm para o indivíduo, ou seja, se ele as reconhece como situações de dificuldade ou de oportunidade. O terceiro elemento é relativo às estratégias adotadas pelos indivíduos para lidar com as experiências entendidas como problemáticas. Nesse ponto, como discutido anteriormente, a resposta e a abertura da sociedade de destino podem reduzir a capacidade individual de escolha de estratégias. O quarto elemento determinante está na resposta psicológica e emocional do indivíduo em relação às dificuldades encontradas e à sua condição de vida no país de destino. Problemas culturais devidamente solucionados gerarão menor nível de estresse, enquanto que dificuldades não completamente sanadas apresentam maior capacidade de gerar efeitos negativos na saúde mental dos indivíduos (Berry, 1997). O quinto elemento apresentado é o processo de adaptação de longo prazo. Adaptação, segundo o autor, se refere às mudanças que ocorrem nos indivíduos ou grupos em resposta a demandas contextuais. Nesse processo de adaptação, as estratégias tomadas ao longo do percurso também são importantes para entender o nível de coesão entre o indivíduo ou grupo migrante e a sociedade de destino. Indivíduos mais bem adaptados aos padrões da sociedade de destino normalmente adotaram estratégias mais ligadas à assimilação ou à integração, enquanto que processos de adaptação menos coesos com os padrões da sociedade de destino estão ligados a estratégias de separação e marginalização.

A saúde e bem-estar dos migrantes também são afetadas pela estratégia de aculturação adotada. Imigrantes no Canadá que adotaram as estratégias de *assimilação* ou *integração* apresentam um nível mais elevado de satisfação com a vida que aqueles que adotaram as estratégias de *separação* ou *marginalização*. Se sentir parte da cultura da sociedade de destino (mantendo sua cultura original ou não) e estar economicamente melhor inserido no mercado de trabalho são preditores importantes para que o migrante apresente um maior nível de satisfação com a vida (Berry e Hou, 2016). Já para a saúde mental, apenas a estratégia de *marginalização* apresentou um nível estatisticamente pior que as estratégias de *integração* e *assimilação*. Isso ocorre porque, apesar da discriminação sofrida por aqueles que adotaram a estratégia de *separação*, o sentimento

de pertencimento a uma determinada cultura providencia um amortecedor aos efeitos negativos dessa discriminação na saúde mental (Berry e Hou, 2016).

Portes e Rumbaut (2001) avançaram a discussão sobre aculturação ressaltando as nuances que existem no processo de assimilação dos migrantes nos Estados Unidos. Segundo os autores, a imagem deste processo como sendo relativamente uniforme e direto não é a ideal, já que a assimilação está sujeita a diversos constrangimentos e variáveis que alteram significativamente o curso a ser tomado. Por ser uma população heterogênea, os migrantes se diferenciam em três fatores que serão determinantes para definir o caminho que irão tomar no processo de assimilação.

O primeiro desses fatores é relativo às características pessoais de cada migrante, como escolaridade, conhecimento da língua do país de destino, idade e ocupação. A inserção econômica e social do migrante está diretamente ligada a essas características, dado que indivíduos com maiores níveis de capital humano e conhecimento do país de destino tendem a ser incorporados com mais facilidade pela sociedade receptora. A similaridade física, étnica, religiosa, linguística e cultural com a sociedade de destino também pode facilitar o processo de integração, pois atenua possíveis dificuldades devido a questões relativas a valores e preconceitos da população receptora. No caso específico dos migrantes colombianos, a similaridade linguística e o patrimônio cultural comum com a Espanha podem ser facilitadores no processo de adaptação destes migrantes no país ibérico em relação à adaptação à sociedade americana.

O segundo fator determinante é o contexto ou ambiente de recepção desse migrante. A situação política, social e econômica do país de destino no momento da migração é capaz de alterar a tipo de recepção que os migrantes podem receber. A recepção de mexicanos nos Estados Unidos ilustra como um mesmo grupo étnico pode experimentar formas muito diferentes de inserção na sociedade receptora em diferentes períodos. No contexto de crescimento econômico durante e após a Segunda Guerra Mundial, os mexicanos tiveram uma recepção facilitada nos EUA, devido às facilidades de entrada estabelecidas pelo Bracero Program – programa de recrutamento de trabalhadores temporários criado em 1942 –, e a abundância de trabalho adequada ao perfil desses imigrantes. Atualmente, o contexto americano é muito mais reativo à imigração, com discursos políticos contrários à entrada de migrantes e o aumento da vigilância e militarização das fronteiras para restringir o fluxo de migrantes, principalmente entre os dois países vizinhos (Henderson, 2011).

Outro determinante contextual está no tamanho e na conformação da comunidade étnica do migrante no país de destino, que pode influenciar sua assimilação de diversas maneiras. A presença de grupos étnicos de tamanho significativo no país de destino pode aumentar a capacidade de inserção do migrante em postos de trabalho através de indicações, além de providenciar segurança e estabilidade a partir da garantia de moradia e alimentação para os migrantes recém-chegados (Portes e Rumbaut, 2001). Este determinante também é essencial para entender o processo de adaptação de migrantes colombianos, já que a comunidade colombiana nos EUA é mais antiga e por tanto, se encontra mais estabelecida que aquela na Espanha, o que garante ao primeiro grupo uma maior facilidade de inserção na economia local (Guarnizo, 2006).

Neste sentido, migrantes que pertencem a grupos étnicos já marginalizados socialmente na sociedade de destino, podem apresentar menor capacidade de inserção. Assim, a identificação com a cultura de origem pode servir como uma proteção psicológica contra a exclusão e a discriminação (Castles *et al.*, 2014). Apesar de uma possível menor assimilação da cultura dominante por parte das minorias étnicas, a cultura desses grupos não é estática e também se altera de acordo com as experiências e interações do grupo com a sociedade receptora, podendo inclusive assumir características aparentemente regressivas – como fundamentalismo religioso ou maior nível de violência – em resposta à discriminação e à exploração sofridas por essas minorias (Castles *et al.*, 2014).

O terceiro fator apontado por Portes e Rumbaut (2001) que influencia na forma de assimilação é a estrutura familiar do migrante. O processo de integração do migrante à sociedade de destino pode ser diferenciado caso ele esteja sozinho ou acompanhado da família, já que as normas culturais e sociais do país de origem poderão ser aplicadas com maior ou menor intensidade dependendo da configuração familiar. Esse fator é ainda mais importante para o processo de assimilação da segunda geração de migrantes, que poderá ter uma inserção mais ou menos facilitada a partir das relações de autoridade e poder intradomiciliares.

A partir desse conjunto de fatores relativos ao processo de assimilação, Portes e Rumbaut (2001) elaboraram o conceito de *assimilação segmentada*, segundo o qual, a assimilação dos migrantes no país de destino é diferenciada em função de fatores individuais, contextuais e familiares. Essas diferentes formas de assimilação geram impactos também diferenciados em diversas esferas e decisões da vida dos migrantes. Na esfera econômica e social, a inserção dos migrantes de um mesmo grupo étnico é

diferente dependendo do tempo de exposição no país de destino (Borjas, 1995; Ou e Pong, 2013). Migrantes mais recentes apresentam maior diferencial salarial em relação aos nativos nos Estados Unidos do que migrantes de coortes antigas no momento em que estes entraram no país, mesmo controlando por mudanças na estrutura salarial entre os períodos (Borjas, 1995). Coortes de migrantes chineses mais recentes em Hong Kong também apresentam maior *gap* salarial em relação aos nativos do que coortes antigas, sendo essa diferença crescente principalmente para grupos com maior nível educacional (Ou e Pong, 2013).

A propensão ao retorno também é afetada pelo nível de assimilação dos migrantes no país de origem. Segundo o estudo de Constant e Massey (2003) para a Alemanha, migrantes com maiores ligações sociais, políticas, psicológicas e culturais com o país de destino, isto é, com maior nível de identificação com a Alemanha, apresentam menor propensão ao retorno. O oposto é verificado para migrantes com ligações sociais e econômicas muito fortes com o país de origem. O processo de assimilação também pode afetar diretamente a condição de saúde dos migrantes (Cho *et al.*, 2004, Jasso *et al.*, 2004), como será detalhado na seção a seguir. Este ponto é central para a análise dos diferenciais de saúde entre migrantes e nativos.

2.2.1 EFEITOS DA ASSIMILAÇÃO NA SAÚDE DOS MIGRANTES

Como foi discutido na seção 2.1.1, uma das principais explicações na literatura para o paradoxo da mortalidade entre migrantes e nativos está nos efeitos culturais (Abraído-Lanza *et al.*, 1999; Palloni e Arias, 2004). Diferenças de comportamentos em saúde, como menor consumo de álcool e tabaco para latinos nos EUA em relação a americanos, sugerem menores riscos para doenças cardíacas e câncer devido à relação entre esses comportamentos e a prevalência dessas doenças (Abraído-Lanza *et al.*, 1999). Efeitos secundários, como a densidade das redes de cuidado e suporte e a presença de famílias mais extensas com normas e obrigações diferentes da sociedade americana, podem influenciar a propensão a tomar atitudes de risco à saúde por parte dos indivíduos (Palloni e Arias, 2004). Porém, a forma como se dá a inserção na sociedade de destino e a assimilação ou não desse migrante aos hábitos sociais, culturais e de saúde pode também alterar esses comportamentos.

Cho *et al.* (2004) estudaram exatamente esse processo de (des)continuidade do diferencial em saúde para cubanos, porto-riquenhos, mexicanos e outros hispânicos em

relação a nativos brancos e negros nos Estados Unidos, avaliando em que medida esse diferencial é alterado devido ao tempo de residência do migrante no destino. Os autores encontraram uma relação inversa entre o tempo de residência nos Estados Unidos e o diferencial de saúde dos migrantes em relação aos brancos americanos, mesmo controlando por idade e nível socioeconômico. A explicação para esse fenômeno, está na assimilação negativa de hábitos de saúde do país de destino pelos migrantes ao longo do tempo. Dado que os migrantes em geral inserem-se em uma camada social e econômica mais baixa, além de sofrerem constantemente situações de discriminação e preconceito, é comum assimilarem hábitos de saúde daquele grupo social em que estão inseridos. Dessa forma, aquele diferencial inicial existente devido à seletividade em saúde dos migrantes é progressivamente corroído com o tempo de residência no destino (Cho *et al*, 2004).

Essa queda do diferencial de saúde dos migrantes com o tempo de residência também foi analisada por Antecol e Bedard (2006), que mediram a assimilação dos níveis de Índice de Massa Corpórea (IMC). Ao analisar grupos de hispânicos, brancos e negros nos Estados Unidos, os autores observaram que o IMC dos hispânicos recém-chegados aos EUA era inferior ao dos nativos brancos, convergindo para os níveis americanos ao longo do tempo. Essa convergência, porém, não era a mesma para ambos os sexos. Mulheres apresentaram uma convergência muito maior em seu IMC do que os homens.

Como foi visto no conceito de assimilação segmentada, o contexto histórico ao qual o migrante está exposto durante sua chegada também influencia a forma como ele será recebido no país de destino e, portanto, afetará seu processo de integração à sociedade receptora. Hamilton *et al.* (2015) ressaltaram que esses diferentes contextos de recepção devem ser levados em conta no estudo da assimilação de saúde pelos migrantes, pois as formas de assimilação são distintas para cada coorte de chegada, inclusive dentro de um mesmo grupo étnico. Esses efeitos de coorte de chegada não são afetados apenas pelo contexto de recepção, mas também pelo contexto de saída. Os autores citam como exemplo o caso do México, que passa por um processo de transição epidemiológica com a redução de doenças infectocontagiosas e o crescimento de doenças crônicas, o que também afeta o perfil de saúde das coortes mais recentes.

A partir de dados da *March Current Population Survey* entre 1996 e 2014, os autores estimaram os efeitos de coorte de chegada na assimilação de saúde para mexicanos, cubanos, dominicanos, sul-americanos e centro-americanos nos Estados

Unidos. O resultado encontrado sugere que os modelos que omitem os efeitos de coorte de chegada superestimam o nível de assimilação negativa de saúde por parte dos migrantes. Como as coortes mais recentes apresentam um perfil de saúde mais favorável do que as coortes antigas, essas impactam o resultado da análise quando ela é feita a partir apenas do tempo de residência no país de destino. Dessa forma, o tempo de residência em dados de período estaria contaminado pelas características de cada coorte, superestimando a queda da qualidade de saúde ao longo do tempo. Apesar disso, Hamilton *et al.* (2015) destacaram que os efeitos de assimilação negativa continuam sendo significativos, mesmo quando se leva em conta os efeitos de coorte de chegada, sendo apenas a magnitude deles um pouco reduzida com esse controle.

Essa assimilação segmentada de saúde não ocorre apenas no âmbito das mudanças nos hábitos e costumes do migrante ao longo do seu tempo de estadia no país de destino. O acesso do migrante ao sistema de saúde é outro elemento chave no processo de segmentação. O efeito da assimilação em relação ao tempo tende, teoricamente, a ser o contrário da assimilação de hábitos de saúde, pois quanto maior o tempo que o migrante permanece no destino, maior deveria ser seu acesso ao sistema, inclusive devido à alteração de seu status migratório no período (legalização e naturalização) (Antecol e Bedard, 2006).

Além do acesso ao sistema de saúde poder ser diferenciado para migrantes e nativos, o próprio uso desse sistema por parte de cada grupo pode não ser o mesmo, o que também teria impacto na sua condição de saúde. Mesmo em um sistema completamente igualitário de acesso para migrantes e nativos, a diferenciação do uso desse sistema pode resultar em efeitos distintos na saúde dos usuários. Na seção seguinte discutiremos o acesso e uso desses sistemas nos dois países de destino centrais para a migração colombiana: Estados Unidos e Espanha. Além da importância desses países para a migração de colombianos, a forma como são organizados os seus sistemas de saúde é bastante distinta, o que possibilita observar melhor os efeitos desses diferentes sistemas nas hipóteses centrais da literatura para os diferenciais em saúde no contexto da migração internacional, a *Healthy Migrant Hypothesis* e a *Salmon Bias Hypothesis*.

2.2.2 ACESSO E USO DOS SISTEMAS DE SAÚDE POR MIGRANTES NOS ESTADOS UNIDOS E NA ESPANHA

O sistema público de saúde nos Estados Unidos apresenta dois grandes programas que garantem acesso a determinados grupos populacionais aos serviços de saúde prestados. O *Medicare* é um programa voltado às pessoas acima de 65 anos, enquanto o *Medicaid* é voltado a pessoas de renda muito baixa. O restante da população americana que não se enquadra em nenhuma dessas categorias fica dependente de seus próprios recursos para financiar seus gastos em saúde, seja através de gasto direto (*out of pocket*) ou de planos de saúde privados ou públicos. Esse contexto é ainda mais restritivo para os imigrantes que, devido a barreiras linguísticas, salários e ocupações mais precárias e às condições legais nos Estados Unidos, apresentam uma dificuldade maior de adquirir um plano de saúde. Tais características da população migrante, também atuam em detrimento do uso do sistema de saúde por parte destes (Pandey e Kagotho, 2010; Solis *et al.*, 1990). Essa situação de acesso limitado e baixo uso dos serviços de saúde mais básicos faz com que os imigrantes utilizem mais os sistemas de emergência dos hospitais (Solis *et al.*, 1990) e convivam com riscos maiores de morte em casos de doenças crônicas (Becker, 2004). Esse tipo de uso mais emergencial devido aos altos custos do cuidado e tratamento de doenças em estágio mais avançado gera problemas econômicos para o sistema de saúde (Rivers e Patino, 2006).

Para o caso do principal grupo migrante nos Estados Unidos, os hispânicos e seus descendentes, essa capacidade reduzida de acesso a planos de saúde, assim como os problemas culturais e linguísticos de assimilação que esses grupos sofrem, geram impactos significativos no perfil de uso dos serviços de saúde. Segundo Hargraves e Hadley (2003), hispânicos apresentam menor probabilidade de terem visitado um médico no último ano e de terem ido ao mesmo médico que consultaram na última vez, em relação tanto a negros quanto a brancos americanos. Essa menor probabilidade também é encontrada para serviços mais básicos, como cuidado dentário e oftalmológico (Solis *et al.*, 1990).

Pandey e Kagotho (2010) classificaram os imigrantes em quatro categorias, cujo acesso ao sistema de saúde é variável de acordo sua condição legal. Migrantes que

possuem *employment based visas*, *family reunification visas* e *diversity visa program*⁵ recebem o mesmo tipo de tratamento em relação ao acesso aos serviços de saúde do governo. Antes de obter o visto de residência permanente nos Estados Unidos (*Green Card*), e durante os cinco anos subsequentes à obtenção, o migrante não tem direito a participar de nenhum programa de saúde público. Após esses cinco anos, cabe ao estado em que ele mora decidir se o indivíduo está apto a receber benefícios como o *Medicaid* ou se ele terá primeiro que adquirir a cidadania americana para ter acesso ao programa. Essa legislação é completamente diferente para refugiados, que são permitidos acesso aos programas de saúde a partir do momento em que sejam reconhecidos como refugiados.

Essa variação entre categorias de migrantes também é refletida no acesso a planos de saúde, sendo que os migrantes com visto de trabalho (*employment based*) apresentaram cinco vezes mais chances de ter um seguro de saúde que os migrantes do programa de diversidade (*diversity visa program*), isso porque normalmente as empresas que os empregam pagam na sua totalidade ou subsidiam a compra do plano de saúde. Esse último grupo de migrantes apresenta piores indicadores, pois é um grupo mais vulnerável financeiramente, já que não apresenta o mesmo nível de segurança que aqueles migrantes de trabalho ou com laços familiares já estabelecidos nos Estados Unidos (Pandey e Kagotho, 2010).

O tempo de residência nos Estados Unidos também é outra medida que afeta diretamente o acesso ao sistema de saúde por parte dos migrantes. Segundo Leclere *et al.* (1994), migrantes recém-chegados ao país apresentam menor número de visitas a médicos do que os migrantes de longa data, mesmo controlando por idade e outras características demográficas. Os principais fatores colocados para esse diferencial estão na barreira linguística e cultural que os migrantes recém-chegados apresentam e no menor percentual de pessoas com plano de saúde. A barreira linguística e cultural dificulta o acesso à informação para o migrante, além dos problemas causados pela discriminação e pelo medo de ser deportado. Já a barreira ao acesso de planos de saúde está diretamente ligada à situação econômica e laboral dos migrantes, em que os salários mais baixos e a segregação social impedem o investimento em planos de saúde (Rivers

⁵ O *Diversity Visa Program* é um programa de vistos para nacionais de países com menos de 50 mil admissões nos EUA nos últimos cinco anos. A elegibilidade para este tipo de visto requer experiência de trabalho de pelo menos dois anos ou no mínimo 12 anos de escolaridade. Este grupo é mais vulnerável que aqueles com visto de trabalho ou visto de reunificação familiar pois geralmente as pessoas que ingressam no país com este visto não tem nenhuma rede de suporte nos Estados Unidos que os garanta maior segurança financeira e social (Pandey e Kagotho, 2010).

e Patino, 2006) Como foi visto anteriormente, no caso americano a literatura aponta fortemente para esses dois fatores como os principais determinantes do menor acesso e uso do sistema de saúde por parte dos migrantes, sendo inclusive os responsáveis pelas diferenças apresentadas entre grupos de migrantes.

Enquanto o sistema de saúde dos Estados Unidos apresenta esse caráter mais restritivo aos imigrantes, o sistema de saúde espanhol mostra-se, inicialmente, muito mais acessível a esse grupo. A Espanha apresenta um sistema de saúde público gratuito a todos seus cidadãos desde meados da década de 1980 (Antón e Muñoz de Bustillo, 2010). Apenas a partir de leis promulgadas no ano 2000, no entanto, que esse direito à saúde gratuita foi estendido aos imigrantes internacionais (Romero-Ortuño, 2004). Essa legislação estabelece que qualquer imigrante registrado no censo local (*Padrón Municipal de Habitantes*) está habilitado ao serviço de saúde público, além de todos os imigrantes abaixo de 18 anos de idade, mulheres grávidas e pessoas que estejam internadas em serviços de emergência (Romero-Ortuño, 2004). O mais interessante dessa legislação é que ela inclui também os imigrantes irregulares, já que o registro no *Padrón Municipal* é independente do status migratório e não gera qualquer distúrbio na condição de regularidade do migrante (Antón e Muñoz de Bustillo, 2010).

Esse sistema universal e aberto aos imigrantes internacionais, porém, foi reduzido a partir do Decreto-Lei Real 16/2012 (*RDL 16/2012*) promulgado pelo governo de Rajoy em 2012. Esse decreto revoga os direitos à saúde pública gratuita adquiridos em 2000 pelos imigrantes internacionais, com exceção dos imigrantes abaixo dos 18 anos, das mulheres grávidas, dos asilados e refugiados e daqueles que precisam de internação em serviços de emergência (Cimas *et al.*, 2016). Como o sistema de saúde espanhol é regionalizado e descentralizado desde meados da década de 1990 (Antón e Muñoz de Bustillo, 2010), a adoção das medidas do decreto-lei, no entanto, não foi completamente absorvida por todas as regiões (Cimas *et al.*, 2016).

Segundo Cimas *et al.* (2016), das 17 regiões autônomas da Espanha seis foram à Corte Constitucional alegando inconstitucionalidade do Decreto-Lei Real 16/2012 devido à violação do direito à saúde. Dessas mesmas 17 regiões, 12 tomaram medidas legais para regular e manter o cuidado aos imigrantes internacionais indocumentados, enquanto que 10 regiões tomaram medidas administrativas paralelas que garantissem ao menos algum tipo de cuidado aos imigrantes internacionais como cobertura garantida em casos de alguns quadros específicos de doenças. Nesse contexto de crítica e rejeição

do RDL 16/2012, o governo espanhol alterou o decreto-lei em 2015, que passou a incluir acesso limitado a serviços primários de saúde para imigrantes indocumentados.

É possível perceber que, apesar da tentativa do governo espanhol de reduzir o acesso aos serviços de saúde dos imigrantes internacionais após 2012, na prática o país continua apresentando um sistema muito mais aberto que os Estados Unidos. Em questão de acesso, o imigrante internacional na Espanha entre 2000 e 2012 não apresentava qualquer problema legal para recorrer ao sistema de saúde, sendo que mesmo após 2012, na maioria das regiões espanholas esse acesso continua próximo ao disponibilizado para os nativos (Cimas *et al.*, 2016).

Observando os principais agravantes para o uso do sistema de saúde norte-americano (barreira linguística e falta de acesso), vemos que o segundo ponto é pouco significativo para o caso espanhol, já que o acesso é praticamente universal. Já para o caso da barreira linguística, como o foco deste estudo são migrantes colombianos, esse fator também não deve ter influência na restrição ao uso pelos imigrantes. Dessa forma, seria esperado que o uso do sistema de saúde espanhol feito pelos imigrantes, principalmente por imigrantes latino-americanos, seja similar ao uso feito por nativos.

Carmona *et al.* (2014) fizeram uma revisão sistemática da literatura sobre o uso dos serviços de saúde por imigrantes no mundo e, especificamente, no contexto espanhol. Segundo os autores, a literatura aponta para um uso similar do sistema básico de saúde por imigrantes e nativos espanhóis, principalmente no caso dos latino-americanos. Dentre as regiões, os africanos seriam aqueles que mais utilizam o serviço de saúde em função provavelmente dos maiores problemas de saúde advindos do contexto vivido no país de origem. No caso latino-americano, a proximidade cultural e linguística é colocada de fato como um facilitador do uso por parte desse grupo, diferentemente do caso americano em que esses fatores servem como barreira ao uso do sistema. Em relação às consultas com especialistas, no entanto, o uso por parte dos imigrantes é menor do que dos nativos. As explicações possíveis para esse diferencial estão em questões culturais, no desconhecimento do funcionamento do sistema de saúde e na utilização de meios alternativos de tratamento. Outro ponto destacado pelos autores é a diferença apresentada no uso pelos migrantes segundo o tempo de residência na Espanha, assim como ocorre no caso americano. Há um aumento do uso do sistema relativo ao tempo de residência, que seria devido a um maior nível de integração à sociedade espanhola e a um melhor conhecimento do funcionamento do sistema.

2.3 MIGRAÇÃO COLOMBIANA: HISTÓRICO E PERFIL

A Colômbia é um país com histórico importante na migração internacional. Em 2012, o tamanho da diáspora colombiana foi estimado entre aproximadamente 2,1 milhões e mais de 4,1 milhões de pessoas – caso sejam contabilizados também seus descendentes diretos –, morando em outros países. Isso corresponde a aproximadamente 10% da população total do país (Ochoa, 2012). A migração internacional é importante para o país desde a década de 1940, intensificando-se a partir da década de 1960 em razão da instabilidade política do período – conhecido como La Violencia – e do baixo desempenho econômico do Modelo de Substituição de Importações no país (Zapata, 2011). Nessa primeira onda migratória, a estabilidade democrática e o crescimento econômico, produto do boom petrolífero, tornaram a Venezuela, e em menor medida o Equador, em grandes receptores de colombianos. Esse fluxo se reduziu significativamente a partir da década de 1980 com a queda do preço do petróleo e o início da estagnação da economia venezuelana (Ochoa, 2012). Nos anos e décadas posteriores, esse fluxo reduzido passa a ser composto principalmente por pessoas residentes nas regiões fronteiriças do país em busca de refúgio, devido à intensificação do conflito armado na Colômbia durante as décadas de 1980 e 1990 (Ochoa, 2012).

Outro destino central para o país desde a década de 1960 são os Estados Unidos, que é até hoje um dos principais destinos dos colombianos. A grande demanda por mão de obra e o desenvolvimento econômico americano desde o fim da Segunda Guerra Mundial tornaram o país um grande polo de atração para a migração internacional e latino-americana. Nessa época, o fluxo migratório era composto principalmente por médicos e engenheiros (Ochoa, 2012), mas a partir da década de 1990 a composição socioeconômica dos migrantes tornou-se mais diversa, devido ao deterioro da situação política e econômica do país. A queda do preço do café – devido à dissolução do Acordo Internacional do Café em 1989⁶ – e as reformas neoliberais implantadas na Colômbia pelo governo Gaviria (1990-1994), para conter a crise da dívida fiscal decorrente da década perdida de 1980, aprofundaram as disparidades sociais e econômicas no país (Zapata, 2011). A violência ligada ao tráfico de drogas e à formação

⁶ Historicamente o café foi um dos motores do crescimento econômico do país. Grande parte do investimento na indústria e na infraestrutura dos *departamentos* da região cafeeira da Colômbia foi feito a partir do capital gerado pela economia do café. O Acordo Internacional do Café era um sistema de *quotas* internacionais que garantia a estabilidade e um alto valor no preço internacional do café. Sua dissolução significou a liberalização do mercado e a consequente desvalorização do preço da mercadoria (Rettberg, 2010).

de grupos paramilitares, além do ostensivo combate do governo à produção e comercialização das drogas, apoiado pelos Estados Unidos, aprofundaram ainda mais esse contexto de crise, levando milhões de pessoas a migrar interna e internacionalmente (Zapata, 2011).

Esse contexto de crise sócio-política e econômica no final da década de 1990, aliado ao terremoto de 1999 na região cafeeira da Colômbia (o *Eje Cafetero*), gerou também uma diversificação dos destinos dos migrantes em direção a países da Europa. O atentado de 11 de setembro de 2001 às Torres Gêmeas em Nova York, porém, acentuou o controle à migração nos Estados Unidos, o que auxiliou nessa busca de novos destinos pelos colombianos (Ochoa, 2012). Nesse contexto, a Espanha torna-se um dos novos destinos preferenciais dos migrantes, dado que até 2003 o país não exigia vistos para a entrada de colombianos (Ochoa, 2012). O dinamismo econômico espanhol até 2007 foi também responsável por essa atração de colombianos⁷. A crise econômica de 2008 na Espanha fez com que muitos latino-americanos retornassem ao país de origem, com estimativas de que, por ano, acima de 125 mil latino-americanos teriam deixado a Espanha a partir da crise (Recaño *et al.*, 2015). Apesar de sofrer uma redução, o fluxo latino-americano em direção ao país não cessou, passando de 336.646 migrantes em 2007 para 108.525 em 2012 (Recaño *et al.*, 2015). Essa redução para um terço do número de entradas de latino-americanos no território espanhol também é sentida no caso dos colombianos, os quais passaram de 36.434 novos migrantes em 2007 para 11.608 indivíduos em 2011 (Ochoa, 2012).

Atualmente Espanha e Estados Unidos são os principais países de destino dos colombianos, representando juntos pouco mais de 80% do fluxo entre 2005 e 2007 (por volta de 68 mil emigrantes líquidos) e aproximadamente 75% do fluxo do período 2008–2010 (em torno de 55 mil emigrantes líquidos) (Ochoa, 2012). Segundo estimativas do censo americano para 2017, a população de origem colombiana (o que inclui descendentes de migrantes) é o maior grupo sul-americano presente nos Estados Unidos, contando com aproximadamente 1,2 milhões dos 3,7 milhões de pessoas com origem na América do Sul. Esse valor é o sétimo maior para a América Latina, ficando atrás de Guatemala (1,4 milhões), República Dominicana (2 milhões), El Salvador e Cuba (2,3 milhões cada um), Porto Rico (5,6 milhões) e México (36,6 milhões) (U.S. Census Bureau, 2017). Essas mesmas relações também podem ser estabelecidas quando

⁷ A taxa de desemprego na Espanha caiu de 24% em 1995 para 8,3% em 2007, enquanto que na Colômbia a taxa subiu de aproximadamente 5% em 1994 para 17% em 2004 (Rosas e Gay, 2015).

olhamos apenas os migrantes nascidos fora dos Estados Unidos, sendo que os colombianos em 2016 responderam por 697 mil dos 2,8 milhões de sul-americanos residentes nos EUA, o que garante a posição da Colômbia como o país sul-americano com maior número de migrantes nos Estados Unidos⁸ (U.S. Census Bureau, 2016).

Na Espanha o estoque de migrantes colombianos em relação ao total é ainda mais surpreendente. Segundo dados do *Padrón Municipal* para 2016, os residentes na Espanha (naturalizados ou não) que nasceram na Colômbia são o quarto maior grupo de pessoas nascidas fora da Espanha, contando com aproximadamente 369 mil indivíduos (222 mil naturalizados espanhóis e 147 com naturalidade estrangeira). Esse número só é menor do que os equatorianos (404 mil), romenos (610 mil) e marroquinos (802 mil), o que mostra o tamanho e a importância da diáspora colombiana no país (INE, 2016).

Apesar do tamanho e da importância da migração internacional para a Colômbia, o cenário de altas taxas de emigração⁹ internacional não é o mesmo para todas as regiões do país. A partir de dados do censo de 2005, Khoudour-Casterás (2007) mostra que, enquanto *Bogotá* – capital do país –, e alguns estados (*departamentos*) como *Antioquia* – departamento que engloba a cidade de *Medellín* – e *Atlántico* – região caribenha que tem como capital a cidade de *Barranquilla* – apresentam taxas de emigração entre 7% a 10%; outros como *Caquetá*, *Huila* e *Casanare* – regiões pequenas e mais próximas da floresta Amazônica – apresentam taxas de emigração internacional próximas de 1%. A região do *Eje Cafetero* – que engloba os departamentos de *Risaralda*, *Quindío*, *Caldas* e a parte noroeste do *Valle del Cauca* – é ainda mais representativa em termos relativos para a emigração internacional colombiana, o que evidencia o tamanho do impacto das crises do preço do café na economia da região. Os departamentos de *Risaralda*, *Quindío* e *Caldas* apresentam taxas de emigração internacional de respectivamente 29,84%, 18,90% e 9,59%, que correspondem respectivamente à 256 mil, 98 mil e 86 mil emigrantes em 2005. Já o departamento de *Valle del Cauca* – que além da região cafeeira à noroeste também apresenta um forte epicentro de emigração internacional na cidade de Cali – possui uma taxa de aproximadamente 19,66%, correspondente à aproximadamente 797 mil emigrantes (Khoudour-Casterás, 2007).

Essa grande disparidade regional nas taxas de emigração internacional pode ser explicada pela própria desigualdade socioeconômica entre os departamentos

⁸ Estes números podem estar subestimados em função das limitações do censo em contabilizar os migrantes indocumentados.

⁹ Taxas de emigração calculadas através da divisão entre o número de emigrantes e a população total do departamento.

colombianos. As regiões mais escolarizadas, mais urbanas e com menor percentual de população abaixo da linha da pobreza são aquelas que apresentam maiores taxas de emigração, confirmando a hipótese de que a migração internacional é um processo seletivo no qual os indivíduos ou famílias mais pobres não possuem recursos suficientes para migrar (Khoudour-Casterás, 2007).

Outra característica importante da migração internacional colombiana atualmente é a predominância feminina nos dois principais países de destino – Estados Unidos e Espanha – (OIM, 2013; Ochoa, 2012), enquanto que em destinos geograficamente mais próximos – América do Sul e América Central – há uma predominância masculina na população migrante (Guarnizo, 2006). A ascensão social também é diferenciada por país de destino, sendo que nos Estados Unidos, devido a uma rede maior e mais bem estabelecida, os migrantes colombianos conseguem se alocar em uma diversidade maior de empregos do que na Europa, onde tem ficado mais limitados a trabalhos no serviço doméstico e de limpeza (Guarnizo, 2006).

Apesar da emigração ser a principal direção do fluxo migratório internacional na Colômbia, a imigração de retorno também ganhou peso a partir de meados da década de 2000 devido à crise econômica nos países desenvolvidos, e às políticas mais restritivas à imigração adotadas no período ao redor do mundo (Mejía e Castro, 2012). O fluxo de colombianos retornados tem como origem principal a Espanha, que respondeu por 80% da migração de retorno proveniente dos países da OCDE no período 2005-2007 (6.032 pessoas), e 85% no período 2008-2010 – 13.381 pessoas – (Ochoa, 2012). Esse aumento da migração de retorno e a situação econômica fragilizada na Espanha também reduziram o fluxo de migrantes com destino ao país ibérico. Entre 2006 e 2008 – antes da crise atingir a Espanha – o número de imigrantes colombianos que entraram no país, por ano, subiu de aproximadamente 35 mil para 42 mil, porém em 2009 esse número se reduziu para aproximadamente 25 mil novos migrantes (Mejía e Castro, 2012). Para o retorno a situação foi reversa e mais precoce, sendo que em 2006 apenas aproximadamente 5 mil colombianos saíram da Espanha e voltaram para seu país natal, enquanto que entre 2007 e 2009 esse número variou entre 10 mil e 12 mil retornados por ano (Mejía e Castro, 2012).

Outra característica importante da migração colombiana é relativa às remessas que os migrantes enviam para suas famílias no país de origem. A partir da década de 1990, há um crescimento significativo no montante de remessas destinadas à Colômbia, saindo de aproximadamente 106 milhões de dólares em 1980 e atingindo 495 milhões

em 1990 (Banco de la República, 2015). Esse valor continuou subindo ao longo da década seguinte, sendo que em 2004 a Colômbia foi o segundo país latino-americano em valor absoluto de remessas (3,8 bilhões de dólares), atrás apenas do México (48,3 bilhões de dólares). Para se ter uma ideia do tamanho deste montante, esse valor representa 197% de todo o investimento estrangeiro direto que o país recebeu nesse mesmo ano (Acosta et al., 2007). Estados Unidos e Espanha são os dois principais países de origem dessas remessas, representando anualmente de 60% a 80% do montante de remessas recebidas entre 2005 e 2015 pela Colômbia (Banco de la República, 2015).

3. METODOLOGIA

3.1 BASE DE DADOS

Utilizamos a base de dados elaborada pelo *Latin American Migration Project* (LAMP), projeto desenvolvido pelo *Office of Population Research* da Universidade de Princeton em conjunto com a Universidade de Guadalajara. O LAMP é um projeto de pesquisa criado como uma extensão do *Mexican Migration Project* (MMP)¹⁰ com o objetivo de disponibilizar novos dados e informações acerca dos fluxos migratórios latino-americanos. O projeto teve início em 1998 a partir de entrevistas conduzidas em Porto Rico, e hoje conta com dados de 11 países latino-americanos: Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Nicarágua, Paraguai, Peru e Porto Rico (LAMP, 2018). A coleta de dados é feita a partir da abordagem *ethnosurvey*, que consiste em uma combinação de técnicas etnográficas e sociológicas com métodos de amostragem de pesquisa convencionais (LAMP, 2018), com o intuito de maximizar as vantagens dos métodos qualitativos e quantitativos e minimizar as deficiências de cada um deles¹¹ (Massey e Zenteno, 2000).

O projeto busca estudar comunidades de diferentes estruturas socioeconômicas, composições étnicas, regiões e tamanhos, com o intuito de trazer variedade na análise (LAMP, 2018; Massey e Zenteno, 2000). É importante ressaltar que nem o MMP nem o LAMP pesquisam apenas áreas de altas taxas de migração, mas sim locais que tenham algum nível de migração internacional, o que resulta em taxas migratórias bastante diferenciadas entre as comunidades. Durante o processo de seleção das comunidades, os pesquisadores buscam abranger quatro níveis de hierarquia urbana: zonas rurais (menos de 2.500 habitantes), pequenas cidades (*pueblos*) (entre 2.500 e 10.000 habitantes), cidades médias (10.000 a 100.000 habitantes) e metrópoles (acima de 100.000 habitantes). Nas zonas rurais e pequenas cidades, os pesquisadores retiram uma amostra aleatória de domicílios do total de domicílios na região. Para cidades médias e

¹⁰ O *Mexican Migration Project*, criado em 1982, é um projeto desenvolvido pela Universidade de Princeton em conjunto com a Universidade de Guadalajara com o intuito de avançar o entendimento do complexo processo da migração mexicana para os Estados Unidos, coletando dados econômicos e sociais de migrantes mexicanos documentados e indocumentados nos Estados Unidos e retornados ao México (MMP, 2018).

¹¹ Enquanto os métodos convencionais de pesquisa quantitativos não proporcionam uma análise histórica mais aprofundada dos eventos, os estudos etnográficos pecam através da baixa quantificação dos seus resultados, o que compromete sua validação pelo meio científico (Massey e Zenteno, 2000).

metrópoles, as comunidades selecionadas são bairros ou regiões tradicionais que não sejam dominados por um fluxo migratório rural-urbano (LAMP, 2018). A partir da seleção desses bairros, é realizado o mesmo procedimento de amostragem aleatória dos domicílios aplicado às zonas rurais e *pueblos*. As comunidades precisam ter no mínimo 1.200 domicílios para serem elegíveis, sendo que 200 domicílios são entrevistados por comunidade.

Os questionários utilizados para o LAMP a partir do *ethnosurvey* são compostos por três partes¹². Na primeira delas, dados sociodemográficos básicos – sexo, ano e local de nascimento, status marital, anos de estudo e principal ocupação profissional – são coletados para todos os membros do domicílio, sendo que os filhos do chefe do domicílio também são listados mesmo que não residam mais naquele domicílio. Após a listagem de todos os membros e suas características, é questionada a relação de cada membro com o chefe do domicílio. Depois são coletadas informações sobre a primeira e última migração dos membros do domicílio com experiência migratória, como local de destino, ano de chegada no destino, status marital no momento da migração, tempo de estadia, ocupação econômica principal e salário no local de destino (LAMP, 2018; Massey e Zenteno, 2000).

A segunda fase do questionário consiste em perguntas retrospectivas anuais do curso de vida do chefe de domicílio em tópicos como histórico laboral, de propriedade, de negócios e de nascimento de filhos. Para alguns países, como a Colômbia, essa fase do questionário também é aplicada para o cônjuge do chefe de domicílio.

A terceira fase do questionário consiste em coletar informações detalhadas sobre a experiência migratória do chefe de domicílio (ou outro membro com experiência migratória internacional, caso o chefe de domicílio não tenha migrado internacionalmente). Dados sobre as relações sociais, capacidades linguísticas, situação laboral e forma e financiamento da viagem são obtidos nessa fase.

Para alguns países como Colômbia, México, El Salvador e Equador, dados sobre a saúde do chefe de domicílio e do cônjuge são também coletados. Os dados de saúde presentes no questionário são altura, peso, histórico de tabagismo, qualidade autorreportada de saúde aos 14 anos, no ano da entrevista e no ano anterior à entrevista, presença de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, doenças cardíacas, AVC, doenças pulmonares, doenças psiquiátricas e neoplasias) e, apenas para os indivíduos com

¹² Questionários disponíveis em: lamp.opr.princeton.edu/colombia/col-codebooks-en.htm

experiência migratória internacional, qualidade autorreportada de saúde antes da migração e após a migração (sendo esta última apenas para migrantes retornados). Os dados de qualidade de saúde autorreportados em determinados pontos no tempo utilizam uma escala *Likert* com quatro itens: saúde ruim, regular, boa e excelente. Os dados sobre altura e peso são coletados para o momento da entrevista, assim como os dados de prevalência de doenças crônicas (um item para cada doença).

Além do questionário utilizado nos domicílios, dados gerais sobre a comunidade também são coletados, como tamanho populacional, características econômicas e sociais, área do município, infraestrutura e condição rural/urbana.

Além dos *surveys* realizados nos países Latino-americanos, também são realizados *surveys* em alguns países tradicionais de destino dos migrantes do respectivo país. A partir das entrevistas realizadas nas comunidades de origem, os pesquisadores adquirem alguns contatos no exterior e, através do método de amostragem por bola de neve, identificam e entrevistam migrantes dessas ou outras comunidades no destino.

3.1.1 A AMOSTRA

Na Colômbia, já foram realizados *surveys* em 14 comunidades entre 2008 e 2015, totalizando 2.799 domicílios. Também foram entrevistados 33 domicílios de migrantes colombianos nos Estados Unidos, dos quais 21 chefes de domicílio tinham nascido em uma das 14 comunidades pesquisadas e 12 chefes de domicílio tinham nascido em outras comunidades da Colômbia. Ademais, foram entrevistados 189 domicílios na Espanha, dos quais 125 chefes de domicílio tinham nascido em uma das 14 comunidades pesquisadas e 64 chefes de domicílio tinham nascido em outras comunidades colombianas. Dentre as 14 comunidades pesquisadas, 1 está localizada na zona rural, 3 pertencem a cidades pequenas, 1 é referente a uma cidade de tamanho médio e 9 são de bairros de cidades grandes (acima de 100.000 habitantes) ou metrópoles. A distribuição geográfica das comunidades pesquisadas é um reflexo do padrão migratório do país, sendo 8 comunidades pertencentes à região cafeeira da Colômbia (*Eje Cafetero*), 1 comunidade pertencente à região metropolitana de Bogotá, 2 comunidades da região metropolitana de Barranquilla e 3 comunidades são bairros da cidade de Cali.

O banco de dados conta com 14.958 observações totais, sendo 5.001 observações correspondentes a chefes de domicílio e cônjuges, ou seja, pessoas aptas a

responder o questionário de saúde. Dessas 5.001 observações, 4.854 enquadram-se em um dos três grupos analisados: 4.388 observações são referentes a indivíduos que nunca migraram (aproximadamente 90%), 351 a emigrantes que ainda vivem na Espanha ou nos Estados Unidos (aproximadamente 7%) e 114 a migrantes retornados desses dois países (aproximadamente 3%) e 1 caso sem status migratório. Dessas observações, 58 correspondem a não migrantes e 6 a emigrantes residentes na Espanha que não responderam sobre sua condição de saúde atual, representando um percentual de *missing* de aproximadamente 1,3%. Destes 64 casos, apenas 13 reportaram seu status de saúde aos 14 anos, todos reportados como excelente, enquanto que 51 observações não reportaram nenhuma das duas medidas de saúde.

3.2 MÉTODOS

Dois tipos de regressão foram utilizados para buscar evidências acerca das duas principais hipóteses levantadas neste trabalho: regressão logística binomial para a *Healthy Migrant Hypothesis*; e regressão logística ordinal para a *Salmon Bias Hypothesis*.

Para testar a hipótese do *Healthy Migrant*, elaboramos um modelo no qual a probabilidade de migrar é condicionada ao status de saúde pré-migração a partir de uma regressão logística binomial. A probabilidade de migrar é determinada pela variável que informa se o indivíduo já teve ou não alguma experiência migratória internacional – nativo sem experiência migratória definido como 0 e migrante (retornado ou ainda no destino) definido como 1. A variável de saúde utilizada é o status de saúde aos 14 anos, definido como “excelente” (valor igual a 1) ou “caso contrário” (valor igual a 0). Decidimos agrupar no termo “caso contrário” as observações colocadas como “ruim”, “regular” e “boa” devido à baixa frequência de casos colocados como ruins (0,1%) ou regulares (1,8%). A saúde aos 14 anos é aqui utilizada por ser o indicador determinado no tempo mais próximo do período em que a decisão de migrar é tomada. Apesar de dispormos do indicador de saúde autorreportada no momento anterior à migração, esse dado consta apenas para aqueles indivíduos que migraram, o que não permite a comparação desse indicador com outro relativo à saúde daqueles que permaneceram na origem no mesmo momento no tempo. Uma limitação da utilização do dado de saúde aos 14 anos é que qualquer alternância na condição de saúde entre essa idade e a idade em que o indivíduo poderia tomar a decisão de migrar é perdida. Outra limitação é que

o marcador de saúde aos 14 anos é genérico e, portanto, mais sensível a viés causado por erro de memória do que marcadores mais objetivos, como presença de doenças crônicas ou antropometria.

As variáveis de controle deste modelo são idade atual, sexo e anos de estudo, esta utilizada como *proxy* para o status socioeconômico. Sexo é uma variável importante devido à feminização da migração colombiana com destino aos Estados Unidos e à Espanha (OIM, 2013). Ademais, como a composição por sexo entre os grupos migrante e não-migrante pode ser diferenciada e a saúde das mulheres é pior do que a saúde dos homens (Crimmins *et al.*, 2010), essa variável precisa ser incluída no modelo. Idade atual é uma variável importante devido à sua relação com a saúde autorreportada aos 14 anos. Como é esperado que pessoas de idade mais avançadas reportem pior sua saúde durante a adolescência que pessoas jovens – devido tanto a uma maior distância no tempo entre os 14 anos e a idade atual quanto a uma possível menor capacidade de memória, esta variável é utilizada para suprimir esses possíveis erros de declaração nos dados retrospectivos. A escolaridade também é incluída no modelo devido à relação positiva entre capital humano e migração (DaVanzo, 1981). No caso específico do nosso banco de dados, percebemos uma relação mais forte com o status migratório principalmente nos indivíduos que completaram o ensino superior (16 anos ou mais de estudo), o que demandou a criação de uma variável *dummy* para pessoas com ensino superior e de um termo interativo entre estas duas variáveis – escolaridade e ensino superior, já que o efeito de um ano a mais de escolaridade na probabilidade de migrar parece ser diferenciado entre aqueles com e sem ensino superior.

Para testar a hipótese do *Salmon Bias*, elaboramos dois modelos. O primeiro deles é um modelo logístico ordinal, em que a condição de saúde atual é função do status migratório – retornado ou emigrante ainda no país de destino. Neste modelo o objetivo é observar se o migrante retornado apresenta pior saúde que o migrante ainda no destino, o que pode ser um indício do retorno desse migrante devido à pior condição de saúde apresentada, como é colocado na hipótese clássica do *Salmon Bias*. A variável dependente utilizada é o status de saúde atual autorreportado – sendo 0 “Ruim/regular”, 1 “Bom” e 2 “Excelente” –, enquanto que a variável de status migratório é se o indivíduo é um migrante retornado – valor 1 – ou se ainda está no país de destino – valor 0. A limitação de utilizarmos a saúde atual para tentar medir a hipótese do viés de salmão é que a condição de saúde reportada no momento da entrevista pode refletir experiências posteriores ao retorno. O ideal seria se utilizássemos um dado de saúde

coletado imediatamente após o retorno dos migrantes, como é o caso do *Migrante Project* (Diaz *et al.*, 2016).

Cinco variáveis de controle foram utilizadas no modelo: saúde autorreportada anterior à migração, número de doenças crônicas, sexo, idade e anos de estudo. A condição de saúde atual pode tanto ser resultado de mudanças na saúde ao longo do tempo, como também pode ser apenas uma continuidade de um quadro de saúde em um período anterior. Por esse motivo, controlamos a saúde atual pelo status de saúde anterior à migração, reduzindo assim o efeito da condição de saúde determinada por um período anterior ao que estamos analisando. O número de doenças crônicas também entra na análise como um controle intermediário de saúde entre a condição atual de saúde e a saúde anterior à migração. Como é esperado que a prevalência de doenças crônicas aumente com a idade, esse indicador serviria como mais uma etapa até atingir a saúde atual. Infelizmente, como esse dado não é datado, não podemos ter certeza se o migrante adquiriu essa condição durante, após ou até mesmo antes do processo migratório, o que limita a utilização desta variável para avaliar o *Salmon Bias* a partir dela.

A variável de sexo é utilizada como controle para a saúde atual devido à diferença entre homens e mulheres em reportar a condição de saúde, já que as mulheres reportam em média pior saúde que os homens – mesmo quando controlado por idade (Crimmins *et al.*, 2010). A variável idade atual é também controlada devido à relação negativa entre saúde e idade a partir da adolescência. Como estamos trabalhando apenas com pessoas acima de 16 anos, essa relação sempre se mantém negativa. A variável anos de estudo é utilizada como *proxy* para o status socioeconômico. Há evidências na literatura de uma relação negativa entre saúde e status socioeconômico (Adler *et al.*, 2013), o que evidencia a importância da utilização desta variável como controle, caso a composição dos grupos migrantes seja distinta neste quesito.

Outra variável que inicialmente foi colocada como controle é o tempo de residência no país de destino. Como a assimilação dos migrantes altera a resposta em saúde ao longo do tempo (Cho *et al.*, 2004; Antecol e Bedard, 2006), seria esperado que o tempo de residência no país de destino alterasse a saúde atual autorreportada. Porém, não foi encontrada significância no parâmetro dessa variável. A explicação para esse resultado está na correlação entre a variável idade e o tempo de residência. Os indivíduos com maior tempo de residência são também aqueles com maior idade (54% dos migrantes com mais de 20 anos de residência têm 55 anos ou mais, enquanto que

para os migrantes com 10 a 20 anos de residência, apenas 15% estão nessa faixa etária) e, portanto, a variável idade já capta o efeito de tempo de residência, o que restringe o uso desta última e nos levou a retirá-la do modelo final.

O segundo modelo utilizado expande a análise da hipótese do *Salmon Bias* através da inclusão da variável país de destino e de um termo interativo entre o país de destino do migrante e o status migratório. Como a assimilação dos migrantes (capítulo 2.2) e o acesso e uso do sistema de saúde (capítulo 2.3) são diferenciados de acordo com o país de destino, a inclusão destas variáveis tem como objetivo obter uma *proxy* para essa diferença de contexto. A variável país – sendo 0 o valor para os Estados Unidos e 1 o valor para a Espanha – é a *proxy* que utilizamos para medir os efeitos de contexto na hipótese do *Salmon Bias*. Uma das teorias que advogam pela inclusão destas variáveis é a de que o acesso diferenciado ao sistema de saúde alteraria a propensão ao retorno dos migrantes (Diaz *et al*, 2016). Dessa forma, temos a hipótese de que, devido ao sistema de saúde mais acessível no caso espanhol, o diferencial de saúde entre migrantes retornados e migrantes ainda no destino seria menor do que no caso americano, já que os migrantes do caso espanhol teriam maiores condições de se tratar no país de destino. Outra teoria possível para o que estas variáveis representam está na diferença nas redes familiares e de apoio no país de origem que cada grupo de migrantes teria (Diaz *et al*, 2016). Nossa hipótese é de que, como a migração colombiana com destino aos Estados Unidos é mais antiga e mais estabelecida (Ochoa, 2012), os migrantes no caso americano teriam maior incentivo ao retorno devido a esses laços familiares mais consolidados e principalmente à maior disponibilidade de cuidados na comunidade de origem. A terceira teoria que poderia estar embutida nessas variáveis é o decréscimo diferenciado na produtividade de trabalho devido à piora na condição de saúde (Diaz *et al*, 2016). Caso o efeito negativo na produtividade e no salário seja mais acentuado em determinado país, a propensão ao retorno também tenderia a ser maior nesse mesmo caso.

Estas três hipóteses para o retorno revelam que, mesmo encontrando efeitos distintos do *Salmon Bias* por país de destino, não é possível afirmar quais destes fatores são mais importantes para explicar o diferencial entre Espanha e Estados Unidos. Outra limitação deste trabalho é que, como o efeito do *Salmon Bias* é mais expressivo nas idades mais velhas, devido ao quadro de saúde mais agudo e às maiores taxas específicas de mortalidade, o retorno na nossa base de dados pode também ter explicações além da condição de saúde. Dados de previdência seriam melhores para

explicar o efeito direto do *Salmon Bias* (Turra e Elo, 2008), já que além de trabalharem com idades mais avançadas, também apresentam um padrão longitudinal no qual é possível acompanhar de forma direta os indivíduos. Apesar destas limitações, nosso estudo procura contribuir para a literatura através das evidências encontradas de que o efeito do *Salmon Bias* pode se alterar a partir do contexto do país de destino e até mesmo das diferentes redes de apoio na origem que cada grupo de migrantes apresenta. Trabalhos futuros, comparativos e longitudinais, com base em dados previdenciários e com dados sobre as redes familiares e comunitárias dos países de origem poderão se beneficiar com a estrutura de hipótese e primeiras evidências obtidas neste trabalho sobre a diversidade de causas que podem modificar, atenuar ou compensar o efeito do *Salmon Bias* sobre os diferenciais de saúde e mortalidade de grupos migrantes.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados sobre o histórico de migração individual e dos dados retrospectivos autoreportados sobre a qualidade de saúde, podemos observar melhor possíveis relações entre as variáveis de saúde e migração, atentando-se às duas hipóteses centrais da literatura – *Healthy Migrant* e *Salmon Bias Hypotheses*. A análise descritiva dos dados é primordial para iniciar esse processo de estudo dessas relações. Ressaltamos que, nas tabelas que serão apresentadas, o total de observações nem sempre condiz com o total predito anteriormente (4.854 observações), pois há alguns casos de *missing* na base de dados.

Para sabermos se nossa amostra de migrantes ainda no país de destino tem composição similar à população de migrantes colombianos¹³ vivendo no exterior (TAB.1), comparamos os dados do LAMP com o censo e o *Padrón Municipal* espanhol, assim como com os dados do censo americano. De acordo com o *Padrón Municipal* de 2015, aproximadamente 58,5% dos migrantes colombianos na Espanha eram do sexo feminino, enquanto que na nossa base de dados esse valor gira em torno de 54,6%. Esse valor é bastante próximo dos dados do censo espanhol de 2011, no qual 54,4% dos migrantes colombianos eram mulheres. A idade média dos migrantes colombianos na Espanha em 2015 é de aproximadamente 36,3 anos e em 2011 essa idade média gira em torno de 34,4 anos. Nos dados do LAMP a idade média é em torno de 42,2 anos. Apesar de nossa base ser um pouco mais envelhecida, há uma grande proximidade em relação aos dados oficiais espanhóis. A nível de escolaridade, nossa base apresenta um nível educacional superior aos dados oficiais do censo espanhol de 2011, tanto para pessoas com apenas o ensino médio completo quanto para migrantes com ensino superior completo.

Essa proximidade entre os dados oficiais e a nossa base de dados é ainda maior para os migrantes colombianos residentes nos EUA. A idade média dos migrantes colombianos em 2015 era em torno de 47,2 anos e as mulheres representavam 57,3% deste grupo (U. S. Census Bureau, 2015). Nos dados do LAMP a idade média é de aproximadamente 47,1 anos e as mulheres representam 56,9% dos migrantes. Já para os dados oficiais de escolaridade, os migrantes colombianos que residem nos Estados

¹³ Os dados oficiais do último censo colombiano (realizado em 2005) não dispunham de informações relativas aos migrantes internacionais retornados, limitando uma possível comparação dos migrantes retornados da nossa base de dados com os que teriam sido coletados pelo censo.

Unidos apresentam maior percentual de pessoas com apenas o ensino médio completo (52,7% contra 49,1%), porém um percentual muito menor para indivíduos com ensino superior completo (31,3% contra 45,5%). Esse resultado indica que, assim como no caso espanhol, os migrantes que ainda residem nos EUA segundo os dados do LAMP são em média mais escolarizados que os migrantes reportados por dados oficiais.

TABELA 1 – Comparação da Composição Etária, Sexo e Escolaridade dos Migrantes Colombianos Residentes no País de Destino entre os Dados do LAMP e Bases de Dados Externas, 2008 a 2015

Características Demográficas	Bases de Dados Externas			Base de Dados LAMP	
	<i>Padrón Municipal</i> ¹⁴ (2015)	Censo Espanhol (2011)	<i>U.S. Census Bureau</i> (2015)	Espanha	Estados Unidos
Percentual de Mulheres	58,5%	54,4%	57,3%	54,6%	56,9%
Idade Média	36,6	34,4	47,2	42,2	47,1
Apenas Ensino Médio Completo	-	57,1%	52,7%	67,8%	49,1%
Ensino Superior Completo	-	14,7%	31,3%	20,9%	45,5%

Fonte: LAMP – Dados da Colômbia (2008 a 2015), Censo de Población y Viviendas (2011), *Padrón Municipal* (2015) e *U.S. Census Bureau* (2015)

Em uma primeira inspeção em busca de indícios que deem suporte à hipótese do *Healthy Migrant*, podemos observar evidências preliminares de seletividade em saúde para os migrantes (TAB. 2). A saúde aos 14 anos autorreportada para aqueles que nunca migraram é pior do que aquela referente aos migrantes (os migrantes apresentam 1,4 vezes mais risco de reportarem sua saúde aos 14 anos como excelente do que os não migrantes, enquanto que o risco de reportarem sua saúde como inferior a excelente cai para 0,35 vezes quando comparado com o mesmo risco para os não migrantes). Esse dado apresenta indícios de que a saúde na adolescência tem relação com a probabilidade de migrar, como esperado pela hipótese do *Healthy Migrant*.

Apesar dessa evidência, o dado sobre saúde aos 14 anos não é o ideal para analisar a seletividade, pois qualquer alternância na condição de saúde entre o momento em que o indivíduo estaria apto a migrar e a idade de 14 anos seria perdido nessa

¹⁴ Não foi possível encontrar dados sobre escolaridade de migrantes no *Padrón Municipal*.

análise, o que é uma limitação importante do dado. Infelizmente, o banco de dados que dispomos não faz um acompanhamento longitudinal anual (*event history calendar*), o que permitiria comparar indivíduos de mesmas características sociodemográficas no momento em que os migrantes saíram do país com o mesmo período no tempo para aqueles que permaneceram na origem. Além dessa limitação, a composição sociodemográfica destes dois grupos de estudo pode ser responsável por grande parte do diferencial – por exemplo, caso os não migrantes sejam mais velhos e, por esse motivo, reportem pior sua saúde aos 14 anos. Por essa razão, a confirmação ou rejeição desta hipótese de seletividade precisa de uma análise condicional mais cuidadosa.

TABELA 2 – Distribuição Relativa da Condição de Saúde aos 14 Anos Autorreportada por Status Migratório de Colombianos, 2008 a 2015

Status Migratório	Saúde aos 14 anos		Total
	Caso Contrário	Excelente	
Não Migrante	38,81% (1.685)	61,19% (2.657)	100% (4.342)
Migrante	13,73% (63)	86,27% (396)	100% (459)
Razão de Chance (Migrante x Não Migrante)	0,35	1,40	
Total	36,41% (1.748)	63,59% (3.053)	100% (4.801)

(Nº de Observações)

Fonte: LAMP – Dados da Colômbia (2008 a 2015)

A TAB. 3 também apresenta evidências preliminares que corroboram a hipótese clássica do *Salmon Bias*. A saúde atual dos migrantes retornados colombianos é pior do que a saúde dos emigrantes ainda no país de destino. Observa-se uma chance 1,18 vezes maior dos emigrantes reportarem sua saúde como excelente em relação aos retornados. O inverso ocorre para a saúde reportada como ruim ou regular – emigrantes apresentam apenas 0,71 vezes da chance dos retornados de reportarem este estado de saúde. Assim como no caso anterior, há uma limitação importante no dado de saúde atual para avaliar a hipótese do *Salmon Bias*. Como a saúde reportada é referente à data da entrevista, o migrante retornando pode ter adquirido uma condição ruim de saúde muito tempo após ter retornado à Colômbia, o que significa que o retorno não teria sido causado pela piora na saúde. Este dado também está sujeito às características sociodemográficas que

compõem os dois grupos, o que pode ser responsável parcial ou integralmente pelas diferenças encontradas.

TABELA 3 – Distribuição Relativa da Condição de Saúde Atual Autorreportada por Status Migratório de Colombianos, 2008 a 2015

Status Migratório	Saúde atual			Total
	Ruim/Regular	Boa	Excelente	
Emigrante	16,23% (56)	39,13% (135)	44,64% (154)	100% (345)
Retornado	22,81% (26)	39,47% (45)	37,72% (43)	100% (114)
Razão de Chance (Emigrante x Retornado)	0,71	0,99	1,18	
Total	17,86% (82)	39,22% (180)	42,92% (197)	100% (459)

(Nº de Observações)

Fonte: LAMP – Dados da Colômbia (2008 a 2015)

Partindo para as variáveis de controle, podemos perceber que a idade média (TAB.4) do grupo não migrante é superior à idade média tanto de retornados (aproximadamente 2 anos a mais) quanto dos emigrantes ainda vivendo no local de destino à época da entrevista (aproximadamente 8,5 anos a mais). Esse padrão etário dos grupos de estudo pode explicar tanto parte do diferencial em saúde atual, já que é esperado que grupos mais velhos também apresentem pior condição de saúde em relação a grupos mais jovens, quanto parte da diferença em saúde aos 14 anos, devido ao possível maior erro de memória de grupos etários mais avançados. Esse dado já era esperado, visto que normalmente os migrantes são mais jovens em média que os não migrantes, assim como os emigrantes ainda no país de destino em relação aos migrantes retornados.

Quanto à escolaridade, o grupo não migrante apresenta 2 anos de estudo a menos em média que os retornados e 4 anos de estudo a menos que os emigrantes. Como esperado, os migrantes internacionais apresentam maior escolaridade que os não migrantes, o que é um fator de seletividade para a migração (DaVanzo, 1981). Além disso, como há evidências de uma relação positiva entre saúde e status socioeconômico (Adler *et al.*, 2013), a escolaridade também pode explicar parte do diferencial em saúde

atual. É importante ressaltar também que, como há um diferencial no padrão etário dos três grupos, é possível que as variáveis escolaridade e idade estejam correlacionadas, já que coortes mais jovens podem ter experimentado um contexto de maior acesso à educação formal.

TABELA 4 – Média e Desvio Padrão da Idade e da Escolaridade Atuais em Anos por Status Migratório de Colombianos, 2008 a 2015¹⁵

Status Migratório	Idade Atual			Escolaridade		
	Média	Desvio Padrão	Nº de Observações	Média	Desvio Padrão	Nº de Observações
Não Migrantes	51,65	15,60	4.388	8,46	4,70	4.345
Migrantes	44,69	11,06	465	11,90	3,54	458
Retornados	49,80	13,26	114	10,33	4,46	112
Emigrantes	43,03	9,70	351	12,40	3,02	346

Fonte: LAMP – Dados da Colômbia (2008 a 2015)

A variável sexo apresenta um padrão curioso, no qual quase 60% da população não migrante da amostra é do sexo feminino, enquanto que para os migrantes retornados o padrão é invertido, no qual apenas aproximadamente 40% dos entrevistados são mulheres (TAB. 5). Já no caso dos emigrantes ainda no destino, a porcentagem de mulheres fica em torno de 55%. Alguns pontos são interessantes a serem discutidos a partir desse dado.

O primeiro ponto é que a composição dos não migrantes é mais feminina que a composição dos migrantes na nossa base de dados, o que vai de encontro à literatura sobre a migração colombiana para Estados Unidos e Espanha, na qual os migrantes apresentam uma composição mais feminina que a população que permaneceu na origem (OIM, 2013). Essa diferença encontrada em relação à literatura, porém, pode ser apenas um reflexo do desenho amostral do banco de dados.

O segundo ponto é que a composição dos sexos é um fator que aparentemente favoreceria a saúde atual dos emigrantes em relação aos retornados, já que a expectativa de vida feminina é geralmente maior que a masculina. Porém, como o dado que estamos trabalhando é relativo à saúde autorreportada e não à mortalidade, a maior proporção de

¹⁵ Gráficos de densidade para idade se encontram no anexo 1.

mulheres emigrantes também poderia atuar como um atenuador da diferença em saúde atual entre emigrantes e migrantes retornados. Isso pode ocorrer porque, quando controlado pela idade, as mulheres reportam pior status de saúde que os homens (Crimmins *et al.*, 2010), o que iria de encontro ao diferencial encontrado na nossa base de dados, já que os emigrantes reportam melhor saúde, apesar de ter uma composição mais feminina.

TABELA 5 – Distribuição Relativa de Sexo por Status Migratório de Colombianos, 2008 a 2015

Status Migratório	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Não Migrantes	58,18% (2.553)	41,82% (1.835)	100% (4.388)
Migrantes	51,40% (239)	48,60% (226)	100% (465)
Retornados	40,35% (46)	59,65% (68)	100% (114)
Emigrantes	54,99% (193)	45,01% (158)	100% (351)

(Nº de Observações)

Fonte: LAMP – Dados da Colômbia (2008 a 2015)

Crimmins *et al.* (2010), no entanto, ressaltaram que, se controlado pela presença de doenças crônicas e problemas funcionais além da idade, os homens é que reportam pior saúde do que as mulheres. Estes resultados indicam que as mulheres apresentam maior prevalência de doenças crônicas e problemas funcionais que os homens, resultado da menor mortalidade feminina e do consequente maior tempo de exposição a quadros de doenças crônicas (Oksuzyan *et al.*, 2013). Essa situação reforça a necessidade de se controlar nosso modelo simultaneamente pelo número de doenças crônicas e pela idade. A TAB. 6 indica que a mesma relação acima apresentada também ocorre para nossa amostra, na qual mulheres reportam pior status de saúde e maior número de doenças crônicas que os homens.

TABELA 6 – Distribuição Relativa de Saúde Atual Autorreportada e Número de Doenças Crônicas Por Sexo de Colombianos, 2008 a 2015

Sexo	Saúde Atual			Total	Número de Doenças Crônicas				Total
	Ruim/Regular	Boa	Excelente		Nenhuma	1	2	3 ou mais	
Mulher	27,60% (763)	47,94% (1.325)	24,46% (676)	100% (2.764)	62,79% (1.753)	22,89% (639)	9,78% (273)	4,55% (127)	100% (2.792)
Homem	24,09% (488)	49,8% (1.009)	26,11% (529)	100% (2.026)	67,75% (1.397)	21,14% (436)	8% (165)	3,1% (64)	100% (2.062)
Total	26,12% (1.251)	48,73% (2.334)	25,16% (1.205)	100% (4.790)	64,89% (3.150)	22,15% (1.075)	9,02% (438)	3,93% (191)	100% (4.854)

(Nº de Observações)

Fonte: LAMP – Dados da Colômbia (2008 a 2015)

O dado sobre doenças crônicas é importante também para os modelos do *Salmon Bias* por servir como um indicador intermediário entre a saúde antes da migração e a saúde atual autorreportada. Podemos perceber que a chance de os emigrantes apresentarem nenhum quadro de doença crônica é 1,21 vezes maior do que a chance de os retornados apresentarem esse mesmo quadro. Já para qualquer número de doenças, vemos que o risco relativo entre emigrantes e retornados torna-se cada vez menor quanto maior for o número de doenças crônicas (TAB. 7). Esse dado é mais um fator que pode ajudar a explicar a melhor saúde atual reportada pelos emigrantes em comparação com os retornados.

A última variável de controle para os modelos do *Salmon Bias* que precisa ser analisada é a saúde autorreportada para o período imediatamente anterior à migração (TAB. 8). A chance de o emigrante reportar sua saúde como excelente foi 1,57 vezes maior que o risco de o retornado reportar essa mesma condição de saúde para o momento anterior à migração. Esse resultado indica que os emigrantes já apresentam uma saúde melhor mesmo antes da migração ocorrer, o que pode levar também a um resultado mais favorável para o grupo de emigrantes ao reportar a saúde atual. Esse dado deve ser observado com cautela devido à composição destes grupos antes da migração. Se a idade ao migrar, por exemplo, daqueles que atualmente estão no grupo de emigrantes for menor que dos retornados, há uma maior chance de o primeiro grupo reportar uma saúde melhor que o segundo grupo, visto que a idade é um fator importante para a condição de saúde. Esse tipo de análise condicional também pode ser feita a partir de outras variáveis como sexo e escolaridade. Outro ponto importante a ser

ressaltado é que como os dados são retrospectivos, a condição de saúde atual também pode afetar a percepção do indivíduo em relação à sua saúde anterior. Por essa razão, pode existir algum nível de endogeneidade, embora não haja solução para correção desse viés potencial com os dados utilizados neste trabalho.

TABELA 7 – Distribuição Relativa do Número de Doenças Crônicas por Status Migratório de Colombianos, 2008 a 2015

Status Migratório	Número de Doenças Crônicas				Total
	Nenhuma	1	2	3 ou mais	
Retornado	69,30% (79)	21,05% (24)	7,02% (8)	2,63% (3)	100% (114)
Emigrante	84,05% (295)	12,54% (44)	3,13% (11)	0,28% (1)	100% (351)
Razão de Chance (Emigrante x Retornado)	1,21	0,6	0,45	0,11	

(Nº de Observações)

Fonte: LAMP – Dados da Colômbia (2008 a 2015)

TABELA 8 – Distribuição Relativa da Condição de Saúde Anterior à Migração por Status Migratório de Colombianos, 2008 a 2015

Status Migratório	Saúde Anterior à Migração		Total
	Caso Contrário	Excelente	
Emigrante	16,08% (55)	83,92% (287)	100% (342)
Retornado	46,53% (47)	53,47% (54)	100% (101)
Razão de Chance (Emigrante x Retornado)	0,35	1,57	
Total	23,02% (102)	76,98% (341)	100% (443)

(Nº de Observações)

Fonte: LAMP – Dados da Colômbia (2008 a 2015)

A principal contribuição deste trabalho para a literatura é trazer evidências sobre a importância do contexto de destino na relação entre migração e saúde e nas hipóteses que explicam o fenômeno do paradoxo migratório. Dessa forma, é essencial que

analisemos também as estatísticas descritivas referentes aos grupos que têm como destino a Espanha e os Estados Unidos e ver se as relações observadas anteriormente se mantêm válidas ou são alteradas em função do contexto de destino. O primeiro ponto a observar é a distribuição entre migrantes retornados e emigrantes nesses dois países de destino.

TABELA 9 – Distribuição Relativa de Status Migratório por País de Destino de Colombianos, 2008 a 2015

País de Destino	Status Migratório		Total
	Emigrante	Retornado	
Estados Unidos	12,47% (58)	15,48% (72)	27,96% (130)
Espanha	63,01% (293)	9,03% (42)	72,04% (335)
Total	75,48% (351)	24,52% (114)	100% (465)

(Nº de Observações)

Fonte: LAMP – Dados da Colômbia (2008 a 2015)

A TAB. 9 revela que aproximadamente 63% de toda a amostra de migrantes é composta por emigrantes que ainda residem na Espanha, enquanto que os outros três grupos apresentam representatividade bastante inferior – 12,47% para emigrantes que ainda residem nos EUA, 15,48% para migrantes retornados dos EUA e 9,03% para os retornados da Espanha. Essa alta representatividade de um grupo na amostra exacerba a necessidade de controlar a análise pelas características específicas de cada grupo para evitar que os efeitos reflitam predominantemente a composição do grupo majoritário numericamente. Portanto, assim como foi preciso observar a composição dos três grupos migrantes nas páginas anteriores, faz-se também necessário a distinção das características sociodemográficas presentes nos dois grupos migrantes por cada país de destino.

No caso da saúde atual autorreportada (TAB. 10), podemos perceber que tanto os emigrantes atualmente na Espanha quanto retornados deste país apresentam pior condição de saúde do que os emigrantes e retornados dos EUA, respectivamente, apesar de que no caso de retornados essa diferença ser bem reduzida e talvez explicada pelo baixo número de observações. O grande diferencial de saúde é, de fato, encontrado no grupo de emigrantes, no qual pouco mais de 75% dos colombianos que ainda residem

nos Estados Unidos reportam sua saúde atual como excelente, ao passo que somente 38% dos que residem na Espanha reportam essa mesma condição. Ou seja, há uma chance quase 2 vezes maior de colombianos residentes nos EUA reportarem sua saúde como excelente em relação aos que vivem na Espanha. Este diferencial seria uma primeira evidência de que o retorno por saúde poderia também ser acentuado ou atenuado dependendo do contexto do país de destino do migrante. Qualquer uma das três hipóteses de retorno por saúde propostas por Diaz *et al.* (2016) – redução da produtividade do trabalho, acesso limitado ao sistema de saúde e rede de cuidados melhor estabelecida no país de origem, ou uma combinação delas, poderia ser responsável por explicar esse grande diferencial entre os dois países. A explicação desses diferenciais também pode estar parcialmente embutida nas características sociodemográficas e de saúde pregressa – sexo, escolaridade, idade, saúde antes de migrar e número de doenças crônicas – que definem os grupos em análise.

TABELA 10 – Distribuição Relativa da Condição de Saúde Atual Autorreportada por Grupo Migrante e País de Destino de Colombianos, 2008 a 2015

Status Migratório	País de Destino	Saúde atual			Total
		Ruim/Regular	Boa	Excelente	
Emigrantes	EUA	5,17% (3)	18,97% (11)	75,86% (44)	100% (58)
	Espanha	18,47% (53)	43,21% (124)	38,33% (110)	100% (287)
Retornados	EUA	16,67% (12)	44,44% (32)	38,89% (28)	100% (72)
	Espanha	33,33% (14)	30,95% (13)	35,71% (15)	100% (42)
Razão de Chance (EUA x Espanha)	Emigrante	0,28	0,44	1,98	
	Retornado	0,50	1,44	1,08	
	Total	17,86% (82)	39,22% (180)	42,92% (197)	100% (459)

(Nº de Observações)

Fonte: LAMP – Dados da Colômbia (2008 a 2015)

As características sociodemográficas dos dois grupos revelam resultados mistos para essa pior condição de saúde dos emigrantes colombianos na Espanha (ver tabelas no Anexo 2). A distribuição de sexo por país é praticamente a mesma para o grupo de

emigrantes – 56,9% de mulheres nos EUA contra 54,6% na Espanha, o que possivelmente indica que a distribuição por sexo não seria a principal responsável pelo diferencial. A variável escolaridade apresenta uma diferença de aproximadamente 2 anos entre os que residem atualmente nos Estados Unidos – 14 anos de estudo em média – e os que residem atualmente na Espanha – 12 anos de estudo em média. Esse diferencial de escolaridade corrobora com a grande diferença de saúde entre os emigrantes nos EUA e na Espanha, sendo possivelmente uma das explicações para esse fenômeno. A variável idade, por outro lado, atua em sentido contrário ao diferencial de saúde apresentado, sendo maior para colombianos que residem nos Estados Unidos – em torno de 47 anos em média – do que para os que residem na Espanha – em média 42 anos de idade.

No caso dos migrantes retornados os resultados também são mistos para as características sociodemográficas: retornados de ambos os países têm escolaridade média em torno de 10 anos de estudo; retornados da Espanha apresentam maior percentual de mulheres que retornados dos EUA – 47% e 36% respectivamente, o que condiz com uma pior autoavaliação de saúde para o primeiro grupo. Por fim, retornados da Espanha são em média aproximadamente 10 anos mais jovens que os retornados dos EUA – 43,6 e 53,4 anos de idade respectivamente, o que atua contra a pior saúde dos que retornam da Espanha.

Os dados de saúde por país (Anexo 3) também apresentam evidências mistas acerca do diferencial de saúde entre os grupos que migraram para a Espanha e para os Estados Unidos. O percentual de migrantes colombianos que residem na Espanha e não apresentam nenhuma doença crônica é maior do que os que residem nos EUA e também não apresentam nenhuma doença crônica, sendo que o mesmo acontece com os retornados da Espanha *vis-à-vis* os retornados dos Estados Unidos. Esse resultado é contrário ao esperado, dada a diferença de saúde atual autorreportada entre os contextos. Essa evidência, porém, deve ser analisada com cautela, pois tanto no caso dos emigrantes quanto no caso dos retornados, a composição etária daqueles que migraram para a Espanha é mais jovem, o que pode explicar a menor prevalência de doenças crônicas para estes migrantes.

No caso da saúde anterior à migração, o resultado encontrado é condizente com o esperado para os retornados – retornados da Espanha apresentam pior saúde anterior à migração que retornados dos Estados Unidos. Nesse sentido, a pior saúde de partida do grupo retornado da Espanha pode explicar parte da pior saúde também no período

posterior ao retorno. Por outro lado, o resultado encontrado é contrário ao esperado para os emigrantes, já que aproximadamente 87% dos colombianos que residem na Espanha apontam sua condição de saúde naquele momento como excelente, enquanto que apenas 67% dos que residem nos Estados Unidos também o fazem. Este resultado revela que apesar de os migrantes que ainda estão na Espanha apresentarem melhor saúde antes de migrar e menor número de doenças crônicas que os que vivem atualmente nos Estados Unidos, a condição atual de saúde deles é relativamente pior, o que sugere que o contexto diferenciado a que estes migrantes estão sujeitos no país de destino deve ter alguma influência sobre a saúde deles. Essa influência pode tanto ser devido à assimilação diferenciada em cada caso, causando efeitos distintos na saúde atual destes migrantes, quanto devido ao retorno diferenciado por país, supondo, por exemplo, que migrantes de pior saúde na Espanha preferiram continuar no país que os migrantes nos EUA devido à sua maior facilidade de acesso aos serviços públicos de saúde.

Como podemos perceber, as variáveis sociodemográficas e de saúde pregressa parecem não ser suficientes para explicar o diferencial de saúde por país. A seguir apresentamos modelos de regressão propostos no capítulo anterior e avaliamos se os resultados condicionais mostram evidências condizentes com as hipóteses do *Healthy Migrant* e do *Salmon Bias* e, principalmente, se indicam que o contexto do país receptor pode ter efeito sobre a forma como atuam esses mecanismos de saída e retorno.

Modelos para Healthy Migrant Hypothesis

TABELA 11– Probabilidade Condicional Estimada de Migrar de Colombianos, 2008 a 2015

Parâmetros	Estimações	
	Razão de Chance	Erro Padrão Robusto
Constante	0,0003*** (0,000)	0,0002
Saúde aos 14 anos	4,2563*** (0,000)	0,6167
Controles		
Sexo (Homem = 1)	1,3501** (0,004)	0,1419
Idade	1,1489*** (0,000)	0,0374

Idade ²	0,9984*** (0,000)	0,0004
Anos de Estudo	1,2442*** (0,000)	0,2255
<i>Dummy</i> para Anos de Estudo > 15	0,0004*** (0,000)	0,0008
Anos de Estudo x Anos de Estudo > 15	1,5311*** (0,001)	0,1948

Erros-padrão robustos à heterocedasticidade
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ (p -valor entre parênteses)
Log-Pseudoverossimilhança: -1257,5018
Tamanho da Amostra: 4.752 observações
Teste Wald X^2 (7 parâmetros): 282,96; Prob > X^2 : 0,0000;
Pseudo R^2 : 0,1578

Os resultados do nosso modelo corroboram com a hipótese de seletividade em saúde para a migração (TAB. 11). A razão de chance maior que um e significativo a 0,1% para saúde aos 14 anos indica que quanto melhor for a saúde nessa idade maior seria também a probabilidade de migrar, mesmo quando controlado pelas variáveis sociodemográficas. É importante ressaltar que este modelo traz apenas um indício de confirmação à hipótese, visto que o ideal seria acompanhar a saúde dos indivíduos ao longo do tempo e observar se aqueles que migram são também os que apresentam melhor saúde nas mesmas faixas etárias dos que permaneceram na Colômbia. Apesar disso, este resultado é bastante coerente com outras evidências apontadas pela literatura (Marmot *et al.*, 1984; Jasso *et al.*, 2004; Dias *et al.*, 2016).

As variáveis de controle também seguem o padrão esperado que foi sugerido na seção anterior quando relacionadas com a probabilidade de migrar. Em idades mais jovens, o valor esperado para a interação entre “idade” e “idade²” é maior que um, *i. e.* pessoas mais velhas têm maior probabilidade de migrar, mas essa probabilidade se reduz para idades mais avançadas. O efeito positivo da idade só se inverte em idades já muito avançadas, acima de 86 anos de idade, o que reflete simplesmente o tempo de residência de coortes mais velhas que permaneceram no país de destino¹⁶. Para a variável de escolaridade encontramos que a migração é mais comum entre indivíduos

¹⁶ É importante lembrar que este modelo considera como migrante a soma de retornados e emigrantes à época da pesquisa.

mais escolarizados, sendo que este efeito marginal é potencializado para escolaridade acima de 15 anos de estudo (ensino superior completo).

TABELA 12 – Probabilidade Condicional Estimada de Migrar de Colombianos para a Espanha, 2008 a 2015

Parâmetros	Estimações	
	Razão de Chance	Erro Padrão Robusto
Constante	0,0000*** (0,000)	0,0001
Saúde aos 14 anos	4,5474*** (0,000)	0,7804
Controles		
Sexo (Homem = 1)	1,2669 (0,053)	0,1551
Idade	1,2491*** (0,000)	0,0566
Idade ²	0,9972*** (0,000)	0,0005
Anos de Estudo	1,2732*** (0,000)	0,0251
<i>Dummy</i> para Anos de Estudo > 15	0,0004*** (0,001)	0,0010
Anos de Estudo x Anos de Estudo > 15	1,4860** (0,006)	0,2159

Erros-padrão robustos à heterocedasticidade

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ (p -valor entre parênteses)

Log-Pseudoverossimilhança: -964,57393

Tamanho da Amostra: 4.627 observações

Teste Wald X^2 (7 parâmetros): 252,38; Prob > X^2 : 0,0000;

Pseudo R^2 : 0,1837

TABELA 13 – Probabilidade Condicional Estimada de Migrar de Colombianos para os Estados Unidos, 2008 a 2015

Parâmetros	Estimações	
	Razão de Chance	Erro Padrão Robusto
Constante	0,0000*** (0,000)	0,0000
Saúde aos 14 anos	3,5933*** (0,000)	0,9159
Controles		
Sexo (Homem = 1)	1,5295* (0,024)	0,2875
Idade	1,1678** (0,002)	0,5953
Idade ²	0,9986** (0,006)	0,0005
Anos de Estudo	1,1811*** (0,000)	0,0408
<i>Dummy</i> para Anos de Estudo > 15	0,0002** (0,008)	0,0008
Anos de Estudo x Anos de Estudo > 15	1,6489** (0,009)	0,3135

Erros-padrão robustos à heterocedasticidade

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ (p -valor entre parênteses)

Log-Pseudoverossimilhança: -505,12938

Tamanho da Amostra: 4.425 observações

Teste Wald X^2 (7 parâmetros): 127,52; Prob > X^2 : 0,0000; Pseudo R^2 : 0,1123

Ao rodarmos a regressão da hipótese do *Healthy Migrant* separada por país de destino, encontramos evidências de que a seletividade em saúde é menos intensa nos Estados Unidos (TAB. 13) do que na Espanha (TAB. 12). Uma explicação possível para essa diferença está na história migratória colombiana. Como a migração para os Estados Unidos é mais antiga e mais consolidada (Ochoa, 2012; OIM, 2013), as redes migratórias nesse destino são também mais estabelecidas, o que garante uma maior segurança social e econômica aos migrantes e uma maior facilidade de entrada de novos migrantes (Guarnizo, 2006). Essas redes mais consolidadas permitem uma migração mais expressiva de pessoas com relativamente pior condição de saúde, já que há uma redução dos custos à migração. Dessa forma, há um aumento na propensão a migrar

mesmo caso os retornos econômicos à migração sejam também menores dada a pior condição de saúde do migrante.

A maior flexibilidade do mercado laboral americano em relação ao mercado espanhol também pode facilitar a alocação de migrantes com pior condição de saúde em atividades menos intensivas de trabalho manual. Enquanto que na Espanha os serviços domésticos e os cuidados com crianças e idosos são as ocupações mais comuns entre os colombianos, nos Estados Unidos os colombianos estão ocupados tanto no setor industrial e de serviços, como também apresentam alta proporção de trabalhadores autônomos ou proprietários de micro e pequenas empresas (Guarnizo, 2006).

Assim como no modelo geral para a hipótese do migrante saudável, as variáveis de controle apresentaram valores dentro do padrão esperado. Apesar disso, podemos notar uma diferença interessante na resposta das variáveis de escolaridade para ambos os modelos. O efeito do ensino superior (mais de 15 anos de estudo) no caso espanhol é menor do que aquele encontrado para o caso dos colombianos com destino aos Estados Unidos. Abaixo desse patamar de escolaridade, por outro lado, o reverso ocorre (o acréscimo de um ano de estudo aumenta mais a propensão a migrar para a Espanha *vis-à-vis* para os EUA). Esse resultado pode também ser explicado através das redes mais consolidadas no caso americano, que facilitam a entrada e recepção de novos migrantes, reduzindo custos e facilitando o acesso a postos de trabalho, reduzindo assim o efeito da escolaridade para aqueles com nível abaixo do ensino superior. No caso daqueles com ensino superior, esse mesmo mercado de trabalho mais acessível e diverso no caso americano faz com esses indivíduos prefiram migrar para os EUA, já que neste país eles têm maior possibilidade de se inserir em postos de trabalho que estejam mais relacionados à sua formação acadêmica, explicando parte do maior efeito do acréscimo de um ano de estudo para este grupo em relação aos migrantes com destino à Espanha.

TABELA 14 – Probabilidade Condicional Estimada de Migrar de Colombianos Retornados, 2008 a 2015

Parâmetros	Estimações	
	Razão de Chance	Erro Padrão Robusto
Constante	0,0007*** (0,000)	0,0007
Saúde aos 14 anos	2,1379*** (0,001)	0,4883

Controles		
Sexo (Homem = 1)	1,9401*** (0,001)	0,3825
Idade	1,0913* (0,048)	0,0481
Idade ²	0,9991 (0,052)	0,0004
Anos de Estudo	1,0877** (0,002)	0,0297
<i>Dummy</i> para Anos de Estudo > 15	2993,194 (0,184)	18036,96
Anos de Estudo x Anos de Estudo > 15	0,0007 (0,183)	0,2275

Erros-padrão robustos à heterocedasticidade
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ (p -valor entre parênteses)
Log-Pseudoverossimilhança: -498,04192
Tamanho da Amostra: 4.412 observações
Teste Wald X^2 (7 parâmetros): 50,56; Prob > X^2 : 0,0000;
Pseudo R^2 : 0,0459

**TABELA 15 – Probabilidade Condicional Estimada de Migrar de Colombianos
Atualmente no País de Destino, 2008 a 2015**

Parâmetros	Estimações	
	Razão de Chance	Erro Padrão Robusto
Constante	0,0000*** (0,000)	0,0000
Saúde aos 14 anos	5,9923*** (0,000)	1,1002
Controles		
Sexo (Homem = 1)	1,1786 (0,184)	0,1459
Idade	1,2587*** (0,000)	0,0535
Idade ²	0,9972*** (0,000)	0,0005
Anos de Estudo	1,3463*** (0,000)	0,0295
<i>Dummy</i> para Anos de Estudo > 15	0,0001*** (0,000)	0,0001

Anos de Estudo x Anos de Estudo > 15	1,6666*** (0,000)	0,2406
Erros-padrão robustos à heterocedasticidade		
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ (p -valor entre parênteses)		
Log-Pseudoverossimilhança: -950,65428		
Tamanho da Amostra: 4.640 observações		
Teste Wald X^2 (7 parâmetros): 349,48; Prob > X^2 : 0,0000; Pseudo R^2 : 0,2181		

O modelo para a hipótese do *Healthy Migrant* também foi rodado para grupos específicos de migrantes em relação aos nativos. A razão de chance encontrada para a saúde aos 14 anos é muito superior para um migrante que ainda esteja no país de destino em relação ao nativo (TAB. 15) do que a encontrada para um migrante retornado em relação ao nativo (TAB. 14). Esse resultado revela que aqueles migrantes que permanecem no país de destino possivelmente já são aqueles que, dentre todos os migrantes, apresentavam melhor saúde na adolescência. Como a saúde pregressa pode ser indício da saúde atual, esta diferença pode ser uma evidência preliminar para a hipótese do *Salmon Bias*, pois os migrantes que permanecem no destino são aqueles que já partem de uma condição de saúde melhor em relação aos retornados.

As variáveis de controle também sofreram muitas alterações entre os dois modelos. No modelo entre não migrantes e migrantes retornados, apenas as variáveis sexo e anos de estudo apresentaram significância a 1%, enquanto que no modelo entre não migrantes e migrantes ainda no país de destino, apenas a variável sexo não foi considerada significativa na regressão. Essa diferença de significância está expressa também na capacidade explicativa dos modelos para a propensão a migrar: pseudo R^2 de apenas 4,59% para o modelo com apenas migrantes retornados contra 21,81% para o modelo com apenas migrantes ainda no país de destino.

Em relação às razões de chance encontradas para as variáveis de controle, podemos destacar a diferença encontrada nas variáveis relativas à escolaridade. No modelo apenas com migrantes retornados, a razão de chance encontrada para a variável anos de estudo é muito próxima de 1, o que indica que o acréscimo de um ano de estudo tem um efeito relativamente pequeno no aumento da propensão a migrar para aqueles que futuramente retornariam. Já no modelo apenas com migrantes ainda no país de destino, o efeito da escolaridade se mostra muito maior na propensão a migrar, principalmente para aqueles indivíduos com escolaridade acima de 15 anos de estudo.

Apesar dessas diferenças encontradas, tanto nos modelos por país quanto nos modelos por *status* migratório, temos que levar em consideração que as variáveis sobre escolaridade são referentes ao momento no qual o indivíduo foi entrevistado. Isso significa que não sabemos se essa escolaridade foi adquirida em um período anterior ou posterior à migração. Como indivíduos mais bem adaptados e melhor sucedidos na sociedade de destino são aqueles que tendem a permanecer no país (Razum *et al.*, 1998), é possível que esses indivíduos sejam também aqueles que aprimoraram seu nível de escolaridade com o intuito de melhor se inserir no mercado de trabalho do país de destino. Esse efeito também pode ser pensado de forma reversa, no qual indivíduos mais escolarizados e com melhor *status* socioeconômico tendem a se adaptar mais facilmente à sociedade de destino (Portes e Rumbaut, 2001). Como não temos informação datada sobre a escolaridade, não podemos afirmar qual dessas hipóteses explicaria melhor nossos resultados.

Modelos para Salmon Bias Hypothesis

TABELA 16 – Probabilidade Condicional Estimada do Status de Saúde Atual por Status Migratório (Modelos 1 e 2) e por País de Destino (Modelo 2) de Colombianos, 2008 a 2015

Parâmetros	Modelo 1		Modelo 2	
	Razão de Chance	Erro Padrão Robusto	Razão de Chance	Erro Padrão Robusto
Tau 1	0,3219	0,6327	-2,6040	0,8317
Tau 2	2,4580	0,6332	-0,3216	0,8152
Status Migratório (Retornado = 1)	1,5859 (0,069)	0,4027	0,3089* (0,015)	0,1498
País de Destino (Espanha = 1)			0,1027*** (0,000)	0,0454
País de Destino x Status Migratório			4,9720** (0,006)	2,9209
Controles				
Sexo	1,1176 (0,562)	0,2141	1,1554 (0,463)	0,2272

Idade	0,9964 (0,711)	0,0096	0,9807 (0,056)	0,0100
Anos de Estudo	1,1129*** (0,000)	0,0306	1,0835** (0,004)	0,0298
Saúde Antes de Migrar	3,7543*** (0,000)	0,8687	4,6742*** (0,000)	1,0310
Nº de Doenças Crônicas	0,4241*** (0,000)	0,0887	0,4119*** (0,000)	0,0865

Erros-padrão robustos à heterocedasticidade

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ (p -valor entre parênteses)

Modelo 1

Log-Pseudoverossimilhança: -413,89966

Tamanho da Amostra: 437 observações

Teste Wald X^2 (6 parâmetros): 64,53; Prob > X^2 : 0,0000;

Pseudo R^2 : 0,0877

Modelo 2

Log-Pseudoverossimilhança: -392,36864

Tamanho da Amostra: 437 observações

Teste Wald X^2 (6 parâmetros): 89,51; Prob > X^2 : 0,0000;

Pseudo R^2 : 0,1351

O primeiro modelo elaborado para a hipótese do *Salmon Bias* não apresentou significância para a variável que representa retornados versus emigrantes ainda no país de destino. Além disso, a razão de chance encontrada vai de encontro à hipótese, pois era esperado que os migrantes retornados apresentassem uma relação negativa com a saúde atual em relação aos emigrantes. Por outro lado, o segundo modelo – que leva em conta o país de destino do migrante – apresentou razões de chance que corroboram com nossa hipótese de que o efeito do *Salmon Bias* depende do contexto ao qual o migrante está submetido. A razão de chance para o retornado dos Estados Unidos é abaixo de um e significativa a 5%, o que significa que os migrantes colombianos retornados dos EUA apresentam pior saúde relativamente aos colombianos que ainda residem no país, mesmo quando controlado pelas variáveis sociodemográficas e de saúde pregressa. Já para a Espanha, o efeito é contrário: os migrantes retornados apresentam uma saúde atual melhor que os emigrantes colombianos que ainda residem no país ibérico.

Estes resultados distintos para cada país indicam que o contexto tem influência sobre o retorno ou permanência dos migrantes por questões de saúde. Como foi mostrado anteriormente, três hipóteses para o retorno por saúde (Diaz *et al.*, 2016) podem explicar essa diferença. O maior acesso ao sistema de saúde para os migrantes

no caso espanhol (Romero-Ortuño, 2004; Antón e Muñoz de Bustillo, 2010) em relação ao caso americano (Hargraves e Hadley, 2003; Pandey e Kagotho, 2010) pode indicar que, mesmo estando com um quadro de saúde pior, o migrante prefira continuar na Espanha, já que terá mais garantia de ser tratado no país, enquanto que os migrantes nos Estados Unidos tendam a preferir o retorno devido à dificuldade de acesso ao sistema. As redes de cuidado no país de origem também podem se diferenciar entre os migrantes nos Estados Unidos e na Espanha, já que a migração com destino à Espanha é mais recente e menos consolidada (Ochoa, 2012; OIM, 2013), o que pode indicar uma menor rede de apoio para os migrantes retornados deste país. A queda da produtividade de trabalho no destino devido à piora na saúde (Diaz *et al.*, 2016) também pode ter efeitos distintos dependendo do país e da atividade na qual o migrante está inserido. A maior desregulação do mercado americano e o maior leque de oportunidades oferecido aos migrantes colombianos nos Estados Unidos em relação à Europa (Guarnizo, 2006) pode facilitar a inserção dos migrantes em outras áreas que demandem menos esforço físico em caso de piora na saúde, ao mesmo tempo em que também pode ser mais punitiva quanto à queda de produtividade, devido à facilidade de contratação/demissão.

Nossos dados infelizmente não nos permitem avaliar qual – ou quais – destas três hipóteses estariam atuando e qual a intensidade de cada uma delas em cada país. Além disso, como estamos trabalhando com idades mais jovens relativamente aos estudos de mortalidade, o retorno por outras questões que não a saúde pode estar mais presente na nossa base de dados, o que limita a aceitação ou rejeição conclusiva da hipótese do *Salmon Bias*. Apesar destas limitações, este trabalho teve como objetivo trazer algumas evidências primárias de que o contexto ao qual o migrante está inserido não deve ser descartado nas análises da relação entre migração e saúde e merece análises futuras. Ressaltamos também a importância de se realizarem mais estudos comparando migrantes de mesma origem em países de destino distintos, não apenas para entender melhor o retorno por saúde destes migrantes, mas também para avaliar em que medida o diferencial de seletividade em saúde por país de destino pode alterar esses resultados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura acerca da relação entre migração internacional e saúde é bastante extensa e apresenta diversas evidências (Marmot *et al.*, 1984; Courbage e Khlat, 1995; Abraído-Lanza *et al.*, 1999; Paloni e Arias, 2004; Goldman *et al.*, 2006; Riosmena, 2016) para as duas principais hipóteses (*Healthy Migrant* e *Salmon Bias Hypotheses*) que explicam o paradoxo da migração. Diversos estudos apontam também outros fatores culturais (Abraído-Lanza *et al.*, 1999), como a assimilação de hábitos de saúde (Jasso *et al.*, 2004; Turra e Goldman, 2007), a diferença de aspirações entre migrantes e nativos (Zufferey, 2016) e o tempo de exposição à cultura do país de destino (Ou e Pong, 2013), além de fatores estruturais como o acesso ao sistema de saúde (Diaz *et al.*, 2016), que podem alterar a forma e a força com que estas duas hipóteses atuam na formação de um diferencial de saúde entre migrantes e nativos.

Apesar da literatura evidenciar diversos mecanismos contextuais que atuam em conjunto com a *seletividade migratória em saúde* e com o *viés de salmão*, o foco normalmente dado pelos estudos a apenas um país de destino limita a capacidade de explicação da força desses mecanismos contextuais na definição da relação entre migração e saúde. A decisão individual de migrar para determinado país ou de retornar ao país de origem está diretamente associada a esses mecanismos, sendo a comparação entre diferentes contextos extremamente importante na aprimoração do entendimento de como eles atuam.

Outro ponto a ser aprimorado na literatura é a expansão da análise para diversos outros grupos migrantes que, apesar de significativos, ainda são pouco estudados nessa relação. Em 2016 os migrantes colombianos correspondiam ao maior grupo de migrantes sul-americanos nos Estados Unidos (o principal país de destino no estudo da relação entre migração internacional e saúde), contando com aproximadamente 700 mil imigrantes no país (U.S. Census Bureau, 2016). Nesse mesmo ano na Espanha, os colombianos contabilizam o quarto maior grupo migrante do país com aproximadamente 370 mil imigrantes (INE, 2016). Apesar do tamanho e da importância da migração colombiana, ainda há poucos estudos que têm como foco a relação entre migração e saúde para esse grupo populacional.

Devido possivelmente a problemas relativos à qualidade e disponibilidade de dados, a literatura apresenta poucos estudos comparando os migrantes com os nativos que permaneceram no país de origem. Como grande parte dos estudos busca entender o

Mortality Paradox (Abraído-Lanza *et al.*, 1999; Palloni e Arias, 2004) encontrado nos países de destino, principalmente entre brancos americanos e hispânicos nos EUA (Abraído-Lanza *et al.*, 1999; Palloni e Arias, 2004; Goldman *et al.*, 2006; Turra e Goldman, 2007), o diferencial de saúde e mortalidade dos migrantes em relação aos nativos recebe menos atenção, apesar de também ser discutido indiretamente na literatura através principalmente da hipótese do *Healthy Migrant*.

Através do foco na relação entre migração e saúde para dois contextos de recepção distintos (Estados Unidos e Espanha) e da utilização de três grupos de estudo colombianos (nativos que nunca migraram da Colômbia, migrantes colombianos retornados e migrantes colombianos que ainda residem no país de destino), este trabalho buscou contribuir especialmente com o preenchimento parcial dessas três lacunas acima apresentadas. Utilizamos a base de dados do *Latin American Migration Project* (LAMP) que conta com informações retrospectivas de saúde e migração para os três grupos de análise entre os anos de 2008 e 2015. A partir destes dados elaboramos modelos econométricos para testar as hipóteses do *Healthy Migrant* e do *Salmon Bias*, focalizando nossa análise nos diferentes resultados encontrados ao separarmos os modelos pelo país de destino dos migrantes, ou seja, pelo contexto de recepção ao qual o migrante está sujeito. Ao destacar as diferenças encontradas na estimação das duas principais hipóteses na literatura em dois contextos distintos (Espanha e Estados Unidos) para um mesmo grupo de migrantes (colombianos), este trabalho evidencia ainda mais a importância dos fatores culturais e estruturais na explicação dos diferenciais de saúde/mortalidade entre migrantes e nativos.

Para a hipótese do *Healthy Migrant*, encontramos evidências de que os indivíduos com melhor condição de saúde na adolescência apresentam também maior propensão a migrar *vis-à-vis* os de pior condição de saúde, corroborando com as evidências encontradas na literatura (Marmot *et al.*, 1984; Razum *et al.*, 1998; Jasso *et al.*, 2004). Ao gerar modelos separados para os migrantes com destino à Espanha e aos Estados Unidos, encontramos evidências de que a atuação da seletividade é mais forte para a migração em direção ao país ibérico. A migração mais antiga e mais consolidada de colombianos para os Estados Unidos (Ochoa, 2012; OIM, 2013) faz com que a rede migratória nesse país seja também mais consolidada (Guarnizo, 2006). Essa rede mais elaborada reduz o custo da migração para os colombianos na origem e aumenta a segurança social e econômica para os novos migrantes, garantindo teoricamente uma redução no grau de seletividade para os Estados Unidos.

Quando comparamos separadamente o efeito da seletividade para migrantes retornados e migrantes ainda no país de destino em relação aos nativos que nunca migraram, encontramos evidências de que os migrantes que ainda permanecem no país de destino são muito mais selecionados pela condição de saúde aos 14 anos do que os migrantes retornados. Esse achado revela que possivelmente o efeito do *Salmon Bias* já atua através do próprio processo de seletividade, ou seja, aqueles indivíduos com melhor condição de saúde *a priori* são também aqueles que tenderiam a permanecer no país de destino.

Já para as evidências diretas da hipótese do *Salmon Bias*, encontramos que o efeito muito mais acentuado do retorno em saúde para os migrantes colombianos nos Estados Unidos em relação à Espanha pode indicar que o contexto de recepção diferenciado entre os dois países altera essa propensão ao retorno. Uma das possíveis explicações para esse resultado é de que o sistema americano de saúde é mais restritivo aos migrantes (Hargraves e Hadley, 2003; Pandey e Kagotho, 2010) e, portanto, seria a causa de retorno que atua com mais força no caso americano. A maior acessibilidade na Espanha (Romero-Ortuño, 2004; Antón e Muñoz de Bustillo, 2010; Cimas et al., 2016), nesse caso, poderia significar que os migrantes com pior saúde teriam menor propensão ao retorno, já que estes poderiam se tratar no país de destino com maior facilidade. As redes mais estabelecidas no contexto americano e as maiores facilidades encontradas no mercado de trabalho deste país para os migrantes colombianos (Guarnizo, 2006) atuam de forma contrária ao encontrado, reduzindo a propensão ao retorno no caso dos Estados Unidos *vis-à-vis* a Espanha. Essa situação diminui o poder de explicação dos outros dois principais motivos para o retorno em saúde – a queda na produtividade do trabalho e as redes de apoio na origem (Diaz *et al.*, 2016) –, favorecendo assim a hipótese de que o acesso ao sistema de saúde seria o motivo central para explicar o resultado encontrado. Infelizmente nosso dado não permite estimar o efeito dessas três causas do retorno para avaliar como e com que força cada uma delas atua.

Outro efeito importante que deve ser levado em consideração está na diferença de aculturação dos migrantes colombianos em ambos os países. A assimilação de hábitos de saúde negativos devido à condição mais marginalizada dos migrantes em relação aos nativos do país de destino (Cho *et al.*, 2004) pode não ser a mesma entre Espanha e Estados Unidos. Nessa situação, não apenas o tamanho e complexidade da rede de migrantes importa, já que redes mais estabelecidas favoreceriam a inserção dos migrantes na sociedade, mas também os hábitos de saúde presentes na própria sociedade

de destino podem definir quais hábitos seriam assimilados pelos migrantes ao longo do tempo.

Apesar dos resultados indicarem esses diferenciais importantes de contexto, devemos ressaltar que nossos dados não nos permitem tecer conclusões mais assertivas devido às diversas limitações apontadas ao longo deste trabalho. Novos estudos ainda são necessários tanto para avaliar se o contexto de recepção diferente para um mesmo grupo migrante é de fato um determinante para gerar diferenças na relação entre migração e saúde, quanto para definir melhor quais são os principais definidores dessas diferenças. Como trabalhamos com uma *proxy* para o efeito de contexto ao longo deste trabalho, não podemos definir o que de fato gerou essas diferenças encontradas. O acesso ao sistema de saúde, assim como as diferentes formas de aculturação (Berry, 1997) aos quais os migrantes estão sujeitos podem ser alguns desses determinantes. A organização das redes de migrantes no país de destino e no país de origem podem também ser ainda mais importantes para determinar os diferenciais de saúde entre migrantes e nativos e a influência da saúde na decisão de migrar ou retornar.

Este trabalho é, portanto, uma progressão neste tema já bastante consolidado e que busca abrir novos caminhos que ainda necessitam de maior atenção. A elaboração e utilização de bancos de dados ainda mais focados nessa relação entre migração e saúde (com dados longitudinais de saúde e migração) e abrangendo mais de um país de destino é um próximo passo que pode ser tomado para consolidar ainda mais a compreensão desta relação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAÍDO-LANZA, A. F; DOHRENWEND, B. P; NG-MAK, D. S; TURNER, J. B. The Latino Mortality Paradox: A Test of the “Salmon Bias” and Healthy Migrant Hypotheses. **American Journal of Public Health**, v. 89, n. 10, 1999

ACOSTA, P; FAJNZYLBER, P; LOPEZ, J. H. The Impact of Remittances on Poverty and Human Capital: Evidence from Latin American Household Surveys. **World Bank Policy Research Working Paper**, n. WPS 4247, Washington, DC, 2007

ADLER, N; PANTELL, M. S; O'DONOVAN, A; BLACKBURN, E; CAWTHON, R; KOSTER, A; OPRESKO, P; NEWMAN, A; HARRIS, T. B; EPEL, E. Educational Attainment and Late Life Telomere Length in the Health, Aging and Body Composition Study. **Brain, Behavior and Immunity**, v. 27, p. 15-21, 2013

ANTECOL, H; BEDARD, K. Why Do Immigrants Converge to American Health Status Levels? **Demography**, v. 43, n. 2, p. 337-360, 2006

ANTÓN, J. I; BUSTILLO, R. M. de. Health Care Utilisation and Immigration in Spain. **European Journal of Health Economics**, v. 11, p. 487-498, 2010

BANCO DE LA REPÚBLICA, **Ingresos de Remesas por País de Origen**, 2015. Disponível em: banrep.gov.co/es/remesas

BECKER, G. Deadly Inequality in the Health Care “Safety Net”: Uninsured Ethnic Minorities’ Struggle to Live with Life-Threatening Illnesses. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 18, n. 2, p. 258-275, 2004

BERRY, J. W. Immigration, Acculturation, and Adaptation. **Applied Psychology: An International Review**, v. 46, n. 1, p. 5-68, 1997

BERRY, J, W; HOU, F. Immigrant Acculturation and Wellbeing in Canada. **Canadian Psychology**, v. 57, n. 4, p. 254-264, 2016

BORJAS, G. J. Assimilation and Changes in Cohort Quality Revisited: What Happened to Immigrant Earnings in the 1980s? **Journal of Labor Economics**, v. 13, n. 2, p. 201-245, 1995

CARMONA, R; ALCÁZAR-ALCÁZAR, R; SARRÍA-SANTAMERA, A; REGIDOR, E. Frecuentación de las Consultas de Medicina General y Especializada por Población Inmigrante y Autóctona: Una Revisión Sistemática. **Revista Española de Salud Pública**, v. 88, n. 1, p. 135-155, 2014

CASTLES, S. Guestworkers in Europe: A Resurrection? **International Migration Review**, v. 40, n. 4, p. 741-766, 2006

CASTLES, S; DE HAAS, H; MILLER, M. J. How Migration Transforms Societies. In: CASTLES, S; DE HAAS, H; MILLER, M. J. **The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World**, The Palgrave Macmillan, Quinta Edição, 2014, cap. 3

CHO, Y; FRISBIE, W. P; ROGERS, R. G. Nativity, Duration of Residence, and the Health of Hispanic Adults in the United States. **International Migration Review**, v. 38, n. 1, p. 184-221, 2004

CIMAS, M; GULLON, P; AGUILERA, E; MEYER, S; FREIRE, J. M; PEREZ-GOMEZ, B. Healthcare Coverage for Undocumented Migrants in Spain: Regional Differences After Royal Decree Law 16/2012. **Health Policy**, v. 120, p. 384-395, 2016

CONSTANT, A; MASSEY, D. S. Self-selection, Earnings, and Out-migration: A Longitudinal Study of Immigrants to Germany. **Journal of Population Economics**, v. 16, p. 631-653, 2003

COURBAGE, Y; KHLAT, M. La Mortalité et les Causes de Décès des Marocains en France 1979-1991. I. La Mortalité Générale. Une Confirmation de la Sous-mortalité Masculine Malgré les Problèmes de Mesure. **Population (French Edition)**, v. 50, n. 1, p.7-32, 1995

DAVANZO, J. Microeconomic Approaches to Studying Migration Decisions. In: DE JONG, G. F; GARDNER, R. W. **Migration Decision Making: Multidisciplinary Approaches to Microlevel Studies in Developed and Developing Countries**, Pergamon Press, New York, 1981, cap. 4

DEBOOSERE, P; GADEYNE, S. Adult Migrant Mortality Advantage in Belgium: Evidence Using Census and Register Data. **Population (English Edition, 2002-)**, v. 60, n.5/6, p. 655-698, 2005

DIAZ, C. J; KONING, S. M; MARTINEZ-DONATE, A. P. Moving Beyond Salmon Bias: Mexican Return Migration and Health Selection. **Demography**, v. 53, n. 6, p. 2005-2030, 2016

ELO, I. T; TURRA, C. M; KESTENBAUM, B; FERGUSON, B. R. Mortality Among Elderly Hispanics in the United States: Past Evidence and New Results. **Demography**, v. 41, n. 1, p. 109-128, 2004

GOLDMAN, N; KIMBRO, R. T; TURRA, C. M; PEBLEY, A. R. Socioeconomic Gradients in Health for White and Mexican-Origin Populations. **American Journal of Public Health**, v.96, n. 12, 2006

GUARNIZO, L. E. El Estado y la Migración Global Colombiana. **Migración y Desarrollo**, n. 6, p. 79-101, 2006

HAMILTON, T. G; PALERMO, T; GREEN, T. L. Health Assimilation among Hispanic Immigrants in the United States: The Impact of Ignoring Arrival-cohort Effects. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 56, n. 4, p. 460-477, 2015

HARGRAVES, J. L; HADLEY, J. The Contribution of Insurance Coverage and Community Resources to Reducing Racial/Ethnic Disparities in Access to Care. **Health Services Research**, v. 38, n. 3, Junho 2003

HENDERSON, T. J. **Beyond Borders: A History of Mexican Migration to the United States**. Wiley-Blackwell, 2011

HUMMER, R. A; POWERS, D. A; PULLUM. S. G; GOSSMAN, G. L; FRISBIE, W. P. Paradox Found (Again): Infant Mortality Among the Mexican-origin Population in the United States. **Demography**, v. 44, p. 441-457, 2007

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). Población Extranjera por Nacionalidad, Sexo y Año. **Estadística del Padrón Continuo**, 2016

JASSO, G; MASSEY, D. S; ROSENZWEIG, M. R; SMITH, J. P. **Immigrant Health – Selectivity and Acculturation**. Unpublished Manuscript. RAND. 2004. Disponível em: <http://econwpa.repec.org/eps/lab/papers/0412/0412002.pdf>

KASL, S. V; BERKMAN, L. Health Consequences of the Experience of Migration. **Annual Review of Public Health**, v. 4, p. 69-90, 1983

LATIN AMERICAN MIGRATION PROJECT, 2018. Disponível em: lamp.opr.princeton.edu

LAUDERDALE, D. S; KESTENBAUM, B. Mortality Rates of Elderly Asian American Populations Based on Medicare and Social Security Data. **Demography**, v. 39, n. 3, p. 529-540, 2002

LECLERE, F. B; JENSEN, L; BIDDLECOM, A. E. Health Care Utilization, Family Context, and Adaptation Among Immigrants to the United States. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 35, n. 4, p. 370-384, Dezembro 1994

LIAO, Y; COOPER, R. S; CAO, G; DURAZO-ARVIZU, R; KAUFMAN, J. S; LUKE, A; MCGEE, D. L. Mortality Patterns among Adult Hispanics: Findings from the NHIS, 1986 to 1990. **American Journal of Public Health**, v.88, n. 2, 1998

MARKIDES, K. S; COREIL, J. The Health of Hispanics in the Southwestern United States: an Epidemiologic Paradox. **Public Health Reports**, v. 101, n. 3, p. 253-265, 1986

MARMOT, M. G; ADELSTEIN, A. M; BULUSU, L. Lessons from the Study of Immigrant Mortality. **Lancet**, p. 1455-1457, 1984

MASSEY, D. S; ARANGO, J; HUGO, G; KOUAOUICI, A; PELLEGRINO, A; EDWARD TAYLOR, J. Theories of International Migration: A Review and Appraisal. **Population and Development Review**, v. 19, n. 3, p. 431-466, 1993

MASSEY, D. S; ZENTENO, R., A Validation of the Ethnosurvey: The Case of Mexico-U.S. Migration. **International Migration Review**, v. 34, n. 3, 2000

MEXICAN MIGRATION PROJECT, 2018. Disponível em: mmp.opr.princeton.edu

OCHOA, W. M. Colombia y las Migraciones Internacionales. Evolución Reciente y Panorama Actual a partir de las Cifras. **Revista Internacional de Movilidad Humana**, Año XX, n. 39, p.185-210, Brasília, 2012

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (OIM), **Perfil Migratorio de Colombia 2012**, Bogotá, 2013

OU, D; PONG, S. -L. Human Capital and the Economic Assimilation of Recent Immigrants in Hong Kong. **International Migration and Assimilation**, v. 14, p. 689-710, 2013

PALLONI, A; ARIAS, E. Paradox Lost: Explaining the Hispanic Adult Mortality Advantage. **Demography**, v. 41, n. 3, p. 385-415, 2004

PANDEY, S; KAGOTHO, N. Health Insurance Disparities among Immigrants: Are Some Legal Immigrants More Vulnerable Than Others? **Health and Social Work**, v. 35, n. 4, p. 267-279, 2010

PORTES, A; RUMBAUT, R. G. Not Everyone is Chosen: Segmented Assimilation and Its Determinants. In: PORTES, A., RUMBAUT, R. G. **Legacies: The Story of the Immigrant Second Generation**, University of California Press, 2001, cap. 3

PRESTON, S. H; ELO, I. T; STEWART, Q. Effects of Age Misreporting on Mortality Estimates at Older Ages. **Population Studies: A Journal of Demography**, v. 53, n. 2, p. 165-177, 1999

RAZUM, O; ZEEB, H; AKGÜN, H. S; YILMAZ, S. Low Overall Mortality of Turkish Residents in Germany Persists and Extends into a Second Generation: Merely a Healthy Migrant Effect?. **Tropical Medicine and International Health**, v. 3, n. 4, 1998

RECAÑO, J; ROIG, M; MIGUEL, V. de. Spain: A New Gravity Centre for Latin American Migration. In: DOMINGO, A; SABATER, A; VERDUGO, R. R. **Demographic Analysis of Latin American Immigrants in Spain: From Boom to Bust**. Springer, Applied Demography Series, v. 5, 2015, cap. 8

RETTBERG, A. Global Markets, Local Conflict: Violence in the Colombian Coffee Region after the Breakdown of the International Coffee Agreement. **Latin American Perspectives**, v. 37, n. 2, p. 111-132, 2010

RIOSMENA, F. Selección y Adaptación en Salud: una Mirada Comparativa entre Colombia e México. In: MARTÍNEZ, M. G. R. **Migración Internacional: Patrones y Determinantes**. Estudios Comparados Colombia-America Latina-Proyecto LAMP. Cali, Colombia: Universidad del Valle, p. 265-289, 2016

RIVERS, P. A; PATINO, F. G. Barriers to Health Care Access for Latino Immigrants in the USA. **International Journal of Social Economics**, v. 33, n. 3, p. 207-220, 2006

ROMERO-ORTUÑO, R. Access to Health Care for Illegal Immigrants in the EU: Should We Be Concerned? **European Journal of Health Law**, v. 11, p. 245-272, 2004

ROSAS, V. P; GAY, A. L. Push and Pull Factors of Latin American Migration. In: DOMINGO, A; SABATER, A; VERDUGO, R. R. **Demographic Analysis of Latin American Immigrants in Spain: From Boom to Bust**. Springer, Applied Demography Series, v. 5, 2015, cap. 1

ROSENBERG, H. M; MAURER, J. D; SORLIE, P. D; JOHNSON, N. J; MACDORMAN, M. F; HOYERT, D. L; SPITLER, J. F; SCOTT, C. Quality of Death Rates by Race and Hispanic Origin: A Summary of Current Research. In: NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. **Vital and Health Statistics. Series 2, Data Evaluation and Methods Research**, n. 128, 1999

SOLIS, J. M; MARKS, G; GARCIA, M; SHELTON, D. II. Acculturation, Access to Care, and Use of Preventive Services by Hispanics: Findings from HHANES 1982-1984. **American Journal of Public Health**, v. 80, Supplement, Dezembro 1990

STARK, O; BLOOM, D. E. The New Economics of Labor Migration. **American Economic Review**, v. 75, p.173-178, 1985

TODARO, M. P. A Model of Labor Migration and Urban Unemployment in Less-Developed Countries. **American Economic Review**, v. 59, p. 138-148, 1969

TURRA, C. M; ELO, I. T. The Impact of Salmon Bias on the Hispanic Mortality Advantage: New Evidence from Social Security Data. **Population Research and Policy Review**, v. 27, p. 515-530, 2008

TURRA, C. M; GOLDMAN, N. Socioeconomic Differences in Mortality Among U. S. Adults: Insights Into the Hispanic Paradox. **Journal of Gerontology: Social Sciences**, v. 62B, n. 3, p. 184-192, 2007

UNITED NATIONS, **International Migration Report 2017: Highlights**. Department of Economic and Social Affairs: Population Division, 2017

U.S. CENSUS BUREAU. Selected Population Profile in the United States. **2015 American Community Survey 1-Year Estimates**, 2015

U.S. CENSUS BUREAU. Place of Birth for the Foreign-Born Population in the United States: Foreign-Born Population Excluding Population Born at Sea. **2012-2016 American Community Survey 5-Year Estimates**, 2016

U.S. CENSUS BUREAU. Hispanic or Latino Origin by Specific Origin: Total Population. **2017 American Community Survey 1-Year Estimates**, 2017

VEGA, W; AMARO, H. Latino Outlook: Good Health, Uncertain Prognosis. **Annual Review of Public Health**, v. 15, p. 39-67, 1994

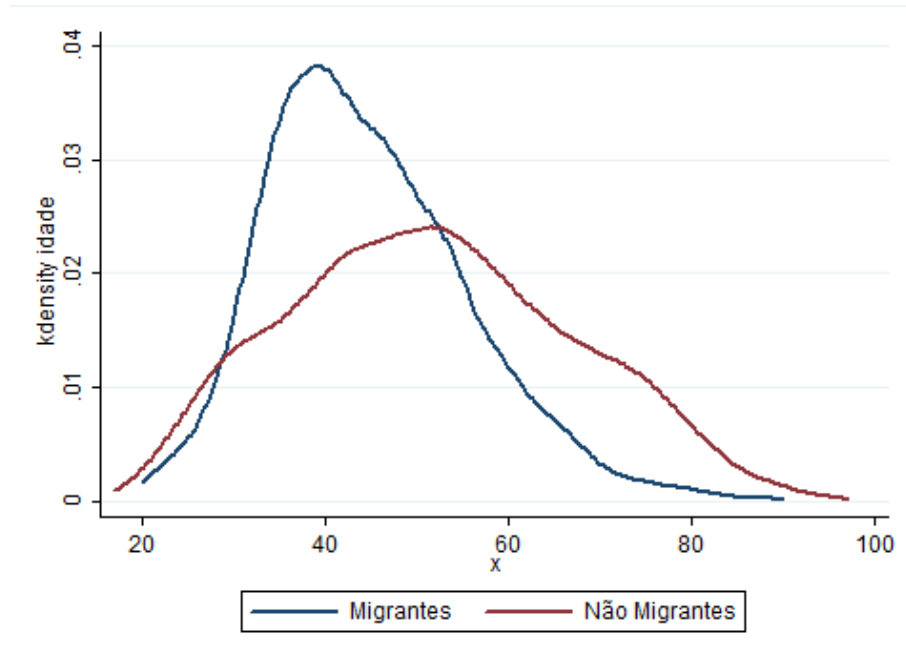
ZAPATA, G. P. **Migration, Remittances and Development: Constructing Colombian Migrants as Transnational Financial Subjects**. Tese (Doutorado em Geografia Humana) – School of Geography, Politics and Sociology, Newcastle University, Outubro 2011

ZUFFEREY, J. Investigating the Migrant Mortality Advantage at the Intersections of Social Stratification in Switzerland: The Role of Vulnerability. **Demographic Research**, v. 34, p.899-926, 2016

ANEXOS

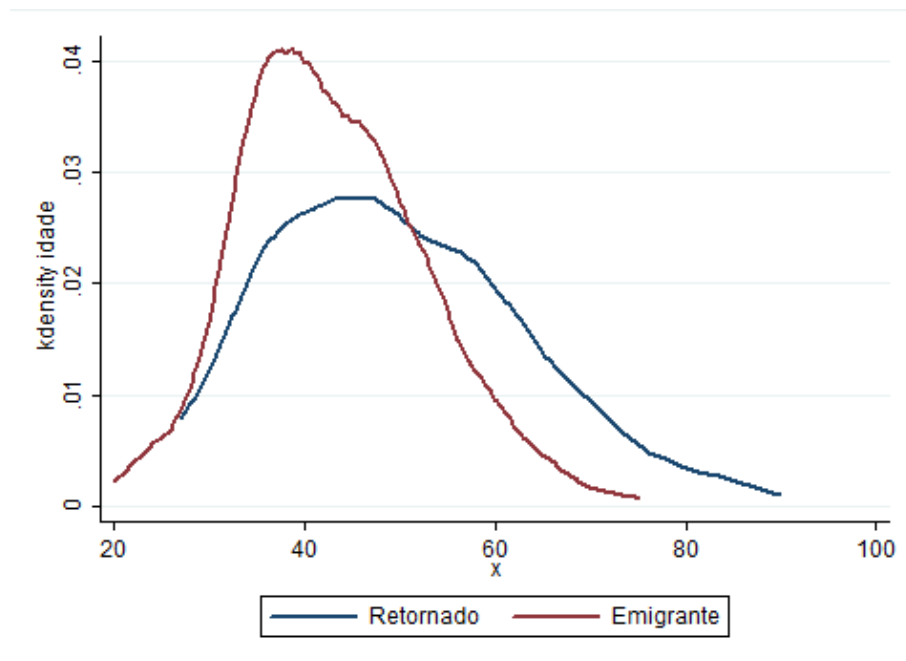
ANEXO 1 – GRÁFICOS DE DENSIDADE POR IDADE

GRÁFICO DE DENSIDADE DE IDADE PARA MIGRANTES E NÃO MIGRANTES



Fonte: LAMP – Dados da Colômbia (2008 a 2015)

GRÁFICO DE DENSIDADE DE IDADE PARA MIGRANTES E NÃO MIGRANTES



Fonte: LAMP – Dados da Colômbia (2008 a 2015)

**ANEXO 2 – TABELAS DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
POR PAÍS E GRUPO MIGRANTE**

**DISTRIBUIÇÃO RELATIVA DE SEXO POR GRUPO MIGRANTE E PAÍS
(Nº DE OBSERVAÇÕES)**

Status Migratório	País de Destino	Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
Emigrantes	EUA	56,90% (33)	43,10% (25)	100% (58)
	Espanha	54,61% (160)	45,39% (133)	100% (293)
Retornados	EUA	36,11% (26)	63,89% (46)	100% (72)
	Espanha	47,62% (20)	52,38% (22)	100% (42)
	Total	51,40% (239)	48,60% (226)	100% (465)

(Nº de Observações)

Fonte: LAMP – Dados da Colômbia (2008 a 2015)

**MÉDIA E DESVIO PADRÃO DE ESCOLARIDADE EM ANOS POR GRUPO
MIGRANTE E PAÍS DE DESTINO**

Status Migratório	País de Destino	Escolaridade		Número de Observações
		Média	Desvio Padrão	
Emigrantes	EUA	14,06	3,4	55
	Espanha	12,09	2,84	291
Retornados	EUA	10,24	4,79	70
	Espanha	10,48	3,9	42

(Nº de Observações)

Fonte: LAMP – Dados da Colômbia (2008 a 2015)

**ANEXO 2 – TABELAS DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
POR PAÍS E GRUPO MIGRANTE (continuação)**

**MÉDIA E DESVIO PADRÃO DE IDADE EM ANOS POR GRUPO MIGRANTE
E PAÍS DE DESTINO**

Status Migratório	País de Destino	Idade		Número de Observações
		Média	Desvio Padrão	
Emigrantes	EUA	47,14	10,41	58
	Espanha	42,22	9,35	293
Retornados	EUA	53,40	12,75	72
	Espanha	43,62	11,87	42

(Nº de Observações)

Fonte: LAMP – Dados da Colômbia (2008 a 2015)

ANEXO 3 – TABELAS DE SAÚDE POR PAÍS E GRUPO MIGRANTE

PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS POR GRUPO MIGRANTE E PAÍS DE DESTINO

Status Migratório	País de Destino	Doenças Crônicas		Número de Observações
		Nenhuma	Uma ou mais	
Emigrantes	EUA	81,03%	18,97%	58
	Espanha	84,64%	15,36%	293
Retornados	EUA	68,06%	31,94%	72
	Espanha	71,43%	28,57%	42

(Nº de Observações)

Fonte: LAMP – Dados da Colômbia (2008 a 2015)

DISTRIBUIÇÃO RELATIVA DA CONDIÇÃO DE SAÚDE ANTERIOR À MIGRAÇÃO AUTORREPORTADA POR GRUPO MIGRANTE E PAÍS (Nº DE OBSERVAÇÕES)

Status Migratório	País de Destino	Saúde Anterior à Migração		Total
		Caso Contrário	Excelente	
Emigrantes	EUA	33,33% (19)	66,67% (38)	100% (57)
	Espanha	12,63% (36)	87,37% (249)	100% (285)
Retornados	EUA	39,39% (26)	60,61% (40)	100% (66)
	Espanha	60% (21)	40% (14)	100% (35)

(Nº de Observações)

Fonte: LAMP – Dados da Colômbia (2008 a 2015)