

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA

RAQUEL ANDRÉA RIEGER

**EFEITOS DA MIGRAÇÃO SOBRE A PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE NAS
REGIÕES SUDESTE E CENTRO-OESTE DO BRASIL**

**VIÇOSA- MINAS GERAIS
2020**

RAQUEL ANDRÉA RIEGER

**EFEITOS DA MIGRAÇÃO SOBRE A PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE NAS
REGIÕES SUDESTE E CENTRO-OESTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Orientador: Evandro Camargos Teixeira

Coorientador: Francisco Carlos da Cunha Cassuce

**VIÇOSA-MINAS GERAIS
2020**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Campus Viçosa**

T

R554e
2020 Rieger, Raquel Andréa, 1995-
Efeitos da migração sobre a percepção do estado de saúde
nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste do Brasil / Raquel Andréa
Rieger. – Viçosa, MG, 2020.
52 f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Orientador: Evandro Camargos Teixeira.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.
Referências bibliográficas: f.45-52.

1. Migração interna - Brasil. 2. Migrantes internos -
Aspectos da saúde - Brasil. I. Universidade Federal de Viçosa.
Departamento de Economia. Programa de Pós-Graduação em
Economia. II. Título.

CDD 22. ed. 304.80981

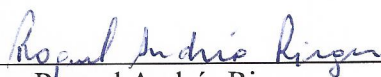
RAQUEL ANDRÉA RIEGER

**EFEITOS DA MIGRAÇÃO SOBRE A PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE NAS
REGIÕES SUDESTE E CENTRO-OESTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

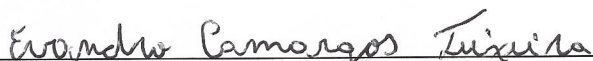
APROVADA: 18 de fevereiro de 2020

Assentimento:



Raquel Andréa Rieger

Autora



Evandro Camargos Teixeira

Orientador

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

A Deus.

À minha Família por todo apoio e compreensão durante o mestrado.

À UFV pela oportunidade e toda sua estrutura disponível para a realização dos estudos.

Ao meu orientador por todo apoio e disponibilidade, sendo fundamental para minha formação.

Ao meu coorientador por todas as sugestões e direções para a realização da pesquisa.

Aos meus amigos que fiz durante essa jornada e que levo pra vida.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

RESUMO

RIEGER, Raquel Andréa, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2020. **Efeitos Da Migração Sobre A Percepção Do Estado De Saúde Nas Regiões Sudeste E Centro-Oeste Do Brasil.** Orientador: Evandro Camargos Teixeira. Coorientador: Francisco Carlos da Cunha Cassuce.

A migração é um fenômeno recorrente em todo mundo, podendo ocorrer entre países ou internamente. São diversos os determinantes que condicionam a decisão de migrar por parte dos indivíduos e, ao migrar, os mesmos estão expostos a novas condições econômicas, sociais e ambientais. Nesse sentido, a migração pode impactar no estado de saúde dos indivíduos, tanto do ponto de vista físico quanto mental, dada a inserção em um novo ambiente, com novos hábitos e culturas diferentes de sua origem. Levando em consideração esses aspectos e a incipiente literatura nacional em relação à temática, o presente estudo tem como objetivo analisar os efeitos da migração sobre o estado de saúde reportado pelos indivíduos que migraram para as regiões Centro-oeste e Sudeste do Brasil. Além disso, objetiva-se verificar se a origem do referido migrante é um determinante importante para o estado de saúde reportado, além de averiguar se o tempo de moradia na região de destino o afeta. Para tal, utiliza-se a técnica de Pseudo-Painel através de um modelo *Pooled Probit* Ordenado, sendo a variável dependente o estado de saúde autodeclarado dos indivíduos. Os dados são oriundos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) referente aos anos de 1998, 2003 e 2008. No geral, os resultados denotam que os migrantes residentes na região Sudeste apresentam tendência de declarar seus estados de saúde como piores que os nativos, e na região Centro-Oeste não houve significância estatística. Além disso, observa-se que a região de origem do migrante exerce efeito importante no modo como o indivíduo autorreporta seu estado de saúde; e que o tempo de moradia não afetou seu estado de saúde nas duas regiões analisadas.

Palavras-chave: Migração interna. Estado de saúde. Brasil.

ABSTRACT

RIEGER, Raquel Andréa, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, February, 2020. **Effects of Migration on the Perception of the Health Status in the Southeast and Midwest Regions of Brazil**. Adviser: Evandro Camargos Teixeira. Co-adviser: Francisco Francisco Carlos da Cunha Cassuce.

Migration is a recurring phenomenon worldwide, and can occur between countries or internally. There are several determinants that condition individuals' decision to migrate; and when migrating, they are exposed to new economic, social and environmental conditions. Therefore, migration can impact on the health status of individuals, both physical and mental, given the insertion in a new environment, with new habits and cultures different from their origin. Taking into account these aspects and incipient national literature in relation to the theme, the present study aims to analyze the effects of migration on the health status reported by individuals, who migrated to the West-center and Southeast regions of Brazil. In addition, the objective is to verify if the origin of the referred migrant is an important determinant for the state of health reported by the same, besides verifying if the time of residence in the destination region affects him. For this, the Pseudo-Panel technique is used through an Ordered Pooled Probit model, with the dependent variable being the self-declared health status of the individuals. The data come from the National Household Sample Survey (PNAD) for the years 1998, 2003 and 2008. Overall, the results show that migrants living in the Southeast have a tendency to declare their health status as worse than the natives, and in the Midwest there was no statistical significance. In addition, it is observed that the region of origin of the migrant has an important effect on the way the individual self-reports his health status; and that the residence time did not affect their health status in the two regions analyzed.

Keywords: Internal migration. Health status. Brazil.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Distribuição dos migrantes que residem na região Sudeste por origem para todos os anos da amostra.	24
Figura 2: Distribuição dos migrantes que residem na região Centro-Oeste por origem para todos os anos da amostra.	25
Figura 3: Evolução do estado de saúde autodeclarado de acordo com os coortes de ano de nascimento para a região Centro-Oeste.	29
Figura 4: Evolução do estado de saúde autodeclarado de acordo com os coortes de ano de nascimento para a região Sudeste.	29
Figura 5: Evolução do estado de saúde para migrantes e nativos da região Centro-Oeste de acordo com os anos analisados.	30
Figura 6: Evolução do estado de saúde para migrantes e nativos da região Sudeste de acordo com os anos analisados.	30
 Quadro 1: Variáveis a serem utilizadas nas estimações dos modelos econométricos.	 20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da amostra por região de destino analisada.	24
Tabela 2: Estatísticas descritivas das variáveis para a região Centro-Oeste, somatório dos anos analisados.	26
Tabela 3: Estatísticas descritivas das variáveis para a região Sudeste, somatório dos anos analisados.	27
Tabela 4: Distribuição dos coortes de ano de nascimento por região para os anos 1998 e 2003.	28
Tabela 5: Distribuição dos coortes de ano de nascimento por região para o ano 2008.	28
Tabela 6: Percentual de migrantes e nativos que possuem alguma doença crônica de acordo com os anos de análise.	31
Tabela 7: Correlação entre estado de saúde e regiões de origem dos migrantes para todos os anos da análise.	32
Tabela 8: Níveis de escolaridade e estado de saúde na região Centro-Oeste para nativos e migrantes, de acordo com os anos analisados.	33
Tabela 9: Níveis de escolaridade e estado de saúde na região Sudeste para nativos e migrantes, de acordo com os anos analisados.	34
Tabela 10: Médias de renda dos migrantes e nativos condicionadas ao estado de saúde, por ano e região receptora.	35
Tabela 11: Tempo de moradia e percepção do estado de saúde por região receptora.	36
Tabela 12: Resultados dos modelos econométricos estimados para as regiões receptoras.	37
Tabela 13: Probabilidades e cenários de autodeclarações dos estados de saúde para a região Centro-oeste.	41
Tabela 14: Probabilidades e cenários de autodeclarações dos estados de saúde para a região Sudeste.	42

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	Considerações Iniciais	9
1.2	O problema e sua importância	10
1.3	Objetivos.....	12
1.3.1	Objetivo Geral	12
1.3.2	Objetivos específicos.....	12
2	EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS ACERCA DA RELAÇÃO ENTRE MIGRAÇÃO E ESTADO DE SAÚDE.....	13
3	METODOLOGIA	18
3.1	Modelo econométrico	18
3.2	Base de dados.....	22
4	RESULTADOS	23
4.1	Análise descritiva.....	23
4.2	Resultados econométricos.....	36
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIAS	45

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações Iniciais

A mobilidade populacional em busca de melhores condições de vida sempre foi recorrente em todo mundo. De acordo com a Organização Internacional para as Migrações (OIM), o deslocamento populacional que ultrapassa as fronteiras internacionais ou dentro dos limites das nações entre unidades federativas é definido como migração.

A OIM ainda destaca que não há consenso sobre a definição de migrante, considerando este como o indivíduo que voluntariamente tomou a decisão de migrar. Assim, há estudos que utilizam a definição de migrante de acordo com o tempo de residência e outros que consideram somente o fato do indivíduo não residir mais em seu local de origem ou nascimento (PEREIRA, 2000; OIM, 2009; ALBUQUERQUE et al, 2013; MARANDOLA JUNIOR, GALLO, 2010)

No que concernem as especificidades a respeito do fenômeno da migração, outras definições são relevantes, como a de migração internacional, onde o indivíduo se desloca de um país para outro; e a migração interna, que ocorre dentro dos limites geográficos de um determinado país.

Segundo o *United Nations Department of Economic and Social Affairs* (UN DESA, 2013), a migração interna é mais expressiva que a internacional. Nesse sentido, em 2005, as imigrações que ocorreram entre países foram de aproximadamente 214 milhões de pessoas e a população que migrou internamente foi de aproximadamente 763 milhões.

No Brasil, a migração interna é expressiva e como prova disso, entre os anos de 2004 e 2009, aproximadamente dois milhões de pessoas migraram (OLIVEIRA; ERVATTI; O'NEILL, 2011). Essa migração também possui fluxos distintos ao longo dos anos. Nas décadas de 1970 e 1980, o governo promoveu incentivos para colonizar os estados da região Centro-Oeste, sendo a maioria dos migrantes provenientes da região Sul. Por sua vez, ainda na década de 1980 e na de 1990, verificou-se intenso fluxo da região Nordeste para a Sudeste, em busca de melhores condições de vida.

No entanto, a partir dos anos 2000, observou-se mais dinamicidade nos destinos das migrações, sendo que entre 2004 e 2009 foi possível verificar perda de migrantes do estado de São Paulo para os estados da região Sul, além de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Amazonas. Além disso, os estados do Rio de Janeiro e Pará foram os que mais apresentaram retenção da migração, sendo que nos demais verificou-se rotatividade migratória. Cabe ainda

salientar que a região Sudeste continua sendo um grande atrativo populacional e que o Centro-Oeste também se tornou um centro de atração populacional (BAENINGER, 2011; BRITO, 2015).

Diante da variedade de fluxos migratórios existentes, são inúmeros os fatores que podem determiná-los, como questões econômicas, políticas, pressões sociais, sendo que os locais de destino tendem a apresentar nível de desenvolvimento econômico mais elevado que a origem. No entanto, esses municípios/estados nem sempre estão aptos a receber novos moradores, fazendo com que os migrantes enfrentem dificuldades de acesso a serviços de saúde, moradia, transporte, educação e trabalho (WEF, 2017).

Tais dificuldades encontradas pelos migrantes nas regiões de destino podem impactar em seus estados de saúde. Conforme alguns estudos já realizados¹, os migrantes tendem a ser mais saudáveis que os indivíduos nativos do local para o qual migraram. No entanto, eles podem sofrer em função das adaptações ao novo cotidiano, pois são introduzidos em uma nova cultura, novos costumes, hábitos e também novas condições ambientais, estando sujeitos a contrair doenças que não eram comuns em seus locais de origem (HULL, 1979).

1.2 O problema e sua importância

A decisão de migrar leva em consideração um número considerável de determinantes como, por exemplo, questões econômicas, sociais e ambientais. Entretanto, ao migrar e após determinado período pós migração, os indivíduos podem apresentar dificuldades de adaptação à nova localidade devido ao processo de aculturação, que corresponde às referidas condições sociais, econômicas e ambientais da região de destino (NAIR *et al*, 1990; HEAD; MARMOT; SWERDLOW, 1993; SINGH; SIAHPUSH, 2001).

Uma das dificuldades mais importantes enfrentadas pelos migrantes se refere ao estado de saúde. Nesse sentido, a possível piora do estado de saúde dos indivíduos prejudica a produtividade da economia, pois a saúde é um dos fatores constituintes do estoque de capital humano² de qualquer país (SCHULTZ, 1961).

No Brasil, assim como em todo mundo, os fluxos migratórios continuamente sofrem mudanças. Atualmente, os fluxos migratórios internos brasileiros destinam-se principalmente

¹ Estudos como aqueles realizados por Norman, Boyle e Ress (2005), Fennelly (2007), Green *et al* (2015), Dodd *et al* (2017) e Loi e Hale (2019).

² Capital humano são habilidades e capacidades que os indivíduos possuem, e assim como investimentos em bens de capital, melhoram a produtividade da economia (SCHULTZ, 1961).

às regiões Sudeste e Centro-oeste, sendo que a primeira se tornou atrativo populacional devido a intensificação da instalação de indústrias, elevando a busca por emprego e melhores condições de vida. Posteriormente, mesmo a região Sudeste permanecendo como grande receptora de migrantes, observa-se um fluxo em paralelo e intenso para a região Centro-Oeste, que vem expandindo sua economia e elevando as oportunidades de emprego (NUNES; SILVA; QUEIROZ, 2017).

No geral, as regiões Centro-Oeste e Sudeste, em conjunto, são responsáveis pelo recebimento de aproximadamente 2 milhões de migrantes (IBGE, 2000). Tais regiões são ao longo de décadas grandes receptoras de migrantes em busca de novas oportunidades. Entretanto, essas regiões apresentam características muito distintas, particularmente no setor de saúde. Travassos, De Oliveira e Viacava (2006) apontam discrepâncias no acesso a saúde entre as regiões supracitadas, sendo que na região Centro-Oeste os indivíduos com renda mais elevada possuem muito mais acesso aos serviços de saúde em relação àqueles com menor poder aquisitivo, enquanto na região Sudeste não há diferença significativa.

As supracitadas mudanças em termos de destino do migrante brasileiro ocorrem conjuntamente a mudança em seu perfil³. Logo, seu estado de saúde condicionado a migração depende do período analisado, da região de origem e das condições encontradas na região de destino.

Além disso, há outro fator a ser considerado quando se analisa a relação entre migração e estado de saúde, que é o período no qual o indivíduo reside no local de destino. Autores como VanSteenbergen *et al* (1999), McCredir, Williams e Coates (1999) e Deb e Gurevich (2017) destacam que com o passar dos anos de moradia na nova localidade, o estado de saúde dos migrantes sofre alterações, podendo melhorar ou deteriorar-se. Desse modo, as análises que levam em conta o tempo de residência dos migrantes podem suscitar aspectos relevantes que permeiam a relação entre migração e estado de saúde.

Diante dos aspectos considerados, os estudos já realizados a respeito da relação entre migração e estado de saúde trazem resultados diversos. O trabalho de Bhugra (2004) analisa como a migração afeta a saúde mental e destaca que as características demográficas de origem e destino influenciam no processo de aculturação do indivíduo, podendo impactar em seu estado de saúde. Neste contexto, foram observados por diversos autores efeitos negativos da migração

³ Características pessoais, como etnia, gênero, migrações com membros de família ou individuais, e etc (PAIS, 2015). Nascimento, Silva e Lucas (2017), por exemplo, observaram que o número de mulheres migrantes apresentou aumento considerável nos últimos anos.

no estado de saúde, com elevação da probabilidade dos indivíduos migrantes serem acometidos por doenças crônicas (BARBONE *et al*, 1996; DEB; GUREVICH, 2017; EBRAHIM *et al*, 2010; FASCIOLI; CAPOCACCIA; MARIOTTI, 1995; WILD; MCKEIGUE, 1997).

Entretanto, há trabalhos na literatura, como aqueles realizados por Bennett (1993); Gustafsson (2018), Mavreas e Bebbington (1988), Singh e Siahpush (2001), onde não é possível evidenciar claramente se a migração esteve relacionada ao estado de saúde dos indivíduos. As características pessoais dos indivíduos, o local de origem e o modo de vida são considerados fundamentais para explicar o estado de saúde e possíveis doenças que estes contraíram. Contudo, a migração pouco ou nada interferiu para que eles possuíssem tais condições de saúde.

Levando em consideração os aspectos considerados e o fato de que literatura nacional é incipiente sobre o tema, o objetivo desse estudo é a referida relação nas duas principais regiões receptoras de migrantes, Sudeste e Centro-Oeste. Assim, o trabalho tem como objetivo elucidar algumas questões como a migração, tendo como destinos as regiões Sudeste e Centro-Oeste, impacta no estado de saúde dos indivíduos? Além disso, como tal relação se verifica para migrantes de acordo com o tempo de residência no local de destino? Ainda, será que a região de origem do migrante impacta nessa relação?.

Como já salientado, o presente estudo contribui com a literatura que tange o tema, ao mesmo tempo que seus resultados permitirão a implementação de políticas públicas que possibilitem a melhoria do estado de saúde da população, particularmente dos migrantes nas regiões consideradas como destino.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar como a migração afeta o estado de saúde dos indivíduos migrantes para as regiões Sudeste e Centro-Oeste, de acordo com o tempo de residência e a região de origem dos mesmos.

1.3.2 Objetivos específicos

- Avaliar como a migração está relacionada com o estado de saúde dos indivíduos migrantes, considerando as regiões receptoras, Centro-Oeste e Sudeste.

- Analisar o efeito do tempo de residência do migrante em seu respectivo local de destino sobre o estado de saúde individual.
- Verificar como a região de origem do migrante impacta em seu estado de saúde.

2 EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS ACERCA DA RELAÇÃO ENTRE MIGRAÇÃO E ESTADO DE SAÚDE

Os determinantes da migração e as experiências obtidas em todo o processo migratório são inúmeros, variando conforme o perfil do migrante. Nesse sentido, seu estado de saúde pode ser afetado de acordo com as condições experimentadas, tais como a qualidade do traslado, o acesso a serviços essenciais de saúde na origem e destino, bem como sua situação socioeconômica. Portanto, fatores comportamentais; saúde física; fatores biológicos, como a incidência de determinadas doenças em certas regiões; distância percorrida; condições climáticas e acesso aos serviços de saúde podem impactar no estado de saúde dos migrantes (DAVIES; BASTEN; FRATTINI, 2009; GUSHULAK; MACPHERSON, 2006).

Portanto, há uma gama de fatores envolvidos na complexa relação entre migração e estado de saúde autorreportado, dentre eles a migração (DAVIES; BASTEN; FRATTINI, 2009). Além disso, outras características, como idade, renda e nível de escolaridade, também impactam no estado de saúde dos indivíduos, influenciando sua autoavaliação (KALETA *et al*, 2009).

Neste contexto, os estudos que abordam essa relação trazem diferentes perspectivas ao discutirem desde questões relacionadas aos efeitos da migração sobre o estado de saúde física e mental dos mesmos bem como o ambiente socioeconômico onde os migrantes se localizam e utilizam diferentes formas de mensurar a saúde. A literatura sobre essa temática não é recente, e observa-se que a literatura internacional é mais vasta que a nacional. Assim, são elencados alguns trabalhos que abordam essa relação em vários países e também no Brasil.

Analisando os efeitos da migração sobre o estado de saúde mental, Mavreas e Bebbington (1988) elaboraram um estudo com o objetivo de determinar se a migração impactava na ocorrência de transtornos psiquiátricos em gregos que imigraram para Londres. Os autores utilizaram também dados populacionais de gregos que não migraram e observaram que, para o grupo estudado, a migração não pode ser considerada um fator que influencia no surgimento de distúrbios mentais. As taxas mais elevadas nas amostras gregas têm como explicação o aumento da frequência de sintomas neuróticos inespecíficos como preocupação e

tensão. Os resultados de outras pesquisas da comunidade europeia com o *Present State Examination* (PSE) sugerem que pode haver diferença genuína e geral entre o norte e o sul da Europa na expressão do sofrimento psicológico. Diferenças culturais em termos de traços de personalidade e práticas de criação de crianças culturalmente sancionadas podem explicar os achados.

Em busca de analisar a relação do processo migratório com a incidência de câncer, são observados alguns estudos sobre a Itália, como o trabalho realizado por Fascioli, Capocaccia e Mariotti (1995) a respeito da mortalidade por câncer de estômago, câncer de cólon, câncer de mama e câncer de pulmão. Os autores verificaram que os migrantes internos italianos possuem taxa de mortalidade por câncer maior que os não migrantes. Outros autores estudaram a relação entre câncer e a migração interna italiana, como Ceppi *et al* (1995), Buiatti *et al* (1985), Toniolo, Protta e Cappa (1989) e Vigotti *et al* (1988), sendo que os resultados encontrados por estes variaram, observando-se efeitos da migração, positivos ou negativos, sendo que tais resultados dependiam da região de origem e destino, ou seja, os riscos de ser acometido por câncer seriam provenientes da região de origem e em outros casos da região de destino do migrante.

Neste contexto, Gad *et al* (2002) realizaram uma pesquisa entre os imigrantes da antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) que foram para Israel. A pesquisa se baseou em um auto relato sobre doenças crônicas, evidenciando-se elevada quantidade destas, tais como câncer, doenças cardíacas, musculoesqueléticas e gastrointestinais. Embora o grupo analisado não represente o total de imigrantes, a quantidade de doenças relatadas por eles foi muito superior quando comparada aos dos nativos soviéticos.

No que tange especificamente as doenças cardiovasculares, Salmond *et al* (1985) analisaram a pressão arterial de migrantes na Nova Zelândia e os não migrantes da ilha de Tokeai e os resultados demonstraram que a população que migrou tende a apresentar pressão arterial mais elevada que os nativos, o que pode desencadear o surgimento de doenças cardíacas. É possível que as diferentes motivações para a migração sejam fatores causadores das discrepâncias observadas, particularmente a partir das respostas de homens e mulheres em relação ao processo migratório e também em função das mudanças nos hábitos alimentares, que contribuem para as diferenças entre migrantes e não migrantes.

Nessa mesma linha, Bennett (1993) analisou os fatores de risco e a mortalidade por doenças cardiovasculares entre migrantes e nativos da Austrália. O autor aferiu que para os homens o maior fator de risco é a pressão arterial sistêmica e para as mulheres a presença de tabagismo. Além disso, foi possível concluir que há muitos fatores que podem afetar a pressão

arterial, não sendo possível estabelecer uma conexão clara com fato do indivíduo ser migrante ou com o processo de aculturação.

Strachan, Leon e Dodogeon (1995) também estudaram a incidência de mortalidade por doenças cardiovasculares na população migrante interna na Inglaterra e País de Gales, observando que os migrantes apresentaram menor incidência de mortalidade por essas doenças que os não migrantes. Ao ajustar os dados, os autores observaram a possibilidade de migrantes advindos de determinadas regiões apresentarem características socioeconômicas e de saúde diferenciadas.

Alguns estudos apontam a existência de um efeito migrante saudável, onde somente indivíduos com boas condições de saúde migram. No estudo de Nagi e Haavio-Mannila (1980), os autores analisaram o estado de saúde de imigrantes, migrantes internos e não migrantes, a partir de uma amostragem probabilística da população dos Estados Unidos. Após realizados os procedimentos estatísticos, os autores observaram que os imigrantes possuíam melhores condições de saúde tanto física como mental, seguidos pelos migrantes internos, e então, os não migrantes. No entanto, esses resultados podem ser reflexo do sistema de seleção de migração, sendo que apenas as pessoas consideradas saudáveis são aceitas como imigrantes nos EUA. Nessa mesma linha, Black et al (2015) analisaram a elevada migração ocorrida nos EUA e os possíveis efeitos sobre a mortalidade dos afro-americanos. Os autores observaram evidências do efeito migrante saudável, mas também elevada taxa de mortalidade entre aqueles que migraram.

Nesse sentido, Norman, Boyle e Ress (2005) utilizaram uma amostra da população com base nos microdados dos Censos Populacionais de 1971, 1981 e 1991 para Inglaterra e País de Gales e também levaram em consideração as condições socioeconômicas e geográficas da migração, verificando que o maior contingente migratório foi de pessoas entre 20 a 59 anos de idade consideradas saudáveis. No estudo, os autores analisaram as regiões de origem e de destino, sendo verificado que o destino do migrante impactou em seu estado de saúde. Desse modo, verificou-se que nas regiões mais carentes, os migrantes tendem a ser menos saudáveis que aqueles que migraram para regiões com nível de renda mais elevado.

Por outro lado, Green et al (2015) analisaram o estado de saúde auto declarado de migrantes internos, sendo verificado que aqueles que migraram tendem a relatar um estado de saúde ruim. Os autores analisaram as áreas para as quais os indivíduos migraram, não sendo possível identificar que as mesmas afetavam o estado de saúde. Uma possível explicação é que

os indivíduos com saúde debilitada se deslocam para áreas mais próximas a familiares por motivos diversos, sendo essas melhores condições ou não.

Outro aspecto concernente a referida relação entre migração e estado de saúde é apresentado por Halli e Ancham (2005). Analisando o efeito da seletividade da migração para o Canadá, os autores desenvolveram um estudo para verificar como a mesma se comporta ao longo do tempo de residência, ou seja, conforme aumenta o período de permanência do imigrante no país. Os autores constataram que os imigrantes residentes a mais de dez anos apresentaram estado de saúde pior que os mais recentes.

Nesse sentido, Kearns *et al* (2017) identificaram na literatura três possíveis explicações para a deterioração da saúde dos migrantes ao longo do tempo. A primeira delas é relacionada ao referido processo de aculturação, dado que o migrante adquire maus hábitos no local de destino. A segunda é relacionada com as condições que o migrante possui no destino, como a situação de moradia e trabalho, sendo que estas podem dar origem a enfermidades; e o terceiro é relacionado a idade, sendo que à medida que o indivíduo envelhece há deterioração do seu estado de saúde física.

Outra questão também abordada na literatura que concerne a relação entre migração e estado de saúde se refere a elevada incidência de migração rural-urbana, particularmente nos países em desenvolvimento. Ebrahim *et al* (2010) analisaram a migração rural-urbana na Índia, através de comparações entre membros da mesma família que migraram para região urbana e os que permaneceram na área rural. A pesquisa foi realizada entre os anos de 2005 e 2007, sendo que o foco de análise foi a incidência de diabetes e obesidade. Os resultados demonstraram que os indivíduos que migraram são mais propensos a serem acometidos por obesidade, devido ao estilo de vida urbano, sendo esses resultados mais expressivos para quem migrou a menos de uma década, de modo que a permanência no destino pode influenciar na análise.

Alguns estudos sobre a migração no Brasil abordam alguns dos aspectos já mencionados, como doenças cardiovasculares, saúde mental, aculturação e tempo de residência. Nesse contexto, o estudo realizado por Tsugane *et al* (1989) analisou a mortalidade de imigrantes japoneses em São Paulo, destacando que estes apresentaram menores taxas de mortalidade que os brasileiros e os próprios japoneses que ainda residem no Japão. No entanto, quando comparado os tipos de mortalidade, aquelas relacionadas à doenças cardíacas isquêmicas e diabetes, foram muito mais elevadas em São Paulo do que no Japão, indicando que a aculturação, que requer, muitas vezes, uma nova alimentação e costumes, são fatores

importantes para tal resultado. Os autores enfatizam que a taxa de mortalidade pode ter sido impactada pelo fato de o migrante chegar ao local de destino com bom estado de saúde.

Kang *et al* (2009) analisaram o estado de saúde dos indivíduos de uma comunidade coreana na cidade de São Paulo e observaram que tais migrantes apresentaram mais transtornos psiquiátricos do que os nativos que ainda vivem na Coreia. Os autores destacam que o processo de migração pode representar um fator que desencadeia o aparecimento de transtornos psicóticos, embora o método de diagnóstico desses transtornos seja diferente entre os países.

Silveira *et al* (2013) analisaram os imigrantes bolivianos no município de São Paulo e observaram que os mesmos encontram dificuldades no acesso aos serviços de saúde e em relação a possibilidade de adquirir seguro de saúde. A proporção de bolivianos que o possuem é insignificante comparada a dos brasileiros.

Leão *et al* (2017) estudaram os imigrantes haitianos nos municípios de Cuiabá e Várzea Grande no estado de Mato Grosso, levando em consideração o estado de saúde e as condições de trabalho. Os autores destacaram que tais migrantes correm riscos de acidentes, além de relatarem problemas físicos e psicossociais decorrentes das condições de trabalho. Alves *et al* (2019) analisaram como os referidos imigrantes haitianos acessavam os serviços de saúde, constando que houve elevação na procura à medida que aumentaram os anos de residência no Brasil, o que pode ser reflexo da melhor compreensão a respeito do funcionamento do sistema.

Em relação a migração interna brasileira, Oliveira (2014) pesquisou como a migração impacta no estado de saúde, utilizando dados da PNAD de 2008. Através de um modelo probabilístico, o autor evidenciou que para as mulheres a probabilidade de que a migração afete a saúde é significativa, no entanto para os homens não houve significância estatística.

No geral, conclui-se que a migração pode impactar os estados de saúde físico e mental dos indivíduos. Alguns estudos apontam efeitos positivos denotados pela aquisição de hábitos mais saudáveis e maior possibilidade de acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, outros estudos demonstram efeitos negativos sobre o estado de saúde dos migrantes, em função das dificuldades de adaptação à nova região de moradia e dificuldades no que tange o acesso aos mínimos recursos para sua sobrevivência, tais como moradia e emprego

3 METODOLOGIA

3.1 Modelo econométrico

A mobilidade populacional decorrente da migração traz à tona disparidades existentes entre a origem e o destino do migrante em relação aos determinantes do estado de saúde individual. (GUSHULAK; MACPHERSON, 2006). Assim, o presente estudo tem o intuito de verificar como evolui a relação entre migração e estado de saúde no Brasil, através da análise dos indivíduos ao longo do tempo.

Neste contexto, para acompanhar os indivíduos ao longo do tempo é necessário a construção de coortes por ano de nascimento dos indivíduos, semelhantes às coortes utilizadas em um pseudo painel, no entanto, aqui são utilizados valores individuais dessas coortes (não a média) e são criadas *dummies* para cada uma delas, permitindo o acompanhamento dos indivíduos ao longo do tempo. As informações utilizadas são de indivíduos nascidos entre 1948 e 1981, sendo criadas 17 *dummies* que representam o nascimento dos mesmos.

Dada a estrutura de dados disponíveis, emprega-se o método *Pooled*, que permite o empilhamento dos dados das diferentes unidades de tempo analisadas, onde assume-se que as observações são independentes e a distribuição pode não ser idêntica ao longo dos anos. Além disso, é possível o controle das variáveis consideradas fixas ao longo do tempo através de *dummies*, sendo assim inseridas para representar os anos analisados (WOOLDRIGDE, 2010).

Considerando que a variável dependente é do tipo discreta e ordenada emprega-se nesta pesquisa o modelo *Probit* ordenado. Wooldridge (2010) discorre sobre a estimação de modelos com variáveis discretas em painel. No caso de *Probit* ordenado, a estimação é possível, assumindo-se que as variáveis explicativas são exógenas e o erro é normalmente distribuído. Nesse modelo, os parâmetros são estimados por máxima verossimilhança, garantindo a consistência dos estimadores. Além disso, também não há termo constante, pois a soma dos *cut points*, que são os valores limites onde os indivíduos se movem de uma categoria para outra, são a unidade.

A variável dependente é o estado de saúde individual autodeclarado, que no caso desse estudo estruturada da seguinte forma: 0 - muito ruim; 1 - ruim; 2 - regular; 3 - bom e 4 - muito bom. Embora variáveis autorrelatadas podem trazer superestimações ou subestimações dos resultados, Dachs (2002), Theme Filha, Szwarcwald e Souza Junior (2008) e Simão Filho *et al* (2018) consideram que variáveis qualitativas e subjetivas de saúde são uma boa representação do estado de saúde do indivíduo. Nesse sentido, conforme Simão Filho *et al* (2018), a

autodeclaração de saúde depende de várias características individuais, como referentes a renda, à etnia, à escolaridade e à idade quanto do meio no qual o indivíduo está inserido e a disponibilidade e acessibilidade aos serviços de saúde

Concernente com a literatura, além das *dummies* já mencionadas, são utilizadas informações sobre as características individuais, tais como nível de escolaridade, renda, existência de doenças crônicas e informações a respeito da moradia. Para atender a esses objetivos, foram criadas *dummies* que representam o tempo de moradia do migrante e *dummies* que denotam a origem do migrante. Dessa forma, o modelo estimado assume a seguinte forma:

$$\begin{aligned} \text{estadodesaude}_{it} = & \beta_1 \text{migrante}_{it} + \beta_2 \text{esc2}_{it} + \beta_3 \text{esc3}_{it} + \beta_4 \text{esc4}_{it} + \beta_5 \text{cor}_{it} + \\ & \beta_6 \text{sexo}_{it} + \beta_7 \text{renda per capita}_{it} + \beta_8 \text{doen}_{cro}_{it} + \beta_9 \text{local}_{it} + \beta_{10} \text{esgoto}_{it} + \beta_{11} \text{mig10}_{it} + \\ & + \beta_{12} \text{ano03}_{it} + \beta_{13} \text{ano08}_{it} + \text{origem}_{nit} \beta + \text{CO}_{jit} \beta + \varepsilon_{it} \end{aligned} \quad (1)$$

Onde *ano* representa as *dummies* dos anos utilizados, sendo o ano de 1998 considerado base; *origem* é um vetor que representa as origens dos migrantes, sendo o subscrito *n* o identificador de cada origem; e *CO* representa as *dummies* dos anos de nascimento, onde $j=1, \dots, 17$. O subscrito *i* corresponde aos indivíduos que são analisados ao longo do tempo *t*, sendo este correspondente aos anos 1998, 2003 e 2008. Em relação a variável dependente, ela assume os seguintes valores:

$$\text{estadodesaude}^* = 0 \text{ se } -\infty < y^* \leq \mu_0 \quad (2)$$

$$\text{estadodesaude}^* = 1 \text{ se } \mu_0 < y^* \leq \mu_1 \quad (3)$$

$$\text{estadodesaude}^* = 2 \text{ se } \mu_1 < y^* \leq \mu_2 \quad (4)$$

$$\text{estadodesaude}^* = 3 \text{ se } \mu_2 < y^* \leq \mu_3 \quad (5)$$

$$\text{estadodesaude}^* = 4 \text{ se } \mu_3 < y^* \leq +\infty \quad (6)$$

Onde μ_i , os *cut points*, representam os valores limites nos quais um indivíduo se move de uma categoria para outra. Posteriormente, são criados cenários que tem como objetivo determinar a probabilidade de determinado indivíduo declarar seu respectivo estado de saúde. Nesse sentido, foram criados dois cenários base, um para o indivíduo nativo e outro para o migrante, considerando as características de acordo com a média amostral. Além desses, são criados mais cinco cenários que possuem uma característica diferente do cenário base. Ao todo são incluídos sete cenários, sendo quatro deles para analisar o migrante e três para analisar o nativo. Os cenários são analisados para as duas regiões de destino em análise, Centro-Oeste e Sudeste.

Cabe ainda ressaltar que em relação a variável que denota se o indivíduo é migrante, levou-se em consideração se este não reside mais em sua região de nascimento e se reside no mínimo a cinco anos no local de destino (LOUREIRO, 2018; CAIADO, 2005; CUNHA, 2005). A análise das migrações será realizada em relação às macrorregiões brasileiras Sul, Sudeste, Centro-oeste, Nordeste e Norte. Assim, o migrante será considerado aquele que nasceu em uma das macrorregiões brasileiras e reside no mínimo a 5 anos nas regiões Sudeste ou Centro-Oeste. Aqueles indivíduos que migraram para regiões distintas das analisadas, ou seja, para as regiões Sul, Norte e Nordeste, foram excluídos da amostra, assim como também aqueles que nunca migraram, exceto os indivíduos das regiões Sudeste e Centro-oeste, que são o foco dessa pesquisa.

Além disso, a investigação dos efeitos da migração sobre o estado de saúde utiliza informações de três anos da PNAD: 1998, 2003 e 2008; sendo estimadas duas regressões, uma para a região Sudeste e outra para a região Centro-oeste. Por meio dessas estimações, pretende-se atender aos objetivos do presente estudo, quais sejam: a forma pela qual a migração interna brasileira impacta o estado de saúde individual; os efeitos que a região de origem exerce sobre o estado de saúde; e também como o tempo de residência afeta o estado de saúde dos indivíduos.

O Quadro 1 apresenta as variáveis utilizadas nas estimações dos modelos econométricos, que foram selecionadas de acordo com a literatura, com seus respectivos sinais esperados.

Quadro 1: Variáveis a serem utilizadas nas estimações dos modelos econométricos.

(continua)

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	\SINAL ESPERADO
estadodesaude	<i>Dummy</i> que denota o estado de saúde dos indivíduos com a seguinte categorização: 0 - muito ruim; 1 - ruim; 2 - regular; 3 - bom; e 4 - muito bom.	Variável dependente.
Migrante	<i>Dummy</i> que identifica se os indivíduos são migrantes com valor igual a 1, e 0 caso contrário.	Sinal a ser verificado empiricamente. Conforme observado na literatura, não há existe consenso a respeito do efeito da migração sobre o estado de saúde.
Rendapercapita	Renda <i>per capita</i> .	Na relação entre nível de renda e estado de saúde espera-se sinal positivo, pois quanto mais elevado o poder aquisitivo, mais elevadas são as chances de o indivíduo declarar seu estado de saúde como satisfatório (DACHS,2002).

Quadro 1: Variáveis a serem utilizadas nas estimações dos modelos econométricos.

(continuação)

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	\SINAL ESPERADO
Sexo	<i>Dummy</i> que atribui valor igual a 1 caso o indivíduo seja do sexo masculino e 0 caso contrário.	Conforme apontado no trabalho de Simão Filho et al., ser mulher tem relação negativa com a percepção a respeito do estado de saúde. Logo, o sinal esperado é positivo
Esc1	<i>Dummy</i> que denota se o indivíduo é analfabeto ou possui ensino fundamental incompleto com valor igual a 1, e 0 caso contrário.	Oliveira (2014) verificou que o nível de escolaridade tem relação positiva com o estado de saúde. Logo, o sinal esperado é positivo e crescente.
Esc2	<i>Dummy</i> que denota se o indivíduo possui ensino fundamental completo, e 0 caso contrário.	
Esc3	<i>Dummy</i> que denota se o indivíduo possui ensino médio completo, e 0 caso contrário.	
Esc4	<i>Dummy</i> que denota se o indivíduo possui ensino superior completo, e 0 caso contrário.	
Cor	<i>Dummy</i> que atribui valor igual a 1 caso o indivíduo seja da cor branca e 0 caso contrário.	Indivíduos com idade mais avançada declaram mais o estado de ruim. Assim, espera-se relação negativa dessa variável com o estado de saúde. (PAVAO; WERNECK, CAMPOS, 2013)
Doencro	<i>Dummy</i> que atribui valor igual a 1 caso indivíduo possua alguma doença crônica ⁴ , e 0 caso contrário	Espera-se relação negativa, pois as doenças crônicas afetam a autopercepção sobre o estado de saúde dos indivíduos, levando geralmente a sua subestimação (BARROS <i>et al</i> , 2006).
Esgoto	<i>Dummy</i> que atribui valor igual a 1 caso a residência do indivíduo possua acesso a rede de esgoto, e 0 caso contrário	Acesso a serviços de esgoto permitem melhoria no estado de saúde. Logo, espera-se sinal positivo (ZOMBINI, 2013).
Local	<i>Dummy</i> que denota valor igual a 1 caso o indivíduo resida na zona urbana, e 0 caso seja na rural.	De acordo com Kassouf (2005), os moradores das áreas rurais relatam piores condições de saúde e procuram os serviços de saúde apenas quando estão doentes e não por prevenção. Assim, espera-se que a relação seja positiva.

⁴Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), doenças crônicas são aquelas de desenvolvimento lento e longa duração. As doenças crônicas existentes no questionário da PNAD são: artrite, câncer, diabetes, asma, doenças cardíacas, doença renal, depressão, tuberculose, hipertensão.

Quadro 1: Variáveis a serem utilizadas nas estimações dos modelos econométricos.

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	\SINAL ESPERADO
Mig	<i>Dummy</i> que assume valor igual a 1 caso o indivíduo seja migrante e resida no local de destino a mais de 5 anos até 9 anos, e 0 caso seja migrante e possua um período de residência diferente.	Sinal a ser verificado empiricamente.
Mig10	<i>Dummy</i> que assume valor igual a 1 caso o indivíduo seja migrante e resida no local de destino a 10 anos ou mais, e 0 caso seja migrante e possua um período de residência diferente.	
Origem	<i>Dummies</i> que representam em qual das macrorregiões brasileiras se originam os migrantes: origem_sul, origem_sudeste, origem_centro-oeste, origem_norte e origem_nordeste.	Sinal a ser verificado empiricamente.

Fonte: Elaboração própria.

Com relação à variável *doencro*, esta assumirá valor igual a 1 caso o indivíduo declare que possui no mínimo uma doença crônica. Por sua vez, na análise do nível de escolaridade dos indivíduos, a variável *Esc1* será utilizada como base, assim como *Mig* é a de referência na análise do tempo de moradia dos migrantes. Com relação às *dummies* de região, estas assumirão valor igual a 1 para identificar a origem dos migrantes. Assim, se migrante se origina da região Sul, por exemplo, essa *dummy* assumirá valor igual a 1, e as demais *dummies*, que representam as outras regiões, terão valores iguais a 0.

3.2 Base de dados

A fonte dos dados é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que apresenta dados individuais sobre características pessoais, domiciliares, trabalho e migração. A migração foi incorporada na PNAD a partir dos anos 1990, e as perguntas são da mesma natureza daquela utilizada nos Censos Demográficos, o que tem permitido o estudo dos fluxos migratórios e o comportamento dos migrantes (CUNHA E JAKOB, 2011).

Além disso, em determinados anos, são realizadas pesquisas suplementares para captar características específicas da população brasileira. Especificamente nos anos de 1998, 2003 e 2008, as pesquisas suplementares coletaram informações sobre o estado de saúde dos

indivíduos e disponibilizam informações sobre aspectos gerais da saúde, doenças e hábitos da população.

Além disso, é importante salientar que a PNAD é uma pesquisa de amostragem complexa. Portanto, devem ser incorporados os pesos amostrais para uma correta utilização desses dados. Além disso, os dados da PNAD podem ser tratados como independentes e identicamente distribuídos, pois possuem todas as informações necessárias de uma amostragem complexa (SILVA; PESSOA; LILA, 2002).

São utilizados nessa pesquisa os dados dos indivíduos nascidos entre 1948 e 1982. Essa faixa etária abrange os indivíduos considerados economicamente ativos no ano de 1998. Para a análise foram considerados aqueles que nasceram em uma das outras quatro regiões e migrou para o CO e quem nasceu no CO e permanece no CO, da mesma forma que foram considerados os indivíduos que nasceram em uma das outras 4 regiões e migraram para o SE e quem nasceu no Se e permanece no SE.

Em relação a renda, são utilizadas as informações referentes a renda *per capita* e as mesmas foram atualizadas para os valores referentes a 2008, sendo este o último ano da amostra, através do Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) do mês de janeiro dos anos de 1998 e 2003 até dezembro de 2008.

4 RESULTADOS

Nessa seção, são apresentados os resultados da pesquisa. Inicialmente, é realizada análise descritiva da amostra e posteriormente são apresentados os resultados econométricos.

4.1 Análise descritiva

Como já ressaltado, a amostra dos indivíduos para as regiões de destino dos migrantes consideradas no estudo, Centro-Oeste e Sudeste, foi criada através dos dados da PNAD dos anos de 1998, 2003 e 2008, através de uma coorte em relação ao ano de nascimento, abrangendo os nascidos entre 1948 e 1982. Observa-se através da Tabela 1, abaixo, que houve pequena variação percentual na composição da amostra e que na região Centro-Oeste o percentual de migrantes é maior que na região Sudeste. Para as duas regiões a maior parte da amostra é composta por migrantes, o que se deve ao estudo englobar os totais de migrantes que se deslocaram de sua origem a no mínimo cinco anos, o que inclui aqueles que se deslocaram a seis, sete ou mais anos, para as regiões Sudeste e Centro-oeste.

Tabela 1: Distribuição da amostra por região de destino analisada.

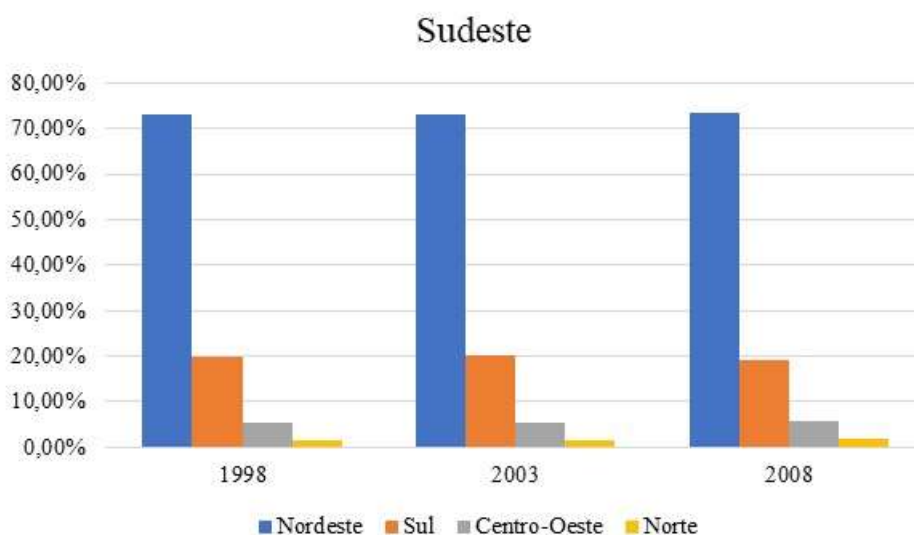
	1998		2003		2008	
	Amostra Total	Migrantes	Amostra Total	Migrantes	Amostra Total	Migrantes
Centro-Oeste	5.173	82,85%	7.122	84,54%	6.990	85,69%
Sudeste	7.593	60,41%	9.345	63,92%	8.956	64,09%

Fonte: Elaboração própria.

A distribuição percentual de migrantes é maior na região Centro-Oeste em relação ao Sudeste, o que pode ser resultado do processo de povoamento e atração das respectivas regiões. É importante mencionar que a região Centro-Oeste só recebeu forte incentivo governamental a partir da década de 1930 (ARAÚJO, 2018). Nesse sentido, Tavares (2001) afirma que os fluxos migratórios, inicialmente, tinham como destino as cidades costeiras e se expandiram para o interior, principalmente do estado de São Paulo. Posteriormente, teve início a expansão para o interior do país, com a evolução da fronteira agrícola, onde as regiões Centro-Oeste e Norte passaram a receber grande contingente migratório, sendo que a primeira apresentou crescimento populacional elevado, principalmente nas áreas urbanas.

Nesse contexto, as Figuras 1 e 2 apresentam os percentuais de migrantes de acordo com a origem para cada região de destino. É possível perceber que o perfil dos migrantes que habitam as referidas regiões é distinto.

Figura 1: Distribuição dos migrantes que residem na região Sudeste por origem para todos os anos da amostra.



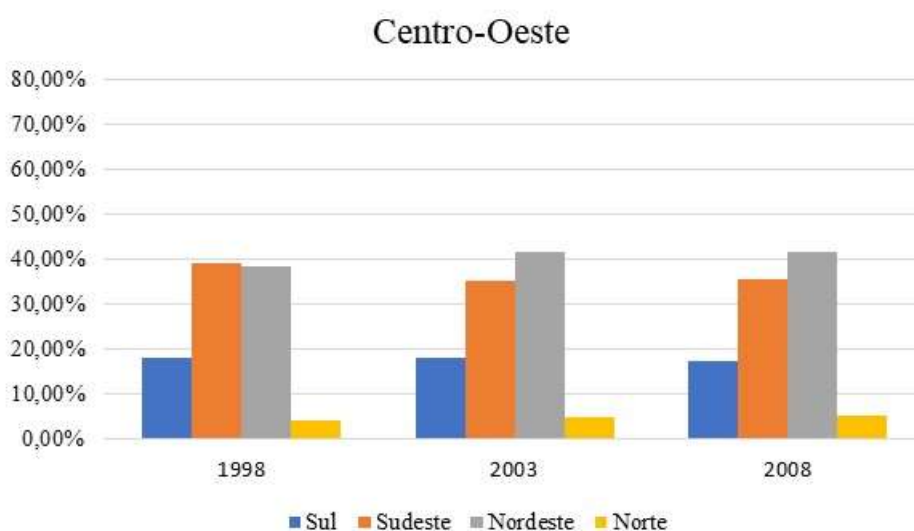
Fonte: Elaboração própria.

Na região Sudeste, mais de 70% dos migrantes são oriundos da região Nordeste, sendo pequenas as variações ao longo dos anos considerados. Já em relação ao Centro-Oeste, observa-se que aproximadamente 40% dos migrantes são provenientes da região Nordeste e percentual similar tem como origem o Sudeste.

Na literatura, há diversos trabalhos que abordam a questão referente a migração nordestina para a região Sudeste. Ojima e Fusco (2015) analisam a trajetória dos migrantes nordestinos, destacando a grande população emigrante para o Sudeste em busca de melhores condições de vida. Com relação à região Centro-Oeste, a construção de Brasília e o avanço da fronteira agrícola atraíram migrantes de todas as regiões brasileiras (RIGOTTI; CUNHA, 2011; BRASIL, 2014).

Maciel e Oliveira (2011) observaram padrão semelhante ao do presente estudo em relação a origem dos migrantes, onde as regiões Centro-oeste e Norte são aquelas que menos possuem emigrantes. Além disso, os autores também verificaram que os migrantes residentes na região Centro-Oeste são provenientes, em sua maioria, das regiões Nordeste e Sudeste; e os migrantes que moram no Sudeste têm como origem primordialmente a região nordestina.

Figura 2: Distribuição dos migrantes que residem na região Centro-Oeste por origem para todos os anos da amostra.



Fonte: Elaboração própria.

Nas Tabelas 2 e 3 é possível analisar as estatísticas descritivas das variáveis utilizadas, considerando a soma da amostra de todos os anos. Observa-se que a média das declarações sobre os estados de saúde é maior no Sudeste em relação ao Centro-Oeste. Além disso, na região

Centro-Oeste, verifica-se uma quantidade média maior de migrantes que moram a mais de 10 anos. Para as duas regiões, a maior parte dos indivíduos possui ensino fundamental (*Esc2*) e não possui doenças crônicas. Por sua vez, no que tange o nível de renda, a região Centro-Oeste apresenta média mais elevada.

Tabela 2: Estatísticas descritivas das variáveis para a região Centro-Oeste, somatório dos anos analisados.

Variáveis	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Estado de saúde	2,8732	1	4	0,7400
migrante	0,8451	0	1	0,3619
sexo	0,4870	0	1	0,4998
cor	0,4653	0	1	0,4988
local	0,8714	0	1	0,3347
Doen_cro	0,4042	0	1	0,4907
Esgoto	0,4670	0	1	0,4989
Renda per capita	2131,25	0	70838,40	3595,78
Esc1	0,1475	0	1	0,3546
Esc2	0,4396	0	1	0,4963
Esc3	0,2721	0	1	0,4450
Esc4	0,1408	0	1	0,3478
Mig	0,1290	0	1	0,3352
Mig10	0,7160	0	1	0,4509
Sudeste	0,1512	0	1	0,3583
Centro-oeste	0,1549	0	1	0,3618
Nordeste	0,3449	0	1	0,4753
Norte	0,0410	0	1	0,1983
Sul	0,1513	0	1	0,3583

Fonte: Elaboração própria.

Com relação ao sexo, a maior parte da amostra nas duas regiões de destino analisadas é do sexo feminino. Com respeito a cor, na região Sudeste observa-se maioria branca e no Centro-Oeste não-branco. A respeito da relação dessas características com a autodeclaração referente ao estado de saúde, a literatura verifica que as mulheres tendem a relatar estado de saúde pior que os homens, no caso de migrantes e nativos. No que concerne a cor, observa-se que os não brancos tendem a declarar em menor proporção o estado de saúde “muito bom” (SIMÃO FILHO et al, 2018; BARATA et al, 2007).

Tabela 3: Estatísticas descritivas das variáveis para a região Sudeste, somatório dos anos analisados.

Variáveis	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Estado de saúde	2,9527	1	4	0,7410
migrante	0,6295	0	1	0,4829
sexo	0,4715	0	1	0,4991
cor	0,5649	0	1	0,4958
local	0,9425	0	1	0,2327
Doen_cro	0,3898	0	1	0,4877
Esgoto	0,8174	0	1	0,3863
Renda per capita	1675,22	0	68.827,88	2384,90
Esc1	0,2018	0	1	0,4013
Esc2	0,4662	0	1	0,4989
Esc3	0,2438	0	1	0,4294
Esc4	0,0881	0	1	0,2835
Mig	0,0818	0	1	0,2741
Mig10	0,5476	0	1	0,4977
Sudeste	0,3705	0	1	0,4829
Centro-oeste	0,0342	0	1	0,1817
Nordeste	0,4603	0	1	0,4984
Norte	0,0107	0	1	0,1029
Sul	0,1243	0	1	0,3299

Fonte: Elaboração própria.

No que se refere a situação censitária, para as duas regiões verifica-se a maioria dos indivíduos residindo na zona urbana. Já com relação ao acesso a rede de esgoto, na região Sudeste, a maior parte das pessoas na amostra possui acesso o que já não acontece no Centro-oeste. Os referidos resultados encontram respaldo na literatura, pois verifica-se que moradores de localidades rurais possuem mais dificuldades de acesso a serviços de saúde e que o aumento da cobertura de serviços de saneamento contribui com a prevenção e, conseqüente, diminuição de doenças. Nesse sentido, onde existem condições de saneamento, mesmo que mínimas, os indivíduos apresentam melhores condições de saúde (ARRUDA; MAIA; ALVEZ, 2017; ZOMBINI, 2013).

Além dessas variáveis, a pesquisa utilizou coortes por ano de nascimento. As Tabelas 4 e 5, a seguir, apresentam a distribuição dessas coortes por região e para cada ano da análise. Como pode ser observado, os coortes que abrangem os anos de 1972 a 1891 apresentaram pequena elevação percentual em relação ao total de cada ano. Tal resultado era esperado, pois os dados se referem aos anos de 1998, 2003 e 2008, ou seja, uma janela temporal de 10 anos.

Tabela 4: Distribuição dos coortes de ano de nascimento por região para os anos 1998 e 2003.

Coortes de anos de nascimento	1998				2003			
	Centro-Oeste		Sudeste		Centro-Oeste		Sudeste	
	Total		Total		Total		Total	
1948-1949	258	4,99%	448	5,90%	298	4,18%	440	4,71%
1950-1951	312	6,03%	456	6,01%	334	4,69%	483	5,17%
1952-1953	333	6,44%	537	7,07%	369	5,18%	548	5,86%
1954-1955	357	6,90%	539	7,10%	351	4,93%	615	6,58%
1956-1957	412	7,96%	569	7,49%	406	5,70%	578	6,19%
1958-1959	387	7,48%	544	7,16%	504	7,08%	604	6,46%
1960-1961	344	6,65%	580	7,64%	497	6,98%	573	6,13%
1962-1963	411	7,95%	547	7,20%	458	6,43%	602	6,44%
1964-1965	402	7,77%	567	7,47%	482	6,77%	611	6,54%
1966-1967	356	6,88%	508	6,69%	465	6,53%	604	6,46%
1968-1969	343	6,63%	496	6,53%	547	7,68%	666	7,13%
1970-1971	321	6,21%	442	5,82%	458	6,43%	597	6,39%
1972-1973	285	5,51%	426	5,61%	445	6,25%	593	6,35%
1974-1975	255	4,93%	327	4,31%	441	6,19%	552	5,91%
1976-1977	202	3,90%	291	3,83%	408	5,73%	505	5,40%
1978-1979	126	2,44%	206	2,71%	368	5,17%	430	4,60%
1980-1981	69	1,33%	110	1,45%	291	4,09%	344	3,68%

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 5: Distribuição dos coortes de ano de nascimento por região para o ano 2008.

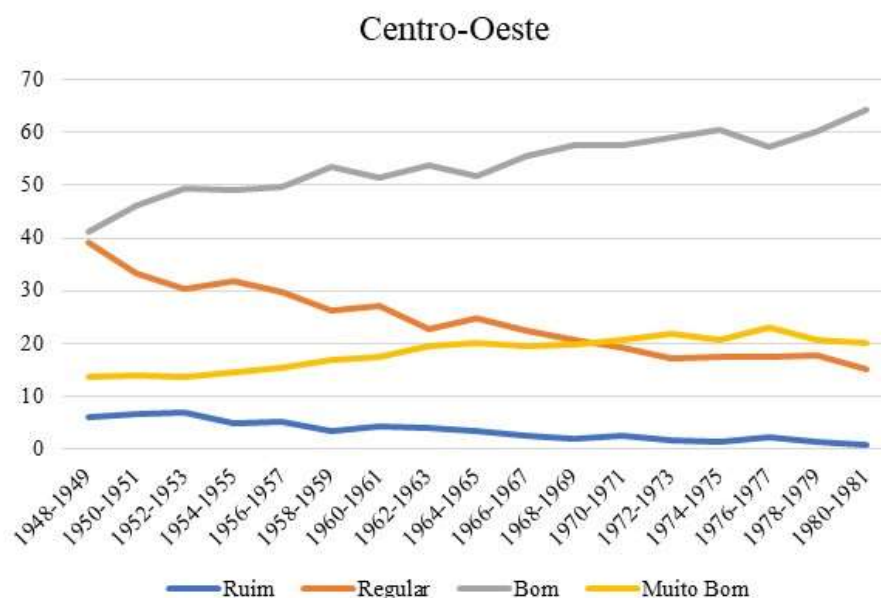
2008									
Coortes de anos de nascimento	Centro-Oeste		Sudeste		Coortes de anos de nascimento	Centro-Oeste		Sudeste	
	Total		Total			Total		Total	
1948-1949	273	3,91%	413	4,61%	1966-1967	496	7,10%	601	6,71%
1950-1951	303	4,33%	420	4,69%	1968-1969	473	6,77%	614	6,86%
1952-1953	339	4,85%	517	5,77%	1970-1971	415	5,94%	562	6,28%
1954-1955	387	5,54%	524	5,85%	1972-1973	466	6,67%	549	6,13%
1956-1957	433	6,19%	528	5,90%	1974-1975	407	5,82%	550	6,14%
1958-1959	418	5,98%	573	6,40%	1976-1977	409	5,85%	492	5,49%
1960-1961	439	6,28%	551	6,15%	1978-1979	407	5,82%	463	5,17%
1962-1963	472	6,75%	592	6,61%	1980-1981	348	4,98%	415	4,63%
1964-1965	505	7,22%	592	6,61%					

Fonte: Elaboração própria.

No que concernem as declarações a respeito da percepção sobre o estado de saúde, as Figuras 3 e 4 denotam que para ambas as regiões, quanto mais elevada a proporção de jovens na amostra, maiores são as autodeclarações de “muito bom” e menores as de “regular” e “ruim”.

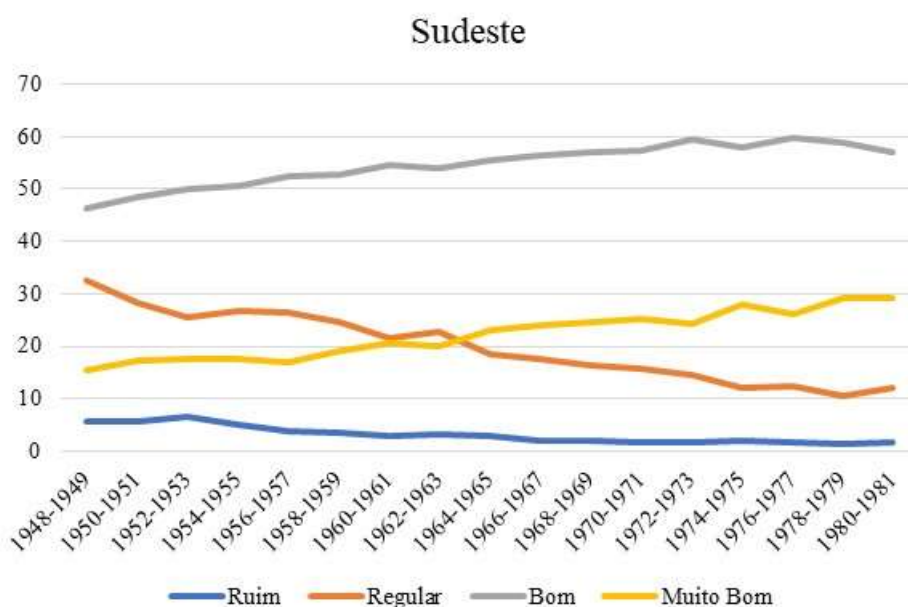
Tal resultado é corroborado pela literatura, onde verifica-se que à medida que as pessoas envelhecem as declarações de saúde positivas tendem a diminuir (CAMARANO, 2002).

Figura 3: Evolução do estado de saúde autodeclarado de acordo com os coortes de ano de nascimento para a região Centro-Oeste.



Fonte: Elaboração própria.

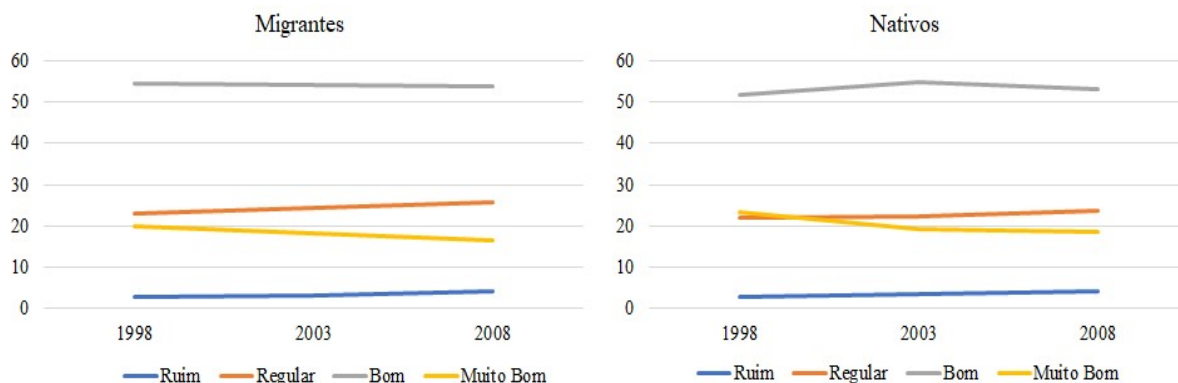
Figura 4: Evolução do estado de saúde autodeclarado de acordo com os coortes de ano de nascimento para a região Sudeste.



Fonte: Elaboração própria.

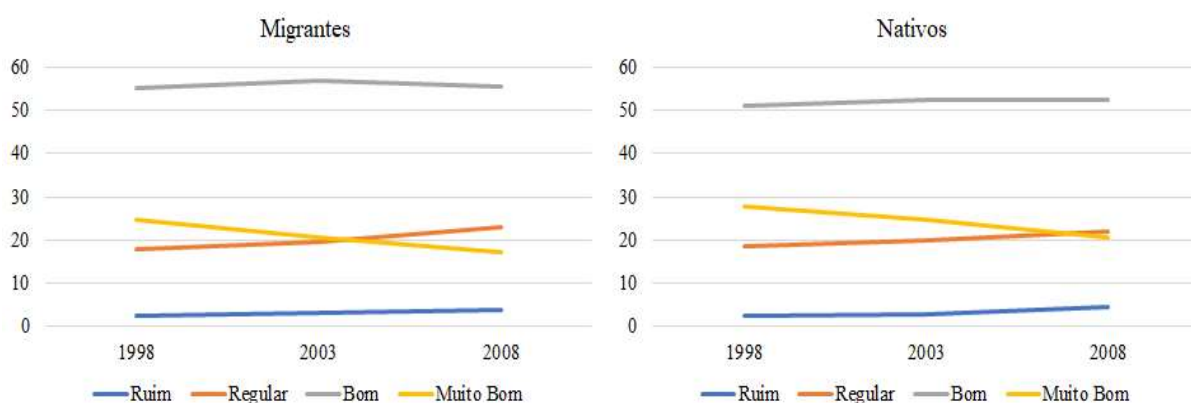
Com o intuito de analisar a evolução das autodeclarações a respeito da percepção do estado de saúde entre os anos que compõem a amostra, as Figuras 5 e 6 trazem essas proporções para migrantes e nativos das duas regiões.

Figura 5: Evolução do estado de saúde para migrantes e nativos da região Centro-Oeste de acordo com os anos analisados.



Fonte: Elaboração própria.

Figura 6: Evolução do estado de saúde para migrantes e nativos da região Sudeste de acordo com os anos analisados.



Fonte: Elaboração própria.

Para as duas regiões de destino, o maior percentual é de pessoas que declaram o estado de saúde “bom” com pequenas oscilações entre os anos, tanto para migrantes como para nativos. No geral, verifica-se também leve aumento das declarações de percepção de estado de saúde “ruim” e “regular”, assim como queda das proporções de autodeclarações de estado de saúde “muito bom”.

Essas diferenças observadas entre nativos e migrantes e entre as regiões se devem também ao fato de que o estado de saúde depende de vários fatores socioeconômicos. Assim, sendo um complemento entre o bem-estar físico, mental e social, os migrantes podem ter uma

percepção distinta de seu estado de saúde, pois vivenciaram diferentes situações sociais e de aculturação (DACHS, SANTOS, 2006; KOPEC *et al*, 2001).

A autodeclaração do estado de saúde também sofre influência da existência ou não de doenças crônicas. A correlação dessa variável com o estado de saúde para a região Centro-Oeste foi de -0,3881 e para o Sudeste foi de -0,3855, indicando que o acometimento por uma doença crônica tem relação negativa com o estado de saúde, o que é corroborado pelo estudo de Simão Filho *et al* (2018). A Tabela 6 apresenta os percentuais de indivíduos acometidos por alguma doença crônica entre migrantes e nativos para as regiões de destino.

Tabela 6: Percentual de migrantes e nativos que possuem alguma doença crônica de acordo com os anos de análise

		1998	2003	2008
Centro-oeste	Migrante	40,69%	39,00%	42,50%
	Nativo	38,11%	38,15%	39,90%
Sudeste	Migrante	33,64%	36,73%	43,24%
	Nativo	37,69%	39,06%	44,31%

Fonte: Elaboração própria.

No geral, é possível verificar que houve aumento da incidência de doenças crônicas. Também se observa que na região Sudeste o percentual é um pouco maior tanto para nativos como para migrantes em relação ao Centro-oeste, porém na primeira região, os nativos possuem proporcionalmente mais doenças e no Centro-oeste os migrantes são mais acometidos. No entanto, há que se considerar que a pergunta na PNAD a respeito do acometimento por alguma doença crônica leva em consideração se o indivíduo foi diagnosticado por algum médico. Logo, como na região Sudeste há mais recursos aplicados no setor de saúde, possivelmente existem mais diagnósticos.

Aprofundando a análise a respeito do estado de saúde dos migrantes, a Tabela 7 apresenta a correlação entre o estado de saúde e as regiões de origem dos migrantes, segundo cada região receptora considerada no estudo ao longo dos anos.

Tabela 7: Correlação entre estado de saúde e regiões de origem dos migrantes para todos os anos da análise.

	1998	2003	2008
Origem			
		Destino Sudeste	
SUL	0,0154 ^{ns}	0,069 ^{ns}	0,0222 ^{ns}
CENTRO-OESTE	0,0262**	0,0292**	0,0383***
NORDESTE	-0,0362**	-0,0504*	-0,0492***
NORTE	0,0100 ^{ns}	0,0311**	0,0113 ^{ns}
Origem			
		Destino Centro-Oeste	
SUL	0,0417**	0,0047 ^{ns}	-0,0008 ^{ns}
SUDESTE	0,0131 ^{ns}	0,0042 ^{ns}	0,0134 ^{ns}
NORDESTE	-0,0657***	-0,0210*	-0,0340**
NORTE	0,0059 ^{ns}	0,0084 ^{ns}	0,0204*

Fonte: Elaboração própria. ***significativo à 1%, **significativo a 5%, *significativo a 10%, ns - não significativo.

Através da referida Tabela percebe-se que os migrantes oriundos da região Nordeste nas duas regiões de destino apresentam pior estado de saúde autodeclarado. Por sua vez, os migrantes advindos do Centro-Oeste com destino ao Sudeste tendem a reportar melhor estado de saúde. Já os migrantes que têm como origem as demais regiões não têm seus estados de saúde afetados na maioria dos anos analisados nas duas regiões de destino.

O trabalho de Viacava e Bellido (2016) demonstra que em termos de avaliação do estado de saúde, a respectiva ordem das regiões que possuem mais indivíduos avaliando seu estado de saúde como “ruim” ou “muito ruim” é a seguinte: Nordeste, Norte, Sul, Centro-Oeste e Sudeste. Assim, na região Nordeste é mais elevado o contingente de indivíduos que avaliam seu estado de saúde como “ruim” e “muito ruim” e na região Sudeste é onde se encontra o menor percentual o que explicaria os resultados encontrados na Tabela 7. Travassos, De Oliveira e Viacava (2006) também apontam as disparidades regionais existentes em relação ao estado de saúde quando analisam as discrepâncias em termos de acesso aos serviços de saúde entre as regiões, sendo que nas regiões Sul e Sudeste é maior sua disponibilidade. No todo, a Tabela 7 indica que a origem do migrante pode de fato afetar a percepção em relação ao seu estado de saúde.

No geral, os resultados denotam as elevadas disparidades em relação ao estado de saúde entre as regiões, como fora destacado por Stopa *et al* (2017) e CPP/Insper (2009). Nesse sentido, a região Sudeste é onde há mais infraestrutura de atendimento a população, tanto público como privado; e nas regiões Sul e Sudeste é onde as pessoas possuem maior acesso aos serviços de saúde, enquanto as regiões Norte e Nordeste padecem desses serviços.

Em relação a escolaridade, a mesma também é relacionada ao estado de saúde. De acordo com Zoghbi (2008), observou-se que indivíduos com melhor estado de saúde e os que menos declaram possuir doença crônica, possuíam maior nível de instrução. As Tabelas 8 e 9 comprovam isso, ao apresentar as características de escolaridade dos indivíduos nativos e migrantes para as duas regiões receptoras.

Tabela 8: Níveis de escolaridade e estado de saúde na região Centro-Oeste para nativos e migrantes, de acordo com os anos analisados.

		ESC1	ESC2	ESC3	ESC4	
1998	Migrante	Ruim	6,12%	2,84%	1,01%	0,39%
		Regular	37,69%	25,18%	13,48%	11,95%
		Bom	45,31%	56,87%	57,95%	51,06%
		Muito Bom	10,88%	15,11%	27,56%	36,61%
	Nativo	Ruim	5,21%	3,26%	1,61%	0%
		Regular	36,46%	25,22%	15,73%	7,23%
		Bom	43,75%	53,70%	52,02%	50,60%
		Muito Bom	14,58%	17,83%	30,65%	42,17%
2003	Migrante	Ruim	9,52%	3,19%	1,56%	0,74%
		Regular	37,95%	27,78%	17,98%	10,17%
		Bom	44,13%	55,24%	57,88%	53,06%
		Muito Bom	8,41%	13,80%	22,58%	36,03%
	Nativo	Ruim	12,68%	3,89%	1,84%	1,86%
		Regular	38,03%	28,43%	17,11%	8,70%
		Bom	43,66%	54,60%	59,21%	50,93%
		Muito Bom	5,63%	13,09%	21,84%	38,51%
2008	Migrante	Ruim	9,05%	4,61%	2,14%	1,26%
		Regular	42,90%	28,45%	19,48%	11,64%
		Bom	42,02%	55,84%	58,03%	53,67%
		Muito Bom	6,03%	11,11%	20,35%	33,44%
	Nativo	Ruim	10,38%	5,70%	2,22%	2,20%
		Regular	39,62%	26,50%	22,16%	12,64%
		Bom	43,40%	52,99%	57,34%	51,10%
		Muito Bom	6,60%	14,81%	18,28%	34,07%

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 9: Níveis de escolaridade e estado de saúde na região Sudeste para nativos e migrantes, de acordo com os anos analisados.

		ESC1	ESC2	ESC3	ESC4	
1998	Migrante	Ruim	3,96%	2,13%	1,38%	0,83%
		Regular	25,68%	16,88%	14,86%	5,37%
		Bom	51,54%	56,94%	55,41%	50,00%
		Muito Bom	18,82%	24,05%	28,34%	43,80%
	Nativo	Ruim	5,35%	2,04%	1,12%	0,31%
		Regular	31,65%	17,82%	13,90%	5,85%
		Bom	45,83%	55,21%	49,52%	47,69%
		Muito Bom	17,17%	24,93%	35,46%	46,15%
2003	Migrante	Ruim	5,81%	3,03%	1,13%	1,75%
		Regular	31,99%	19,49%	12,38%	9,06%
		Bom	49,51%	58,86%	60,16%	50,29%
		Muito Bom	12,69%	18,62%	26,33%	38,89%
	Nativo	Ruim	4,77%	3,03%	1,57%	0,97%
		Regular	36,00%	20,37%	12,70%	8,23%
		Bom	48,77%	53,91%	57,08%	44,79%
		Muito Bom	10,46%	22,69%	28,65%	46,00%
2008	Migrante	Ruim	7,51%	4,31%	1,84%	1,11%
		Regular	36,82%	23,31%	15,80%	12,69%
		Bom	46,02%	57,47%	59,71%	53,90%
		Muito Bom	9,65%	14,91%	22,65%	32,29%
	Nativo	Ruim	9,01%	5,47%	2,66%	1,17%
		Regular	37,24%	25,34%	15,09%	8,79%
		Bom	43,54%	53,69%	56,85%	52,73%
		Muito Bom	10,21%	15,50%	25,40%	37,30%

Fonte: Elaboração própria.

No geral, nas duas regiões de destino, tanto migrantes quanto nativos, de todos os níveis de escolaridade, têm apresentado piora no estado de saúde autodeclarado ao longo dos anos analisados. Além disso, verifica-se que conforme o nível de escolaridade aumenta, se elevam os percentuais de indivíduos que consideram seu estado de saúde como “bom” e “muito bom” e diminui os que o consideram “regular” e “ruim”, o que é corroborado por Kaleta *et al* (2009).

Considerando também a renda como um fator que afeta o estado de saúde dos indivíduos, a Tabela 10 apresenta esta relação para nativos e migrantes por região receptora. Como já salientado, os valores da renda monetária foram deflacionados, tendo como base o INPC e atualizados para o ano de 2008.

Tabela 10: Médias de renda dos migrantes e nativos condicionadas ao estado de saúde, por ano e região receptora.

		1998			
		Ruim	Regular	Bom	Muito Bom
Centro-oeste	Migrante	R\$ 1172,86	R\$ 1989,45	R\$ 2932,18	R\$ 4637,21
	Nativo	R\$ 1495,31	R\$ 1739,06	R\$ 2676,54	R\$ 4173,14
Sudeste	Migrante	R\$ 1573,00	R\$ 1806,05	R\$ 2196,04	R\$ 2598,84
	Nativo	R\$ 1333,75	R\$ 1794,07	R\$ 2512,89	R\$ 3080,88
		2003			
Centro-oeste	Migrante	R\$ 1508,68	R\$ 1752,84	R\$ 2530,09	R\$ 4144,59
	Nativo	R\$ 1525,26	R\$ 1794,12	R\$ 2605,09	R\$ 4953,33
Sudeste	Migrante	R\$ 1578,33	R\$ 1492,02	R\$ 1788,60	R\$ 2346,25
	Nativo	R\$ 1305,09	R\$ 1773,79	R\$ 2219,14	R\$ 3122,02
		2008			
Centro-oeste	Migrante	R\$ 562,48	R\$ 685,59	R\$ 995,32	R\$ 1631,32
	Nativo	R\$ 366,05	R\$ 624,87	R\$ 901,66	R\$ 1528,77
Sudeste	Migrante	R\$ 587,81	R\$ 554,83	R\$ 661,67	R\$ 970,24
	Nativo	R\$ 438,39	R\$ 593,90	R\$ 878,72	R\$ 1407,87

Fonte: Elaboração própria.

Verifica-se que as maiores médias de renda são observadas entre aqueles que declaram seu estado de saúde como “bom” e “muito bom”. Essa relação também foi observada no trabalho de Dachs (2002), onde a cada decil de elevação da renda havia 10% a mais de chances de que o indivíduo declarasse seu estado de saúde como “muito bom”.

No que concerne a relação entre migração e estado de saúde, há outro fator relevante, que é o tempo de residência do migrante no local de destino. Halli e Hancham (2005) argumentam que compreender como o estado de saúde do migrante evolui ao longo de tempo de residência permite a implementação de medidas na área da saúde para melhor atender tais indivíduos. Assim, a Tabela 11 apresenta o estado de saúde dos migrantes de acordo com o tempo de moradia em cada região receptora.

Observa-se que há uma pequena piora do estado de saúde autodeclarado ao longo dos anos, independentemente do tempo de moradia. Além disso, percebe-se que aqueles que residem a mais de 10 anos tendem a autodeclarar mais seu estado de saúde como “ruim” e “regular” em relação àqueles que moram de 5 a 9 anos nas duas regiões receptoras. Entretanto, na região Sudeste, considerando-se o estado de saúde “muito bom”, os percentuais são mais elevados em relação ao Centro-Oeste. Nesse sentido, a deterioração do estado de saúde com o passar dos anos de moradia no local de destino também é verificada no trabalho de Kearns *et*

al (2017), sendo que há muitos fatores que podem explicar essa tendência, como idade, processo de aculturação e os desafios enfrentados durante o processo migratório.

Tabela 11: Tempo de moradia e percepção do estado de saúde por região receptora.

			5 a 9 anos	10 anos ou mais
1998	Sudeste	Ruim	1,58%	2,48%
		Regular	16,49%	18,15%
		Bom	58,44%	54,40%
		Muito Bom	23,48%	24,97%
	Centro-Oeste	Ruim	2,04%	2,83%
		Regular	21,78%	23,31%
		Bom	58,34%	53,56%
		Muito Bom	17,83%	20,31%
2003	Sudeste	Ruim	1,66%	3,27%
		Regular	16,83%	20,04%
		Bom	58,36%	56,67%
		Muito Bom	23,15%	20,02%
	Centro-Oeste	Ruim	2,49%	3,44%
		Regular	21,62%	24,75%
		Bom	54,68%	54,02%
		Muito Bom	21,21%	17,79%
2008	Sudeste	Ruim	3,06%	4,09%
		Regular	21,18%	23,21%
		Bom	54,80%	55,64%
		Muito Bom	20,96%	17,06%
	Centro-Oeste	Ruim	2,56%	4,34%
		Regular	20,65%	26,37%
		Bom	57,09%	53,29%
		Muito Bom	19,70%	16,00%

Fonte: Elaboração própria.

As estatísticas descritivas apresentam indícios a respeito da relação entre a migração e as autodeclarações a respeito do estado de saúde individual nas regiões receptoras consideradas. A supracitada relação será verificada na próxima subseção, vide apresentação dos resultados econométricos.

4.2 Resultados econométricos

Nessa subseção, são apresentados e discutidos os resultados econométricos a partir das estimações do modelo *Probit* ordenado e dos cenários criados. Na Tabela 12, são apresentados os resultados do modelo que determina o estado de saúde para as regiões Sudeste e Centro-

Oeste, consideradas receptoras no presente estudo. Como pode ser observado, foram inseridas variáveis *dummies* para controle dos anos analisados e dos indivíduos das coortes.

Tabela 12: Resultados dos modelos econométricos estimados para as regiões receptoras.

Variável	CENTRO-OESTE			SUDESTE		
	Coef.	Erro padrão	P> Z	Coef.	Erro padrão	P> Z
Migrante	-0,00942 ^{ns}	0,0322	0,770	-0,08232***	0,0280	0,003
Mig10	-0,00060 ^{ns}	0,0251	0,981	0,04045 ^{ns}	0,0269	0,133
Origem_sul	0,04092 ^{ns}	0,0267	0,125	-0,00407 ^{ns}	0,0227	0,857
Origem_sudeste	0,04837**	0,0209	0,021	-	-	-
Origem_norte	0,00547 ^{ns}	0,0425	0,898	0,09960 ^{ns}	0,0692	0,196
Origem_centro-oeste	-	-	-	0,12575***	0,0396	0,002
Esc2	0,14121***	0,0274	0,000	0,10396***	0,0216	0,000
Esc3	0,45800***	0,0295	0,000	0,32487***	0,0242	0,000
Esc4	0,69284***	0,0362	0,000	0,60074***	0,0330	0,000
Rendapercapita	0,00003***	0,0002	0,000	0,00004***	0,0003	0,000
Doen_cro	-0,84749***	0,0178	0,000	-0,84570***	0,0156	0,000
Sexo	0,17803***	0,0163	0,000	0,10206***	0,0140	0,000
Cor	0,08889***	0,0171	0,000	0,11085***	0,0145	0,000
Local	0,02681 ^{ns}	0,0255	0,293	0,05026 ^{ns}	0,0314	0,110
Esgoto	0,07375***	0,0178	0,000	0,06967***	0,0193	0,000
C1	-0,35915***	0,0601	0,000	-0,32575***	0,0517	0,000
C2	-0,30705***	0,0584	0,000	-0,26081***	0,0511	0,000
C3	-0,27156***	0,0570	0,000	-0,25642***	0,0497	0,000
C4	-0,27212***	0,0562	0,000	-0,25072***	0,0489	0,000
C5	-0,25609***	0,0547	0,000	-0,23361***	0,0488	0,000
C6	-0,14815***	0,0541	0,006	-0,19065***	0,0483	0,000
C7	-0,17969***	0,0539	0,001	-0,15357***	0,0480	0,001
C8	-0,07919 ^{ns}	0,0534	0,138	-0,20375***	0,0476	0,000
C9	-0,14478***	0,0528	0,006	-0,11712**	0,0473	0,013
C10	-0,07415 ^{ns}	0,0532	0,163	-0,09303**	0,0475	0,050
C11	-0,03970 ^{ns}	0,0527	0,452	-0,06886 ^{ns}	0,0472	0,144
C12	-0,06176 ^{ns}	0,0539	0,252	-0,06570 ^{ns}	0,0480	0,171
C13	-0,01023 ^{ns}	0,0538	0,849	-0,07895 ^{ns}	0,0481	0,101
C14	-0,02178 ^{ns}	0,0546	0,690	-0,01485 ^{ns}	0,0498	0,761
C15	-0,01378 ^{ns}	0,0553	0,803	-0,04541 ^{ns}	0,0498	0,362
C16	-0,04793 ^{ns}	0,0567	0,398	0,00748 ^{ns}	0,0515	0,885
Ano 2003	-0,12354	0,0208	0,000	-0,11682	0,0176	0,000
Ano 2008	-0,13963	0,0219	0,000	-0,1882	0,0189	0,000
Cut1	-2,15167	0,0615		-2,27774	0,0566	
Cut2	-0,70691	0,0591		-0,96978	0,0547	
Cut3	1,04075	0,0593		0,74566	0,0545	
Wald chi2	4536,88			5300,26		
Prob> chi2	0,0000			0,0000		

Fonte: Elaboração própria. ***significativo à 1%, **significativo a 5%, *significativo a 10%, ns - não significativo.

Com relação ao objetivo principal desta pesquisa, conclui-se que a migração afeta de forma diferenciada o estado de saúde individual nas regiões receptoras. Na região Centro-Oeste, não é observado impacto da migração sobre a autodeclaração de saúde, enquanto que na região Sudeste verificou-se relação negativa, ou seja, os migrantes tendem a declarar estados de saúde inferiores.

A referida diferença pode ser resultante das próprias discrepâncias entre as regiões no que tangem as condições climáticas, culturais e em termos de infraestrutura. Tais diferenças no setor de saúde são demonstradas no estudo de Viacava e Bellido (2016), que analisa os serviços de saúde e outras variáveis disponíveis na PNAD e na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Verificou-se que na região Sudeste há um percentual menor de atendimentos via sistema público em relação às demais regiões, podendo afetar o acesso dos migrantes a esses serviços, influenciando sua autoavaliação.

Também é possível observar através das Tabelas 2 e 3 algumas diferenças na amostra entre as duas regiões, onde o Centro-Oeste possui mais migrantes que o Sudeste. Além disso, nas Figuras 5 e 6 verifica-se leve discrepância na evolução das autodeclarações. Nesse sentido, enquanto na região Centro-Oeste a trajetória das mesmas se mantém, onde nota-se mais declarações “regular” que “muito bom”, no Sudeste, a partir do ano 2003 elas se invertem, ocorrendo mais declarações de “regular” que “muito bom”, o que pode contribuir para explicar os distintos resultados.

Além disso, deve-se considerar que as características trazidas pelos migrantes de suas respectivas regiões de origem podem explicar boa parte dessas diferenças. No trabalho de Cook (1994) demonstra-se que os padrões de comportamento em relação a cuidados com a saúde e crenças, advindos de cada cultura, impacta na qualidade de saúde dos indivíduos.

Os resultados da estimação econométrica denotam que considerando-se a região Centro-Oeste como destino, os migrantes provenientes do Sudeste declaram melhor estado de saúde, sendo os resultados não significativos para aqueles oriundos das regiões Norte e Sul, quando comparados ao Nordeste. Por sua vez, considerando-se a região Sudeste como receptora, observa-se que os migrantes oriundos do Centro-Oeste declaram melhor estado de saúde que os nordestinos, enquanto os das regiões Sul e Norte não apresentaram significância estatística em relação aos da região Nordeste. Como visto na Tabela 7, considerando-se região Sudeste como receptora, os migrantes oriundos do Centro-Oeste são aqueles que possuem maior

correlação positiva com o estado de saúde, o que pode explicar o fato de que essa é a única região com características estatisticamente diferenciadas em relação ao Nordeste.

Como explicar essas discrepâncias? Como observado nas Figuras 1 e 2, a composição em termos de origem dos migrantes não é a mesma para as duas regiões, sendo que no Sudeste a maioria se origina da região Nordeste, onde a declaração dos estados de saúde é predominantemente “regular” e “ruim”. Já na região Centro-Oeste existe uma distribuição mais igualitária entre migrantes oriundos do Sudeste, que tendem a declarar melhores estados de saúde, e nordestinos, contribuindo dessa forma para a não significância dos resultados. Indo ao encontro desses resultados, os trabalhos de Vigotti *et al* (1988) e Fascioli, Capoccia e Mariotti (1995) também verificaram que a região de origem é um fator preponderante no estado de saúde dos migrantes.

Ainda no que concerne a relação entre migração e estado de saúde, o tempo de moradia na região de destino, como já discutido, tem papel fundamental. Considerando como parâmetro os migrantes que residem entre 5 e 9 anos, nas duas regiões receptoras não houve significância estatística, de modo que o tempo de residência não afeta o estado de saúde dos migrantes. Embora na literatura sejam encontradas evidências que o estado de saúde dos indivíduos se deteriora com o passar do tempo de residência, levando-se em consideração o fator idade e a aculturação (KEARNS *et al*, 2017; HALLI; ANCHAM, 2005; RECHEL *et al*, 2013; KALETA *et al* 2009; POULTER *et al*, 1990), o mesmo não é verificado nesse trabalho. Parte da explicação pode ter origem nos resultados do trabalho de Halli e Ancham (2005). Segundo os autores, os migrantes tendem a apresentar melhor estado de saúde que os nativos, mas com o passar do tempo passa a existir maior similaridade entre eles.

Ademais, as demais variáveis de controle utilizadas apresentaram em sua maioria significância estatística. Nesse contexto, a *dummy* que denota o acometimento por alguma doença crônica apresenta sinal negativo. Na literatura, observa-se que a existência de doenças crônicas pode trazer dificuldades para o indivíduo realizar atividades do dia-a-dia, comprometendo sua qualidade de vida e assim, os indivíduos que possuem alguma doença crônica sentem seu estado de saúde numa escala pior que os demais (SIMAO FILHO, *et al* 2018).

Analisando-se a relação entre nível de escolaridade e estado de saúde, tendo como base indivíduos analfabetos ou sem instrução (*esc1*), verificam-se sinais positivos nas duas regiões receptoras. Logo, conclui-se que a elevação no nível de escolaridade melhora, de forma

crecente, o estado de saúde. Este resultado é corroborado com o de outros trabalhos, como os de Kaleta *et al.* (2009) e Jímenes-Garcia *et al.*, (2008).

Utilizando-se a renda *per capita* para captar a condição econômica dos indivíduos, observa-se que quanto mais elevada esta, maiores as chances de o indivíduo possuir bom estado de saúde. Na literatura relacionada ao tema, discute-se que o nível de renda mais elevado propicia aos indivíduos maior prevenção de doenças e melhores condições de higiene, permitindo melhoria no estado de saúde (SANTOS; JACINTO; TEJADA, 2012).

Em relação ao local de moradia, não houve significância estatística em se relatar melhor estado de saúde para quem reside na zona urbana. Embora quem mora na zona urbana tenha mais acesso a serviços de saúde, alguns trabalhos demonstram que isso não implica que suas condições de saúde sejam melhores em relação aos residentes da zona rural (ARRUDA; MAIA; ALVEZ, 2015).

No que tange a variável que denota o acesso a rede de esgoto, seu coeficiente mostra-se significativo e positivo. Logo, indivíduos que tem acesso a rede de esgoto tendem a declarar melhor estado de saúde. A importância dos serviços sanitários é evidenciada por Scriptori (2016), ao argumentar que as melhorias em termos de saneamento trazem benefícios ao estado de saúde, além de diminuição nos gastos com saúde decorrentes da menor propagação de doenças de veiculação hídrica, por exemplo.

Nos modelos estimados cuja variável dependente é dicotômica, como o *Probit*, é necessário inferir a respeito da probabilidade de determinado evento ocorrer. Assim, foram criados cenários, onde é possível analisar a probabilidade de determinado indivíduo declarar seu estado de saúde. Como supracitado, dois cenários base foram definidos, sendo um para o indivíduo nativo e outro para o migrante. Esses cenários foram criados a partir das características da média da amostra para migrantes e nativos. Nesse sentido, como supracitado, o Cenário 1 base para o nativo considera o indivíduo nativo, do sexo feminino, cuja cor é branca, a renda é de R\$ 2.000,00, possui acesso a rede de esgoto, não possui doença crônica, mora na zona urbana, nasceu entre 1964-1965. Para o Cenário 2 base do migrante, mantém-se as características do Cenário 1, mas utiliza-se o indivíduo migrante nascido no Nordeste.

Além disso, são criados mais cinco cenários. Os cenários 3, 4 e 5 denotam indivíduos migrantes, onde são alteradas as seguintes características em relação ao cenário base do migrante, respectivamente: origem, escolaridade (ensino superior) e possuir doença crônica. Os cenários 6 e 7 representam os indivíduos nativos, onde são alteradas as características de escolaridade para ensino superior e para existência de doença crônica, respectivamente, em

relação ao cenário base do nativo. Essas características foram escolhidas por afetarem estatisticamente o estado de saúde dos indivíduos, além da concordância com a literatura especializada. Os referidos cenários podem ser visualizados nas Tabelas 13 e 14.

Tabela 13: Probabilidades e cenários de autodeclarações dos estados de saúde para a região Centro-oeste.

	Cenário 1 (C1): nativo base	Intervalo de confiança (95%)
P ($0 < \text{estadodesaude} \leq 1$)	1,05%	0,80% – 1,30%
P ($1 < \text{estadodesaude} \leq 2$)	18,29%	16,25% – 20,34%
P ($2 < \text{estadodesaude} \leq 3$)	61,70%	60,93% – 62,46%
P ($\text{estadodesaude} \geq 4$)	18,96%	16,72% – 21,19%
Cenário 2 (C2): Migrante base		
P ($0 < \text{estadodesaude} \leq 1$)	1,08%	0,81% – 1,34%
P ($1 < \text{estadodesaude} \leq 2$)	18,53%	16,37% – 20,67%
P ($2 < \text{estadodesaude} \leq 3$)	61,69%	60,92% – 62,46%
P ($\text{estadodesaude} \geq 4$)	18,70%	16,39% – 21,02%
Cenário 3 (C3): migrante sudeste		
P ($0 < \text{estadodesaude} \leq 1$)	0,95%	0,70% – 1,19%
P ($1 < \text{estadodesaude} \leq 2$)	17,35%	15,20% – 19,48%
P ($2 < \text{estadodesaude} \leq 3$)	61,67%	60,90% – 62,45%
P ($\text{estadodesaude} \geq 4$)	20,03%	17,54% – 22,52%
Cenário 4 (C4): Migrante ensino superior		
P ($0 < \text{estadodesaude} \leq 1$)	0,22%	0,15% – 0,29%
P ($1 < \text{estadodesaude} \leq 2$)	7,76%	6,42% – 9,10%
P ($2 < \text{estadodesaude} \leq 3$)	55,26%	53,06% – 57,46%
P ($\text{estadodesaude} \geq 4$)	36,76%	33,26% – 40,27%
Cenário 5 (C5): migrante com doença crônica		
P ($0 < \text{estadodesaude} \leq 1$)	7,32%	6,06% – 6,58%
P ($1 < \text{estadodesaude} \leq 2$)	42,29%	39,94% – 44,64%
P ($2 < \text{estadodesaude} \leq 3$)	46,25%	43,55% – 48,95%
P ($\text{estadodesaude} \geq 4$)	4,14%	3,35% – 4,92%
Cenário 6 (C6): nativo ensino superior		
P ($0 < \text{estadodesaude} \leq 1$)	0,21%	0,15% – 0,28%
P ($1 < \text{estadodesaude} \leq 2$)	7,63%	6,37% – 8,88%
P ($2 < \text{estadodesaude} \leq 3$)	55,04%	52,93% – 57,15%
P ($\text{estadodesaude} \geq 4$)	37,12%	33,80% – 40,43%
Cenário 7 (C7): nativo com doença crônica		
P ($0 < \text{estadodesaude} \leq 1$)	7,19%	6,00% – 8,37%
P ($1 < \text{estadodesaude} \leq 2$)	42,04%	39,78% – 44,30%
P ($2 < \text{estadodesaude} \leq 3$)	46,54%	43,98% – 49,10%
P ($\text{estadodesaude} \geq 4$)	4,22%	3,46% – 4,98%

Fonte: Elaboração própria.

No que tange a região Centro-oeste, observa-se que não existem diferenças significativas entre migrante e nativo (C1 e C2), como verificado nos resultados econométricos. Observando-se os cenários 3, 4 e 5 em relação ao cenário 2 (migrante base), no cenário 3 não são observadas diferenças entre as probabilidades. Já para os cenários 4 e 5 são observadas diferenças significativas para todas as probabilidades de autodeclaração do estado de saúde, sendo as mais expressivas (cenário 4 e 2) com diferença positiva de 18,06 p. p na probabilidade de quem possui ensino superior declarar o estado de saúde muito bom; e no cenário 5 e 2 onde quem possui doença crônica tem 23,66 p. p a mais de chance de declarar seu estado de saúde como regular.

Quando são comparados os nativos com ensino superior (C6) e aqueles com doenças crônicas (C7) em relação ao nativo base (C1), observa-se situação semelhante à dinâmica das variáveis ensino superior e doença crônica no caso dos migrantes. Entretanto, quando compara-se ensino superior entre nativos e migrantes, C6 e C4, e doença crônica entre nativos e migrantes, C7 e C5, observa-se que não há diferenças entre as probabilidades de nativos e migrantes declararem qualquer estado de saúde.

Tabela 14: Probabilidades e cenários de autodeclarações dos estados de saúde para a região Sudeste.

	Cenário 1 (C1): nativo base	Intervalo de confiança
P (0 < estadodesaude ≤ 1)	0,69%	0,55% – 0,82%
P (1 < estadodesaude ≤ 2)	11,63%	10,44% – 12,82%
P (2 < estadodesaude ≤ 3)	58,62%	57,56% – 59,67%
P (estadodesaude ≥ 4)	29,07%	26,91% – 31,23%
Cenário 2 (C2): Migrante base		
P (0 < estadodesaude ≤ 1)	0,86%	0,67% – 1,06%
P (1 < estadodesaude ≤ 2)	13,21%	11,66% – 14,75%
P (2 < estadodesaude ≤ 3)	59,60%	58,61% – 60,61%
P (estadodesaude ≥ 4)	26,32%	23,83% – 28,82%
Cenário 3 (C3): migrante centro-oeste		
P (0 < estadodesaude ≤ 1)	0,61%	0,41% – 0,80%
P (1 < estadodesaude ≤ 2)	10,84%	8,96% – 12,73%
P (2 < estadodesaude ≤ 3)	57,97%	56,21% – 59,72%
P (estadodesaude ≥ 4)	30,57%	26,86% – 34,28%
Cenário 4 (C4): Migrante ensino superior		
P (0 < estadodesaude ≤ 1)	0,20%	0,14% – 0,26%
P (1 < estadodesaude ≤ 2)	5,62%	4,62% – 6,62%
P (2 < estadodesaude ≤ 3)	49,78%	47,26% – 52,30%
P (estadodesaude ≥ 4)	44,39%	40,87% – 47,92%

Tabela 14: Probabilidades e cenários de autodeclarações dos estados de saúde para a região Sudeste.

(final)		
Cenário 5 (C5): migrante com doença crônica		
P (0 < estadodesaude ≤ 1)	6,20%	5,20% – 7,20%
P (1 < estadodesaude ≤ 2)	34,55%	32,42% – 36,68%
P (2 < estadodesaude ≤ 3)	52,26%	50,24% – 54,28%
P (estadodesaude ≥ 4)	6,99%	5,93% – 8,05%
Cenário 6 (C6): nativo ensino superior		
P (0 < estadodesaude ≤ 1)	0,16%	0,11% – 0,20%
P (1 < estadodesaude ≤ 2)	4,77%	4,02% – 5,52%
P (2 < estadodesaude ≤ 3)	47,42%	45,16% – 49,67%
P (estadodesaude ≥ 4)	47,65%	44,66% – 50,64%
Cenário 7 (C7): nativo com doença crônica		
P (0 < estadodesaude ≤ 1)	5,26%	4,52% – 5,99%
P (1 < estadodesaude ≤ 2)	32,34%	30,53% – 34,15%
P (2 < estadodesaude ≤ 3)	54,24%	52,70% – 55,78%
P (estadodesaude ≥ 4)	8,15%	7,17% – 9,14%

Fonte: Elaboração própria.

Observando-se os cenários base (C1) e (C2) da região Sudeste, tem-se que o migrante possui 0,17 p.p a mais de chance de declarar seu estado de saúde como “ruim”, 1,58 p.p a mais de declarar seu estado de saúde como “regular” e em relação às probabilidades de declaração do estado de saúde como “bom” ou “muito bom” não são verificadas diferenças significativas.

Em relação aos migrantes, observa-se que as características origem centro-oeste (C3), escolaridade (ensino superior) (C4) e existência de doença crônica (C5) apresentam diferenças significativas para todas as declarações de estado de saúde em relação ao cenário base (C2).

Analisando-se os cenários (C6) e (C7) em relação ao cenário base (C1) do nativo, verifica-se que todas as diferenças entre as probabilidades são significativas, sendo as maiores verificadas para aqueles que possuem doença crônica (C7), onde a declaração do estado de saúde “regular” aumenta em 20,71 p.p e a declaração do estado de saúde “muito bom” diminui em 20,92 p.p, em relação ao cenário 1.

Sobre as probabilidades de declarações dos nativos e migrantes, foram verificados resultados significativos, mas com discrepâncias muito pequenas entre migrantes e nativos e alguns resultados não significativos. Verifica-se que as características de escolaridade e doenças crônicas afetam as probabilidades positivamente quando comparados aos cenários bases, onde a escolaridade (ensino superior) afeta principalmente a probabilidade de declaração

do estado de saúde como “muito bom” e a existência de doença crônica afeta a probabilidade o estado de saúde “regular”, porém quando comparados nativos e migrantes, não há diferenças nas mesmas.

Diferentes probabilidades, porém, muito pequenas entre migrantes e não migrantes, são verificadas no estudo de Barbone *et al* (1996). Neste trabalho, as razões de chances de que mulheres que migraram com idade maior que 24 anos do Centro e Sul da Itália para a região Norte do país serem acometidas por câncer de mama foram de 0,6 e 0,7, respectivamente. Com relação às migrantes mais jovens, não houve diferença significativa. Por sua vez, Fascioli, Capocaccia e Mariotti (1995) analisaram os riscos de migrantes adquirirem diferentes tipos de câncer. Os resultados demonstram que tais riscos foram de 1,30 para homens e 1,31 para mulheres, quando comparados a população do local de residência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo central do presente estudo foi o de analisar o efeito da migração sobre o estado de saúde individual no Brasil, considerando-se as duas maiores regiões receptoras, Centro-Oeste e Sudeste. A literatura evidencia que a relação supracitada é complexa, pois são encontradas evidências que suportam o fato de que o migrante declara estado de saúde pior e também trabalhos que chegam a resultados contrários. Para atender o objetivo proposto, foi utilizado um painel com três anos de análise, 1998, 2003 e 2008. O método adotado foi o *Pooled* com *dummies* de controle das variáveis de tempo e a estimação foi realizada através de um modelo *Probit* ordenado.

No geral, os resultados demonstram que os migrantes apresentaram pior estado de saúde que os nativos na região Sudeste, enquanto no Centro-oeste não houve significância estatística. Além disso, as características adquiridas na região de origem influenciam no estado de saúde dos migrantes de forma distinta a depender do destino. Nesse sentido, foi possível observar que migrantes residentes na região Centro-Oeste e provenientes do Sudeste tendem a declarar melhor estado de saúde em relação àqueles oriundos da região Nordeste. Além disso, os migrantes que moram na região Sudeste e que se originam do Centro-Oeste também declaram melhor estado de saúde que os nordestinos. Além dessa relação, também se aferiu que o tempo de residência não afeta o estado de saúde do migrante nas duas regiões receptoras consideradas.

A partir dos resultados supracitados, denota-se a importância da formulação e implementação de políticas públicas, como aquelas relacionadas a conscientização e criação de hábitos saudáveis e de higiene. Estas poderiam melhorar a capacitação dos profissionais para

atenderem os migrantes e compreenderem as peculiaridades de cada região para melhor diagnóstico do estado de saúde dos mesmos, particularmente daqueles provenientes da região Nordeste. Além disso, sugere-se a realização de novos estudos, que apresentam informações mais específicas das regiões, o que provavelmente ajudará na compreensão das disparidades existentes entre as mesmas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. H.; CRUZ, B. O.; OLIVEIRA, C. W. A.; SANTOS, I. R. **Aglomeración Económica e Migração: uma análise para o caso brasileiro**. Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2013.

ALVES, J. F. S.; MARTINS, M. A. C.; BORGES, F. T.; SILVEIRA, C.; MURARO, A. P. Utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos na grande Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4677-4686, 2019.

ARAÚJO, M. A. C. A Região Centro-Oeste no Contexto da “Modernização” do Sertão. **Mosaico**, v. 11, n. 2, p. 255-264, 2018.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade Socioeconômicas no Acesso à Saúde entre as Áreas Urbanas e Rurais do Brasil: uma Análise dos Anos de 1998, 2003 e 2008. **Anais**, p. 1-21, 2017. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/download/2721/2622>>. Acesso em: 21 mai. 2019.

BAENINGER, R. Migrações internas no Brasil século 21: evidências empíricas e desafios conceituais. In: CUNHA, J. M. P. (Org.) **Mobilidade espacial da população: desafios teóricos e metodológicos para o seu estudo**. Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/Unicamp, p. 71-93, 2011.

BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F.; MONTERO, C. V.; SILVA, Z. P. Health inequalities on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.305-313, 2007.

BARBONE, F.; FILIBERTI, R.; FRANCESCHI, S.; TALAMINI, R.; CONTI, E.; MONTELLA, M.; LA VECCHIA, C. Socioeconomic status, migration and the risk of breast cancer in Italy. **International Journal of Epidemiology**, v. 25, n. 3, p. 479-487, 1996.

BARCENAS, C. H.; WILKINSON, A. V.; STROM, S. S.; CAO, Y.; SAUNDERS, K. C.; MAHABIR, S.; HERNÁNDEZ-VALERO, M. A.; FORMAN, M. R.; SPITZ, M. R.; BONDY, M. L. Birthplace, years of residence in the United States, and obesity among Mexican-American adults. **Obesity**, v. 15, n. 4, p. 1043-1052, 2007.

BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; TORRE, G. D. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 911-926, out./dez. 2006.

BENNETT, S. A. Inequalities in risk factors and cardiovascular mortality among Australia's immigrants. **Australian Journal of Public Health**, v. 17, n. 3, p. 251-61, 1993.

BHUGRA, D. Migration and mental health. **Acta psychiatrica scandinavica**, v. 109, n. 4, p. 243-258, 2004.

BLACK, D. A.; SANDERS, S. G.; TAYLOR, E. J.; TAYLOR, L. J. The impact of the Great Migration on mortality of African Americans: Evidence from the Deep South. **American Economic Review**, v. 105, n. 2, p. 477-503, 2015.

BRASIL. **Perfil Dos Migrantes De Data Fixa No Distrito Federal: 1995-2000 E 2005-2010**. Companhia de Planejamento do Distrito Federal, Brasília, DF: CODEPLAN/NEP, 2014.

BRITO, F. **A transição para um novo padrão migratório no Brasil**. Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.

BUIATTI, E.; GEDDES, M.; KRIEBEL, D.; SANTUCCI, M.; BIGGERI, A. A case control study of lung cancer in Florence, Italy: II. Effect of migration from the South. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 39, n. 3, p. 251-255, 1985.

CAIADO, M. C. S. Deslocamentos intra-urbanos e estruturação socioespacial na metrópole paulista. **São Paulo em perspectiva**, v. 19, n. 4, p. 64-77, 2005.

CEPPI, M.; VERCELLI, M.; DECARLI, A.; PUNTONI, R. The mortality rate of the province of birth as a risk indicator for lung and stomach cancer mortality among genoa residents born in other italian provinces. **European Journal of Cancer**, v. 31, n.2, p. 193-197. 1995.

COOK, P. Chronic Illness Beliefs and the Role of Social Networks Among Chinese, Indian, and Angloceltic Canadians. **Journal of Cross-Cultural Psychology**, v. 25, n.4, p. 452-465, 1994.

CPP/Insper. Centro de Políticas Públicas. Instituto de Ensino e Pesquisa. **Relatório da pesquisa sobre saúde com a Pnad de 1998 e 2003**. São Paulo, 2009.

CUNHA, J. M. P. da. Migração e urbanização no Brasil: alguns desafios metodológicos para análise. **São Paulo em perspectiva**, v. 19, n. 4, p. 3-20, 2005.

CUNHA, J. M. P.; JAKOB, A. A. E. O uso das PNAD's na análise do fenômeno migratório: possibilidades e desafios metodológicos. **Espacial da População**, p. 157, 2011.

DACHS, J. N. W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 641-657, 2002.

DACHS, J. N. W.; SANTOS, A. P. R. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 887-894, 2006.

DAVIES, Anita A.; BASTEN, Anna; FRATTINI, Chiara. Migration: a social determinant of the health of migrants. **Eurohealth**, v. 16, n. 1, p. 10-12, 2009.

DEATON, A. Panel data from time series of cross-sections. **Journal of Econometrics**, v. 30, n. 1-2, p. 109-126, 1985.

DEB, P.; GUREVICH, T. **The Effects Of Internal Migration On Health Of Adults In Indonesia**. 2017. Working Paper 2017-05-B. U.S. International Trade Commission 500 E Street SW Washington, DC 20436 May 2017.

DODD, W.; HUMPHRIES, S.; PATEL, K.; MAJOWICZ, S.; LITTLE, M.; DEWEY, C. Determinants of internal migrant health and the healthy migrant effect in South India: a mixed methods study. **BMC International Health and Human Rights**, v. 17, n. 1, p. 23, 2017.

EBRAHIM, S.; KINRA, S.; BOWEN, L.; ANDERSEN, E.; BEN-SHLOMO, Y.; LYNGDOH, T.; RAMAKRISHNAN, L.; AHUJA, R. C.; JOSHI, P.; MOHAN DAS, S.; MOHAN, M.; SMITH, G. D.; PRABHAKARAN, D.; REDDY, K. S. The effect of rural-to-urban migration on obesity and diabetes in India: a cross-sectional study. **PLoS Medicine**, v. 7, n. 4, p. e1000268, 2010.

ESHIETT, Michael UA; PARRY, Eldryd HO. Migrants and health: a cultural dilemma. **Clinical Medicine**, v. 3, n. 3, p. 229-231, 2003.

FASCIOLI, S.; CAPOCACCIA, R.; MARIOTTI, S. Cancer mortality in migrant populations within Italy. **International Journal Of Epidemiology**, v. 24, n. 1, p. 8-18, 1995.

FENNELLY, Katherine. The "healthy migrant" effect. **Minnesota medicine**, v. 90, n. 3, p. 51-53, 2007.

GAD, R.; NURIT, L.; ADA, T.; YITZHAK, P. Chronic Disease Prevalence in Immigrants to Israel from the Former USSR. **Journal Of Immigrant Health**, v. 4, n. 1, p. 29-33, 2002.

GREEN, M. A.; SUBRAMANIAN, S. V.; VICKERS, D.; DORLING, D. Internal migration, area effects and health: Does where you move to impact upon your health?. **Social Science & Medicine**, v. 136, p. 27-34, 2015.

GUSHULAK, Brian D.; MACPHERSON, Douglas W. The basic principles of migration health: population mobility and gaps in disease prevalence. **Emerging themes in epidemiology**, v. 3, n. 1, p. 3, 2006.

GUSTAFSSON, C. "For a better life." A study on migration and health in Nicaragua. **Global Health Action**, v. 11, n. 1, 2018.

HALLI, S. S.; ANCHAN, J. P. Structural and behavioural determinants of immigrant and non-immigrant health status: results from the Canadian Community Health Survey. **Journal of International Migration and Integration**, v. 6, n. 1, p. 93-122, 2005.

HEAD, J.; MARMOT, M. G.; SWERDLOW, A. J. Cancer in Italian migrant populations. England and Wales: mortality. **IARC Scientific Publications**, n. 123, p. 166-77. 1993.

HILDEBRANDT, N.; MCKENZIE, D. J. The effects of migration on child health in Mexico. **Economía**, v. 6, n. 1, p. 257-289, 2005.

HULL, D. Migration, adaptation, and illness: a review. **Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology**, v. 13, p. 25-36, 1979.

JIMÉNEZ-GARCIA, R.; JIMÉNEZ-TRUJILLO, I.; HERNANDEZ-BARRERA, V.; CARRASCO-GARRIDO, P.; LOPEZ, A.; GIL, A. Ten-year trends in self-rated health among Spanish adults with diabetes, 1993-2003. **Diabetes Care**. v. 31, n. 1, p. 90-92, 2008.

KALETA, D.; POLÁNSKA, K.; DZIANKOWSKA-ZABORSZCZYK, E.; HANKE, W.; DRYGAS, W. Factors influencing self-perception of health status. **Central European journal of public health**, v. 17, n. 3, p. 122, 2009.

KANG, S.; RAZZOUK, D.; MARI, J. J.; SHIRAKAWA, I. The mental health of Korean immigrants in São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 819-826, 2009.

KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 43, n. 1, p. 29-44, 2005.

KEARNS, A. WHITLEY, E.; EGAN, M.; TABBNER, C.; TANNAHILL, C. Healthy migrants in an unhealthy city? The effects of time on the health of migrants living in deprived areas of Glasgow. **Journal of International Migration and Integration**, v. 18, n. 3, p. 675-698, 2017.

KOPEC J. A.; WILLIAMS, J. I.; TO, T.; AUSTIN, P. C. Cross-cultural comparisons of health status in Canada using the Health Utilities Index. **Ethnicity & Health**, v. 6, n. 1, p. 41-50, 2001.

LEÃO, L. H. C.; MURARO, A. P.; PALOS, C. C.; MARTINS, M. A. C.; BORGES, F. T. Migração internacional, saúde e trabalho: uma análise sobre os haitianos em Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00181816, 2017.

LOI, Silvia; HALE, Jo Mhairi. Migrant health convergence and the role of material deprivation. **Demographic Research**, v. 40, p. 933-962, 2019.

LOUREIRO, V. B., Diferencial de rendimentos dos imigrantes brasileiros de acordo com sua origem: um estudo dos fluxos migratórios para as regiões Sudeste, Norte e Centro-Oeste, 2018.

MACIEL, F. T.; OLIVEIRA, A. M. H. C. A migração interna e seletividade: Uma aplicação para o Brasil. In: Encontro Nacional de Economia da ANPEC. **Anais**, 2011. Disponível em: <https://www.anpec.org.br/encontro/2011/inscricao/arquivos/000-2672c1d95_f03c385ae0a575e628dff3f.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2019.

MARANDOLA JUNIOR, E.; GALLO, P. M. D. Ser migrante: implicações territoriais e existenciais da migração. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 27, n. 2, p. 407-424, 2010.

MAVREAS, V. G.; BEBBINGTON, P. E. Greeks, British Greek Cypriots and Londoners: a comparison of morbidity. **Psychological Medicine**, v. 18, n. 2, p. 433-442, 1988.

MCCREDIE, M.; WILLIAMS, S.; COATES, M. Cancer mortality in East and Southeast Asian migrants to New South Wales, Australia, 1975-1995. **British Journal of Cancer**, v.79, n.7, 1277-1282, 1999.

MOFFITT, R. Identification and Estimation of Dynamic Models with Time Series of Repeated Cross-Sections. **Journal of Econometrics**, v. 59, n. 1-2, p. 99-123, 1993.

NAGI, S. Z.; HAAVIO-MANNILA, E. Migration, health status and utilization of health services. **Sociology of health & illness**, v. 2, n. 2, p. 174-193, 1980.

NAIR, C.; NARGUNDKAR, M.; JOHANSEN, H.; STRACHAN, J. Canadian cardiovascular disease mortality: first generation immigrants versus Canadian born. **Health Reports**, v. 2, n. 3, p. 203-228. 1990.

NASCIMENTO, T. C. L.; SILVA, R. P.; LUCAS, L. A. P. Tendência das migrações brasileiras: diferenciais de sexo, idade, distância e volume dos migrantes intermunicipais para 1995-2000 e 2005-2010. In: Associação Brasileira de Estudos Populacionais ABEP. **Anais** p. 1-18, 2017. Disponível em: < <http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/download/2511/2455>>. Acesso em: 01 jun. 2019.

NORMAN, P.; BOYLE, P.; REES, P. Selective migration, health and deprivation: a longitudinal analysis. **Social Science & Medicine**, v. 60, n. 12, p. 2755-2771, 2005.

NUNES, E. S.; SILVA, J. G.; QUEIROZ, S. N. Migração Inter-Regional no Brasil: o que há de novo?. **RDE-Revista de Desenvolvimento Econômico**, v. 2, n. 37, 2017.

OIM. Organização Internacional para as Migrações. **Glossário Sobre Migrações**. Direito Internacional da Migração, n. 22. Genebra, Suíça. 2009.

OJIMA, R.; FUSCO, W. Migrações e nordestinos pelo Brasil: uma breve contextualização. In: OJIMA, R.; FUSCO, W. **Migrações Nordestinas no Século 21 - Um Panorama Recente**. São Paulo: Editora Edgard Blücher, p.11-26, 2015.

OLIVEIRA, A. T. R.; ERVATTI, L. R.; O'NEILL, M. M. V. C. O panorama dos deslocamentos populacionais no Brasil: PNADs e Censos Demográficos. **Reflexões sobre os deslocamentos populacionais no Brasil**, v. 1, 2011.

OLIVEIRA, R. F. M. **Saúde e crescimento econômico: uma análise para os estados brasileiros de 2002 a 2014**. 2017. 45 f. Monografia (graduação) – Universidade Federal de Ouro Preto, Instituto de Ciências Sociais e Aplicadas – Departamento de Ciências Econômicas, Mariana, 2017.

OLIVEIRA, V. R. Viés de seleção, migração e saúde. **Revista Teoria e Evidência Econômica**, v. 20, n. 43, 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: https://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/ e https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=list&slug=doencas-cronicas-116&Itemid=965. Acesso em: set/2019.

PAVÃO, A. L. B. WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 723-734, 2013.

PEREIRA, V. M. **O recente processo migratório interno brasileiro e seus determinantes**. 2000. 62 p. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2000.
POULTER, N. R.; KHAW, K. T.; HOPWOOD, B. E.; MUGAMBI, M.; PEART, W. S.; ROSE, G.; SEVER, P. S. The Kenyan Luo migration study: observations on the initiation of a rise in blood pressure. **British Medical Journal**, v. 300, n. 6730, p. 967-972, 1990.

RECHEL, B.; MLADOVSKY, P.; INGLEBY, D.; MACKENBACH, J. P.; MCKEE, M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. **The Lancet**, v. 381, n. 9873, p. 1235-1245, 2013.

RIGOTTI, J. I. R.; CUNHA, J. M. P. A migração interna nos últimos 50 anos: (des) continuidades, rupturas e recrudescimentos. In: **XI Reunión Nacional de Investigación Demográfica em México. Sociedad Mexicana de Demografía (SOMEDE)**. Águas Calientes, 2012.

SALMOND, C. E.; JOSEPH, J. G.; PRIOR, I. A. M.; STANLEY, D. G.; WESSEN, A. F. Longitudinal analysis of the relationship between blood pressure and migration: the Tokelau Island migrant study. **American Journal of Epidemiology**, v. 122, n. 2, p. 291-301, 1985.

SANTOS, A. M. A.; JACINTO, P. A.; TEJADA, C. A. O. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. **Estudos Econômicos (São Paulo)**, v. 42, n. 2, p. 229-261, 2012.

SCHULTZ, T. W. Investment in human capital. **The American Economic Review**, v. 51, n. 1, p. 1-17, 1961.

SCRIPTORE, J. S. **Impactos do saneamento sobre saúde e educação: uma análise espacial**. 2016. 206 p. Tese de Doutorado – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

SILVA, P. L. N.; PESSOA, D. G. C.; LILA, M. F. Análise estatística de dados da PNAD: incorporando a estrutura do plano amostral. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 659-670, 2002.

SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N.; RIBEIRO, M. C. S. A.; BARATA, R. C. B. Living conditions and access to health services by Bolivian immigrants in the city of São Paulo, Brazil. **Cadernos De Saúde Pública**, v. 29, p. 2017-2027, 2013.

SIMÃO FILHO, J.; PEROBELLI, F. S.; RODRIGUES, D. D.; PROCÓPIO, I. V. Determinantes Da Percepção Dos Indivíduos Acerca De Seus Próprios Estados De Saúde. **Análise Econômica**, v. 36, n. 69, 2018.

SINGH, G. K.; SIAHPUSH, M. All-cause and cause-specific mortality of immigrants and native born in the United States. **American Journal of Public Health**, v. 91, n. 3, p. 392-399, 2001.

STOPA, S. R.; MALTA, D. C.; MONTEIRO, C. N.; SZWARCOWALD, C. L.; GOLDBAUM, M.; CESAR, C. L. G. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

STRACHAN, D. P.; LEON, D. A.; DODGEON, B. Mortality from cardiovascular disease among interregional migrants in England and Wales. **BMJ**, v. 310, n. 6977, p. 423-427, 1995.

TAVARES, G. Q. **Migração interna populacional e sua participação no desenvolvimento regional no final do século XX**. 2001. 107 f. Dissertação de Mestrado em Administração Pública-Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2001.

THEME FILHA, M. M.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R. B. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 73-81, 2008.

TONIOLO, P.; PROTTA, F.; CAPPÀ, A. P. M. Risk of breast cancer, diet and internal migrations in Northern Italy. **Tumori Journal**, v.75, n.5, p. 406-409. 1989.

TRAVASSOS, C.; DE OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 975-986, 2006.

TSUGANE, S.; GOTLIEB, S. L.; LAURENTI, R.; SOUZA, J. M. P.; WATANABE, S. Mortality and cause of death among first-generation Japanese in Sao Paulo, Brazil. **International Journal of Epidemiology**, v. 18, n. 3, p. 647-651, 1989.

UN-DESA. Department of Economic and Social Affairs. **Cross-national comparisons of internal migration: An update on global patterns and trends**. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/technical/TP2013-1.pdf> Acesso em: 02 jun. 2019.

VANSTEENBERGEN, J. E.; SCHULPEN, T. W. J.; HOOGENBOEZEM, J.; VAN DRIEL, H. F.; BIJLSMA, F. Ethnicity and childhood mortality in the Netherlands. **European Journal of Public Health**, v. 9, n. 3, p. 205-210, 1999.

VIACAVA, F.; BELLIDO, J. G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 351-370, 2016.

VIGOTTI, M. A.; CISLAGHI, C.; BALZI, D.; GIORGI, D.; LA VECCHIA, C.; MARCHI, M.; DECADI, A.; ZANETTI, R. Cancer mortality in migrant populations within Italy. **Tumori Journal**, v. 74, n. 2, 107-128. 1988.

WEF. World Economic Forum. **Migration and Its impacts on Cities**. 2017. Disponível em : <http://www3.weforum.org/docs/Migration_Impact_Cities_report_2017_low.pdf >. Acesso em: 04 mai. 2019.

WILD, S.; MCKEIGUE, P. Cross sectional analysis of mortality by country of birth in England and Wales, 1970-92. **BMJ**, v. 314, n. 7082, p. 705, 1997.

WOOLDRIDGE, J. M. **Econometric analysis of cross section and panel data**. MIT press, 2010.

ZOGHBI, A. C. P. **Desigualdades Sócio-Econômicas Na Saúde No Estado De São Paulo: Uma Análise Desagregada Das Doenças Crônicas Da Pnad**. ANPAD, Rio de Janeiro. Set/2008.

ZOMBINI, E. V. **Educação ambiental e saneamento básico para a promoção da saúde da criança**. 2013. 299 f. Tese de Doutorado - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.