



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

ISSN: 1984-0470

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
Associação Paulista de Saúde Pública.

Santos, José Alcides Figueiredo

Classe Social, território e desigualdade de saúde no Brasil¹

Saúde e Sociedade, vol. 27, núm. 2, 2018, Abril-Junho, pp. 556-572

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902018170889

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263851021>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org



Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Classe Social, território e desigualdade de saúde no Brasil¹

Social class, territory and health inequality in Brazil

José Alcides Figueiredo Santos

Universidade Federal de Juiz de Fora. Departamento de Ciências

Sociais. Juiz de Fora, MG, Brasil.

E-mail: josealcidesf@yahoo.com.br

Resumo

O estudo analisa como classe social e território se combinam na produção de padrões de saúde na população. Considera em particular as variações e as convergências espaciais da relação focal entre classe social e saúde no Brasil. Nas análises foram usadas probabilidades preditas e medidas tanto absolutas quanto relativas de desigualdade de saúde. Foram estimadas as probabilidades de não ter boa saúde para a capital e o interior de cada um dos estados brasileiros. Localização espacial e classe social se combinam para acentuar dramaticamente as discrepâncias de saúde. Como regra geral, as discrepâncias relativas de classe social são maiores nas regiões mais desenvolvidas e nas capitais de todos os estados. Os melhores níveis de saúde em territórios menos adversos favorecem mais os grupos com recursos e capacidades de potencializar os ganhos de saúde. A desigualdade absoluta é maior nas áreas menos desenvolvidas. As adversidades territoriais se combinam a maior densidade das categorias mais vulneráveis, impondo um enorme fardo populacional de saúde nas regiões menos desenvolvidas.

Palavras-chave: Saúde e Sociedade; Determinantes Sociais; Desigualdade de Saúde; Classe Social; Fatores Socioespaciais.

Correspondência

Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas,
Campus da UFJF, Martelos. Juiz de Fora, MG, Brasil. CEP 36036-330.

¹ A pesquisa cujos resultados são apresentados neste artigo contou com um auxílio financeiro do CNPq.

Abstract

This study analyzes how social class and territory are combined to produce health patterns in the population. Particular and converging spatial variations of the focal relationship between social class and health in Brazil were considered. Predicted probabilities and both absolute and relative health inequality measures were used in the analyzes. The probabilities of not having good health were estimated for the capital city of each Brazilian state and in its hinterland. Spatial location and social class are combined to dramatically accentuate health discrepancies. In general, the relative discrepancies of social class are greater in more developed regions and in the capitals of all states. Better levels of health in less adverse territories favor groups with the resources and capabilities to increase health gains. Absolute inequality is greater in less developed areas. Territorial adversities are combined with the greater density of the most vulnerable categories, imposing a huge populational burden in health in less developed regions.

Keywords: Health and Society; Social Determinants; Health Inequality; Social Class; Socio-Spatial Factors.

Introdução

A associação entre posição socioeconômica e saúde é situada no contexto das relações espaciais e dos territórios socialmente divididos. Ao tratar deste elo geral, investiga-se a formação de hierarquias, convergências e variações, mais ou menos marcantes, entre as áreas espaciais delimitáveis na morfologia territorial brasileira. Estando atento às especificidades de classe social e território, considera-se em particular a combinação dos efeitos dessas divisões sociais na produção de padrões de saúde e doença². A relação entre classe social e saúde é focalizada nos territórios que agrupam os objetos e delimitam fronteiras entre os agrupamentos espaciais formados. Território corresponde a uma determinada porção contígua do espaço que é ocupada, organizada e usada por indivíduos, grupos e instituições através da delimitação de fronteiras (Agnew, 1998).

Os contextos espaciais e as configurações territoriais emergem das relações entre os sistemas de objetos (fixos) e os sistemas de ação (fluxos) que estão em interação contínua (Santos, 2006). Desigualdades de condições de vida associadas ao ambiente espacial em que as pessoas vivem e trabalham influenciam os resultados de saúde. As condições de vida externas *qualificam-se* como causas estruturais das vantagens ou desvantagens de saúde, devido às suas conexões com as circunstâncias sociais e os mecanismos de classe social (Cockerham, 2013). Essa linha de investigação expandiu-se particularmente em estudos comparativos cujas unidades de análise são comunidades locais e contextos de vizinhança, mas os trabalhos oferecem indicações úteis para a abordagem de condicionamentos espaciais em áreas mais abrangentes. Um grande estudo comparativo de saúde entre os Estados Unidos e a Inglaterra, por exemplo, enfatizou o papel dos ambientes sociais e materiais em que as pessoas vivem e trabalham na interpretação das discrepâncias entre esses dois países (Banks et al., 2006).

² A influência independente da posição socioeconômica e do contexto espacial na distribuição desigual da saúde tem sido bem investigada. O modo como essas divisões sociais se combinam e suas consequências para a estratificação da saúde da população adulta tem recebido menos atenção. Nesses estudos, por sua vez, recorre-se menos a formas de conceituação e mensuração de classe social.

Um ponto de partida da análise espacial é o fato básico de que os integrantes das categorias de classe não estão distribuídos aleatoriamente no espaço. As pessoas são afetadas pelos locais em que residem, para os quais foram diferenciadamente selecionadas. O contexto territorial gera implicações de saúde devido à composição no local de fatores influentes, às estruturas de oportunidades associadas ao ambiente físico e social e às características socioculturais e históricas dos lugares (Carpiano; Link; Phelan, 2008, p. 251-253). Entende-se por estruturas de oportunidades as características socialmente construídas e padronizadas do ambiente físico e social que promovem ou comprometem direta ou indiretamente a saúde das pessoas ao afetarem as possibilidades de se viver uma vida saudável (Ellaway; Macintyre, 2010, p. 400).

Os contextos ou ambientes sociais ou físicos em que as pessoas habitam e em que elas conduzem suas vidas diárias são importantes para a saúde. As características dos ambientes desvantajosos, por meio de processos de obstrução de acesso, exposição, interação, impactam na manutenção e na promoção da saúde. Formam-se nos contextos espaciais práticas coletivas moldadas pelas estruturas sociais e estilos de vida coletivos de saúde. Os ambientes podem ter um efeito durável na saúde mesmo após a pessoa mover-se para outra localização (Carpiano, 2014). No âmbito de áreas, podem-se revelar aspectos das condições de vida que não são capturados pelos indicadores individuais ou domiciliares. Análises contextuais espaciais oferecem esclarecimentos do modo como classe, em múltiplos níveis, contribui para moldar os padrões populacionais de saúde, doença e bem-estar (Krieger; Williams; Moss, 1997, p. 357).

No tratamento das desigualdades socioespaciais, as primeiras discussões dos anos 1990 foram dominadas pela problemática de quanta explicação pode ser atribuída às características individuais (composição) e quanta pode ser vinculada aos fatores de espaço e lugar (contexto). Entende-se que as características contextuais resumem as estruturas de oportunidades existentes no ambiente físico e social local. Na atualidade, têm sido enfatizados os limites do dualismo e da dicotomia simplificadora de contexto versus composição. As variáveis individuais, como a classe social das pessoas, são

muito influenciadas pelo ambiente e pela localização contextual. Do mesmo modo, os efeitos protetivos ou danosos não são necessariamente uniformes através de todos os tipos de lugares e pessoas (Twigg, 2014). Além disso, os efeitos de área numa escala menor parecem ser modestos em comparação com os efeitos de composição, indicando que o que as pessoas são influencia mais a saúde do que onde elas moram (Annandale, 2014, p. 97).

A desvantagem social é altamente desigual através do espaço, em todas as escalas e para a maioria dos indicadores. Discute-se na literatura em que medida a concentração espacial da desvantagem é um fator causal na sua perpetuação ou mais um reflexo dos padrões existentes (Lee, 2016). Na análise das características das regiões e da desigualdade regional, parece insuficiente o foco na desigualdade per se, quer dizer, no que ocorre no conjunto ou em qualquer gradiente da distribuição socioeconômica e suas relações com a distribuição da saúde na população. Deve-se considerar com mais atenção a posição social absoluta e relativa particularmente daqueles na base inferior em sentido amplo, ou seja, daqueles grupos que estão até o limite dos 40% a 60% em desvantagem. A melhor posição socioeconômica, e então de saúde, desse estrato inferior configura-se como o principal atributo de comunidades, regiões e sociedades mais saudáveis (Robert; House, 2000; House; Williams, 2000).

Realidade da desigualdade regional de renda e saúde no país

As características das divisões regionais e dos fatores socioespaciais e seu papel na desigualdade de renda mais ampla no Brasil devem ser adequadamente situadas para informar melhor o entendimento da desigualdade de saúde. O interesse em situar espacialmente a relação entre classe e saúde no Brasil aumenta de relevo devido ao fato de os fatores espaciais estarem interagindo significativamente com os padrões de desigualdade de renda e suas alterações que vêm acontecendo no país. No Brasil, existe uma enorme desigualdade interpessoal de renda entre as regiões. O produto interno bruto (PIB) per capita da região mais pobre, a Nordeste, era apenas 43% da média nacional em

1989 e 48% em 2010. Essa heterogeneidade regional brasileira tem sido marcante e persistente ao longo de décadas. Nos últimos anos, as regiões de menor desenvolvimento aumentaram a sua participação no PIB. Entretanto, projeções indicam que seriam necessários cerca de cinquenta anos para o PIB per capita do Nordeste atingir o patamar de 75% do PIB per capita nacional. (Resende et al., 2015). A desigualdade de renda disponível entre regiões diminui a partir de 1998 no setor não agrícola, indicando que o mercado de trabalho nacional está tornando-se mais integrado. A principal contribuição para a redução da desigualdade regional veio da queda da vantagem relativa de São Paulo. Entretanto, no setor agrícola, a heterogeneidade regional está crescendo (Hoffmann; Oliveira, 2014, p. 202). As vantagens de renda vinculadas à localização territorial em que se vive estão numa marcha contínua de redução no período de 1992 a 2011. A trajetória de perda relativa de renda da localização metropolitana na comparação com os municípios menores mostra-se claramente intrínseca à dimensão socioespacial, e seu enraizamento é tal que independe da composição e dos efeitos de um leque de fatores com fortes implicações socioeconômicas. Na medida em que as posições privilegiadas estão mais concentradas nesses espaços, as vantagens relativas desses grupos e desses territórios foram mutuamente afetadas (Santos, 2015). Entretanto, no que toca à desigualdade de renda, como algo distinto dos níveis de renda, cabe ponderar que entre regiões ela tem um papel bem menor do que se imagina na produção da desigualdade de renda agregada no Brasil. A maior parte dessa desigualdade no Brasil, em torno de dois terços, está presente no âmbito local, ou seja, existe entre indivíduos que moram dentro das mesmas áreas. Os fatores geradores de desigualdade operam ou geram consequências mesmo nos menores recortes espaciais. Uma característica da desigualdade brasileira é o grande peso das diferenças entre as macrorregiões brasileiras, compondo certa polaridade e separação entre Norte/Nordeste e Sul/Sudeste/Centro-Oeste. Além disso, as regiões do bloco Norte/Nordeste, que possuem rendas médias muito inferiores, ostentam desigualdades internas muito maiores do que as demais (Souza, 2013).

As desigualdades regionais de desenvolvimento, renda disponível e padrões de vida têm sido marcantes e têm gerado várias implicações populacionais negativas. Condições de vida mais precárias, desigualdades na distribuição de recursos valiosos e de serviços de saúde sustentam a existência de um distanciamento entre o Norte e o Sul do país em muitos indicadores de saúde (Viacava; Bellido, 2016). Estudo recente usando os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PSN) de 2013 investigou a desigualdade regional de saúde ruim e de expectativa de vida saudável que incorpora morbidade e mortalidade em um único indicador. As regiões Norte e Nordeste apresentam um excesso de saúde ruim, quando comparadas com o Sudeste, mesmo após o controle por idade, sexo, diagnóstico de pelo menos uma doença crônica não comunicável, escolaridade ou situação socioeconômica. Além disso, a perda de vida saudável é muito maior nos residentes das regiões menos desenvolvidas, em particular entre os mais velhos. Aos quarenta anos de idade, por exemplo, enquanto no Sudeste a perda de anos saudáveis é de 2,8 anos, no Nordeste está em 5,3 anos. A desigualdade regional é ainda mais pronunciada quando não apenas a mortalidade, mas também o quadro de bem-estar é levado em consideração (Szwarcwald et al., 2016).

Metodologia

A pesquisa quantitativa interessa-se em revelar padrões amplos de associação, que condensam evidências de muitos casos purificadas do que é específico de cada caso (Ragin, 1994). A tarefa de descrição é entendida aqui em termos de colocações generalizantes sobre o mundo. Generalizar padrões amplos é um ato inferencial, pois implica ir do que se sabe para o que não se sabe. A tarefa de descrição vem em primeiro lugar, pois se deve descrever para que se possa explicar um resultado (Gerring, 2012). A análise empreendida averigua a existência de relações inerentes entre as variáveis de interesse, trazendo à superfície a estrutura subjacente dos dados, o que demanda o controle estatístico de outras associações contingentes à relação focal. As estimativas de efeitos ajustados por modelo estatístico visam delimitar o impacto independente

ou mais puro de classe social e território no estado de saúde que se distribui desigualmente na população. O modelo estatístico foi composto pelas variáveis classe social, sexo, cor, idade, unidade da federação, zona rural ou urbana, capital ou não e informante.

O estudo focaliza as discrepâncias na distribuição da autoavaliação do estado de saúde das pessoas. Este indicador captura a saúde média dos grupos da população, em vez da prevalência de condições específicas ou de alto risco. Está associado a múltiplos fatores sociais de risco à saúde e é útil para as necessidades de avaliação e intervenção de saúde pública (Borrell et al., 2004, p. 1872). Tal medida pode ser aplicada e servir para aferir riscos à saúde em diferentes estágios da vida. Nos estudos populacionais representa o indicador global mais acessível, abrangente e informativo, capturando dimensões da saúde que não são apreendidas por questões mais detalhadas e dirigidas (Jylha, 2011). A variável dependente selecionada serve ao propósito de demonstrar e interpretar os padrões de desigualdade de saúde dentro da população. A autoavaliação do estado de saúde vai ser tratada como uma variável binária, diferenciando-se o estado de saúde “não bom” (categoria designada) - que reúne as respostas de “ruim”, “muito ruim” e “regular” -, em contraste com o estado de saúde definido como “bom” ou “muito bom” (categoria de referência). O recorte binário escolhido não compromete a obtenção de resultados válidos em termos de tamanho e significância dos efeitos principais, tipos de associação e efeitos interativos (Manor; Matthews; Power, 2000). Na variável dependente relativa ao estado de saúde, quando aplicada ao conjunto dos moradores, foi “corrigida” a discrepância entre a declaração dada por outro membro do domicílio (variável J001) e a dada pelo próprio morador aleatoriamente selecionado em variável similar que integra essa parte principal do questionário (variável N001).

A noção de classe está representada por uma tipologia neomarxista adaptada à realidade nacional. Divisões de classe são constituídas por desigualdades de direitos e poderes sobre recursos produtivos que produzem vantagens e desvantagens entre categorias (Wright, 1997; Santos, 2005, 2010, 2014). A tipologia de classes

original teve que ser totalmente reconstruída no nível operacional, mantidos os fundamentos conceituais e os critérios orientadores, pois a PSN de 2013 adotou uma nova classificação ocupacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), denominada Classificação de Ocupações para Pesquisas Domiciliares (COD), ajustada à nova CIUO-o8 (Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones) da Organização Internacional do Trabalho (OIT), porém não equivalente à Classificação Brasileira de Ocupações (CBO-Domiciliar) da tradicional Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Além disso, devido às lacunas de indicadores importantes relativos às categorias de empregadores (número de empregados) e autônomos (informações do empreendimento) foram adotados critérios substitutos para diferenciar as categorias de capitalistas versus pequenos empregadores, autônomos com ativos versus autônomos precários, autônomos agrícolas versus agrícolas precários, baseados em diferenciações internas de décimos de renda. A variável independente principal, classe social, envolve uma sequência de várias transformações em que se desagrega o “status” do emprego.

Uma versão mais compacta da tipologia original é usada diferenciando-se na estrutura social cinco grandes agrupamentos de classe. O topo social é formado pelas três dimensões principais que geram privilégios, isto é, a propriedade de ativos de capital, o controle de conhecimento perito e o exercício de autoridade. O agrupamento abarca as categorias de capitalista, especialista autônomo, empregado especialista e gerente. São especificadas as posições de pequenos empregadores e de não empregadores detentores de menores ativos físicos de capital e de terra ou, dito de outro modo, os controladores de ativos de menor valor, ou generativos de menor valor econômico. Integram esse grupo as categorias de pequeno empregador, autônomo com ativos e autônomo agrícola. Os empregados qualificados e os supervisores formam um segmento distinto no interior do trabalho assalariado em função de aproximações ou vínculos parciais com o exercício de autoridade e a posse de qualificações escassas, compondo certa “área cinza” de situações ambíguas de classe na estrutura social. O trabalhador típico

representa a categoria majoritária e de grande densidade social. As relações de emprego em que se encontra inserido preservam de modo mais característico as interdependências assimétricas dos processos conjugados de controle da atividade do agente e de apropriação dos resultados do trabalho. Por fim, visando focalizar o polo oposto, diferencia-se um bloco de posições de classe destituídas de ativos por meio de processos que levam à exclusão, à insuficiência ou à depreciação de ativos geradores de valor. Compõem esse agregado o trabalhador elementar, o autônomo precário, o empregado doméstico, o agrícola precário e o trabalhador excedente (desempregado) (Santos, 2010, 2014).

Território está representado pela unidade da federação. A dimensão e centralidade urbanas são captadas pela diferenciação entre capital e interior. Em todas as análises foi introduzido um termo interativo entre o estado e a divisão entre capital e interior. Entendeu-se que o efeito de estar na capital ou no interior pode depender do estado em que se está, ou seja, a vantagem ou desvantagem de saúde associada à divisão entre capital e interior pode variar a depender das características da unidade maior. A variável idade foi mensurada no nível intervalar. As estimativas são restritas à população adulta de 18 a 64 anos, e o gênero foi incluído de forma binária. Foram construídas três categorias para mensurar a variável raça ou cor, agregando branco e amarelo, pardo e indígena, e preto em separado – pois amarelo e indígena representam proporções ínfimas de casos. Distingue-se o ambiente rural e urbano. E, por fim, controla-se pelo informante da variável dependente de estado de saúde dos moradores do domicílio.

A variável dependente formada por categorias coloca o problema da escolha do modelo estatístico mais adequado. Os modelos logísticos que usam medidas baseadas em *log-odds ratios* ou *odds ratios* têm sido questionados na sua capacidade de gerar coeficientes que sejam adequadamente comparáveis entre grupos (Mood, 2010). No modelo *logit* a variância do erro, por não ser observável, tem de ser fixada para o modelo ser identificado, e os coeficientes variam de acordo com o ajuste do modelo. A heterogeneidade não observada afeta o tamanho dos coeficientes *logit*

mesmo se a variável independente e o termo de erro não estiverem correlacionados. Os modelos não podem separar as diferenças entre os grupos das diferenças na dispersão do erro latente. Neste estudo, as discrepâncias entre os grupos na variável dependente binária estão sendo estimadas sob a forma de probabilidades preditas e efeitos marginais médios (*average marginal effects* - AME). Além de evitar os problemas apontados, a opção tem a vantagem de permitir interpretação fácil e intuitiva, pois corresponde simplesmente a um efeito médio na probabilidade de um resultado. Evita-se a não linearidade do modelo ao calcular a média de todos os efeitos na variável dependente, e o efeito aditivo na probabilidade é expresso em um único coeficiente (Best; Wolf, 2015). Todas as estimativas com intervalos de confiança de 99% foram ajustadas ao desenho complexo do plano amostral da PSN de 2013 com o comando *svy* do programa Stata. As probabilidades preditas foram estimadas pelo *margins* e convertidas em gráficos pelo *marginsplot* do Stata. Foi usado o procedimento *mllincom* para testar a significância estatística das diferenças encontradas entre capital e interior para as categorias (Long; Freese, 2014).

Consequências de classe social e território na saúde

A distribuição e o peso relativo das categorias de classe nas regiões são ingredientes importantes para contextualizar a descrição e a interpretação dos padrões de saúde e das discrepâncias de saúde entre as categorias de classe. A Tabela 1 mostra que as regiões mais e menos desenvolvidas são bem diferentes entre si em particular na distribuição das categorias extremas, o topo social e o bloco destituído, que despertam um interesse especial no estudo da desigualdade de saúde. Além disso, no âmbito da diferenciação entre capital e interior, o topo social tem uma presença especialmente concentrada nas capitais. A presença muito forte do polo destituído no Norte e Nordeste, especialmente no interior, mas também nas capitais, tem uma implicação extraordinária. A situação de saúde mais agravada desse grupo nessas regiões significa que esse fardo impacta um enorme contingente populacional.

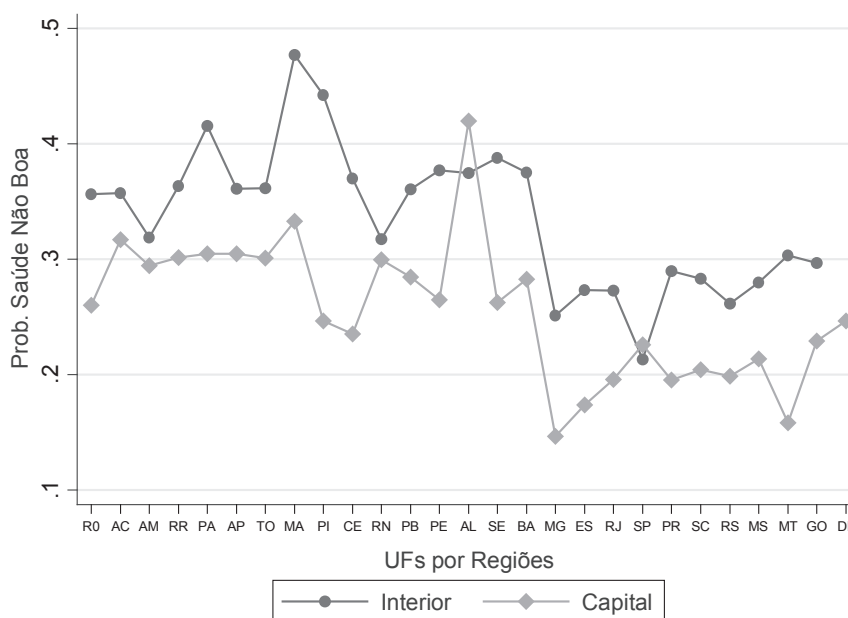
Tabela 1 – Distribuição de classe social nas regiões, interior e capital. Brasil, 2013

Regiões	Topo social	Qual./Super.	Pequ. ativos	Trabalhador	Destituído
Norte interior	4,4	7,6	12,0	29,8	46,2
Norte capital	11,4	10,4	9,9	33,4	34,9
NORTE	6,8	8,6	11,3	31,1	42,2
Nordeste interior	4,5	7,6	8,9	28,4	50,6
Nordeste capital	12,7	10,8	8,4	33,2	34,9
NORDESTE	6,6	8,4	8,8	29,6	46,6
Sudeste interior	9,8	8,5	12,8	37,1	31,8
Sudeste capital	18,4	11,5	11,7	34,7	23,7
SUDESTE	12,0	9,3	12,5	36,5	29,7
Sul interior	9,2	9,6	15,9	39,3	26,1
Sul capital	20,1	13,3	12,4	32,8	21,4
SUL	10,7	10,1	15,4	38,4	25,4
C.-Oeste interior	7,8	7,6	12,9	39,8	31,8
C.-Oeste capital	16,4	11,9	12,7	34,5	24,5
C.-OESTE	11,1	9,3	12,8	37,8	29,0
Total	10,0	9,1	12,0	34,8	34,1

Na morfologia territorial brasileira cada estado foi diferenciado em capital e interior. Contemplam-se a centralidade da capital nos sistemas de objetos e fluxos, o desenvolvimento da infraestrutura urbana e as discrepâncias nas estruturas de oportunidade cujos possíveis impactos podem se refletir na distribuição assimétrica do estado saúde. Mostram-se nos Gráficos 1 a 8 as probabilidades preditas e as diferenças entre as probabilidades de não ter saúde boa das categorias organizadas por unidades da federação. São utilizadas como medidas de desigualdade de saúde as diferenças absolutas (por subtração) e as diferenças relativas (por razão) nas probabilidades de saúde entre as categorias selecionadas. A diferença absoluta depende do quão comum é o resultado de interesse no subgrupo da população em questão. Regra geral serve como um indicador de importância para a saúde pública devido à intensidade da ocorrência. A diferença relativa não depende da prevalência do resultado na população, mostra-se mais estável ou comparável entre subgrupos,

sendo então considerada como um melhor indicador de efeitos causais (Shaw et al., 2007). Em termos de implicações para a saúde da população, quanto mais prevalente o resultado negativo de saúde, maior o fardo entre aqueles que estão em pior situação socioeconômica, visto que eles compõem a maior parte da população (Krieger, 2011). A escala espacial é um fator importante quando se considera a relação entre lugar e desvantagem. A agregação em diferentes escalas e as fronteiras utilizadas podem afetar os resultados. A relação geralmente é mais forte numa escala espacial menor (Lee, 2016). A escala espacial utilizada, de maior grau de agregação (capital e interior do estado), embora possa atenuar parte da relação entre lugar e estado de saúde, apresentando então estimativas mais conservadoras, não compromete a geração de padrões sociais relevantes. Os Gráficos 1, 2 e 3 usam as probabilidades preditas para retratar os níveis de saúde de territórios e da combinação de agrupamentos de classe e territórios.

Gráfico 1 – Saúde não boa nas unidades da federação, interior e capital, Brasil, 2013



O Gráfico 1 focaliza somente a diferenciação regional ao mostrar os padrões de saúde e suas variações entre todas as unidades da federação (UF) que estão referidas pelas suas siglas oficiais. A probabilidade de um resultado é representada como um número real que varia de 0 a 1. Na escala usada, a probabilidade de não ter boa saúde expressa em percentagem varia entre 10% (.1) e 50% (.5), conforme a convenção do Gráfico. Os estados possuem diferentes níveis de saúde que sinalizam as discrepâncias geográficas. Ocorrem ponderáveis efeitos interativos entre estado e capital que se manifestam nas variações marcantes das distâncias entre as linhas de capital e interior. Os efeitos de interior e capital variam a depender do estado, o que faz com que esse divisor se estreite ou se amplie.³ Em vários casos naturalmente preponderam os efeitos somente aditivos, ou seja, o estado tem um determinado nível de saúde, ao qual se agrega um efeito médio geral do divisor entre capital/interior. Confirma-se claramente o grande macro divisor de saúde separando o conjunto formado pelo Norte e Nordeste das demais regiões do Brasil.

A representação extrema da discrepância espacial mostra-se na probabilidade de não ter a saúde boa que separa o interior do Maranhão e a capital de Minas Gerais.

O Gráfico 2 traz a representação de como a situação de saúde não boa se distribui quando se combinam as circunstâncias de classe e espaciais no âmbito do interior e das capitais dos estados nas regiões menos desenvolvidas (Norte e Nordeste). Todos os resultados de classe na saúde são estatisticamente significativos ($p < 0,001$). O ordenamento de classe da saúde, do topo social ao polo destituído, apresenta-se marcante em todas as áreas. Os agregados de classe naturalmente geram discrepâncias nos níveis do estado negativo de saúde. Os estados igualmente estão em situação diferenciada, para melhor ou pior. Como regra geral, todos os grupos estão em pior situação no interior.⁴ A localização geográfica se manifesta em particular ao afetar o nível dos problemas, pois coloca o mesmo agrupamento em um patamar pior ou melhor de saúde.

3 Nos estados do Acre, Amazonas, Amapá, Rio Grande do Norte e Santa Catarina as diferenças entre interior e capital não são estatisticamente significativas. Roraima, Tocantins, Alagoas e São Paulo mostram diferenças imprecisas devido ao maior intervalo de confiança de 99%.

4 No Acre, Amazonas, Amapá e Rio Grande do Norte as diferenças entre interior e capital não são estatisticamente significativas. Em Alagoas as diferenças entre capital e interior são bem pequenas e estão perto do limite da significância estatística.

Gráfico 2 – Classe e saúde não boa no Norte e Nordeste, UFs, Brasil, 2013

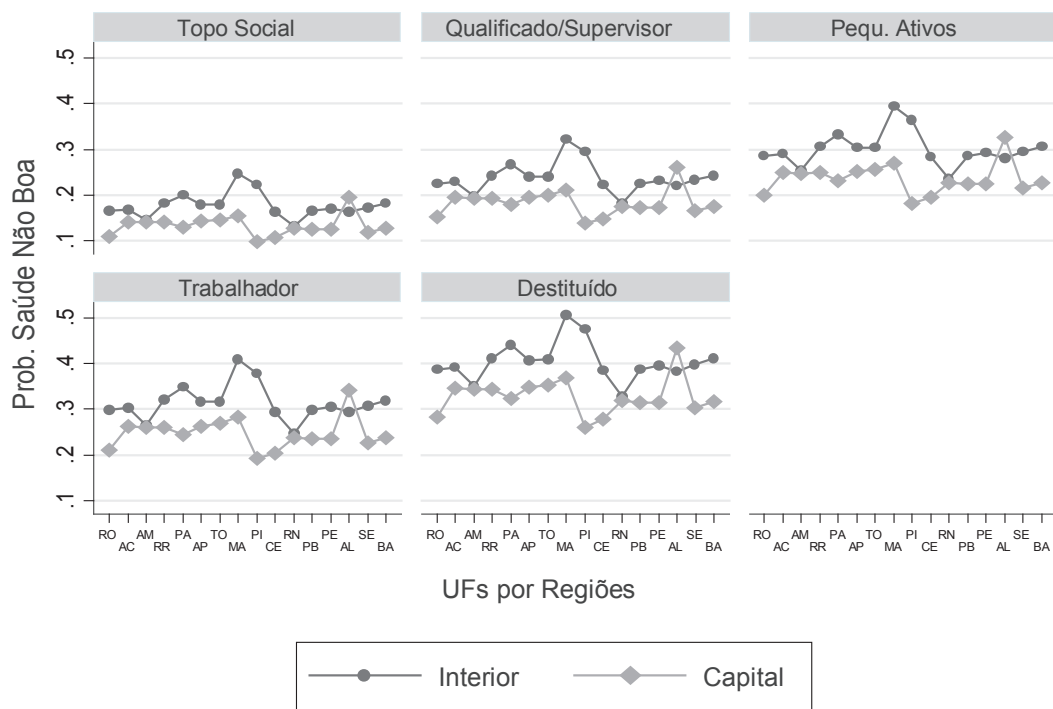
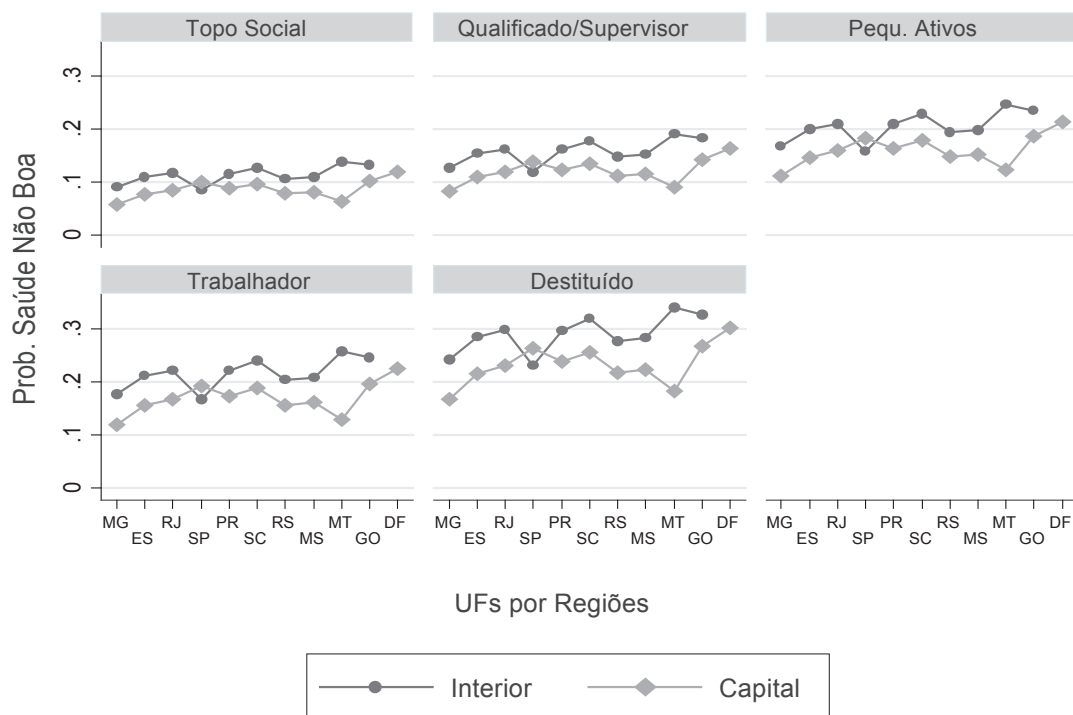


Gráfico 3 – Classe e saúde não boa no Sudeste, Sul e Centro-Oeste, UFs, Brasil, 2013



O Gráfico 3 retrata a situação de saúde dos cinco agrupamentos de classe no interior e nas capitais do Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Todos os resultados de classe na saúde são estatisticamente significativos ($p < 0,001$). No Gráfico 3, a probabilidade de não ter boa saúde de todos os grupos, expressa em porcentagem, mostra um marco superior de 30% (.3), o que reflete o quadro geral mais favorável das regiões mais desenvolvidas, embora os destituídos de três estados superem esse patamar. De forma geral, a realidade de saúde piora no interior, pois os integrantes do topo social ultrapassam a faixa de 10% de saúde não boa e a maioria dos membros da categoria de trabalhador típico supera a faixa de 20%. Em Santa Catarina as diferenças entre interior e capital não são estatisticamente significativas.

Percebe-se claramente o grande divisor que separa o bloco formado pelo Norte/Nordeste e o restante do país. Os estados que compõem esse divisor possuem diferentes níveis de saúde que sinalizam as discrepâncias socioeconômicas, institucionais e culturais de base territorial. Não se trata aqui de focalizar as especificidades do Norte e Nordeste em termos de formação histórica, padrões de desenvolvimento, instituições e cultura de cada região – embora isso possa ser uma chave interpretativa interessante –, mas de situar o que coloca ambas as regiões em um quadro, dinâmica ou resultado comum. A literatura econômica fala da formação de dois distintos “clubes de convergência” na evolução da distribuição da renda per capita separando o Sul, Sudeste e Centro-Oeste do Norte/Nordeste. Estudo desagregado por municípios destaca o papel do fator geográfico de proximidade e localização relativa em que unidades territoriais mais pobres estão cercadas por outras economias pobres (Gondim; Barreto; Carvalho, 2007).

No entendimento dos padrões de saúde, a composição territorial de fatores influentes tem um papel de especial relevância. Nas regiões Norte e Nordeste, os empregos desvantajosos possuem uma densidade muito maior, a infraestrutura material, social e de serviços é mais limitada ou precária, e a interferência coadjuvante de estilos de vida coletivos de saúde pode reforçar ou agregar riscos. Talvez se possa mesmo falar de um processo de concentração ou acúmulo espacial de desvantagens, o que gera

uma convergência de múltiplos fatores assimétricos, colocando agência e estruturas sociais num “ciclo reprodutivo” que repercute negativamente na manutenção e na promoção da saúde. As regiões Norte e Nordeste, embora manifestem variações históricas e contextuais, parecem compartilhar no âmbito socioespacial de certa convergência de fatores materiais, sociais e culturais que aproximam as respectivas estruturas de oportunidades de saúde, ou seja, o modo como se organiza socialmente os limites e as possibilidades de se viver uma vida saudável.

Nos gráficos que se seguem está desenvolvido o problema principal da pesquisa, pois estão sendo estimadas propriamente as *diferenças* de níveis de saúde entre os grupos nos territórios. Exploram-se medidas de discrepâncias absolutas e relativas de saúde de modo a caracterizar a variação espacial da própria desigualdade. As probabilidades preditas de não ter boa saúde – retratadas nos Gráficos 1, 2 e 3 –, no entanto, apresentam informação importante de ser considerada no entendimento da desigualdade, pois situam os níveis de saúde em que se aplicam as desigualdades no estado de saúde. Permitem entender, por exemplo, que a desigualdade relativa de saúde é menor na capital de Maceió e no interior do Maranhão (Gráfico 5), particularmente porque o topo social não desfruta de tão boa saúde como em outros lugares (Gráfico 2). São feitos diferentes tipos de contrastes de classe que agregam informações novas ou não redundantes com a finalidade de construir generalizações empíricas e entender as características distintas da desigualdade de classe de saúde nas regiões mais e menos desenvolvidas. As discrepâncias absolutas são expressas em pontos percentuais e as relativas representam mudanças proporcionais. As variações nas distâncias entre capital e interior refletem os efeitos interativos com os estados. Todos os contrastes de classe são estatisticamente significativos ($p < 0,001$).

As diferenças absolutas e as relativas mostram padrões bem distintos de distribuição espacial quando os Gráficos 4 e 5 são comparados. Os destituídos estão em pior situação nas regiões menos desenvolvidas e nelas as discrepâncias absolutas são maiores (Gráfico 4). No interior do Maranhão, o agrupamento destituído tem um excesso de 26,6 pontos percentuais de saúde não boa em relação ao topo social (acima de .25). No sentido oposto, os destituídos estão em

condições melhores de saúde nas regiões mais desenvolvidas, porém encontram-se nelas as maiores diferenças relativas (Gráfico 5). Na capital de Minas Gerais ocorre a maior diferença proporcional (1.1 ou 110% a mais) entre o destituído e o topo da estrutura

social. No primeiro estado do Sudeste, Minas Gerais, coloca-se claramente o divisor entre os dois brasis. De forma emblemática a capital do estado mostra a menor diferença absoluta e a maior diferença relativa entre todas as unidades da federação.

Gráfico 4 – Diferenças absolutas de saúde não boa, destituído versus topo social, UFs, Brasil, 2013

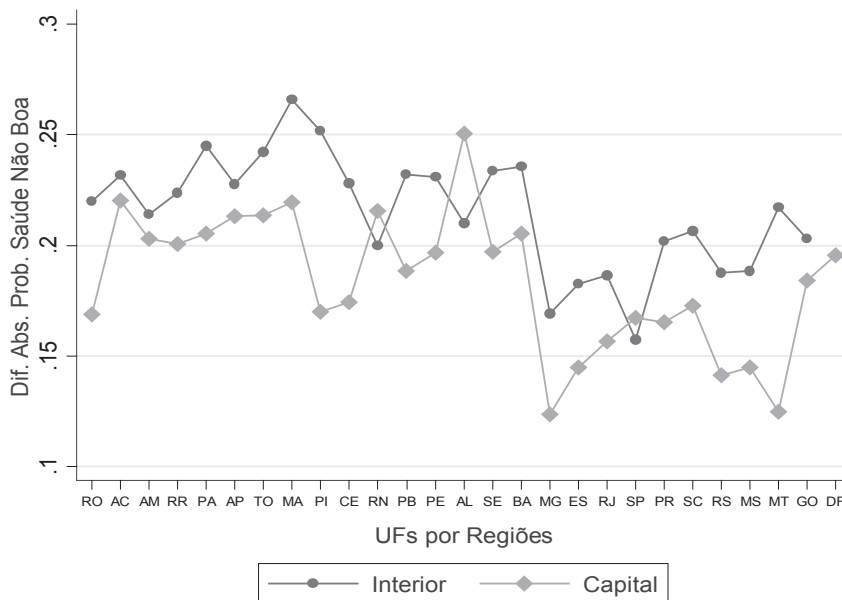


Gráfico 5 – Diferenças relativas de saúde não boa, destituído versus topo social, UFs, Brasil, 2013

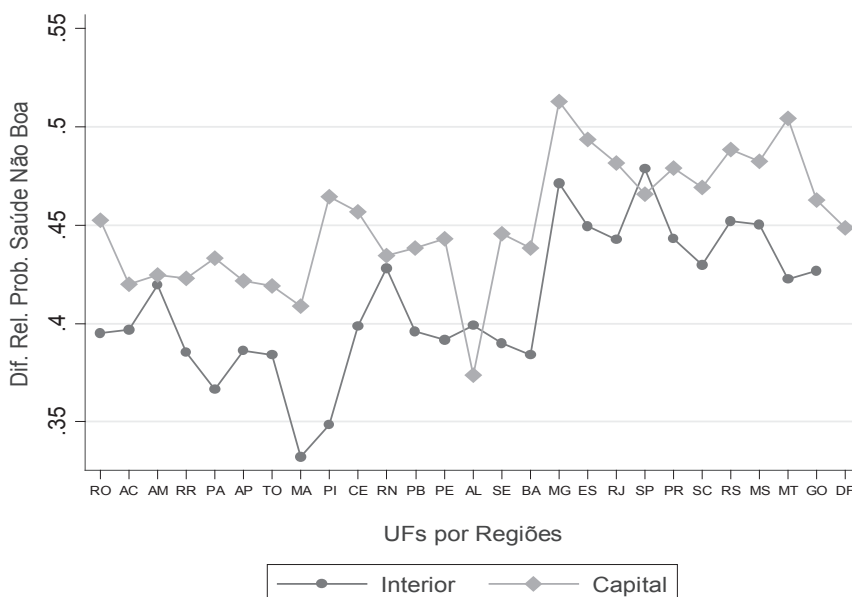
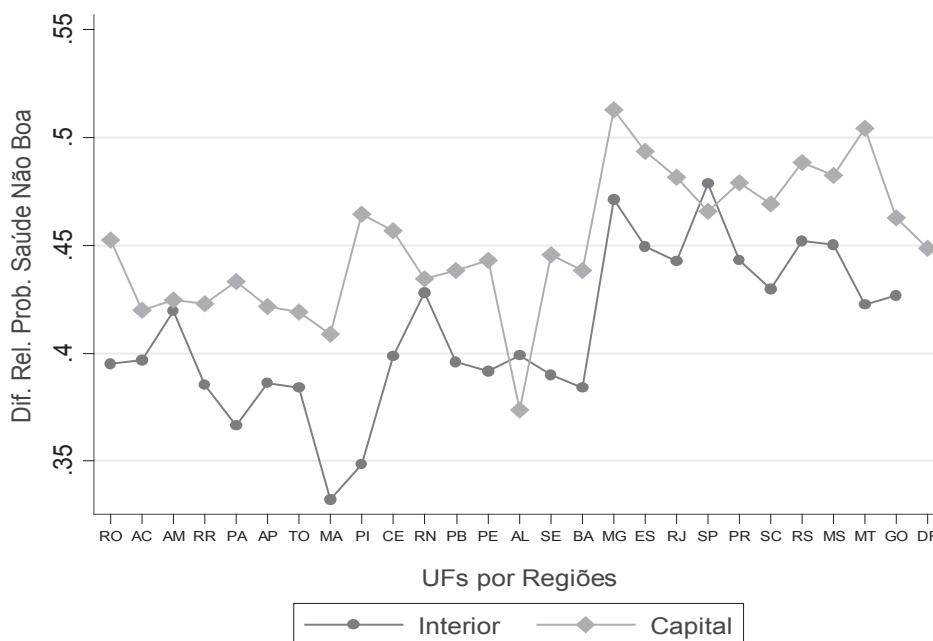


Gráfico 6 – Desvantagem relativa de saúde não boa do destituído nas UF's, Brasil, 2013



O Gráfico 6 focaliza o bloco destituído, porém no contexto de uma comparação mais global, revelando informação nova e expressiva, pois estampa a discrepância proporcional ou relativa de saúde entre o grupo destituído e todos os demais grupos cobrindo o conjunto da população investigada. Os destituídos variam de 17% em Santa Catarina a 50,4% no Piauí. Todos os contrastes de classe são estatisticamente significativos ($p < 0,001$). As discrepâncias relativas são maiores nas áreas mais desenvolvidas. O melhor patamar de saúde de todos os outros se associa com uma maior desvantagem relativa de saúde desse grande contingente de destituídos. O fato do conjunto não destituído ser uma maioria mais ampla nas áreas mais desenvolvidas pode contribuir para o resultado ao afetar o componente distributivo dos efeitos. As discrepâncias relativas são menores nas áreas menos desenvolvidas, porém afetam um conjunto muito mais amplo de destituídos.

O Gráfico 7 mostra as diferenças relativas de saúde entre as duas categorias que formam a base mais ampla da pirâmide social. Todos os contrastes de classe são estatisticamente significativos ($p < 0,001$). Destaca-se o fato de que, em quase todos os estados, os destituídos têm um excesso de saúde não boa que

ultrapassa entre 25-35% o padrão do trabalhador típico. Entre categorias da base da estrutura social as áreas mais desenvolvidas voltam a mostrar claramente maiores discrepâncias relativas. Nas regiões mais desenvolvidas uma perversa conexão assimétrica parece estar subjacente às manifestações de maiores distâncias relativas justamente num cenário em que a maioria está melhor de saúde.

O Gráfico 8 mostra a diferença relativa de saúde entre aquele sem nenhum privilégio, seja de emprego, educação e renda, e o que possui um ou mais. Todos os contrastes de classe são estatisticamente significativos ($p < 0,001$). A fronteira de privilégio foi traçada como emprego no topo social, curso superior completo e 10% mais rico. Essa comparação tem a vantagem de abarcar todos que podem ser classificados nos três critérios e, a partir daí, estabelecer um contraste com o agregado não privilegiado, cujo peso médio em todo país perfaz 78% da estrutura social. Eles variam de 71% em São Paulo a 87% no Pará, excluindo o Distrito Federal. O excedente relativo de saúde não boa desse agrupamento é maior nas regiões mais desenvolvidas. Nas capitais dessas regiões ficam acima do patamar de 70%, excetuando o Distrito Federal.

Gráfico 7 – Diferenças relativas de saúde não boa, destituído versus trabalhador, UFs, Brasil, 2013

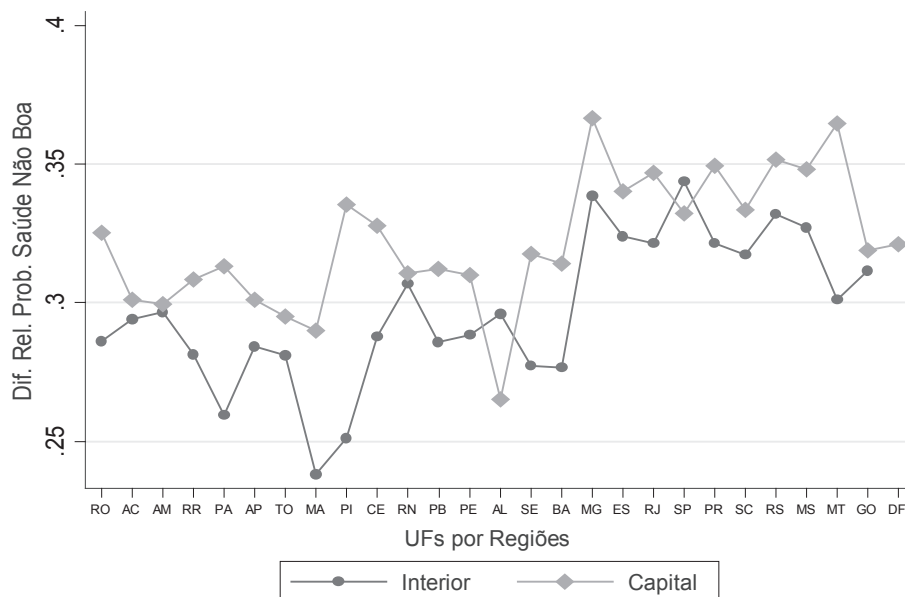
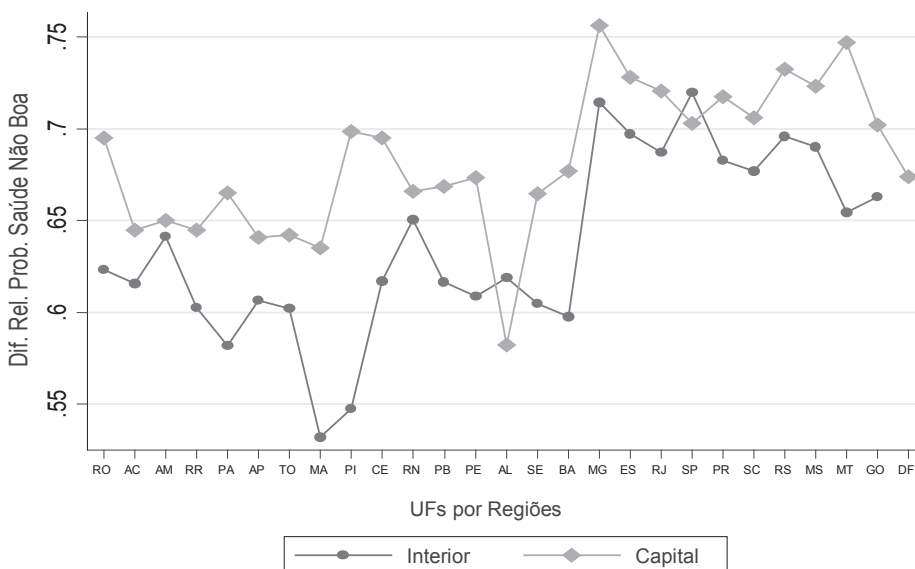


Gráfico 8 – Desvantagem relativa de saúde não boa do não privilegiado, UFs, Brasil, 2013



Nas regiões mais desenvolvidas a desigualdade relativa é maior em todos os contrastes de classe social realizados, escolhidos por critério analítico e representatividade demográfica, do destituído com o topo social, do trabalhador típico com o destituído, do destituído com o não destituído e, por fim, do privilegiado com o não privilegiado. A desigualdade

relativa revela-se mais acentuada em meio às circunstâncias mais favoráveis e incrementadoras de ganhos de saúde. Grupos privilegiados por recursos flexíveis, seletividades sociais e capacidades de ação podem oportunizar a realização de fins desejáveis quando estão em expansão as oportunidades factíveis de obter boa saúde. Além de refletir a distância que

separa os privilegiados dos demais grupos no contexto de uma sociedade desigual, o problema parece ser mais amplo e paradoxal, pois em quatro diferentes níveis e fronteiras da estrutura social ocorrem sempre desigualdades relativas maiores e marcantes entre categorias que se beneficiam de contextos menos adversos de saúde.

Discussão e considerações finais

As divisões de classe social e espaciais produzem efeitos relevantes na distribuição assimétrica da saúde. A conjugação de classe e território gera hierarquias marcantes nos níveis de saúde da população. Os contrastes são especialmente fortes entre as regiões mais e menos desenvolvidas. Localização espacial e classe social se combinam para acentuar dramaticamente as discrepâncias de saúde. A manifestação mais extrema dessa estratificação da saúde manifesta-se entre o destituído no interior do Maranhão e o topo social na capital de Minas Gerais.

Em todos os lugares considerados o topo social está em melhor situação e as categorias fora do topo em situação pior. Como regra geral, as discrepâncias relativas são maiores nas regiões mais desenvolvidas e nas capitais de todos os estados. A desigualdade relativa prepondera nas áreas mais desenvolvidas, pois a situação melhor do topo social se associa a uma maior desigualdade relativa. A questão de fundo da desigualdade relativa e da equidade manifesta-se no fato de uma vida mais saudável ficar restrita a uma minoria de 10% da população no topo social, embora esse estado de saúde alcançado represente uma situação modificável que se tornou factível pela intervenção humana.

A desigualdade absoluta é maior nas áreas menos desenvolvidas, pois a maior prevalência da situação negativa de saúde coloca as discrepâncias existentes em patamares mais altos. Onde se vive pior, a maior escala da adversidade amplifica as discrepâncias absolutas. O ônus ou fardo populacional da situação negativa de saúde se torna mais forte devido à presença mais densa nas áreas menos desenvolvidas de categorias em pior situação socioeconômica. Mais constrangimentos espaciais negativos, associados por sua vez a maior presença de categorias mais

vulneráveis, combinam-se para gerar um quadro mais adverso e comprometedor da saúde. A maior densidade dos segmentos destituídos, combinada com a maior intensidade do estado de saúde negativo deles, agravam os níveis de saúde nessas áreas.

Sabe-se que as regiões menos desenvolvidas no Brasil mostram desigualdades internas de renda bem maiores do que as demais regiões (Souza, 2013). Entretanto, em todos os contrastes estimados foram constatadas maiores desigualdades relativas de saúde nas regiões mais desenvolvidas. Os indícios são mais do que suficientes para colocar o problema da possível divergência entre a desigualdade relativa de renda e a desigualdade relativa de saúde nas regiões mais e menos desenvolvidas no Brasil, onde a maior desigualdade de renda em uma área está associada a uma menor chance do indivíduo reportar um melhor estado de saúde. Entretanto, a magnitude desse efeito é pequena (Noronha; Andrade, 2007). No entanto, a questão colocada aqui é de natureza diversa, pois diz respeito à desigualdade entre grupos e não propriamente ao nível médio de saúde encontrado. Investigações adicionais e comparativas sobre as desigualdades agregadas de renda e saúde podem lançar luz sobre a não correspondência entre as duas formas de desigualdade relativa.

As desigualdades associadas aos territórios não foram um fim em si que circunscrevesse os resultados pretendidos. Buscou-se contextualizar a relação entre classe social e saúde no sentido de se olhar para a combinação das duas divisões sociais. De maneira mais específica, procurou-se analisar as variações e convergências espaciais dessa relação focal entre classe social e saúde no Brasil. Seguiu-se um caminho pouco ou menos comum na literatura internacional, que foi a investigação das relações entre posição socioeconômica e saúde em unidades subnacionais de nível maior, como estados, diferenciados em capital e interior, com a finalidade de mensurar e entender os padrões que emergem da combinação dos dois efeitos. Ao ampliar a unidade geográfica, constatou-se que classe social gera consequências ordenadas em meio às variações territoriais de níveis de saúde associados aos lugares onde se vive. Entretanto, os ambientes espaciais possuem padrões de desigualdade de classe de saúde bastante diferenciados, que se expressam

especialmente nas divergências marcantes entre as medidas absolutas e relativas de desigualdade nas áreas mais e menos desenvolvidas.

Revelou-se marcante e reveladora a situação do não privilegiado em todos os três critérios alternativos de emprego, renda e escolaridade, cujo agrupamento abarca 78% da população estudada. O acesso a uma fonte qualquer de vantagens, seja emprego, renda ou educação, parece ser um fator decisivo para distanciar alguém do polo mais adverso. A desvantagem relativa de saúde desse agrupamento é maior nas áreas mais desenvolvidas, embora nelas ele tenha o bônus territorial de viver onde se vive melhor. Pode-se supor, então, que a ausência de recursos privilegiados faz mais falta, ou gera mais distanciamentos de quem os têm, onde justamente podem ser obtidos mais benefícios do emprego deles.

As noções e medidas relativas e absolutas são duas formas diferentes e complementares de se olhar para a desigualdade de saúde. As características e as implicações de ambas nem sempre são bem entendidas, mesmo por observadores experientes. As respostas mais inclusivas, ou menos incompletas, dependem, em parte, do adequado uso contextual dos dois ângulos. Na sociedade brasileira, as adversidades territoriais se combinam a maior densidade das categorias mais vulneráveis para impor um enorme fardo populacional de saúde nas regiões menos desenvolvidas. As discrepâncias relativas revelam que os melhores níveis de saúde em territórios menos adversos favorecem mais os grupos com recursos e capacidades de potencializar ganhos de saúde. Embora o peso dos problemas seja menos forte nas regiões mais desenvolvidas, os estratos em desvantagem ficam proporcionalmente mais retardados ou distantes daqueles que se beneficiam mais das boas circunstâncias.

Referências

- AGNEW, J. Territoriality and territory. In: JOHNSTON, R. J.; GREGORY, D.; SMITH, D. *The dictionary of human geography*. 3. ed. Oxford: Blackwell, 1998. p. 620.
- ANNANDALE, E. *The sociology of health and medicine: a critical introduction*. 2. ed. Cambridge: Polity, 2014.
- BANKS, J. et al. Disease and disadvantage in the United States and in England. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 295, n. 17, p. 2037-2045, 2006.
- BEST, H.; WOLF, C. Logistic regression. In: BEST, H.; WOLF, C. (Ed.). *The SAGE handbook of regression analysis and causal inference*. Los Angeles: Sage, 2015, p. 153-171.
- BORRELL, C. et al. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work conditions, household material standards and household labor? *Social Science & Medicine*, Amsterdam, v. 58, n. 10, p. 1869-1887, 2004.
- CARPIANO, R. M. Neighborhood disadvantage and well-being. In: COCKERHAM, W.; DINGWALL, R.; QUAH, S. *The Wiley Blackwell encyclopedia of health, illness, behavior, and society*. New Jersey: John Wiley & Sons, 2014. p. 1673-1678.
- CARPIANO, R. M.; LINK, B. L.; PHELAN, J. C. Social inequality and health: future directions of the fundamental cause explanation. In: LAREAU, A.; CONLEY, D. (Ed.). *Social class: how does it work?* New York: Russel Sage, 2008. p. 232-263.
- COCKERHAM, W. C. *Social causes of health and disease*. 2. ed. Cambridge: Polity, 2013.
- ELLAWAY, A.; MACINTYRE, S. Neighborhoods and health. In: BROWN, T.; MCLAFFERTY, S.; MOON, G. *A companion to health and medical geography*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010. p. 399-417.
- GERRING, J. *Social science methodology: a criterial framework*. 2. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2012.
- GONDIM, J. L. B.; BARRETO, F. A.; CARVALHO, J. R. Condicionantes de clubes de convergência no Brasil. *Estudos Econômicos*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 71-100, 2007.
- HOFFMANN, R.; OLIVEIRA, B. O. The evolution of income distribution in Brazil in the agricultural and the non-agricultural sectors. *World Journal of Agricultural Research*, Genebra, v. 2, n. 5, p. 192-204, 2014.

- HOUSE, J. S.; WILLIAMS, D. R. Understanding and reducing socioeconomic and racial/ethnic disparities in health. In: SMEDLEY, B. D.; SYME, L. (Ed.). *Promoting health: intervention strategies from social and behavioral research*. Washington, DC: National Academy Press, 2000. p. 81-124.
- JYLHA, M. Self-rated health and subjective survival probabilities as predictors of mortality. In: ROGERS, R. G.; CRIMMINS, E. M. (Ed.). *International handbook of adult mortality*. New York: Springer, 2011. p. 329-344.
- KRIEGER, K. *Epidemiology and the people's health: theory and context*. Oxford: Oxford University Press, 2011.
- KRIEGER, K.; WILLIAMS, D. R.; MOSS, N. E. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annual Review of Public Health*, Palo Alto, v. 18, p. 341-378, 1997.
- LEE, N. Social disadvantage and place. In: DEAN, H.; PLATT, L. (Ed.). *Social advantage and disadvantage*. Oxford: Oxford University Press, 2016. p. 304-319.
- LONG, S.; FREESE, J. *Regression models for categorical dependent variables using stata*. 3. ed. College Station: Stata Press, 2014.
- MACINTYRE, S.; ELLAWAY, A. Ecological approaches: rediscovering the role of the physical and social environment. In: BERKMAN, L. F.; KAWACHI, I. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2000. p. 332-348.
- MANOR, O.; MATTHEWS, S.; POWER, C. Dichotomous or categorical response? Analysing self-rated health and lifetime social class. *International Journal of Epidemiology*, Oxford, v. 29, n. 1, p. 149-157, 2000.
- MOOD, C. Logistic regression: why we cannot do what we think we can do, and what we can do about it. *European Sociological Review*, Oxford, v. 26, n. 1, p. 67-82, 2010.
- NORONHA, K. V. M. S.; ANDRADE, M. V. O efeito da distribuição de renda sobre o estado de saúde individual no Brasil. *Pesquisa e Planejamento Econômico*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 521-555, 2007.
- RAGIN, C. *Constructing social research*. Thousand Oaks: Pine Forge Press, 1994.
- RESENDE, G. M. et al. Fatos recentes do desenvolvimento regional no Brasil. *Texto para Discussão*, Brasília, DF, n. 2054, p. 1-64, 2015.
- ROBERT, S. A.; HOUSE, J. S. Socioeconomic inequalities in health: an enduring sociological problem. In: BIRD, C. E.; CONRAD, P.; FREMONT, A. M. *Handbook of medical sociology*. 5. ed. Upper Saddle River: Prentice Hall, 2000. p. 79-97.
- SANTOS, J. A. F. Uma classificação sócio-econômica para o Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 20, n. 58, p. 27-45, 2005.
- SANTOS, J. A. F. Comprehending the class structure specificity in Brazil. *South African Review of Sociology*, Abingdon, v. 41, n. 3, p. 24-44, 2010.
- SANTOS, J. A. F. Esquema de classe para abordar a desigualdade de saúde no Brasil. *Cadernos do Itaboraí*, Petrópolis, v. 1, n. 1, p. 39-64, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2s1ljpJ>>. Acesso em: 22 maio 2018.
- SANTOS, J. A. F. Mudanças de renda no Brasil: fatores espaciais, setoriais, educacionais e de status social. *Sociedade e Estado*, Brasília, DF, v. 30, n. 3, p. 749-772, 2015.
- SANTOS, M. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2006.
- SHAW, M. et al. *The handbook of inequality and socioeconomic position: concepts and measures*. The Policy Press: Bristol, 2007.
- SOUZA, P. H. G. F. Os efeitos das desigualdades regionais sobre a desigualdade interpessoal no Brasil, nos Estados Unidos e no México. *Texto para Discussão*, Brasília, DF, n. 1897, p. 1-44, 2013.
- SZWARCWALD, C. L. et al. Inequalities in healthy life expectancy by Brazilian geographic

regions: findings from the National Health Survey, 2013. *International Journal for Equity in Health*, London, v. 15, n. 141, p. 1-9, 2016.

TWIGG, L. Geographies of space, place, and population health. In: COCKERHAM, W.; DINGWALL, R.; QUAH, S. *The Wiley Blackwell encyclopedia of health, illness, behavior, and society*. New Jersey: John Wiley & Sons, 2014.

VIACAVA, F.; BELLIDO J. G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 351-70, 2016.

WRIGHT, E. O. *Class counts: comparative studies in class analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

Recebido: 20/11/2017

Reapresentado: 05/01/2018

Aprovado: 01/03/2018