

A RELAÇÃO ENTRE DESIGUALDADE DE RENDA, INIQUIDADES EM SAÚDE E PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NO BRASIL: UM ESTUDO DE CASO COM A TUBERCULOSE.

LUÍSA BRAGA BIANCHET
Universidade Federal do ABC (UFABC)

HENRIQUE GABRIEL GONÇALVES DE OLIVEIRA
Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

RESUMO

A análise da relação entre desigualdade de renda, iniquidades em saúde e programas de transferência de renda, com foco na tuberculose no Brasil, destaca a importância do Bolsa Família na redução da disparidade social e na saúde da população. Mostra-se que a desigualdade de renda influencia a incidência da tuberculose e como os programas de transferência de renda impactam na mortalidade pela doença. Conclui-se que intervenções contínuas em educação e saúde pública são essenciais para combater a tuberculose em todas as camadas da população, ressaltando a necessidade de políticas sociais eficazes para promover uma sociedade mais justa.

Palavras-Chaves: Desigualdade Social, Iniquidade, Saúde.

Área temática: Demografia.

Financiamento: Não houve.

1. INTRODUÇÃO

Desde a década de 2000, a desigualdade de renda no Brasil tem sido alvo constante de intervenção por parte dos governos, enquanto se mantém como fonte de insatisfação e preocupação para a população. Como resposta, têm surgido projetos de lei, incentivos e políticas públicas, como o Bolsa Família, destinados a combater ou mitigar essa disparidade. Essas iniciativas resultaram em melhorias consideráveis em diversos indicadores do país, como revela o relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de 2017, que examina a evolução dos indicadores brasileiros de 1950 a 2015. No referido documento, é notável a redução da taxa de mortalidade, o aumento da expectativa de vida, o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) per capita e o incremento na média de anos de escolaridade.

Em 2010, a desigualdade na distribuição da renda per capita já era elevada. A parcela de renda apropriada pelos 50% mais pobres era ligeiramente maior que a parcela apropriada pelo 1% mais rico (Barros *et al.* 2010). A queda da desigualdade de renda entre 2001 e 2007, com o menor valor atingido em 2005, diminuiu substancialmente a pobreza e melhorou as condições de vida da população mais pobre (Araújo e Marinho, 2015).

O coeficiente de Gini mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda familiar per capita. Em 2008 o Bolsa Família beneficiou, mensalmente, 10.830.580 famílias no Brasil. O programa beneficia famílias cuja renda familiar per capita seja inferior a R\$60,00 mensais e famílias de gestantes, crianças e adolescentes de até 15 anos cuja renda per capita seja inferior a R\$120,00.

A desigualdade de renda é um problema central enfrentado por um país, pois ela se configura como um grande empecilho ao desenvolvimento econômico sustentado de uma nação. A desigualdade de renda impede o acesso aos bens e serviços de forma equitativa, prejudicando uma parcela considerável dos habitantes de uma nação ao limitar uma melhora na qualidade de vida da população. As principais variáveis que demonstram o impacto na desigualdade de renda brasileira são tributos, educação e programas de transferência de renda (Da Silva 2022).

Desde 2014, o Brasil tem enfrentado uma profunda crise econômica. Apesar da lenta e singela recuperação entre 2017 e 2019, com taxas de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) maiores que 1%, o país permanece em processo de recuperação. As crises econômica, social, sanitária e humanitária que ocorreram no globo em decorrência da pandemia Covid-19, piorou a situação da economia brasileira que mergulhou em profunda depressão econômica (Da Silva, 2022).

Em 2018, o Brasil alcançou o recorde na concentração de renda. Neste ano, o rendimento médio real mensal recebido pela parcela de 1% dos mais ricos da população brasileira, que recebia em média R\$27.744,00 correspondia a 33,8 vezes o rendimento da metade (50%) da população mais pobre do Brasil, que ganhava em média R\$820. Segundo o IBGE, em 2019 essa proporção passou a ser de 33,7 vezes (Da Silva, 2022).

Apenas em 2020, o 1% mais rico da população brasileira acumulou, em média, 23% da renda nacional. Além disso, os 5% mais ricos do país, apropriam-se da mesma fatia de renda que os 95% mais pobres. O índice ou coeficiente de Gini é uma proxy da desigualdade de renda e aponta a diferença entre os rendimentos per capita dos menos favorecidos e dos mais ricos de uma população. O Brasil, em 2016, apresentou o 3º pior índice de Gini da América Latina e do Caribe, 0,537 (Da Silva, 2022).

De 2015 a 2018, ambos os índices demonstraram aumento da desigualdade de renda no Brasil e, em 2019, ambos apresentaram uma queda considerável. “*Essa diminuição é reflexo dos efeitos das políticas públicas sociais de renda (nesse caso, o auxílio emergencial) que garantiram uma relativa sustentação da renda dos domicílios brasileiros*” (p. 23). Em 2019, o Brasil foi denominado pelo Relatório da Desigualdade Global, produzido pela Escola de

Economia de Paris, como o país democrático mais desigual do mundo, em termos de concentração de renda no topo da pirâmide (Da Silva, 2022).

A desigualdade de renda corrente está diretamente relacionada com outros problemas sérios, como violência, aumento da criminalidade, carência de saúde e de educação, menor expectativa de vida da população, pobreza extrema, entre outros (Da Silva, 2022).

Este trabalho busca analisar se existe uma relação condicional entre os níveis de desigualdade de renda e socioeconômica no Brasil e o acesso aos serviços de saúde. Caso essa relação exista, pretende-se entender como ela se manifesta na realidade brasileira. O objetivo geral é determinar se a relação condicional entre essas variáveis é real. Os objetivos específicos incluem: analisar a relação entre desigualdade de renda e mortalidade por doenças no Brasil; examinar o acesso e a estrutura dos sistemas de saúde público e privado entre os mais pobres e os mais ricos; identificar e discutir iniquidades em saúde no Brasil; realizar um estudo de caso sobre infecção e mortalidade causadas pela tuberculose; e mensurar qualitativa e quantitativamente a relação entre desigualdades de renda e socioeconômicas e o acesso aos serviços de saúde. A hipótese principal é que existe uma relação condicional entre essas variáveis, refletindo no cenário brasileiro de desigualdades e iniquidades em saúde, especialmente entre as populações periféricas e de baixa renda.

2. DESIGUALDADES E INIQUIDADES

Pobreza e desigualdade de renda são conceitos interligados que representam desafios socioeconômicos complexos e multifacetados. A pobreza, definida pela privação de recursos básicos, como moradia, alimentação, saúde e educação, pode ser medida por linhas de pobreza que variam de acordo com o contexto e o custo de vida. Por outro lado, a pobreza multidimensional, que vai além da falta de renda, considera diversas dimensões da vida humana, como acesso à saúde, educação, moradia digna e participação social e política (Crespo, 2002).

A desigualdade de renda, por sua vez, diz respeito à distribuição desigual da renda em uma sociedade, manifestando-se na concentração de recursos em determinados grupos. Embora a pobreza de renda seja uma medida unidimensional, a pobreza multidimensional captura a complexidade da pobreza real ao considerar várias privações simultâneas, como acesso limitado a serviços essenciais (Crespo, 2002).

Essa abordagem multidimensional da pobreza destaca a importância de políticas públicas que visem não apenas o aumento da renda, mas também o acesso a uma gama de serviços e oportunidades necessárias para uma vida plena e produtiva (Crespo, 2002). A desigualdade de renda contribui para a pobreza multidimensional ao limitar o acesso a recursos e oportunidades fundamentais. No entanto, a pobreza multidimensional reconhece que desigualdades não monetárias, como acesso desigual à educação e saúde, também exacerbam a condição de pobreza (Crespo, 2002).

A relação entre disparidades socioeconômicas e acesso à saúde é complexa e demanda uma análise crítica. Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são fatores interligados à organização social, às condições de vida e trabalho que influenciam diretamente a saúde da população (Buss e Pellegrini, 2007). As iniquidades em saúde diferem das simples desigualdades por incorporarem a dimensão da justiça social, apontando para diferenças injustas e evitáveis que requerem intervenção (Buss e Pellegrini, 2007).

O acesso à saúde é um conceito multidimensional que abrange disponibilidade, capacidade de pagamento, informação e aceitabilidade. Entender esses conceitos é crucial para analisar as desigualdades e iniquidades em saúde, que muitas vezes resultam de fatores sociais e econômicos desiguais e exigem políticas públicas adequadas para serem revertidas (Sanchez e Ciconelli, 2012).

Entre 1990 e 2009, a taxa de pobreza brasileira caiu de 41,92 para 11,60 como resultado das importantes mudanças sociais. Pode-se observar essa mudança nos indicadores epidemiológicos que, na realidade, antecedem as melhoras nos índices de pobreza brasileiros. De 1950 a 2010, a taxa de mortalidade infantil reduziu de 135 mil mortes por mil nascidos vivos para 20. Na mesma tendência, a expectativa de vida ao nascer aumentou de 50 para 73 anos (Gragnotati *et al.* 2011 *apud* Andrade *et al.* 2013).

Essas mudanças podem ser compreendidas associadas ao contexto das políticas macroeconômicas, através do controle inflacionário e da estabilização da economia, e ao contexto institucional que priorizou as políticas sociais ao final dos anos 1990 e na primeira década dos anos 2000. Os programas de transferência de renda, a expansão da cobertura escolar e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) são as principais políticas sociais que permitiram os resultados positivos (Victora *et al.* 2011; Guanais 2010 *apud* Andrade *et al.* 2013).

O SUS foi criado em 1988 e possibilitou ao estado brasileiro a responsabilidade pela oferta e financiamento de todos os serviços de saúde. “*De acordo com o princípio de equidade, o acesso aos serviços de saúde deve ocorrer de acordo com a necessidade de cuidados independentemente da condição socioeconômica dos indivíduos*” (p. 624). O estudo encontrou que a desigualdade social no acesso aos serviços de saúde foi maior para os indivíduos sem plano de saúde e com menor nível socioeconômico (Andrade *et al.* 2013).

A pesquisa também destaca a importância do PSF para a redução da desigualdade no acesso aos cuidados de saúde, especialmente entre os mais pobres. A cobertura do PSF é maior para os indivíduos de baixa renda e sem plano de saúde, mostrando a focalização do programa para atender essa população. Os autores concluem que o Brasil tem feito progressos na redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, principalmente na área do cuidado primário, impulsionado pelo aumento da cobertura do SUS e do PSF (Andrade *et al.* 2013).

Ao analisar a relação entre os níveis de desigualdade de renda e socioeconômica e o acesso aos serviços de saúde no Brasil, o artigo identifica que os indivíduos de menor renda têm maior dificuldade para acessar os serviços de saúde. Também, evidencia a influência da desigualdade de renda e socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil. O sistema de saúde brasileiro, com sua estrutura mista (SUS e planos de saúde privados), apresenta desafios para garantir a equidade no acesso, principalmente para os indivíduos de menor renda, que se concentram em grupos sem plano de saúde (Andrade *et al.* 2013).

A análise deste artigo contribui para o entendimento da complexa relação entre a desigualdade de renda e socioeconômica e o acesso à saúde no Brasil. A pesquisa destaca a necessidade de políticas públicas que promovam a equidade no acesso aos serviços de saúde, com foco na ampliação da cobertura do SUS e no aprimoramento da gestão do sistema de saúde, de forma a garantir que todos os brasileiros tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade, independentemente de sua condição socioeconômica (Andrade *et al.* 2013).

Percebe-se uma persistência das desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil, mesmo após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que visa promover a universalização e equidade dos serviços de saúde no país. Usuários do SUS (Sistema Único de Saúde) apresentaram menores porcentagens de avaliações "boas" em comparação aos que pagaram pelos serviços de forma direta ou via planos de saúde, em todos os aspectos avaliados. Evidências de que as desigualdades em saúde devem ser consideradas para subsidiar políticas públicas que atendam às necessidades reais da população e combatam a exclusão social (Szwarcwald *et al.* 2015).

O estudo identificou um gradiente social significativo na autoavaliação de saúde, indicando que pessoas de classes socioeconômicas mais baixas relataram piores condições de saúde em comparação com aquelas de classes mais altas. Isso sugere que desigualdades de

renda e status socioeconômico influenciam diretamente a percepção e realidade da saúde dos indivíduos (Szwarcwald *et al.* 2015).

Mulheres com menor escolaridade e renda apresentam menores taxas de cobertura desses exames, demonstrando que o acesso aos serviços preventivos de saúde é condicionado pela posição socioeconômica. A avaliação dos serviços de saúde também revelou desigualdades significativas. Usuários do SUS, que em geral pertencem a classes socioeconômicas mais baixas, relataram menores porcentagens de avaliações "boas" em comparação com aqueles que pagaram diretamente ou através de planos de saúde privados. Isso sugere que a qualidade percebida dos serviços de saúde é inferior para grupos socioeconomicamente desfavorecidos, condicionando negativamente seu acesso a cuidados de saúde de qualidade (Szwarcwald *et al.* 2015).

O estudo discute a necessidade de políticas públicas que abordem essas desigualdades para promover um sistema de saúde mais equitativo. A evidência de desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde reforça a ideia de que há uma relação de condicionalidade, onde fatores socioeconômicos e de renda determinam o nível de acesso e qualidade dos serviços de saúde recebidos pela população (Szwarcwald *et al.* 2015).

O artigo demonstra claramente que existem desigualdades significativas no acesso aos serviços de saúde no Brasil, condicionadas por fatores de renda e status socioeconômico. Estas desigualdades afetam tanto a percepção da saúde quanto a utilização e avaliação dos serviços de saúde, confirmando uma relação de condicionalidade entre a posição socioeconômica e o acesso aos cuidados de saúde (Szwarcwald *et al.* 2015).

Os resultados indicam uma redução significativa da pobreza (15%) e da extrema pobreza (25%) devido ao PBF. Também houve uma redução na desigualdade medida pelo Índice de Gini entre 2001 e 2015. Apesar dos impactos positivos, o baixo valor das transferências é visto como um limitador da eficácia do programa. O PBF é um programa federal de transferência de renda criado pela Lei 10.836/2004. Objetiva melhorar as condições de vida das famílias pobres e extremamente pobres. A seleção das famílias é baseada no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. O programa impõe condicionalidades como vacinação e acompanhamento de saúde para crianças e gestantes, e matrícula e frequência escolar para crianças e adolescentes (Silva, Hazenclever e Soares, 2022).

A origem da proteção social no Brasil remonta à Lei Eloy Chaves de 1923. Evolução significativa com a Constituição de 1988, que consolidou direitos para trabalhadores rurais, idosos e deficientes. O PBF, criado em 2004, consolidou programas de transferência de renda existentes como Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio Gás, e Cartão Alimentação. Oferece benefícios básicos para famílias em extrema pobreza e benefícios variáveis para aquelas com crianças e adolescentes. Criou o Benefício Variável Vinculado ao Adolescente (BVJ) e o Benefício de Superação da Extrema Pobreza (BSP). Desde sua implementação, observou-se redução no trabalho infantil e melhoria no acesso ao ensino. Gráficos demonstram a redução da pobreza extrema e pobreza devido às transferências do PBF. Impacto mais significativo nas camadas mais pobres, evidenciado pela redução das taxas de pobreza extrema e geral (Silva, Hazenclever e Soares, 2022).

O PBF impõe condicionalidades específicas para as famílias beneficiárias, como a vacinação e o acompanhamento de saúde para crianças e gestantes, e a matrícula e frequência escolar para crianças e adolescentes. Essas condicionalidades estão diretamente ligadas ao acesso aos serviços de saúde, sugerindo que o programa utiliza a transferência de renda como uma ferramenta para garantir que as famílias acessem serviços básicos de saúde. O cumprimento das condicionalidades relacionadas à saúde, como a vacinação e os exames médicos regulares, implica um aumento no acesso aos serviços de saúde para as famílias beneficiadas. Isto é particularmente relevante para as famílias em situação de pobreza extrema,

que, sem o programa, poderiam não ter condições de garantir esses cuidados de saúde (Silva, Hazenclever e Soares, 2022).

Ao reduzir a pobreza e extrema pobreza, o PBF contribui indiretamente para melhorar o acesso aos serviços de saúde. Famílias com melhores condições econômicas têm mais recursos para cuidar da saúde, mesmo que o valor das transferências seja limitado. A melhoria nas condições de vida das famílias beneficiárias facilita a adesão às condicionalidades e, conseqüentemente, ao acesso aos serviços de saúde. Estudos e dados indicam melhorias em indicadores de saúde infantil, como a redução da mortalidade infantil e a melhoria no estado nutricional das crianças. Esses resultados refletem o impacto positivo das condicionalidades do PBF na saúde das famílias beneficiadas, evidenciando a relação entre renda, condições socioeconômicas e acesso à saúde (Silva, Hazenclever e Soares, 2022).

O PBF, apesar de inicialmente pensado como transitório, se tornou uma política permanente, com um número crescente de beneficiários, principalmente após a pandemia da COVID-19. O perfil dos beneficiários sofreu mudanças significativas: maior participação de mulheres. Aumento da participação dos beneficiários das regiões Norte e Sudeste. Predomínio de beneficiários em áreas urbanas. Envelhecimento da população beneficiária. Aumento da participação de beneficiários com nível de instrução mais elevado. O aumento da participação de indivíduos com nível superior no PBF indica um problema de fragilidade social e falta de oportunidades para essa população. A pandemia e as políticas emergenciais de renda demonstraram a fragilidade do sistema de proteção social brasileiro, especialmente em relação à capacidade de garantir renda para a população (Lima, 2023).

O PBF tem se mostrado um programa importante no combate à pobreza, mas enfrenta desafios para garantir sua natureza transitória e se tornar um instrumento de ascensão social para os beneficiários. As mudanças no perfil dos beneficiários, especialmente o aumento do número de indivíduos com nível de escolaridade mais elevado, exigem uma reavaliação do papel do programa. A discussão sobre a Renda Básica Universal no Brasil é cada vez mais relevante (Lima, 2023).

O artigo de Ribeiro e Bagolin (2023) é uma contribuição importante para o debate sobre a desigualdade de renda no Brasil, especialmente no contexto da pandemia de Covid-19. A desigualdade de renda se intensificou no Brasil durante a pandemia (Ribeiro e Bagolin, 2023).

O artigo destaca a persistência da pobreza e da vulnerabilidade social no Brasil, mesmo com a redução da desigualdade. Indivíduos em situação de pobreza tendem a ter menor acesso a serviços de saúde e maior vulnerabilidade a doenças. Os programas de transferência de renda analisados no artigo (BPC e PBF) podem ter impactos indiretos no acesso à saúde, ao aumentar a renda das famílias mais pobres. Isso pode permitir a elas custear despesas com saúde, como consultas médicas e medicamentos. O artigo menciona a influência do mercado de trabalho na desigualdade de renda. A disparidade de salários e as condições de trabalho podem afetar a saúde dos trabalhadores, contribuindo para uma relação de condicionalidade entre renda e saúde (Martins, 2011).

3. A RELAÇÃO ENTRE DESIGUALDADE SOCIOECONÔMICA E SAÚDE NO BRASIL

Os índices de concentração e desigualdade revelam a presença inequívoca de desigualdades na saúde que favorecem os indivíduos de camadas socioeconômicas mais elevadas. A escolha da renda como variável definidora da condição socioeconômica indica, sistematicamente, a presença de desigualdades na saúde ligeiramente superiores àquelas encontradas com a utilização das despesas familiares (Diaz, 2003).

O estudo aponta para a existência de disparidades significativas, especialmente entre as regiões Nordeste e Sudeste, e destaca o papel do PSF na promoção da equidade. O artigo de Diaz (2003) auxilia a responder à pergunta de se há uma relação de condicionalidade entre as

desigualdades de renda e socioeconômicas brasileiras e o acesso aos serviços de saúde, mas com algumas ressalvas. O artigo demonstra, com base no Índice de Concentração, a existência de desigualdades socioeconômicas no acesso à saúde no Brasil, evidenciando que indivíduos de camadas socioeconômicas mais elevadas tendem a ter melhor autoavaliação do estado de saúde (Diaz, 2003).

A padronização da variável "saúde" por idade e sexo revela que as desigualdades socioeconômicas são maiores quando se consideram os efeitos demográficos. Ou seja, as desigualdades "cruas" podem esconder níveis mais elevados de iniquidades "evitáveis". O artigo sugere que sim, existe uma relação de condicionalidade entre as desigualdades de renda e socioeconômicas e o acesso à saúde no Brasil. A pior autoavaliação do estado de saúde por parte dos indivíduos de classes socioeconômicas mais baixas, especialmente quando se considera a renda, indica que a saúde é condicionada ao nível socioeconômico (Diaz, 2003).

O Programa Bolsa Família, ao impor condicionalidades para a transferência de renda, garante que as famílias beneficiárias tenham acesso a serviços de saúde essenciais. Esse mecanismo de condicionalidade é uma estratégia crucial para melhorar os indicadores de saúde entre as populações mais vulneráveis, demonstrando que a redução das desigualdades de renda está diretamente ligada à melhoria no acesso aos serviços de saúde (Silva, Hazenclever e Soares, 2022).

O artigo indica um aumento da vulnerabilidade social no Brasil, especialmente após a pandemia. Essa vulnerabilidade pode ter impacto direto no acesso à saúde, já que indivíduos em situação de pobreza e extrema pobreza tendem a ter menor acesso aos serviços de saúde. A crescente necessidade de programas de transferência de renda como o PBF demonstra a necessidade de políticas públicas que garantam um mínimo de segurança econômica para a população, o que pode ser um fator importante para melhorar o acesso à saúde. A análise do perfil socioeconômico dos beneficiários do PBF evidencia a persistência da desigualdade social no Brasil, principalmente em relação à raça e ao gênero. Essa desigualdade também se reflete no acesso à saúde, uma vez que grupos marginalizados socialmente tendem a ter menor acesso aos serviços de saúde de qualidade (Lima, 2023).

A pesquisa destaca a importância do Auxílio Emergencial na redução da desigualdade em 2020, mas também aponta para a necessidade de políticas sociais mais estruturadas e eficazes para garantir a proteção social da população e promover uma sociedade mais justa e igualitária. A pandemia intensificou a crise econômica brasileira, com impactos negativos sobre os rendimentos das famílias, especialmente para as mais pobres. Essa vulnerabilidade pode ter impacto direto no acesso à saúde, já que indivíduos em situação de pobreza e extrema pobreza tendem a ter menor acesso aos serviços de saúde. O papel do AE na manutenção da renda durante a pandemia, o que pode ter contribuído para reduzir a vulnerabilidade da população e, conseqüentemente, ter impacto positivo no acesso à saúde. A desigualdade de renda se intensificou no Brasil durante a pandemia, o que, em conjunto com as informações sobre a vulnerabilidade das famílias mais pobres, reforça a ideia de que as disparidades socioeconômicas se refletem no acesso à saúde (Ribeiro e Bagolin, 2023).

Os programas de transferência de renda condicionada (PTRC) têm uma relação significativa com a saúde pública, especialmente em contextos de pobreza e vulnerabilidade. Estes programas vinculam a concessão de benefícios monetários ao cumprimento de certas condições, geralmente relacionadas à saúde e à educação, visando melhorar a qualidade de vida dos beneficiários. O Bolsa Família, por exemplo, condiciona o benefício à vacinação infantil e visitas regulares ao médico, além da frequência escolar. Este programa teve um impacto substancial na redução da mortalidade infantil e na melhoria da nutrição e da saúde das crianças (Froner, 2023).

O Programa Bolsa Família (PBF) foi implementado no Brasil com o objetivo principal de combater a pobreza e a desigualdade social por meio de transferências monetárias

condicionadas (CCT). Este programa é inspirado no Progres (posteriormente chamado Oportunidades/Próspera) do México e busca não apenas aliviar a pobreza imediata, mas também promover melhorias no capital humano das gerações futuras, com um foco especial na educação e saúde. Por exemplo, o PBF tem sido eficaz na redução da mortalidade infantil, principalmente em decorrência de causas relacionadas à pobreza, como desnutrição e doenças infecciosas. Estudos apontam que o aumento no acesso a serviços de saúde e a melhores condições nutricionais, proporcionado pelo programa, tem sido crucial para essa melhoria (Froner, 2023).

Um dos requisitos para a continuidade do recebimento do benefício é a adesão a um calendário de saúde, incluindo a vacinação infantil e visitas regulares a unidades de saúde. Este monitoramento frequente tem levado a um aumento significativo no uso de serviços de saúde preventivos, resultando em diagnósticos precoces e tratamentos mais eficazes para várias condições de saúde (Froner, 2023).

A tuberculose (TB) foi mais prevalente em indivíduos do sexo masculino, especialmente aqueles com baixos níveis de escolaridade. A faixa etária mais afetada foi de 20 a 29 anos, com destaque para a região Sudoeste, especialmente na cidade de São Paulo. Pacientes com idades entre 20 e 29 anos apresentaram o maior número de casos novos. Pacientes analfabetos com idades entre 30 e 39 anos apresentaram uma alta prevalência de TB. A relação entre sexo e escolaridade mostrou maior prevalência entre homens analfabetos (Fontes *et al.*, 2019).

O estudo conclui que, apesar dos esforços e do incremento na atenção à saúde, a prevalência da tuberculose ainda é alta, especialmente entre homens com menor nível de escolaridade. O abandono do tratamento da tuberculose é um desafio significativo que compromete o controle da doença. Fatores que contribuem para esse abandono incluem a falta de informação sobre a doença, o uso de álcool e drogas ilícitas, barreiras sociais e econômicas, e problemas com os medicamentos utilizados (Fontes *et al.*, 2019).

A tuberculose está fortemente relacionada à pobreza, com indivíduos de baixa renda tendo menos acesso à informação e serviços de saúde. Isso é agravado por condições de vida precárias, como falta de alimentação adequada e água potável, que aumentam a suscetibilidade à doença. A taxa de cura da tuberculose foi menor entre a população negra em comparação com a população branca. Além disso, o abandono do tratamento foi mais elevado entre as populações preta e parda. A prevalência da doença foi maior entre homens analfabetos, evidenciando uma correlação entre baixa escolaridade e incidência de tuberculose. O coeficiente de mortalidade por tuberculose no Brasil apresentou uma redução de 15,4% entre 2006 e 2015, passando de 2,6 para 2,2 por 100 mil habitantes. Apesar dessa redução, a tuberculose continua a ser uma causa significativa de morte no país, com aproximadamente 70 mil novos casos e 4,6 mil mortes por ano (Fontes *et al.*, 2019).

A maioria dos casos de TB no Brasil se concentra nas regiões Sudeste, Nordeste e Norte, áreas com maior histórico de vulnerabilidade social e desigualdade de renda. A Região Sudeste, por exemplo, apresentou o maior número de casos, o que pode ser explicado por fatores como a grande concentração urbana, a precariedade das condições de moradia e o acesso desigual aos serviços de saúde. Outro ponto crucial destacado no perfil epidemiológico é a maior prevalência da doença em indivíduos do sexo masculino, especialmente na faixa etária entre 20 e 39 anos. Essa tendência se repete em diversos estudos e pode estar relacionada a fatores como a maior exposição a ambientes de trabalho com aglomeração de pessoas, a maior vulnerabilidade a comportamentos de risco e a menor busca por cuidados de saúde (Macêdo Junior *et al.*, 2022).

A TB é uma doença que se prolifera em ambientes insalubres e de extrema pobreza, agravando ainda mais as iniquidades em saúde. As regiões com maior concentração de pobreza

tendem a apresentar os maiores índices de contágio, o que demonstra a estreita relação entre a doença e a desigualdade social (Macêdo Junior et al. 2022).

O perfil epidemiológico da tuberculose (TB) no Brasil sofreu alterações significativas durante a pandemia da COVID-19. Redução da prevalência: A prevalência de casos de TB apresentou uma redução geral de 11,53% entre 2018 e 2021, com quedas mais acentuadas nos anos de 2020 e 2021. Essa diminuição pode estar associada às medidas de prevenção da COVID-19, como o uso de máscaras e a redução de aglomerações. A pesquisa aponta para a possibilidade de subnotificações durante a pandemia, devido ao colapso do sistema de saúde e a menor procura por serviços de saúde em geral. Apesar da redução nos casos, os padrões demográficos da TB mantiveram-se, com maior prevalência em homens, na faixa etária de 20 a 39 anos e em indivíduos pardos (Vieira Dias Sousa, 2023).

A pandemia da COVID-19, com suas medidas de distanciamento social e a priorização do atendimento aos casos de coronavírus, teve um impacto significativo no controle da TB. As medidas de higiene e isolamento, embora benéficas para a redução da transmissão da COVID-19, também podem ter contribuído para a queda nos casos de TB, mas com o risco de subnotificação. A desatenção a outras doenças, como a TB, devido ao foco na COVID-19, pode ter gerado um aumento de casos não diagnosticados e, conseqüentemente, a subnotificação (Vieira Dias Sousa, 2023).

O Brasil, apesar de ter um sistema de saúde universal, o SUS, enfrenta desafios sérios em relação à equidade no acesso aos serviços de saúde. A desigualdade de renda e socioeconômica, intrinsecamente ligada a fatores como raça, gênero e local de moradia, impacta diretamente a saúde da população, criando um ciclo vicioso de vulnerabilidade e precarização. A tuberculose (TB), doença historicamente presente no país, serve como um estudo de caso crucial para analisar essa relação condicional entre a disparidade social e o acesso à saúde, revelando as fragilidades e injustiças do sistema (Ministério da Saúde, 2021).

A tuberculose (TB) é um exemplo contundente de como as desigualdades sociais se manifestam em iniquidades em saúde. O documento analisado, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), revela que a doença está profundamente enraizada na pobreza e na má distribuição de renda (Ministério da Saúde ano?). O PNCT, apesar de visar o acesso universal, é estruturado em torno de municípios prioritários, o que reflete a priorização de recursos para áreas com maior carga da doença e, conseqüentemente, maior índice de pobreza. A procura por atendimento é condicionada a fatores socioeconômicos, como a possibilidade de se deslocar até uma unidade de saúde, a disponibilidade de tempo para acompanhamento e a ausência de estigma social (Buss e Pellegrini, 2007).

O estudo de caso da TB evidencia a necessidade de ações integradas que promovam a equidade em saúde, combatendo as desigualdades sociais e garantindo o acesso universal a serviços de qualidade. A erradicação da TB no Brasil exige uma mudança de paradigma, com investimentos em políticas públicas que reduzam a pobreza, promovam a inclusão social e garantam o direito à saúde para todos, independentemente de sua condição socioeconômica.

O caso da tuberculose (TB) no Brasil ilustra como os conceitos de acesso (Sanchez e Ciconelli, 2012) se relacionam com as desigualdades e iniquidades em saúde. A TB tem maior prevalência em regiões com menor disponibilidade de serviços de saúde de qualidade e em áreas de difícil acesso geográfico. A pobreza e a desigualdade de renda influenciam a capacidade de pagar por tratamentos, medicamentos e outros serviços de saúde, aumentando o risco de abandono do tratamento da TB. A falta de informação sobre a TB, seus sintomas e tratamento pode levar ao diagnóstico tardio e à proliferação da doença. O estigma social associado à TB pode dificultar a procura por atendimento, a adesão ao tratamento e a integração social dos pacientes. O caso da tuberculose é um exemplo contundente de como a desigualdade social impacta a saúde da população e reitera a necessidade de ações integradas que combatam as raízes sociais das doenças.

Para analisar como a renda, a desigualdade e a participação em programas como o Programa Bolsa Família (PBF) influenciam o acesso aos serviços de saúde no Brasil, é essencial considerar vários aspectos: a disponibilidade dos serviços, a utilização desses serviços, e o impacto das políticas de transferência de renda. Famílias com maior renda podem arcar com custos de transporte para acessar serviços de saúde, pagar por medicamentos e tratamentos que não estão disponíveis no sistema público, e utilizar serviços privados ou planos de saúde. Educação e Informação: Pessoas com maior renda geralmente têm melhor acesso à educação e, conseqüentemente, mais informações sobre a importância da saúde preventiva e os serviços disponíveis, o que influencia positivamente a utilização dos serviços de saúde. A desigualdade socioeconômica pode levar à concentração de serviços de saúde de alta qualidade em áreas mais ricas, exacerbando a disparidade no acesso entre diferentes grupos socioeconômicos. Desigualdades socioeconômicas criam barreiras ao acesso, como a distância até as unidades de saúde, custo do transporte, e falta de flexibilidade no trabalho para comparecer a consultas médicas. Grupos socioeconômicos mais baixos tendem a utilizar menos serviços de saúde preventiva devido à falta de recursos financeiros e de informação, resultando em piores indicadores de saúde. O PBF, ao impor condicionalidades de saúde como vacinação e acompanhamento pré-natal, pode incentivar o governo a melhorar a infraestrutura de saúde em áreas pobres para garantir que os beneficiários possam cumprir essas exigências. Em algumas regiões, o PBF é complementado por programas locais de saúde que visam aumentar a disponibilidade de serviços de saúde nas comunidades mais vulneráveis. Condicionalidades de Saúde: As condicionalidades do PBF exigem que as famílias beneficiárias utilizem serviços de saúde para manterem-se no programa. Isso aumenta a utilização desses serviços, especialmente para cuidados preventivos, como vacinação e consultas de pré-natal. A transferência de renda do PBF pode aliviar algumas barreiras financeiras ao acesso aos serviços de saúde, permitindo que as famílias utilizem mais serviços médicos e comprem medicamentos.

A renda, a desigualdade socioeconômica e a participação em programas de transferência de renda como o PBF têm uma influência significativa no acesso aos serviços de saúde no Brasil. Enquanto a renda e a desigualdade socioeconômica criam barreiras estruturais e financeiras ao acesso e à utilização dos serviços de saúde, programas como o PBF ajudam a mitigar essas barreiras ao impor condicionalidades que promovem o uso dos serviços de saúde e ao proporcionar recursos financeiros adicionais às famílias pobres.

A tuberculose (TB) é uma doença que, apesar dos avanços no tratamento e controle, continua a ser um problema de saúde pública significativo no Brasil, particularmente entre as populações mais vulneráveis. A tuberculose é mais prevalente em áreas com habitação precária, superlotação e falta de ventilação adequada. Essas condições facilitam a transmissão da doença. A falta de acesso ao saneamento básico e à água potável contribui para um ambiente onde doenças infecciosas. Populações em áreas rurais ou favelas urbanas frequentemente enfrentam dificuldades no acesso aos serviços de saúde, incluindo diagnóstico e tratamento da TB. Isso pode resultar em diagnósticos tardios e tratamento inadequado, aumentando a propagação da doença.

A pobreza está fortemente associada à tuberculose. Pessoas em situação de pobreza têm maior probabilidade de sofrer de desnutrição, viver em condições de superlotação e ter acesso limitado aos serviços de saúde. Níveis mais baixos de educação estão correlacionados com um menor conhecimento sobre a doença, suas formas de prevenção e a importância do tratamento completo.

Estudos têm demonstrado que a incidência e mortalidade por tuberculose são significativamente mais altas em regiões com maior índice de pobreza e desigualdade social. Políticas públicas e programas específicos, como o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, têm sido implementados para combater a TB, mas a eficácia desses programas

pode ser limitada pela desigualdade social. A cobertura e a eficácia dos programas variam, muitas vezes sendo menores nas áreas mais pobres.

Nas favelas urbanas, a alta densidade populacional e as condições de vida insalubres facilitam a propagação da TB. Moradores de favelas enfrentam barreiras significativas para acessar diagnósticos precoces e tratamentos adequados. Populações indígenas e rurais frequentemente residem longe dos centros de saúde, enfrentando desafios logísticos para obter tratamento. Essas populações também podem enfrentar discriminação e negligência, resultando em cuidados inadequados e maior vulnerabilidade à TB.

A tuberculose no Brasil é uma doença que reflete e amplifica as desigualdades sociais. O combate eficaz à TB exige não apenas intervenções médicas, mas também políticas sociais abrangentes que abordem as condições de vida, a pobreza e a desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Há uma relação de condicionalidade clara entre as desigualdades de renda e socioeconômicas e o acesso aos serviços de saúde no Brasil. Essa relação se manifesta de várias maneiras, influenciando tanto a disponibilidade quanto a utilização dos serviços de saúde.

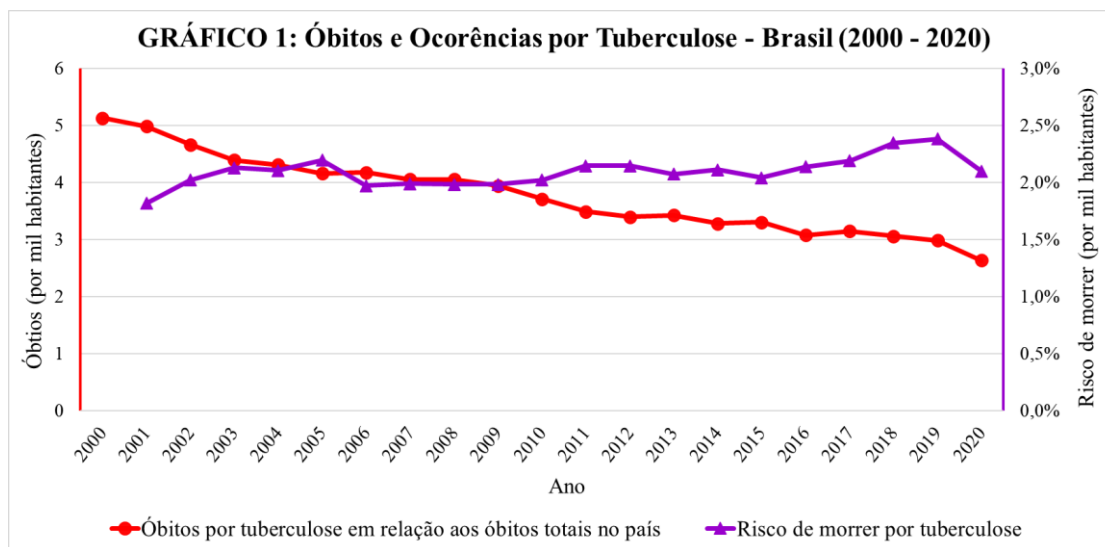
4. A TUBERCULOSE NO BRASIL

Ethel Leonor Maciel (ANDRADE, 2019, p. 85) sugere que programas de transferências de renda, como PBF, contribuíram para redução da tuberculose no Brasil até a segunda metade da última década. Então, a fim de averiguar a relação entre essa medida de política pública na redução de iniquidades em saúde observando a ocorrência e óbitos por tuberculose no período de 2000 a 2020.

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* que afeta principalmente os pulmões, mas pode atingir outros órgãos. A transmissão ocorre pelo ar, quando uma pessoa com TB pulmonar ativa tosse, espirra ou fala, liberando partículas infecciosas. Ela ainda é uma das principais causas de morte infecciosa no mundo em que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), milhões de pessoas adoecem e centenas de milhares morrem anualmente. A doença está associada à pobreza, má nutrição e sistemas de saúde deficientes, sendo mais prevalente em regiões vulneráveis. O combate à tuberculose exige esforços coordenados em prevenção, diagnóstico e tratamento. Melhorar as condições socioeconômicas, educar sobre a doença e fortalecer os sistemas de saúde são essenciais para controlar e erradicar a TB.

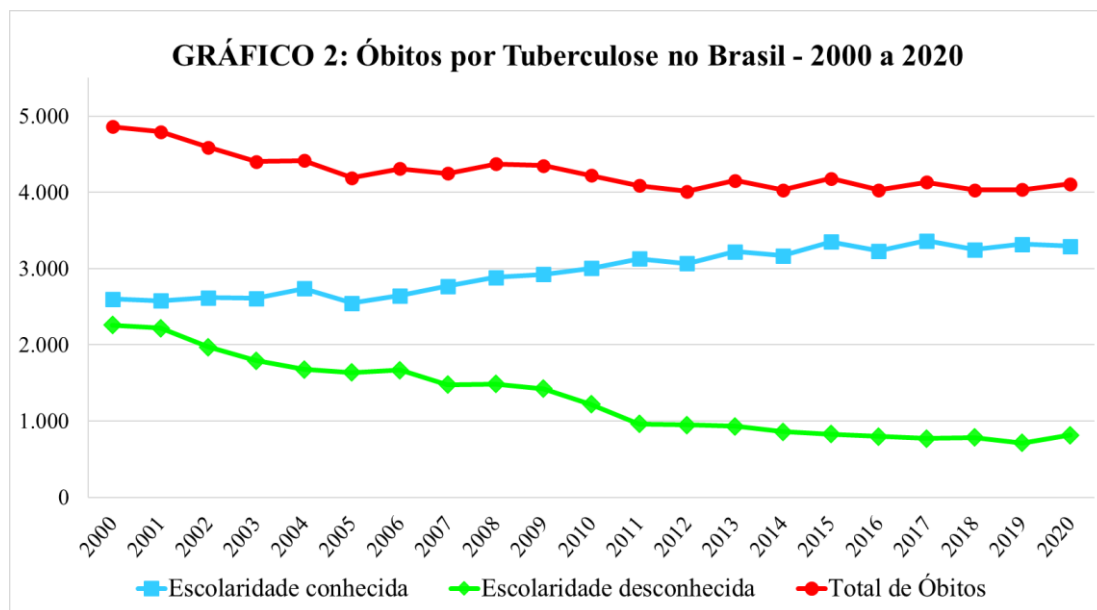
Todos os dados referentes à tuberculose no Brasil são divulgados no DATASUS, plataforma virtual do Ministério da Saúde (MS). Os dados de óbitos (DO) são obtidos através do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e os de casos confirmados no TABNET. Para os DO, o SIM disponibiliza uma base de dados com diversas variáveis para todas as ocorrências de morte no país. Para adequar à proposta deste trabalho, foi necessário o auxílio do *software* de programação R para manipular os dados corretamente. Assim, para todas as 26 unidades federativas e o Distrito Federal para os 20 anos, foi elaborado um script para filtrar a base de dados pelos óbitos por tuberculose respiratória (CID-10, Categoria A15) e tuberculose das vias respiratórias (CID-10, Categoria A16). Considerando que a transferência de renda melhora as condições de vida e aumenta o poder de compra das famílias, é esperado que, com o tempo, essas famílias apresentem um aumento em sua renda. Como não o nível de renda não se encontra no banco de dados como uma variável, utilizaremos a escolaridade como *proxy* para inferir o nível socioeconômico das famílias, pois, como conhecido na literatura, quanto mais anos completos de estudo, maiores são as chances de o indivíduo receber salários maiores. Para que o filtro de escolaridade como *proxy* de renda reflita o nível socioeconômico, os óbitos foram analisados apenas entre as pessoas que possuem renda, ou seja, a população economicamente ativa (PEA). De acordo com o IBGE, essa população inclui indivíduos com mais de 16 anos de idade. Por fim, para os dados de casos confirmados, é importante salientar que a série histórica do MS inicia em 2001, não sendo possível analisar os dados para o ano 2000.

Abaixo, observamos o GRÁFICO 1, que possui duas curvas que mede a evolução dos óbitos e do risco de morrer por tuberculose no Brasil entre 2000 e 2020.



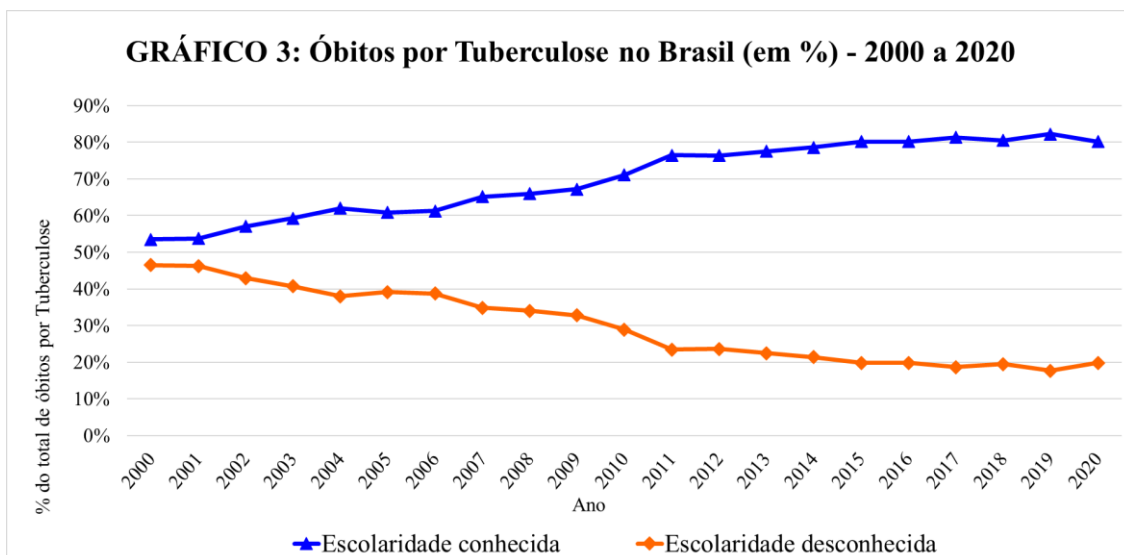
Ao analisar o número de óbitos por tuberculose por mil habitantes ao longo dos anos (eixo y esquerdo), observamos que há uma tendência de queda contínua de 2000 até 2020. No início do período, o número de óbitos por tuberculose estava em torno de 5 por mil habitantes, diminuindo para cerca de 1,5 por mil habitantes em 2020. A significativa redução dos óbitos por tuberculose ao longo dos anos sugere melhorias nas políticas de saúde pública, diagnóstico, tratamento e controle da doença no Brasil. Já a outra linha (eixo y direito), mostra o risco de morrer por tuberculose por mil habitantes ao longo dos anos, que é mensurado através da proporção de casos confirmados com os óbitos pela doença. Observamos que inicialmente, em 2000, o risco estava em torno de 2,5 por mil habitantes. Houve uma leve oscilação, mas a tendência geral foi de ligeiro aumento até aproximadamente 2009, quando o risco era de cerca de 2,5 por mil habitantes. A partir de então, o risco começou a diminuir, caindo para cerca de 1,5 por mil habitantes em 2020. O risco de morrer por tuberculose, após uma leve alta no início dos anos 2000, estabilizou-se e começou a diminuir consistentemente após 2009, alinhando-se com a tendência de queda nos óbitos. Isso pode indicar uma melhora na eficácia dos tratamentos e na gestão da doença, além de um possível aumento na conscientização e na prevenção da tuberculose. Assim, observa-se através dos gráficos que houveram progressos significativos na redução dos óbitos por tuberculose e no risco de morte pela doença entre 2000 e 2020 que podem ser traduzidas em esforços combinados em políticas públicas de saúde e de transferência de renda condicionadas à saúde, acesso ao tratamento e campanhas de prevenção.

Após filtrar o banco de dados do SIM pela idade e escolaridade, observamos que existe uma parcela da população que não possui escolaridade declarada. Para que facilite a interpretação dessas informações, o gráfico abaixo (GRÁFICO 2) apresenta os óbitos por tuberculose no Brasil entre 2000 e 2020, discriminando os dados entre óbitos com escolaridade conhecida e desconhecida, além do total de óbitos.



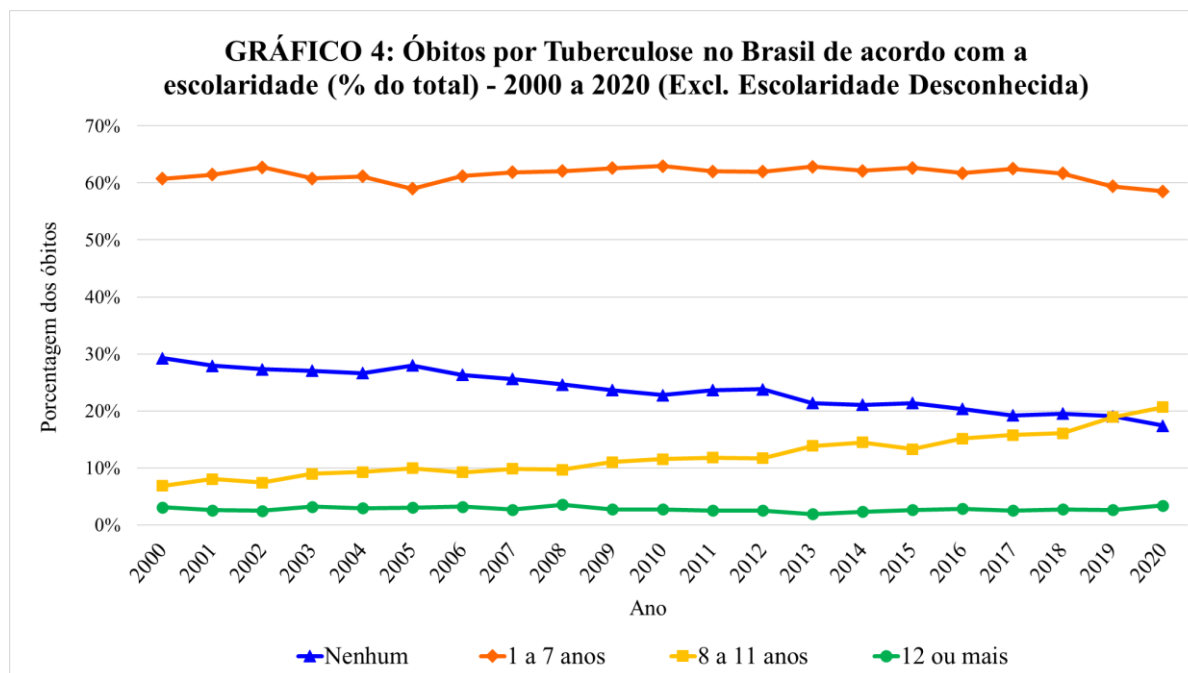
Observa-se, em relação ao número total de óbitos, uma tendência geral de redução nas mortes por tuberculose ao longo do período analisado, como evidenciado no gráfico anterior. Apesar de flutuações ao longo dos anos, o total de óbitos passou de cerca de 5.000 em 2000 para aproximadamente 4.000 em 2020. Paralelamente, constata-se que quase metade dos falecidos no início do período analisado não possuía registro de escolaridade. Entretanto, ao longo dos anos, houve um aumento no número de pessoas com escolaridade registrada, refletindo avanços nos sistemas de saúde pública e na gestão de informações de saúde no Brasil. Essa informação é relevante, pois, para os fins de pesquisa deste trabalho, é necessário analisar os casos de óbitos com escolaridade declarada para correlacionar a diminuição de iniquidades em saúde provocada pelo aumento da renda via políticas públicas.

Para uma melhor visualização da porcentagem de óbitos por tuberculose no Brasil entre 2000 e 2020, diferenciando entre óbitos com escolaridade conhecida e desconhecida, observa-se no gráfico (GRÁFICO 3) que, no início do período, quase metade das mortes não possuía registros de escolaridade. No entanto, ao longo dos anos, há uma clara tendência de redução nos óbitos com escolaridade desconhecida e um aumento na proporção de óbitos com escolaridade conhecida, chegando a aproximadamente 80% e 20%, respectivamente, em 2020. Esses avanços são essenciais para a elaboração de políticas de saúde pública mais eficazes e direcionadas, permitindo um melhor entendimento das iniquidades em saúde e possibilitando intervenções mais precisas para reduzir as desigualdades.



Analisando apenas os casos com escolaridade conhecida, podemos observar, no período de 2000 a 2020, tendências importantes sobre a relação entre escolaridade e mortalidade por tuberculose no Brasil. No gráfico abaixo, que mostra a relação a porcentagem de óbitos por tuberculose no Brasil de acordo com o nível de escolaridade, observamos quatro categorias diferentes, separando a população em anos completos de estudo. Com isso, podemos analisar a população que nunca frequentou à escola, população com ensino médio, fundamental e superior completo ou incompleto.

Ao excluir os casos com escolaridade desconhecida e analisar apenas os óbitos por tuberculose no Brasil, de acordo com diferentes níveis de escolaridade, no período de 2000 a 2020, temos o gráfico abaixo como referência. Nele, é possível verificar que a maior proporção se concentra nos níveis de escolaridade mais baixos.



Podemos observar no gráfico que, enquanto os óbitos por tuberculose diminuíram entre aqueles sem escolaridade, indicando uma redução entre os de menor renda, eles permaneceram relativamente estáveis ou aumentaram ligeiramente entre os indivíduos com

mais anos de escolaridade. Isso pode ser reflexo das políticas públicas de transferência de renda com condicionalidades na saúde e destaca a necessidade de intervenções educacionais e de saúde pública contínuas para combater a tuberculose em todas as faixas da população. A porcentagem de óbitos entre indivíduos sem escolaridade diminuiu ao longo dos anos, passando de cerca de 30% em 2000 para aproximadamente 20% em 2020. Isso sugere uma possível melhoria nas condições de vida e no acesso à educação básica. Este grupo representa a população com a menor renda e é o principal alvo das políticas de transferência de renda. Observando a constante melhora nos indicadores, é possível associar que os programas de transferência de renda com condicionalidades na saúde contribuíram para a diminuição da ocorrência de tuberculose entre a população mais pobre do país, uma vez que as mortes nesse grupo apresentaram uma queda constante ao longo de vinte anos de análise.

A categoria com 1 a 7 anos de escolaridade manteve a maior porcentagem de óbitos durante todo o período. Excetuando o grupo sem nenhuma escolaridade, este grupo possui a menor escolaridade comparado aos outros, indicando possivelmente uma renda inferior. Esta estabilidade, seguida por uma pequena queda, reflete o impacto contínuo das políticas educacionais e de saúde pública. Por outro lado, a porcentagem de óbitos entre indivíduos com 8 a 11 anos de escolaridade aumentou de forma constante, subindo de cerca de 10% em 2000 para aproximadamente 25% em 2020. Esse crescimento pode refletir mudanças na demografia ou nas condições sociais, como uma maior proporção da população alcançando esse nível educacional.

Finalmente, a categoria de indivíduos com 12 ou mais anos de escolaridade, grupo que inclui a população que concluiu o ensino médio e superior, teve a menor porcentagem de óbitos durante todo o período, com um pequeno crescimento, passando de cerca de 5% em 2000 para aproximadamente 10% em 2020. Embora essa subida seja modesta, ela indica que a tuberculose ainda afeta todas as camadas sociais, mesmo que em menor grau entre os mais escolarizados.

5. CONCLUSÃO

A análise dos dados e da literatura apresentados revela uma relação complexa entre políticas públicas, condições socioeconômicas e ocorrência de tuberculose no Brasil. Inicia-se com uma introdução sobre a tuberculose, destacando sua natureza infecciosa, transmissão, associação com a pobreza e a importância do combate integrado através da prevenção, diagnóstico e tratamento. É abordado qual a relação entre as desigualdades socioeconômica e saúde no país e, em seguida, são mencionadas as sugestões de Ethel Leonor Maciel, que apontam para o papel das políticas de transferência de renda, como o PBF, na redução da incidência da tuberculose. Esta associação entre melhoria das condições socioeconômicas e queda na incidência de tuberculose é suportada por dados analisados ao longo de duas décadas, entre 2000 e 2020, provenientes do DATASUS, plataforma virtual do Ministério da Saúde. Paralelamente, observa-se um aumento no número de pessoas com escolaridade registrada nos registros de óbitos por tuberculose, indicando avanços nos sistemas de saúde pública e gestão de informações de saúde no Brasil.

A análise detalhada dos dados revela que, apesar da redução geral nos óbitos por tuberculose, persistem desigualdades socioeconômicas na mortalidade pela doença. Enquanto a porcentagem de óbitos entre indivíduos sem escolaridade diminuiu ao longo dos anos, possivelmente refletindo melhorias nas condições de vida e acesso à educação básica entre os beneficiários de programas de transferência de renda, entre os indivíduos com mais anos de escolaridade, os óbitos por tuberculose permaneceram estáveis ou aumentaram ligeiramente. Isso destaca a necessidade de intervenções educacionais e de saúde pública contínuas para combater a tuberculose em todas as camadas da população.

Paralelamente, a análise dos dados revela uma tendência de queda nos óbitos por tuberculose ao longo do período estudado, sugerindo melhorias nas políticas de saúde pública,

diagnóstico, tratamento e controle da doença. Esse progresso, em parte, pode ser atribuído às políticas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família (PBF), que contribuíram para a redução das desigualdades socioeconômicas e, conseqüentemente, para a diminuição da incidência da tuberculose entre a população mais vulnerável. No entanto, persistem desafios, especialmente relacionados às disparidades socioeconômicas na mortalidade por tuberculose. Enquanto os óbitos entre os indivíduos sem escolaridade diminuíram ao longo dos anos, os números permaneceram estáveis ou aumentaram entre aqueles com mais anos de escolaridade, destacando a necessidade contínua de intervenções educacionais e de saúde pública para abordar as causas subjacentes da tuberculose.

Esses resultados corroboram com a literatura existente, que sugere uma relação entre condições socioeconômicas e ocorrência de tuberculose. Além disso, reforçam a importância de políticas públicas integradas, que abordem não apenas a saúde, mas também fatores socioeconômicos e educacionais na luta contra a tuberculose e outras doenças infecciosas.

Em suma, políticas públicas integradas, que considerem não apenas a saúde, mas também fatores socioeconômicos e educacionais, são essenciais para combater eficazmente a tuberculose e outras doenças infecciosas. O progresso alcançado até o momento é encorajador, mas há uma clara necessidade de continuar investindo em estratégias abrangentes e sustentáveis para alcançar a erradicação da tuberculose e garantir o bem-estar de todas as camadas da população brasileira.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, p. 260-268, 2012.

BUSS, Paulo Marchiori PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, 2007 p. 77-93.

Brasil, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. 2021. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>. Acesso em 25 de maio de 2024.

VIEIRA DIAS SOUSA, S. .; DE ALMEIDA MACHADO, J. .; FERNANDES ZANON DE OLIVEIRA , M.; DE SOUSA MENDONÇA , N.; GOMES PEIXOTO, L. . Comparação do perfil epidemiológico da tuberculose antes e durante a pandemia de sars cov ii no brasil. **Revista Master - Ensino, Pesquisa e Extensão**, [S. l.], v. 8, n. 15, 2023. DOI: 10.47224/revistamaster.v8i15.412. Disponível em: <https://revistamaster.imepac.edu.br/RM/article/view/412>. Acesso em: 25 maio. 2024.

MACÊDO JÚNIOR, A. M. de .; PONTES NETA , M. de L. .; DUARTE, A. R. A. .; SOARES, T. F. R. .; MEDEIROS, L. N. B. de .; ALCOFORADO, D. S. G. .; FONSECA, M. C. .; MACEDO, B. M. de .; NICOLETTI, G. P. .; MARCOS, G. C. . Epidemiological profile of tuberculosis in Brazil, based on data from DataSUS in the years 2021. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 6, p. e22311628999, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i6.28999. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28999>. Acesso em: 25 may. 2024.

FONTES, G. J. F.; DA SILVA, T. G.; SOUSA, J. C. M. de; FEITOSA, A. do N. A.; SILVA, M. de L.; BEZERRA, A. L. D.; SOUSA, M. N. A. de; ASSIS, E. V. Perfil Epidemiológico da Tuberculose no Brasil no Período de 2012 a 2016. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 19–26, 2019. DOI: 10.18378/rebes.v9i1.6376. Disponível em:

<https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/6376>. Acesso em: 25 maio. 2024.

FRONER, M. B. **Tópicos em transferência de renda condicionada e saúde pública**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Governo), 72 f. Fundação Getulio Vargas, Escola de Políticas Públicas e Governo. Brasília, 2023.

CRESPO, A. P. A.; GUROVITZ, E.. A pobreza como um fenômeno multidimensional. **RAE eletrônica**, v. 1, n. 2, p. 1–12, dez. 2002.

MARTINS, F. **Evolução da Desigualdade de renda no Brasil e seus determinantes no período de 2001-2009**. Monografia (Bacharelado em Economia). 83 f. Universidade Federal Do Rio De Janeiro, Instituto de Economia. Rio de Janeiro, 2011.

RIBEIRO, Camila. **Covid-19 no Brasil: os impactos sobre a desigualdade de renda em 2020**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Escola de Negócios. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Economia do Desenvolvimento). Rio Grande do Sul, 2022.

LIMA, Felipe da Silva. **O Programa Bolsa Família: um perfil socioeconômico dos beneficiários entre 2012 e 2022**. Orientador: Cassiano José Bezerra Marques Trovão. 2023. 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Econômicas) - Departamento de Economia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2023.

SILVA, C. B.; HASENCLEVER, L.; SOARES, M. R. P. O Programa Bolsa Família e seus efeitos na pobreza e na desigualdade socioeconômica no Brasil. **Open Science Research IX**, Editora Científica Digital, Vol. 9, 2022.

DIAZ, M. D. M. Desigualdades socioeconômicas na saúde. **Revista Brasileira de Economia**, 57(1), p. 7-25. Rio de Janeiro, 2003

SZWARCWALD, C. L., LEAL, M. C., GOUVEIA, G. C., & SOUZA, W. V. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online]. 2005, v. 5, suppl 1 [Acessado 25 Maio 2024], pp. s11-s22. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292005000500002>>.

GARCIA, L. P. e SANTANA, L. R. Evolução das desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil no Brasil, 1993-2008. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2011, v. 16, n. 9 [Acessado 25 Maio 2024], pp. 3717-3728. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000009>>.

ANDRADE, M. V. *et al.* Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Economia Aplicada** [online]. 2013, v. 17, n. 4 [Acessado 25 Maio 2024], pp. 623-645. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-80502013000400005>>.

DA SILVA, V. P. **Determinantes da desigualdade de renda no Brasil: um estudo econométrico de dados em painel para os estados do país, no período 2012-2020**. Orientador: Janaina da Silva Alves. 2022. 72f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022.

ARAÚJO, J. A. de; MARINHO, E. ESTUDO SOBRE A DESIGUALDADE DE RENDA E SEUS DETERMINANTES NO BRASIL. **Revista de Políticas Públicas**, v. 19, n. 2, p. 565–

574, 16 Jun 2016 Disponível em:
<https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/4336>. Acesso em: 25
mai 2024.

BARROS, R.; DE CARVALHO, M.; FRANCO, S.; MENDONÇA, R.: Determinantes da queda na desigualdade de renda no Brasil. **Texto para Discussão**, No. 1460, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, 2010.