


## CIDADES INJUSTAS, MORTES INVISÍVEIS: A MORTALIDADE POR TUBERCULOSE NA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO

### URBAN INEQUITIES AND INVISIBLE DEATHS: TUBERCULOSIS MORTALITY IN THE METROPOLITAN REGION OF RIO DE JANEIRO

**Bianca Borges da Silva Leandro**

 <https://orcid.org/0000-0002-2589-8115>

**Correspondência:** bianca.leandro@fiocruz.br

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, Brasil.

**DOI:** 10.12957/cdf.2026.96854

**Recebido em:** 12 fev. 2026 | **Aceito em:** 12 maio 2026

#### RESUMO

Este trabalho analisa a mortalidade por tuberculose na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ) entre 2000 e 2023, tomando-a como indicador das desigualdades urbanas e em saúde. A investigação adota uma abordagem crítica, articulando a epidemiologia da determinação social do processo saúde-doença-cuidado e os aportes do planejamento urbano e regional crítico. Os resultados mostram que 87% dos óbitos do estado concentram-se na RMRJ, revelando taxas superiores às estaduais e nacionais, com destaque para municípios da Baixada Fluminense. A mortalidade afeta desproporcionalmente homens negros adultos e pessoas em situação de inserção precária no mundo do trabalho, expressando a sobreposição de desigualdades raciais, de classe e territoriais. Esses achados evidenciam que as mortes por tuberculose, apesar de evitáveis, seguem naturalizadas em um contexto de precariedade urbana e insuficiência das políticas públicas de saúde e infraestrutura urbana. A pesquisa reforça a necessidade de políticas intersetoriais e redistributivas para enfrentar as raízes estruturais da injustiça social urbana.

**Palavras-chave:** tuberculose; mortalidade; injustiça social urbana; Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

#### ABSTRACT

This study analyzes tuberculosis mortality in the Rio de Janeiro Metropolitan Region (RMRJ) between 2000 and 2023. This mortality is an indicator of urban and health inequalities. The research adopts a critical approach, combining the epidemiology of the social determination of health-disease-care processes with critical urban regional planning. Results show that 87% of tuberculosis deaths in the state occur in the RMRJ, with mortality rates consistently higher than state and national averages, particularly in municipalities of the Baixada Fluminense. Mortality disproportionately affects Black adult men and people in precarious labor conditions, reflecting the overlap of racial,



class, and territorial inequalities. These findings highlight that tuberculosis deaths, though preventable, remain naturalized within the context of urban precariousness and insufficient public health policies and urban infrastructure. The study underscores the need for intersectoral and redistributive policies to address the structural roots of urban social injustice.

**Keywords:** tuberculosis; mortality; social urban injustice; Rio de Janeiro Metropolitan Region.

## 1 INTRODUÇÃO

Mais da metade da população mundial vive hoje em áreas urbanas; no Brasil, esse percentual ultrapassa 85% (Caiaffa, 2021). As cidades, enquanto metabolismos complexos, possuem uma dupla dimensão: de um lado, concentram oportunidades e redes de serviços; de outro, produzem desigualdades estruturais relacionadas à organização do espaço urbano, como moradias precárias, carência de infraestrutura e condições que favorecem o adoecimento, trata-se das oportunidades e penalidades do urbano (Ribeiro 2021; Vlahov, 2005). Esses impactos e potencialidades não se distribuem de forma equitativa: grupos e classes sociais experimentam maior ou menor exposição conforme sua posição social e territorial. Apesar dos avanços em indicadores socioeconômicos e de saúde nas últimas décadas, como o aumento da expectativa e o controle das doenças imunopreveníveis, persistem desigualdades intraurbanas atravessadas por assimetrias de raça/cor, gênero e classe.

Entre suas expressões mais graves está a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, em especial a tuberculose, fenômeno frequentemente naturalizado e invisibilizado. Nos países centrais, sua repercussão foi reduzida a partir das melhorias radicais nas condições de vida ocorridas no século XIX e, mais recentemente, pela implementação do tratamento medicamentoso eficaz. Contudo, mesmo nesses contextos, a doença persiste em grupos vulnerabilizados — como no Canadá, entre populações indígenas específicas, em especial os Inuit, onde a incidência é muito superior à média nacional (PHAC, 2022). Já em países periféricos e desiguais como o Brasil, a tuberculose permanece como sério problema de saúde pública, agravado pela situação do HIV/aids, pelo aprofundamento da pauperização e pelas desigualdades no acesso ao cuidado (Campos, 1999). No caso da mortalidade, apesar da queda relativa nas últimas décadas, os óbitos por tuberculose carregam múltiplas camadas de opressão, pois se trata de uma

doença evitável e curável. Surge, assim, a questão: quem são os grupos sociais que, permanentemente, seguem morrendo de tuberculose?

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a tuberculose continua sendo a segunda principal causa de morte por doença infecciosa no mundo, superando o HIV/aids (ENSP, 2023). No estado do Rio de Janeiro, particularmente na Região Metropolitana, esse quadro não é diferente e nem recente. Em 2021, foi aprovado o Plano Estadual de Controle e Eliminação da Tuberculose, que teve vigência até 2025 e definiu municípios prioritários para intervenção, o que evidencia a relevância do tema na agenda da política de saúde do estado (Rio de Janeiro, 2021). Aliado a isso, a perspectiva histórica também é reveladora: já em estudo clássico, Ruffino-Netto e Pereira (1981) mostraram como a estruturação desigual da cidade e da metrópole fluminense estava fortemente associada ao adoecimento e à mortalidade por tuberculose. Nas últimas décadas, diversas pesquisas reforçam essa relação, demonstrando a influência de condições de vida como moradia, mobilidade e alimentação (Emmerick et. al, 2025; San Pedro et. al, 2017). Passados mais de quarenta anos, coloca-se a necessidade de indagar: como esse padrão de mortalidade se apresenta hoje entre os diferentes municípios da segunda maior metrópole do país?

Dessa forma, esta pesquisa analisa a mortalidade por tuberculose na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ), entre 2000 e 2023, tomando-a como marcador da permanência das desigualdades urbanas e em saúde e como indicador da injustiça social no espaço metropolitano. A investigação articula os referenciais da Saúde Coletiva, sobretudo a epidemiologia crítica da determinação social do processo saúde-doença-cuidado, e os aportes teóricos do Planejamento Urbano e Regional, destacando a necessidade de políticas públicas intersetoriais capazes de enfrentar as raízes estruturais da desigualdade e a naturalização de mortes evitáveis e, muitas vezes, invisíveis.

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico de caráter descritivo realizado com base no pensamento crítico da epidemiologia latino-americana (Breilh, 2024) e nos aportes teóricos do planejamento urbano crítico (Harvey, 2014). O artigo apresenta parte dos resultados da tese de doutorado da autora.

A investigação abrange o período de 2000 a 2023. Foram utilizados dados secundários de mortalidade disponíveis, de modo público e gratuito, pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade da Secretaria de Estado e Saúde do Rio de Janeiro (Sim/SES RJ). Com base nesses dados, analisou-se a taxa bruta de mortalidade por tuberculose na RMRJ, bem como a distribuição proporcional óbitos articulando os marcadores sociais raça/cor, sexo e idade. Foram construídas taxas específicas de mortalidade para cada município que compõem a RMRJ, comparando suas tendências com o padrão da região metropolitana, identificando aqueles com taxas permanentemente altas em comparação com os índices metropolitanos.

Além disso, a mortalidade municipal foi relacionada ao Indicador de Bem-Estar Urbano (IBEU), de modo a identificar municípios com altas taxas de mortalidade e baixos níveis de bem-estar urbano, revelando territórios em que se sobrepõem desigualdades em saúde e desigualdades urbanas. O Observatório das Metrôpoles desenvolveu o IBEU para as principais metrôpoles do país utilizando dados do Censo Demográfico de 2010. Ribeiro (2016) explica que a noção de bem-estar urbano adotada nesse índice se baseia na compreensão de que as cidades devem oferecer condições materiais de vida acessíveis e utilizadas coletivamente. Essa perspectiva associa o bem-estar às condições de vida produzidas pelo ambiente construído e à oferta de equipamentos e serviços urbanos. Este índice é constituído por cinco dimensões: mobilidade; ambiental; habitacional; serviços; e infraestrutura. O índice varia de 0 a 1, quanto mais próximo do valor 0 pior a situação de bem-estar urbano. Ressalta-se que foi utilizado o IBEU com os dados de 2010 já que até a data de realização deste estudo os dados necessários para a construção do índice para o Censo de 2022 ainda não estavam disponíveis.

Como uma aproximação para se investigar o padrão das classes sociais dos óbitos, foi feita a análise por meio da estrutura sócio-ocupacional proposta pelo Observatório das Metrôpoles (Observatório das Metrôpoles, 2023). Esta tipologia tem como concepção o entendimento de que a ocupação tende a ser um marcador social mais adequado para se analisar a inserção das pessoas no espaço social, do que, por exemplo, a escolaridade. A referida tipologia foi adaptada pela autora de modo a incluir os ‘não ocupados’, conforme descritos pelo próprio sistema de informação em saúde (aposentados, donas de casa, estudantes e desempregados crônicos ou cuja ocupação não foi possível determinar). Ressalta-se que para estudos envolvendo desigualdades e iniquidades em saúde torna-se estratégico incluir na análise as populações que estariam em maior desvantagem social quando se refere à não inserção (ou inserção precária) no mercado de trabalho. Isso torna

possível analisar também contexto de maior desvantagem e insegurança social (Fonseca et. al, 2003), complexificando o a compreensão a respeito das classes sociais. Ressalta-se que para a análise sócio-ocupacional foram considerados os dados disponibilizados a partir do ano de 2006.

Os resultados foram problematizados à luz dos referenciais teóricos da Saúde Coletiva, do Planejamento Urbano e Regional e das teóricas da interseccionalidade, em especial Sueli Carneiro, permitindo compreender a tuberculose como expressão de opressões históricas e da produção e reprodução de desigualdades no espaço urbano-metropolitano.

Por fim, salienta-se que foi considerada como delimitação da RMRJ dezenove municípios, a saber: Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaboraí, Itaguaí, Japeri, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti, Seropédica e Tanguá. Municípios que foram incorporados em anos mais recentes ao recorte metropolitano não foram incorporados nesta análise de modo a se ter a mesma quantidade de municípios comparáveis no período delimitado para estudo.

### 3 RESULTADOS

Entre 2000 e 2023, ocorreram 20.039 óbitos por tuberculose no estado do Rio de Janeiro, dos quais 87% (n = 17.370) concentraram-se na Região Metropolitana. Comparando 2000 e 2023, observa-se uma redução de aproximadamente 20% no número de mortes. No entanto, alguns municípios destoaram dessa tendência regional, apresentando aumento absoluto de óbitos: Duque de Caxias, Nilópolis, São Gonçalo e São João de Meriti. Os demais apresentaram estabilidade ou acompanharam o padrão de queda observado para a metrópole como um todo.

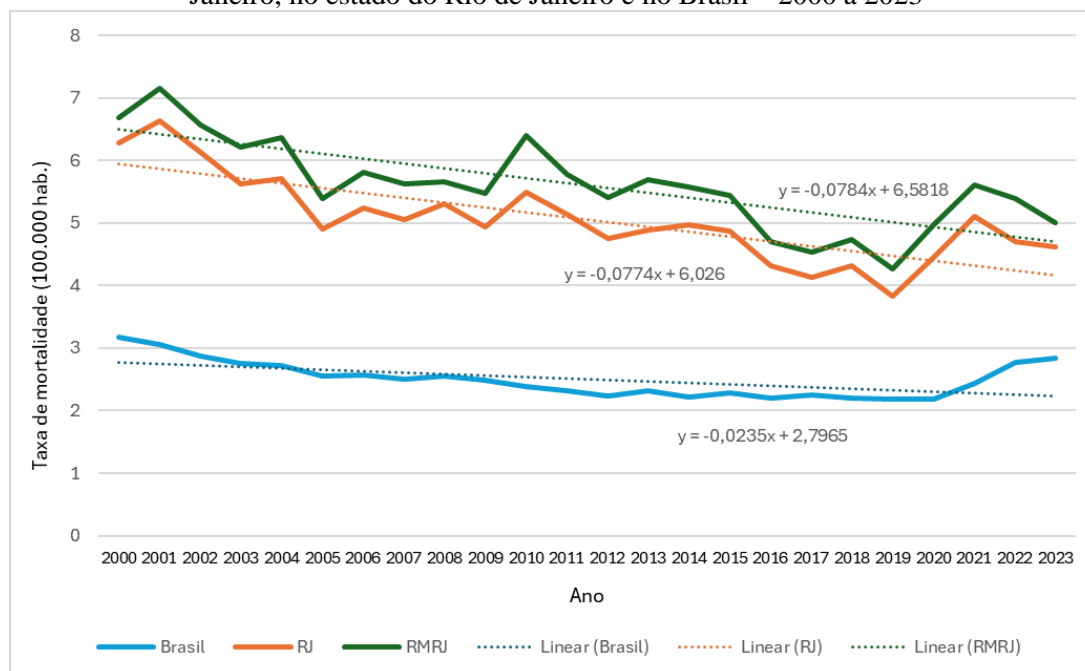
A análise das taxas de mortalidade revela que, apesar da redução entre 2000 e 2023, a RMRJ manteve-se com indicadores persistentemente superiores aos do estado do Rio de Janeiro e do Brasil (Gráfico 1). Na região, a taxa passou de 6,7 óbitos por 100 mil habitantes em 2000 para 5,0 em 2023, correspondendo a uma redução de aproximadamente 25% no risco de morte. Contudo, a observação mais detalhada da série revela oscilações importantes: o menor valor ocorreu em 2019, com 4,3 óbitos por 100 mil habitantes — uma queda de 36% em relação a 2000. A partir desse ponto, verifica-se

uma reversão da tendência, com aumento de cerca de 16% até 2023, sem retorno aos níveis observados no período pré-pandemia de covid-19. Outro ponto de inflexão ocorreu em 2010, quando a taxa passou de 5,5 (em 2009) para 6,4 óbitos por 100 mil habitantes, embora o movimento de redução tenha se restabelecido nos anos subsequentes.

Quando comparados à média metropolitana, alguns municípios apresentaram risco de morte por tuberculose acima da região e com tendência de crescimento: Duque de Caxias, Japeri, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados e São João de Meriti (Gráfico 2). O município do Rio de Janeiro, embora concentre elevado volume de óbitos devido ao tamanho populacional, registrou taxa semelhante à média da RMRJ e trajetória de queda.

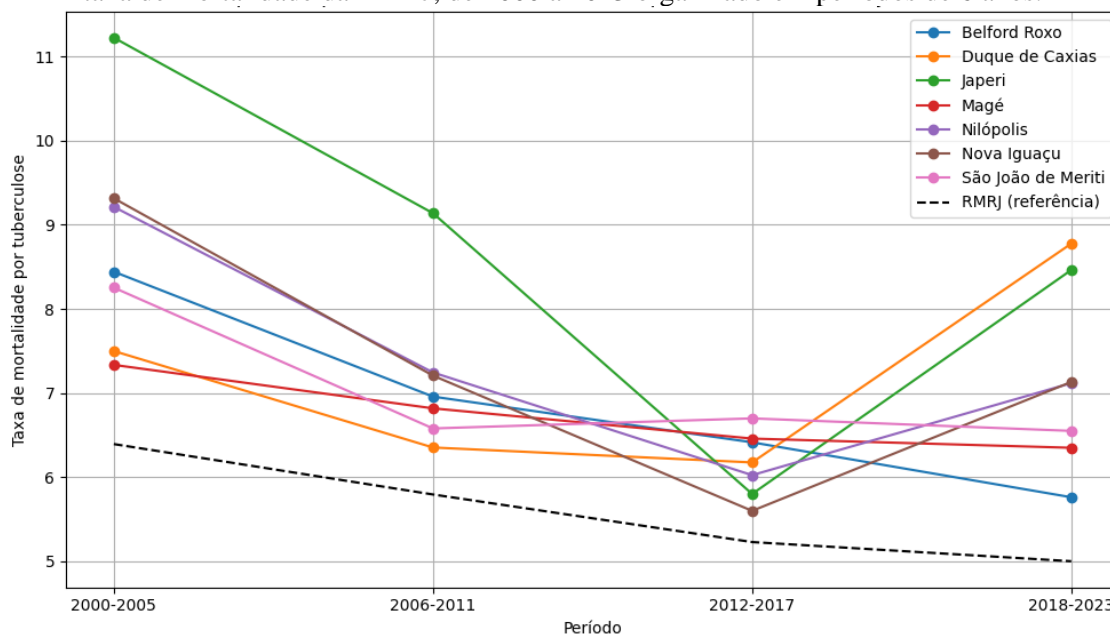
A análise espacial, apresentada na figura 1, em diferentes períodos da série histórica (2000–2006 (A); 2007–2011 (B); 2012–2017 (C); 2018–2023 (D)) reforça a situação de vulnerabilidade da Baixada Fluminense. Nos três primeiros recortes temporais (mapas A, B e C) nota-se uma redução do risco de morrer para o conjunto da região, contudo de 2018 a 2023 (mapa D) a taxa de mortalidade volta a se acentuar em alguns municípios da Baixada. Em resumo, apesar da queda regional, a carga da tuberculose permanece territorializada em municípios que apresentam historicamente maiores vulnerabilidades urbanas e socioeconômicas.

Gráfico 1 - Taxa bruta de mortalidade por tuberculose na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, no estado do Rio de Janeiro e no Brasil – 2000 a 2023



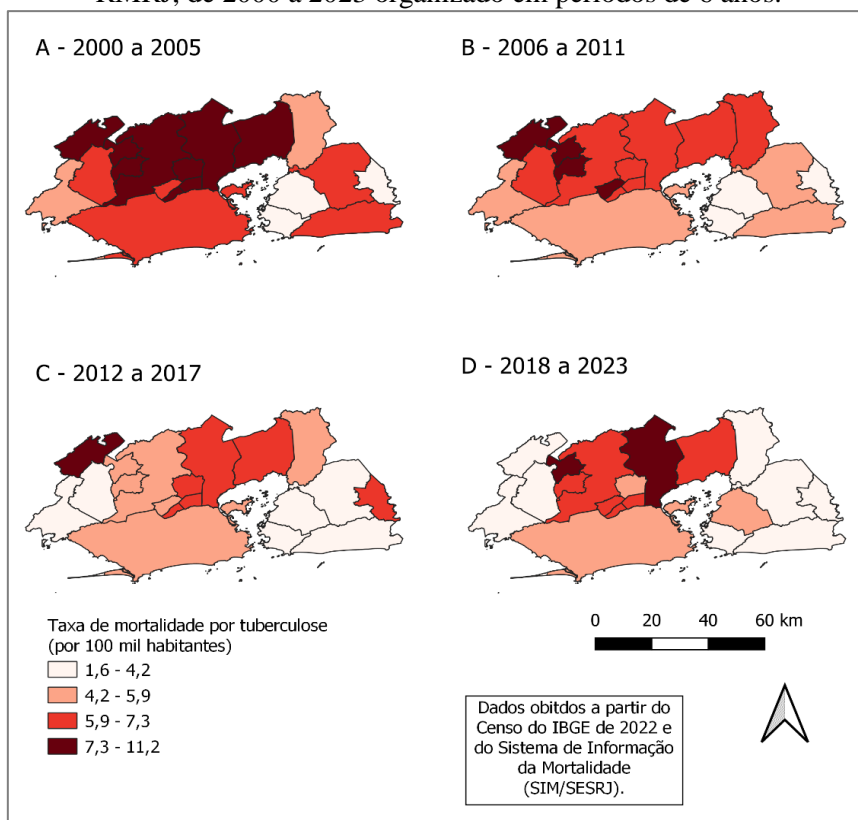
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Sim disponibilizados pelo TabNet SES/RJ e DataSUS em 04/12/2025.

Gráfico 2 - Taxas de mortalidade por tuberculose dos municípios da RMRJ sempre acima da taxa de mortalidade da RMRJ, de 2000 a 2023 organizado em períodos de 6 anos.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Sim disponibilizados pelo TabNet SES/RJ em 4/12/2025.

Figura 1 - Análise espacial das taxas brutas de mortalidade por tuberculose nos municípios da RMRJ, de 2000 a 2023 organizado em períodos de 6 anos.



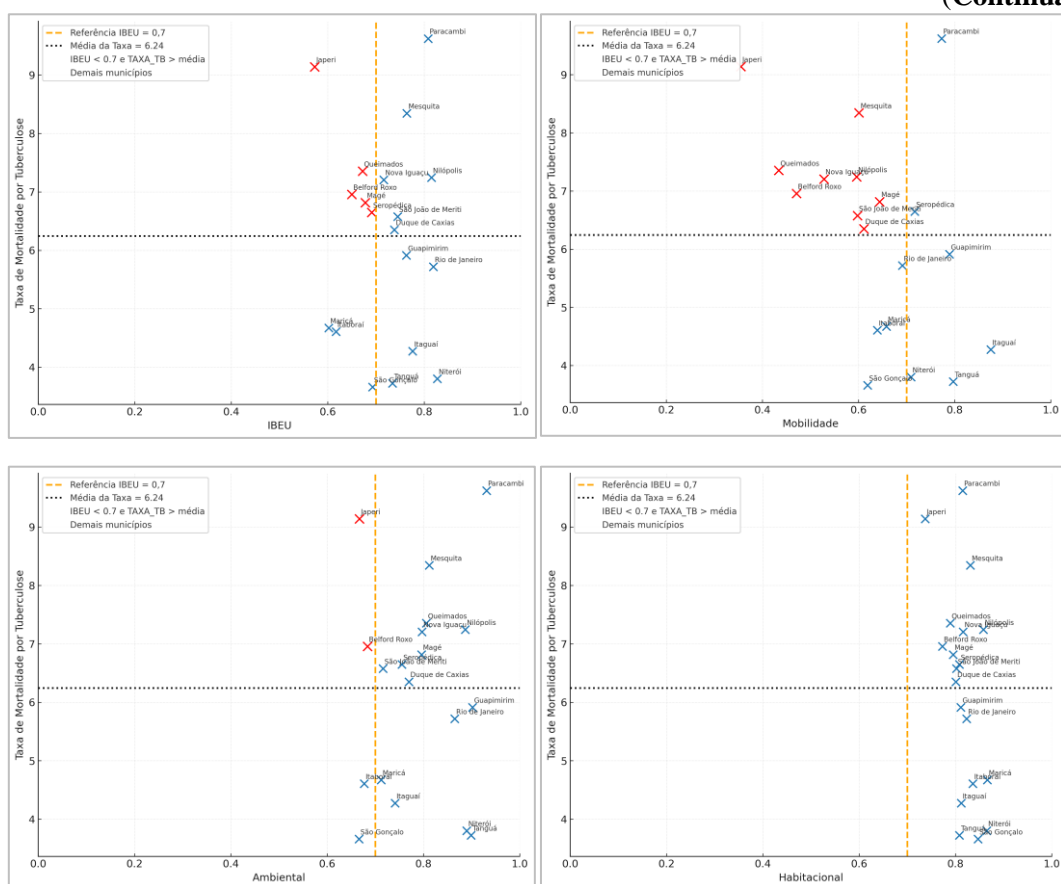
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Sim disponibilizados pelo TabNet SES/RJ em: 04/12/2025 e malhas cartográficas do IBGE.

Ao se articular os dados de bem-estar urbano e mortalidade, com base na figura 2, foi possível identificar municípios que apresentaram baixos valores para o IBEU e altas taxas de mortalidade por tuberculose, configurando-se como contextos de dupla precariedade. A análise geral do indicador do IBEU mostrou como mais crítica a situação dos municípios de: Japeri, Queimados, Belford Roxo, Magé e Seropédica. Entre as cinco dimensões do IBEU, apenas em uma não se identificou esta relação, tratou-se da dimensão habitacional.

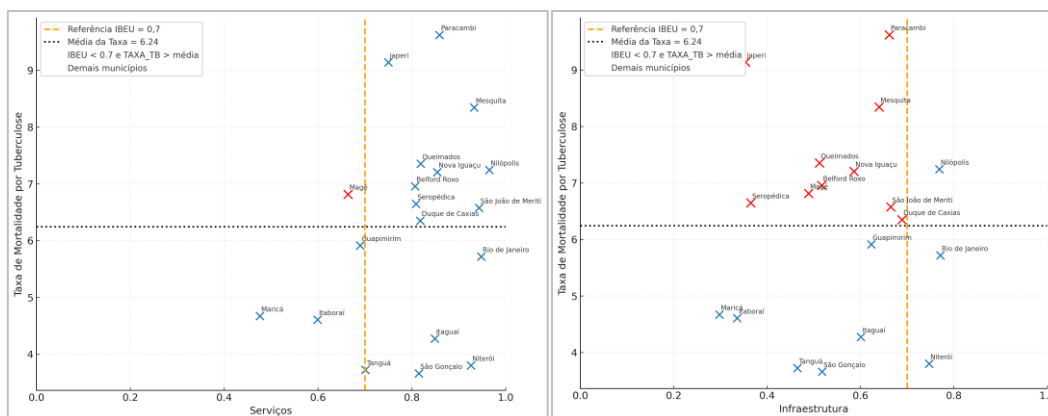
Entre as demais dimensões, destacaram-se as de mobilidade e infraestrutura com a maior quantidade de municípios com baixo IBEU e altas taxas de mortalidade por tuberculose. Todos os municípios que se enquadraram nessa situação fazem parte da Baixada Fluminense. Entre estes, Japeri foi o que mais se destacou na dispersão, com os piores valores do IBEU e alta taxa de mortalidade por tuberculose em quase todas as dimensões analisadas.

Figura 2 - Análise de dispersão comparativa entre a taxa bruta de mortalidade por tuberculose e o Índice de Bem-estar Urbano, 2010

(Continua)



## ARTIGO | Cidades Injustas, Mortes Invisíveis: A Mortalidade Por Tuberculose na Região Metropolitana do Rio de Janeiro



Fonte: Taxa média de mortalidade do período de 2006 a 2011 – SIM/SES RJ. Dados do IBEU disponibilizados pelo Observatório das Metrôpoles com base no Censo de 2010.

A análise proporcional integrada dos óbitos pelos marcadores sociais (raça/cor, sexo e idade) revelou fortes desigualdades. Ao longo dos três quinquênios analisados, verificou-se um padrão persistente de maior número de óbitos por tuberculose entre pessoas negras em comparação com pessoas brancas, embora com estruturas etárias distintas entre os grupos. Entre os brancos, nota-se um processo contínuo de envelhecimento dos óbitos, com concentração progressiva nas faixas acima de 60 anos (população idosa), especialmente a partir de 2020–2024. Já entre as pessoas negras, a mortalidade apresenta, desde o primeiro quinquênio, uma presença marcante de óbitos na juventude e na fase adulta, com participação relevante de indivíduos entre 15 e 29 anos e entre 30 e 59 anos, ainda que o terceiro quinquênio indique um leve deslocamento para faixas mais envelhecidas. (Tabela 1).

A incorporação da variável sexo evidencia nuances adicionais: os homens apresentam maior volume de óbitos em todos os períodos, mas a distribuição etária varia entre os grupos raciais. As mulheres negras jovens têm proporções crescentes de óbitos ao longo dos quinquênios, enquanto mulheres e homens brancos concentram cada vez mais seus óbitos em faixas etárias avançadas. Os homens negros representam mais da metade dos óbitos em todos os períodos. Ao se atentar à fase adulta (30 a 59 anos), esta domina a mortalidade em todos os períodos concentrando cerca de 30% das mortes de homens negros, o que reforça a sobrecarga desse grupo. (Tabela 1)

Tabela 1 - Distribuição proporcional dos óbitos por tuberculose interseccionada pela estrutura etária, pelo sexo e pela raça/cor em relação ao total de óbitos de tuberculose por quinquênios (2000/2004; 2010/2014; 2020/2024) na Região Metropolitana do Rio de Janeiro

Fx Etária	2000 a 2004				2010 a 2014				2020 a 2024			
	MB	MN	HB	HN	MB	MN	HB	HN	MB	MN	HB	HN
< 1 ano	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2
1 a 14	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2
15 a 29	0,7	2,6	1,2	3,9	0,8	2,7	1,2	4,2	0,9	2,8	1,3	5,8
30 a 44	1,9	5,1	5,3	13,1	1,3	4,3	2,9	10,6	1,1	3,9	2,7	10,4
45 a 59	2,0	5,3	9,3	16,9	2,2	4,9	8,2	19,4	1,5	4,8	5,3	15,6
60 a 74	2,0	2,7	6,9	9,8	2,0	3,0	7,6	11,2	2,5	4,3	6,8	15,3
75 ou mais	2,2	1,5	3,8	2,9	2,1	1,8	4,5	4,3	2,5	2,6	4,5	4,4
<b>Total</b>	<b>9,0</b>	<b>17,5</b>	<b>26,5</b>	<b>46,9</b>	<b>8,6</b>	<b>17,0</b>	<b>24,4</b>	<b>49,9</b>	<b>8,6</b>	<b>18,8</b>	<b>20,7</b>	<b>51,9</b>

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIM disponibilizados pelo TabNet SES/RJ.

A análise da inserção sócio-ocupacional utilizada para a compreensão da estrutura de classes sociais, conforme apresentada na tabela 2, indica que os óbitos por tuberculose se concentram majoritariamente entre populações submetidas a condições precárias de trabalho, enquanto as frações superiores da estrutura social (classes dirigente, média alta e média-média) mantêm participação residual, inferior a 5% nos três períodos analisados (2006-2011; 2012-2017; 2018-2023). A classe média-baixa apresentou crescimento proporcional e absoluto, especialmente entre agentes comerciais, enquanto segmentos do proletariado industrial, dos serviços e da produção do ambiente construído registraram queda relativa ao longo dos anos. Já o subproletariado manteve proporções estáveis, embora com redução em números absolutos, contudo neste grupo, os trabalhadores domésticos destoaram dessa tendência geral, apresentando aumento proporcional e absoluto.

O grupo dos não ocupados concentrou a maior proporção de mortes, registrando crescimento contínuo (42,7%; 41,7%; 47,4%) e representando quase metade dos óbitos no último período. Este grupo foi impulsionado por aumentos entre aposentados/pensionistas (17,5% para 18,8%) e, de modo mais expressivo, entre os desempregados crônicos (1,3% para 9,0%). Apesar de leve redução proporcional (21,4% para 17,4%), as donas de casa ainda apresentaram peso importante entre os óbitos.

## ARTIGO | Cidades Injustas, Mortes Invisíveis: A Mortalidade Por Tuberculose na Região Metropolitana do Rio de Janeiro

Tabela 2 - Distribuição dos óbitos por tuberculose pela estrutura sócio-ocupacional, RMRJ, 2006 a 2023 (divididos em períodos de seis anos).

Classe e Fração de classe	2006 a 2011		2012 a 2017		2018 a 2023	
	N	%	N	%	N	%
<b>Classe Dirigente</b>	<b>2</b>	<b>0,1%</b>	<b>1</b>	<b>0,0%</b>	<b>3</b>	<b>0,1%</b>
Grandes empregadores	0	-	0	-	0	-
Dirigentes do setor público	1	0,0%	1	0,0%	3	0,1%
Dirigentes do setor privado	1	0,0%	0	-	0	-
<b>Classe média-alta</b>	<b>28</b>	<b>1,0%</b>	<b>24</b>	<b>0,8%</b>	<b>28</b>	<b>1,0%</b>
Profissionais da medicina	1	0,0%	1	0,0%	4	0,1%
Profissionais da engenharia e arquitetura	4	0,1%	4	0,1%	7	0,2%
Profissionais da gestão e dos negócios	22	0,8%	16	0,5%	14	0,5%
Profissionais da Tecnologia da Informação	1	0,0%	2	0,1%	3	0,1%
Professores universitários	0	-	1	0,0%	0	-
Profissionais das ciências (naturais, sociais e humanas)	0	-	0	-	0	-
<b>Classe média-média</b>	<b>88</b>	<b>3,0%</b>	<b>102</b>	<b>3,4%</b>	<b>110</b>	<b>3,9%</b>
Pequenos empregadores	0	-	0	-	0	-
Profissionais da comunicação e das artes	2	0,1%	6	0,2%	3	0,1%
Profissionais de nível superior dos serviços pessoais e sociais	7	0,2%	14	0,5%	19	0,7%
Gerentes e supervisores	38	1,3%	44	1,5%	52	1,8%
Agentes da administração e da segurança pública	41	1,4%	38	1,3%	36	1,3%
<b>Classe média-baixa</b>	<b>136</b>	<b>4,7%</b>	<b>173</b>	<b>5,8%</b>	<b>237</b>	<b>8,3%</b>
Agentes comerciais	50	1,7%	58	1,9%	151	5,3%
Técnicos em processos produtivos e de suporte	11	0,4%	18	0,6%	14	0,5%
Técnicos e agentes de saúde	25	0,9%	18	0,6%	23	0,8%
Agentes de capacitação	3	0,1%	8	0,3%	8	0,3%
Trabalhadores do apoio administrativo	32	1,1%	43	1,4%	26	0,9%
Artesãos e agentes da cultura, da arte, do desporto e da religião	15	0,5%	28	0,9%	15	0,5%
<b>Proletariado da indústria</b>	<b>153</b>	<b>5,3%</b>	<b>170</b>	<b>5,7%</b>	<b>96</b>	<b>3,4%</b>
Operários da indústria moderna	64	2,2%	68	2,3%	50	1,8%
Operários da indústria tradicional	89	3,1%	102	3,4%	46	1,6%
<b>Proletariado dos serviços</b>	<b>526</b>	<b>18,1%</b>	<b>568</b>	<b>19,0%</b>	<b>425</b>	<b>14,9%</b>
Trabalhadores do transporte de cargas e logística	51	1,8%	69	2,3%	59	2,1%
Trabalhadores dos transportes de passageiros	66	2,3%	98	3,3%	55	1,9%
Trabalhadores do comércio	101	3,5%	110	3,7%	84	3,0%
Trabalhadores dos serviços de reparo e manutenção	134	4,6%	132	4,4%	71	2,5%
Trabalhadores dos serviços de segurança privada	90	3,1%	71	2,4%	70	2,5%
Trabalhadores dos serviços de alimentação e hotelaria	57	2,0%	63	2,1%	54	1,9%
Trabalhadores dos serviços de cuidado e da higiene pessoal	27	0,9%	25	0,8%	32	1,1%
<b>Proletariado da produção do ambiente construído</b>	<b>511</b>	<b>17,6%</b>	<b>463</b>	<b>15,5%</b>	<b>389</b>	<b>13,7%</b>
Operários da construção civil e dos serviços de utilidade pública	511	17,6%	463	15,5%	389	13,7%
<b>Subproletariado</b>	<b>183</b>	<b>6,3%</b>	<b>214</b>	<b>7,2%</b>	<b>187</b>	<b>6,6%</b>
Trabalhadores dos serviços de entrega	2	0,1%	9	0,3%	4	0,1%
Trabalhadores dos serviços de limpeza	42	1,4%	25	0,8%	29	1,0%
Trabalhadores ambulantes	37	1,3%	47	1,6%	19	0,7%
Trabalhadores domésticos	102	3,5%	133	4,5%	135	4,7%
<b>Trabalhadores rurais</b>	<b>35</b>	<b>1,2%</b>	<b>26</b>	<b>0,9%</b>	<b>22</b>	<b>0,8%</b>
Trabalhadores da agricultura, pecuária, silvicultura etc	35	1,2%	26	0,9%	22	0,8%
<b>Não ocupados</b>	<b>1.237</b>	<b>42,7%</b>	<b>1.244</b>	<b>41,7%</b>	<b>1.350</b>	<b>47,4%</b>
Aposentado/pensionista	508	17,5%	502	16,8%	536	18,8%
Estudante	72	2,5%	54	1,8%	63	2,2%
Dona de cada	620	21,4%	507	17,0%	494	17,4%
Desempregado crônico	37	1,3%	181	6,1%	257	9,0%
<b>Total</b>	<b>2.899</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.985</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.847</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Elaborado pela autora com base dos dados do SIM, extraídos no dia 15/04/2025 no site da SES/RJ.

A análise sócio-ocupacional também evidencia que o padrão desigual da mortalidade observado se mantém ao longo do tempo, constituindo-se como elemento estrutural, e não conjuntural ou episódico. Há estabilidade relativa da sobremortalidade

nos grupos com inserção formal precária, ocupações elementares e situação de não ocupação. Ao mesmo tempo, estratos associados a maior escolaridade, estabilidade ocupacional e melhor renda e inserção social apresentam participação proporcionalmente menor e igualmente estável. Desse modo, nota-se a reprodução contínua das desigualdades na distribuição sócio-ocupacional dos óbitos.

#### 4 DISCUSSÃO

Na análise histórica e social do processo saúde-doença-cuidado, Samaja (2000) assinala que os fatos sociais não se dissipam com o tempo, mas seguem atuando como componentes estruturantes da realidade social presente. Assim, compreender a persistência da mortalidade por tuberculose exige uma abordagem que integre diferentes dimensões sociais, históricas e urbanas, reconhecendo-a como expressão de desigualdades acumuladas e naturalizadas. Os dados apresentados nos ajudam a compreender essa dinâmica no contexto da RMRJ e, a seguir, são problematizados alguns desses achados.

O primeiro ponto a se destacar é que a RMRJ apresenta taxas de mortalidade permanentemente altas quando se compara com os valores nacionais e estaduais com tendência de queda ao longo do período analisado. Essa tendência de queda com taxas altas também precisa ser interpretada como uma expressão contraditória dos processos sociais que estruturam a vida urbana e impactam na dificuldade de acesso à assistência à saúde. Mesmo em uma trajetória de declínio é importante lembrar que essa tendência não foi uniforme e ocorreram flutuações da taxa com aumento do risco de morrer em alguns momentos. Dois deles em especial (2009/2010 e 2020/2021) foram anos marcados por epidemias no Brasil, respectivamente H1N1 e covid-19. A estabilização e inflexões observadas (especialmente o recrudescimento pós-2019) evidenciam a persistência de condições que reproduzem a vulnerabilidade e limitam a efetividades das políticas públicas especialmente em momentos de crise. Com base em Harvey (2014) pode-se indicar que a distribuição desigual de recursos, oportunidades e riscos, reflete a forma desigual de apropriação do espaço, sobretudo em momentos de crise do capital, influenciando os processos de adoecimento e morte. Os momentos de epidemias e pandemias elencados ilustram essa reflexão feita por David Harvey.

Os resultados apontam para maior vulnerabilidade sanitária e urbana na Baixada Fluminense, região historicamente marcada por industrialização pontual (como, por exemplo, a instalação da REDUC em Duque de Caxias nos anos 1960), processos de urbanização desordenada, recepção de fluxos migratórios expulsos da capital e consolidação como território de moradia popular caracterizado por precariedade urbana, favelização e, nas décadas mais recentes, pela violência praticada por diferentes grupos armados (Abreu, 1987; Alves, 2020). Essas características estruturais combinadas com mercados de trabalho precarizados, altas taxas de informalidade e grande volume de trabalhadores pendulares (Ribeiro e Ribeiro, 2015) configuram condições sociais que favorecem a transmissão e a evolução da tuberculose para um desfecho fatal. Municípios desta área concentraram tanto altas taxas de tuberculose, como baixos valores do IBEU, com destaque para Japeri, Queimados, Belford Roxo, Magé e Seropédica.

Para a compreensão dos fenômenos sanitários, com base em uma noção complexa do processo saúde-doença-cuidado (Breilh, 2024), o IBEU colabora para a identificação de condições estruturais de determinação social da saúde, revelando desigualdades territoriais com grande potencial de condicionar perfis de morbimortalidade desiguais. Somando esse olhar à mortalidade por tuberculose, foi possível identificar territórios que além da vulnerabilidade urbana expressam também a vulnerabilidade sanitária (populações mais vulnerabilizadas tendem a residir em locais com menor infraestrutura urbana e maior exposição (e imposição) de riscos). Estes processos vistos de modo conjugado delimitam contextos de injustiça social urbana que na RMRJ continuam reproduzindo a lógica de centro-periferia (Abreu, 1987), configurando territórios de dupla precariedade: áreas onde a fragilidade de infraestrutura urbana, serviços, mobilidade e habitação se soma à fragilidade do sistema de saúde.

Apesar de a dimensão habitacional do IBEU não ter apresentado municípios da RMRJ com altas taxas de mortalidade por tuberculose no quadrante de maior precariedade, uma hipótese explicativa para esse achado relaciona-se ao fato de que esta análise se concentra na mortalidade, e não no adoecimento. Estudos que investigam a relação entre tuberculose e condições de moradia, em geral, analisam a incidência da doença (Emmerick et. al, 2025), evidenciando associações com domicílios precários, adensamento e inadequações habitacionais. A mortalidade por tuberculose, por sua vez, tende a expressar uma condição ainda mais extrema de vulnerabilidade social, frequentemente associada a situações de exclusão social profunda e ausência ou extrema precariedade de moradia, o que pode não ser plenamente captado pelos indicadores

tradicionais da dimensão habitacional do IBEU. Esse ponto reforça a situação da mortalidade por tuberculose na RMRJ como um processo crítico da saúde (Breilh, 2024), sendo, portanto, a expressão de processos sociais extremos. De acordo com Jayme Breilh, um processo crítico da saúde é uma categoria que deve ser compreendida como um movimento multidimensional socialmente determinado que gera corporificações concretas na saúde humana e nos ecossistemas, configurando-se em um espaço social específico (território) e de acordo com a distribuição de poder e das relações de classe, gênero e etnoculturais.

Apesar de se ter observado um processo de transição etária dos óbitos, levando ao aumento da mortalidade para a população mais envelhecida, metade dos óbitos concentram-se em homens negros, sobretudo na faixa etária de 30 a 59 anos (população adulta), que representou cerca de 30% das mortes em todos os períodos analisados. A maior mortalidade em homens negros não pode ser dissociada dos maiores riscos de adoecimento e morte por tuberculose entre a população privada de liberdade e a população em situação de rua; populações estas que são mais masculinas e negras e que vivenciam um contexto de cidadania fragilizada e excludente (Hino et. al, 2021; Aguiar et. al, 2021; Santos et. al, 2025; Emmerick et. al, 2025).

Deste modo, os achados reforçam que quem mais morre por tuberculose são justamente aqueles historicamente excluídos dos ganhos e oportunidades da vida urbana na metrópole do Rio de Janeiro, em especial os homens negros. Sueli Carneiro (2023) aponta que o homem negro urbano permanece frequentemente à margem, exposto à violência institucional, à pobreza e a condições de vida que o colocam em vulnerabilidade permanente. Ele é marcado por processos de opressão e invisibilidade que, como foi identificado neste estudo, também se materializam na mortalidade por tuberculose. Tais mortes não podem ser entendidas como naturais, mas como expressão da desvalorização das vidas negras e da naturalização de mortes evitáveis em uma metrópole historicamente produzida por processos de ocupação desigual e excludente, sobretudo para as populações negra e pobre (Abreu, 1987; Brazil, 2023).

A análise da inserção sócio-ocupacional das pessoas que morreram por tuberculose é mais uma dimensão que colabora para compreensão ampliada desse perfil complexo de mortalidade. Os óbitos predominaram em populações em situação de trabalho precário, com destaque para “desempregados crônicos”, proletariado dos serviços, trabalhadores da produção do ambiente construído, trabalhadores domésticos e donas de casa, grupos que juntos somam mais de 50% em todos os períodos analisados.

A baixa proporção de óbitos em categorias ocupacionais superiores da estrutura socioeconômica nos três recortes temporais analisados evidencia o caráter socialmente desigual da mortalidade.

Ademais, a presença importante de óbitos entre donas de casa e trabalhadores domésticos (ocupações historicamente exercidas por mulheres) evidencia a sobrecarga do trabalho reprodutivo e de cuidado, majoritariamente feminino, e permite dialogar com as reflexões de Nancy Fraser (2023) acerca da crise ampliada da reprodução social. Crise que, ao atingir a base material da vida, expõe a face generificada da necropolítica no cotidiano urbano e que também é invisibilizada. Assim, a análise da mortalidade por tuberculose, a partir da dimensão de classe, permite identificar mecanismos de opressão que operam de forma sutil, mas, persistente, na estrutura social urbana da RMRJ também sobre as mulheres.

Mesmo com a queda global das mortes por tuberculose, as hierarquias sócio-ocupacionais se mantêm ao longo do tempo, o que indica a manutenção dos mecanismos de reprodução da desigualdade no contexto metropolitano, sobretudo em metrópoles como a RMRJ marcada por regimes urbanos de precariedade e de marginalização da população de menor poder aquisitivo (Maricato, 2011; Rolnik, 2008). A urbanização brasileira foi, e continua sendo, excludente, racista, patriarcal, informal, ilegal e autoconstruída (Maricato, 2011). Quando esses achados são relacionados à tipologia socioespacial da RMRJ (Ribeiro, s.d), evidencia-se que os grupos mais atingidos pela mortalidade por tuberculose correspondem historicamente aos segmentos que habitam áreas periféricas e populares, especialmente na Zona Oeste da capital e na Baixada Fluminense, territórios marcados por precariedade laboral e desigualdades estruturais.

O caso peculiar de Japeri merece destaque, pois além de apresentar taxas permanentemente altas (quando comparadas com a região) e baixos resultados do bem-estar urbano também é o município do estado do Rio de Janeiro com maior presença de população negra e, sua história socioeconômica, também é marcada pela construção de complexos presidiários no início dos anos 2000 (Brazil, 2023) que fomentaram a favelização da região. O caso singular deste município e outros municípios identificados sugerem que intervenções exclusivamente biomédicas (diagnóstico e tratamento), apesar de necessárias, não bastam. Cada vez mais é relevante a construção de uma agenda conjunta que articule saúde, saneamento, mobilidade e acesso digno ao emprego para reduzir a mortalidade persistentemente alta por tuberculose. Esse quadro reforça a urgência de políticas públicas intersetoriais que enfrentem, de forma integrada, as

desigualdades urbanas e sanitárias e que estejam comprometidas com a valorização da vida.

## 5 CONCLUSÕES

Os resultados evidenciam que a mortalidade por tuberculose (uma enfermidade passível de prevenção e tratamento) na RMRJ transcende o campo biológico, refletindo profundas injustiças sociais que estruturam a vida urbana na metrópole fluminense. Trata-se de uma expressão conjugada da exclusão histórica, das desigualdades raciais, de classe e da insuficiência das políticas públicas de saúde e infraestrutura urbana.

A doença não se distribui aleatoriamente, mas segundo as condições desiguais de vida e urbanidade que na RMRJ afetam sobremaneira alguns municípios da Baixada Fluminense. Com base em Santos (1993) esses resultados também ajudam a entender o espaço urbano como instância ativa da sociedade onde se materializam racionalidades seletivas do Capital e do Estado que produzem, ao mesmo tempo, territórios de escassez e de privilégio. Ainda, essa perspectiva ajuda a entender que as diferenças entre os municípios da RMRJ não se explicam apenas pela capacidade de gestão local, mas sobretudo pela estrutura metropolitana desigual que foi forjada historicamente por diversas relações de poder, trabalho, raciais e de apropriação.

A análise conjugada de raça, sexo e idade torna ainda mais evidente o peso dos óbitos entre homens negros adultos, que representam parcelas significativas do total em todo o período histórico estudado. Ao lado desse achado, é preciso reforçar o quadro de mortalidade importante também entre as donas de casa e trabalhadores domésticos, atividades historicamente femininas. Desse modo, a persistência de mortes evitáveis e invisíveis revela limitações do setor saúde, como subfinanciamento, gestão fragmentada e oferta precária de serviços, assim como a manutenção de condições urbanas desiguais. A tuberculose, nesse contexto, emerge como marcador da injustiça social urbana, exigindo políticas intersetoriais e redistributivas que articulem saúde coletiva e planejamento urbano no âmbito metropolitano. Ademais, ao evidenciar a sobreposição de desigualdades (gênero, raça, classe, idade e território), esta investigação oferece subsídios para a formulação de respostas mais equitativas, capazes de transformar estruturalmente a saúde pública fluminense e contribuir para cidades mais justas e inclusivas.

Esses resultados reafirmam o processo de determinação social da mortalidade por tuberculose como uma situação enraizada nas condições materiais de existência, marcada por processos estruturais de exploração e exclusão e não por “fatores de risco” individuais. Essa análise ampla reforça a hipótese que do ponto de vista do planejamento urbano crítico, a política de saúde, apesar de importante, isoladamente, não é suficiente para lidar com este problema complexo. Sem reconhecer e enfrentar os diversos processos sociais envolvidos na manutenção desse quadro, os slogans ‘Tuberculose tem Cura’ ou ‘Pelo fim da Tuberculose’, não passarão de cartas de intenção sem a real intenção de enfrentar as injustiças sociais urbanas históricas.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, M. de A. **Evolução urbana do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: IPLANRIO/Zahar, 1987.
- AGUIAR, F. H. S.; CALHAU, G. de S.; LACHTIM, S. A. F.; PINHEIRO, P. N. da C.; ARCÊNCIO, R. A.; FREITAS, G. L. de. Perfil da tuberculose em populações vulneráveis: pessoas privadas de liberdade e em situação de rua. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas, Salvador**, v. 20, n. 2, p. 253–258, mai./ago. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v20i2.43513>. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/server/api/core/bitstreams/eb095d35-143a-46fb-b17d-79b182c5bb21/content>. Acesso em: 23 out. 2025.
- ALVES, J. C. S. **Dos Barões ao Extermínio: Uma História da Violência na Baixada Fluminense**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Consequência, 2020.
- BRAZIL, Lourdes. **Tudo o que ficou para trás. Tudo o que virá pela frente...** Belo Horizonte: Nandyala, 2023.
- BREILH, J. **Epidemiologia crítica e a saúde dos povos: ciência ética e corajosa em uma civilização doentia**. São Paulo: Hucitec, 2024.
- CAIAFFA, W. T. et al. **Saúde Urbana, cidades e a interseção de sistemas: panorama, agendas, gaps e oportunidades rumo à equidade, sustentabilidade, resiliência e promoção em saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021. (Textos para Discussão; n. 77). Disponível em: [https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/11/Caiaffa-WT-et-al\\_Sa%C3%BAde-urbana-cidades-e-a-interse%C3%A7%C3%A3o-de-sistemas\\_TD\\_77\\_final.pdf](https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/11/Caiaffa-WT-et-al_Sa%C3%BAde-urbana-cidades-e-a-interse%C3%A7%C3%A3o-de-sistemas_TD_77_final.pdf) Acesso em 09 fev. 2026.
- CAMPOS, H. S. Mycobacterium tuberculosis resistente: de onde vem a resistência?. **Bol. Pneumol. Sanit.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 51-64, jun. 1999. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-460X1999000100006&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X1999000100006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 14 set. 2025.

CARNEIRO, Sueli. **Dispositivo de racialidade**: A construção do outro como não ser como fundamento do ser. Zahar, 2023.

EMMERICK, P. C.; MEIRELES, C. C. R. de O.; PASSOS, H. da C.; AZEVEDO, D. S. de; SANTOS, F. S. dos; TAVARES, M. S.; BRUM, F. de M.; MORENO, A. M.; NEVES, M. A. O. BARREIRAS NA REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE CASOS DE TUBERCULOSE PULMONAR NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **Revista DCS**, [S. l.], v. 22, n. 83, p. e3461, 2025. DOI: 10.54899/dcs.v22i83.3461. Disponível em: <https://ojs.revistadcs.com/index.php/revista/article/view/3461>. Acesso em: 9 fev. 2026.

ENSP. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. X Relatório Global da OMS destaca aumento histórico no diagnóstico de tuberculose. **Informe Ensp**. Fiocruz. 2023. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/54719> Acesso em: 14 set. 2025.

FONSECA, M. G. P.; TRAVASSOS, C.; BASTOS, F. I.; SILVA, N. do V.; SZWARCOWALD, C. L. Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1351–1363, set./out. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3c4V8rJX7xVYkDkFJ7b7ZsG/>. Acesso em: 27 out. 2025.

FRASER, Nancy. Crise do cuidado? Sobre as contradições socio-reprodutivas do capitalismo contemporâneo. In: **Teoria da reprodução social**: remapear a classe, recentralizar a opressão. (Org.). Tithi Bhattavharya. Ed. Elefante. 2023.

HARVEY D. **Cidades rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana**. São Paulo: Martins Fontes; 2014.

HINO, P. *et al.*. Tuberculosis in the street population: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e03688, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019039603688> Acesso em 23 out. 2025

MARICATO, E. **O impasse da política urbana no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2011.

OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES. **Estrutura Sócio-ocupacional do Observatório das Metrôpoles**. Rio de Janeiro. 2023. Disponível em: [https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/wp-content/uploads/2023/03/Relatorio-Estrutura-Socio-Ocupacional-do-OM\\_final.pdf](https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/wp-content/uploads/2023/03/Relatorio-Estrutura-Socio-Ocupacional-do-OM_final.pdf) Acesso em 12 set. 2025.

PHAC. PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. **Tuberculosis in Canada**: Epidemiological Update 2022. Ottawa: Public Health Agency of Canada, 2025. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/tuberculosis-canada-epidemiological-update-2022.html>. Acesso em: 16 jan. 2026.

RIBEIRO, M. G. Desigualdades urbanas e desigualdades sociais nas metrópoles brasileiras. **Sociologias**, v. 18, n. 42, p. 198–230, maio 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/jjWrsR9C7bYpVYjRbqtsW6F/?lang=pt> Acesso em: 09 fev. 2026.

RIBEIRO, L. C. de Q. **Seminário – O Brasil depois da pandemia: saúde e cidades.** Saúde amanhã. Fundação Oswaldo Cruz. Canal VídeoSaúde Distribuidora Fiocruz. 25 out 2021. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=WxLyEL4ZTbc>. Acesso em: 25 out 2021

RIBEIRO, M. G. **Desigualdades, estrutura social e segregação socioespacial.** Rio de Janeiro: Observatório das Metrôpoles – Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia, s.d. Disponível em: [https://wwp.org.br/wp-content/uploads/2016/12/BancoMundial\\_Desigualdadeestrutura-social-e-segregacao-socioespacial\\_ObsevdasMetropoles\\_Marcelo.pdf](https://wwp.org.br/wp-content/uploads/2016/12/BancoMundial_Desigualdadeestrutura-social-e-segregacao-socioespacial_ObsevdasMetropoles_Marcelo.pdf). Acesso em: 30 jan. 2026.

RIBEIRO, L. C. de Q.; RIBEIRO, M. G. Segregação residencial: padrões e evolução. *In:* Rio de Janeiro [recurso eletrônico]: **transformações na ordem urbana /** organização e coordenação Luiz Cesar de Queiroz Ribeiro. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Letra Capital; Observatório das Metrôpoles, 2015. Disponível em: [https://observatoriodasmetrolopes.net.br/arquivos/biblioteca/abook\\_file/serie\\_ordemurbana\\_rio.pdf](https://observatoriodasmetrolopes.net.br/arquivos/biblioteca/abook_file/serie_ordemurbana_rio.pdf). Acesso em: 8 maio 2025.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Controle e Eliminação da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro: 2021–2025.** Rio de Janeiro: SES-RJ, 2021. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2431-plano-de-trabalho-2021-alerj-sei/file.html> Acesso em: 16 jan. 2026.

ROLNIK, R. **A lógica da desordem.** Le Monde Diplomatique Brasil, edição 13, matéria de capa: Cidades à beira do colapso, 4 ago. 2008. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/a-logica-da-desordem/>. Acesso em: 30 jan. 2026.

RUFFINO NETTO, A.; PEREIRA, J. C. Mortalidade por tuberculose e condições de vida: o caso Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, 12: 27-34, 1981

SAMAJA, J. **A reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida.** Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.

SAN PEDRO, A.; GIBSON, G.; SANTOS, J. P. C.; TOLEDO, L. M.; SABROZA, P. C.; OLIVEIRA, R. M. Tuberculose como marcador de iniquidades em um contexto de transformação socioespacial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2017.v51/9/pt/#>. Acesso em: 09 fev. 2026.

SANTOS, Milton. **A urbanização brasileira.** São Paulo: Hucitec, 1993.

SANTOS, Karoline Mieczkowski dos; POSSOBON, Mariana da Silva; FRANCO, Cassio; OLIVEIRA, Hugo Razini. Desfecho da Tuberculose em Pacientes em Situação de Rua. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 11, n. 3, p. 1123–1131, 2025. DOI: 10.51891/rease.v11i3.17893. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/17893>. Acesso em: 23 out. 2025.

SIM. Sistema de Informações sobre Mortalidade. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro: [http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?sim/tf\\_sim\\_do\\_geral.def](http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?sim/tf_sim_do_geral.def)  
VLAHOV D.; GALEA S., FREUDENBERG N. Toward an urban health advantage. **J Public Health Manag Pract** 2005; 11(3):256-258.

## AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-graduação em Planejamento Urbano e Regional do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

O artigo assinado é de inteira responsabilidade dos autores, bem como no que se refere ao uso de imagens.