



PERFIL DE MORTALIDADE DE AGENTES COMUNITÁRIAS E COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Boletim Epidemiológico - 2010 a 2024



Este boletim é dedicado todas e todos
Agentes Comunitárias e Comunitários de Saúde
que dedicaram suas vidas à saúde da população carioca
e não se encontram mais entre nós.



Fonte: Sindacs/rj

SEGUIMOS NA LUTA QUE NOS UNE!

PRINCIPAIS DESTAQUES	4
DO QUE TRATA ESTE BOLETIM?	5
COMO ESTE BOLETIM FOI FEITO?	7
QUAIS OS ACHADOS?	9
1 <i>Evolução da mortalidade</i>	9
2 <i>Perfil interseccionado de sexo, raça/cor e idade</i>	14
3 <i>Causas de morte</i>	18
<i>Detalhando mais as principais causas de óbitos</i>	21
4 <i>Anos potenciais de vida perdidos (APVP)</i>	24
REFLEXÕES E INQUIETAÇÕES	27
FICHA TÉCNICA	31
REFERÊNCIAS	32

▶ PRINCIPAIS DESTAQUES

- 1 O município do Rio de Janeiro registrou 216 mortes de agentes comunitárias e comunitários de saúde (ACSs) no período de 2010 até 2024 (outubro), representando 42% do total de óbitos de ACSs do estado do Rio de Janeiro. Os óbitos se tornaram mais expressivos a partir de 2020.
- 2 O risco de morrer para as e os ACSs, no município do Rio de Janeiro, apresentou uma redução de 2010 até 2016, seguido de um aumento permanente a partir de 2017.
- 3 Em 2023, o município contabilizou um aumento de 54% da taxa de mortalidade quando comparada com o valor de 2017 (176,5 óbitos por 100 mil em 2017 e 271,0 óbitos por 100 mil em 2023).
- 4 A taxa de mortalidade das e dos ACSs do município superou as taxas do estado do Rio de Janeiro e da região metropolitana em grande parte da série histórica analisada.
- 5 De 2010 até 2019 houve uma predominância da mortalidade entre homens negros (média de 36% dos óbitos). De 2020 a 2024, há maior concentração dos óbitos entre as mulheres, principalmente as negras (39,8% dos óbitos).
- 6 Em relação ao recorte etário, de 2010 até 2019 se destacou a maior quantidade de óbitos entre homens negros ACSs dos 45 aos 59 anos (14% dos óbitos). De 2020 a 2024, passa-se para o perfil de mulheres negras ACSs também entre os 45 e 59 anos (17,2% dos óbitos).
- 7 Há alta mortalidade precoce (óbitos até 59 anos) para todas e todos ACSs no município, ao longo do tempo, com 48,8% dos óbitos no primeiro quinquênio (2010 a 2014), 58,6% no segundo quinquênio (2015 a 2019) e, 50,5%, no terceiro (2020 a 2024).
- 8 As neoplasias e as doenças do aparelho circulatório foram as causas com a maior concentração de óbitos entre as e os ACSs, somando 47% do total dos óbitos do período. Neoplasias é o primeiro grupo de causas de mortalidade.
- 9 Neoplasias e doenças do aparelho respiratório apresentaram uma variação de aumento comparando os anos de 2010 e 2023 (271,4% de aumento).
- 10 Entre as neoplasias, aquelas relativas aos órgãos digestivos foi o grupo que mais causou óbitos. Em relação às doenças do aparelho circulatório, as doenças isquêmicas do coração foram predominantes. Em relação às doenças infecciosas e parasitárias, houve maior concentração de mortes por “outras doenças por vírus”, grupo que inclui a covid-19. Para doenças do aparelho respiratório, destacaram-se a gripe e a pneumonia. Entre as causas externas, chamaram a atenção os óbitos por agressões e suicídio.
- 11 Notou-se a presença de óbitos entre as e os ACSs por doenças que possuem linha de cuidado na Atenção Primária à Saúde (por exemplo: gripe, pneumonia, doenças hipertensivas, HIV e tuberculose)
- 12 60% das mortes das e dos ACSs no período de 2010 a 2024 eram evitáveis.
- 13 Os anos potenciais de vida perdidos (APVP) tem resultados diferentes em relação ao sexo. Para os homens ACSs, há uma redução dos APVP (queda de 32%) ao longo dos quinquênios e, para as mulheres ACSs, há um aumento significativo (incremento de 151%).
- 14 De 2020 a 2024 há predominância dos anos potenciais de vida perdidos para as mulheres, expressando o APVP 3,3 vezes maior quando comparado aos homens ACSs.

▶ DO QUE TRATA ESTE BOLETIM?

O boletim trata da análise do perfil de mortalidade das e dos Agentes Comunitárias e Comunitários de Saúde (ACS) no município do Rio de Janeiro entre 2010 e 2024. É o primeiro produto da pesquisa ‘Agentes comunitárias(os) de saúde no município do Rio de Janeiro: um olhar sobre o acesso à atenção à saúde e as condições de trabalho’ que atende a uma demanda do Sindicato de Agentes Comunitários de Saúde do Município do Rio de Janeiro (Sindacs RJ), preocupado com o número de mortes entre as e os agentes e os relatos de dificuldades de acesso ao atendimento à saúde desses trabalhadores nas unidades básicas de saúde (UBS) em que atuam.

A pesquisa tem por objetivo analisar as condições de trabalho das e dos ACSs do município do Rio de Janeiro e suas relações com o sofrimento no trabalho e com as dificuldades de acesso ao atendimento de suas demandas de cuidado nas unidades em que atuam, com estratificação por área programática do município do Rio de Janeiro. Essa situação, frequentemente referida pelos e pelas ACSs, é corroborada por diversas pesquisas científicas que destacam as dificuldades de acesso à saúde e as condições de trabalho precárias dessa categoria.



Nós, o Sindicato, começamos a perceber o aumento dos óbitos na categoria a partir de 2022. O nosso objetivo é trazer esse olhar de atenção para a categoria profissional.

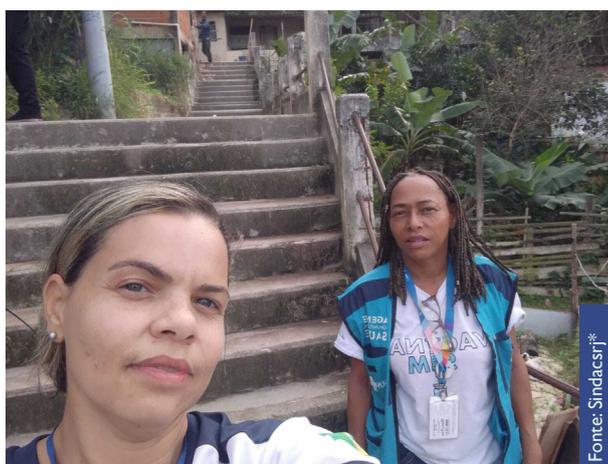
Wagner Souza – Sindacs RJ



Com base em dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (Sim), esse boletim busca **descrever o perfil de mortalidade dessa categoria profissional** no referido município, tendo como lente de análise a abordagem interseccional para olhar o perfil de mortalidade de modo integrado pelas variáveis de sexo, raça/cor e idade. Esse material também busca **identificar as causas de óbitos que podem ser prevenidas ou minimizadas por meio de políticas públicas**, em especial, as de saúde. Ao se analisar esse tema, não se pode perder de perspectiva as condições de trabalho das e dos ACSs, como a sobrecarga, o estresse, o sofrimento, a violência nas áreas de atuação e a falta de suporte (técnico, emocional e institucional), que relacionam essas condições com o adoecimento físico e mental, o que pode resultar, eventualmente, em mortalidade precoce^(1,2,3,4,5). Apesar de não serem assuntos aprofundados neste boletim, não podem ser esquecidos ao se analisar a situação de mortalidade. Nessa linha, embora a literatura existente identifique os riscos aos quais essas trabalhadoras e esses trabalhadores estão expostos, percebe-se uma carência de estudos específicos sobre o perfil de mortalidade dessa categoria profissional. Esse boletim visa apoiar na redução dessa lacuna.

É importante destacar que, de acordo com o tabulador de dados da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), o município do Rio de Janeiro contava, em julho de 2024, com 7.555 ACSs – o segundo município brasileiro com maior número de ACSs – (o primeiro município é São Paulo com 9.908 agentes cadastrados na base de dados nacional do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)).

Esse material também tem como premissa que a análise da mortalidade precisa incorporar os processos estruturais que influenciam a saúde das e dos ACSs, como a precarização do trabalho e o acesso desigual aos serviços de saúde.



▶ COMO ESTE BOLETIM FOI FEITO?

O boletim foi construído em **quatro camadas**, a saber:

- 1 evolução da taxa de mortalidade;**
- 2 descrição sociodemográfica dos óbitos;**
- 3 descrição das causas de óbito; e**
- 4 anos potenciais de vida perdidos (APVP).**

O perfil de mortalidade foi elaborado com base nos dados do Sim e do CNES. Os dados foram extraídos por meio do tabulador disponibilizado pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) no dia 09/10/2024 para a primeira camada, no dia 30/10/2024 para a segunda e terceira camadas, e, no dia 03/12/2024, para a quarta camada.

Para a **primeira camada**, foi calculada a **taxa bruta de mortalidade das e dos ACSs para o estado do Rio de Janeiro (ERJ), a região metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ) e o município do Rio de Janeiro (MRJ)**. Para esse cálculo, utilizou-se como numerador os óbitos de ACSs identificados pela Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) e, para o denominador, foi usado o total de ACSs cadastrados no CNES em cada uma das escalas de análise. Para comparar esse resultado, foi calculada também a taxa bruta de mortalidade da população maior de 20 anos para cada um dos referidos recortes geográficos.

O QUE É A TAXA DE MORTALIDADE?

A taxa bruta de mortalidade é um indicador usado para medir a frequência relativa de óbitos em uma população em um determinado período. Ela ajuda a entender o impacto de doenças, condições de saúde e outros fatores relacionados ao risco de morrer de uma população.

A **segunda camada** foi elaborada a partir do cálculo da **proporção dos óbitos (mortalidade proporcional)** por sexo, faixa etária e raça/cor, de modo a se ter um **perfil interseccionado** analisado ao longo da série histórica considerada. Para a realização do cálculo, usou-se como numerador os óbitos de ACSs identificados pela CBO, segundo a faixa etária e raça/cor, e filtrando os sexos feminino e masculino separadamente, e, para o denominador da proporção, o total de óbitos de ACSs em cada quinquênio. Levando em consideração a mudança do perfil sociodemográfico ao longo do tempo, em especial devido ao contexto de envelhecimento e da pandemia recente por covid-19, optou-se pela divisão da série histórica em períodos de cinco anos (quinquênios).

O QUE É O INDICADOR DE MORTALIDADE PROPORCIONAL?

A mortalidade proporcional é uma medida que mostra a porcentagem de óbitos causados por uma determinada condição, grupo ou fator específico, em relação ao total de óbitos ocorridos em uma população durante um período. Olhamos para uma pequena parte no todo. Podemos calcular a mortalidade proporcional por raça/cor, sexo, idade e outras variáveis de interesse a serem analisadas. Não é uma medida que expressa risco, mas mostra a maior frequência de determinada variável, colaborando na construção e análise de perfis sociodemográficos.

A **terceira camada** foi elaborada com base na descrição das frequências absoluta e relativa (proporção) das **causas básicas do óbito por capítulo, grupos e categorias da Classificação Internacional das Doenças (CID-10)**, além da proporção das mortes por causas evitáveis, conforme classificação da SES/RJ. Para os cálculos de proporção, empregou-se como numerador o número de óbitos de ACSs identificados pela CBO, segundo os grupos de causas da CID-10, e para o denominador, foi empregado o total de óbitos de ACS no período. O cálculo da proporção de óbitos pelas causas evitáveis foi realizado da mesma forma.

A **quarta camada** foi feita com base no **cálculo do indicador de anos potenciais de vida perdidos (APVP)**. Para este cálculo, utilizamos os seguintes dados: o número de óbitos de ACSs identificados pela CBO, segundo faixa etária e sexo, para cada quinquênio, e a média da expectativa de vida dos homens e mulheres, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para cada quinquênio. Para cada um dos sexos, levou-se em consideração a sua respectiva expectativa média de vida por quinquênio. Importante lembrar que, no geral, a expectativa de vida para as mulheres é maior que para os homens.

O QUE É O INDICADOR APVP?

O indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) mede o impacto de mortes prematuras em uma população. Ele calcula o número de anos de vida que deixaram de ser vividos devido a mortes que ocorreram antes de uma idade pré-determinada, que nesse caso foi a média da expectativa de vida de homens e mulheres do Brasil. Para este boletim, o cálculo do indicador foi realizado para uma comparação entre homens e mulheres ACSs.

Todas as análises foram apresentadas por meio de gráficos e tabelas dispostos ao longo deste boletim, intercalados com análises qualitativas (relatos reflexivos) das pesquisadoras, pesquisadores e interlocutores e interlocutoras do estudo, sistematizadas em uma oficina de qualificação dos resultados realizada em dezembro de 2024.

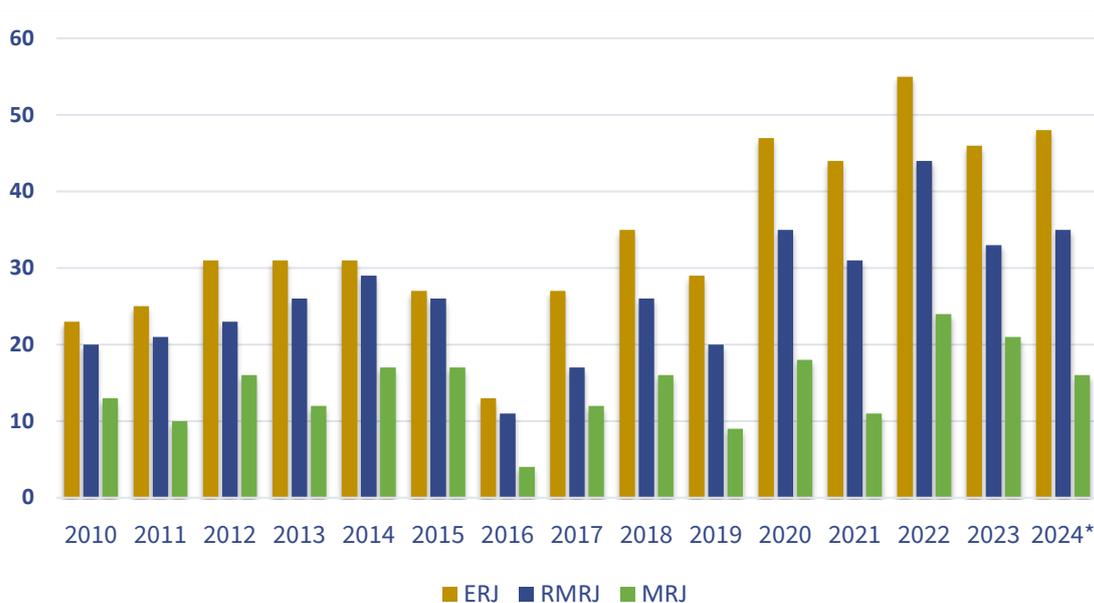
A produção deste boletim também leva em consideração a estrutura, formato e metodologia elaborada pelos boletins socioepidemiológicos covid-19 nas favelas produzidos pela Fiocruz, em especial ao se valorizar a visão e análise de diferentes atores sociais implicados na produção deste material⁽⁶⁾.

1 **Evolução da mortalidade**

Na Figura 1, observamos a distribuição absoluta dos óbitos das e dos ACSs. Nota-se um aumento do número de óbitos entre as e os agentes para as três escalas analisadas, especialmente a partir do ano de 2020 até 2024, período este que compreende a pandemia por covid-19.

O ano da série temporal com a menor quantidade de óbitos foi 2016. Ao todo, de 2010 até 2024 (outubro), **o ERJ contabilizou o total de 512 mortes**, sendo 397 na RMRJ e, destes, **o município do Rio de Janeiro registrou 216 mortes, representando 42% dos óbitos de todo o período**. No período em questão, o total de trabalhadoras e trabalhadores ACSs atuando no município do Rio de Janeiro, em relação ao total do estado, foi de, em média, 31%, variando de 18% (menor percentual em 2010) até 39% (maior percentual em 2023).

Figura 1. Distribuição absoluta dos óbitos das e dos ACSs, estado do Rio de Janeiro, região metropolitana do Rio de Janeiro e município do Rio de Janeiro – janeiro de 2010 a outubro de 2024



Fonte: Elaborado pelas autoras com os dados do SIM extraídos em 09/10/2024

Audiodescrição Figura 1:

O gráfico apresentado é de barras e mostra a distribuição absoluta dos óbitos entre Agentes Comunitárias e Comunitários de Saúde (ACSs) no estado do Rio de Janeiro (ERJ), na região metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ) e no município do Rio de Janeiro (MRJ), no período de janeiro de 2010 a outubro de 2024. O gráfico está dividido em barras coloridas para cada uma das três categorias geográficas:

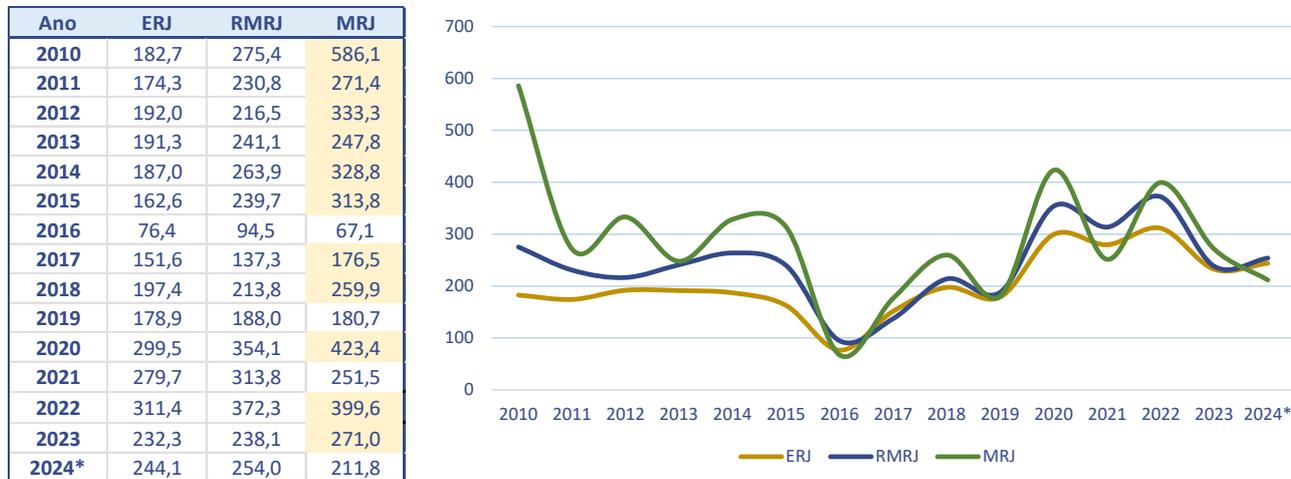
- **Barras em marrom** representam os óbitos no estado do Rio de Janeiro (ERJ).
- **Barras em azul** correspondem aos óbitos na região metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ).
- **Barras em verde** representam os óbitos no município do Rio de Janeiro (MRJ).

O gráfico é composto por 15 barras, uma para cada ano de 2010 a 2024 (com os dados de 2024 até outubro), organizadas ao longo do eixo horizontal. O eixo vertical indica o número de óbitos, variando de 0 a 60.

A Figura 2 mostra a comparação entre as **taxas de mortalidade das e dos ACSs** para as três escalas analisadas (**ERJ, RMRJ e MRJ**). De modo geral, para os três recortes delimitados, apesar de algumas oscilações, há um movimento parecido do comportamento da taxa: um **movimento de redução seguido de uma tendência de aumento**. Inicialmente, observa-se uma queda do risco de morrer de 2010 até o ano de 2016, quando atinge o menor valor, e após esse ano, a taxa começa a crescer, marcada por pequena redução em 2019 e um aumento principalmente a partir de 2020. Mesmo com esse comportamento, em geral, similar, é importante observar que o município do Rio de Janeiro, no intervalo de 2010 até 2014, apresentou mais flutuações na taxa de mortalidade, não acompanhando o mesmo movimento do ERJ e da RMRJ, talvez uma possibilidade de explicação possa ter relação com a qualidade do registro da mortalidade, em especial da CBO, tendo em vista que a partir de 2015 as curvas possuem uma semelhança maior.

Em relação ao **ERJ**, comparando os anos de **2010 e 2023**, houve um **aumento de 27% na taxa** de mortalidade, sendo a taxa de mortalidade, em 2010, de 182,7 óbitos por 100 mil habitantes e, em 2023, de 232,3 óbitos por 100 mil habitantes. Comparando o mesmo período, a **RMRJ** demonstrou uma **queda de 14%**, com a taxa de mortalidade de 275,4 óbitos por 100 mil habitantes em 2010 e de 238,1 óbitos por 100 mil habitantes em 2023. Agora, olhando especificamente para o **MRJ**, esse comportamento mostrou-se diferente em relação ao estado. Para o ano **de 2010**, a taxa de mortalidade foi de 586,1 por 100 mil habitantes (o maior valor em todo o período) e, **para o ano de 2023**, de 271,0 óbitos por 100 mil habitantes, configurando uma **queda de 54% ao longo desses anos**. (Figura 2).

Figura 2. Evolução da taxa bruta de mortalidade das e dos ACSs no ERJ, RMRJ e MRJ – 2010 a 2024*



Fonte: Elaborado pelas autoras com os dados do SIM e CNES extraídos em 09/10/2024

(*) Dados em processamento, extraídos em outubro de 2024.

Audiodescrição Figura 2:

Este gráfico apresenta a evolução da taxa de mortalidade de agentes comunitárias e comunitários de saúde em três áreas: ERJ (estado do Rio de Janeiro), RMRJ (região metropolitana do Rio de Janeiro) e MRJ (município do Rio de Janeiro). Ele é composto por três linhas coloridas que representam a taxa de mortalidade em cada área geográfica, distribuídas ao longo do período de 2010 a 2024.

- **Eixo vertical (Y):** Representa a taxa de mortalidade, com valores variando de 0 a 700.
- **Eixo horizontal (X):** Representa os anos, de 2010 a 2024.

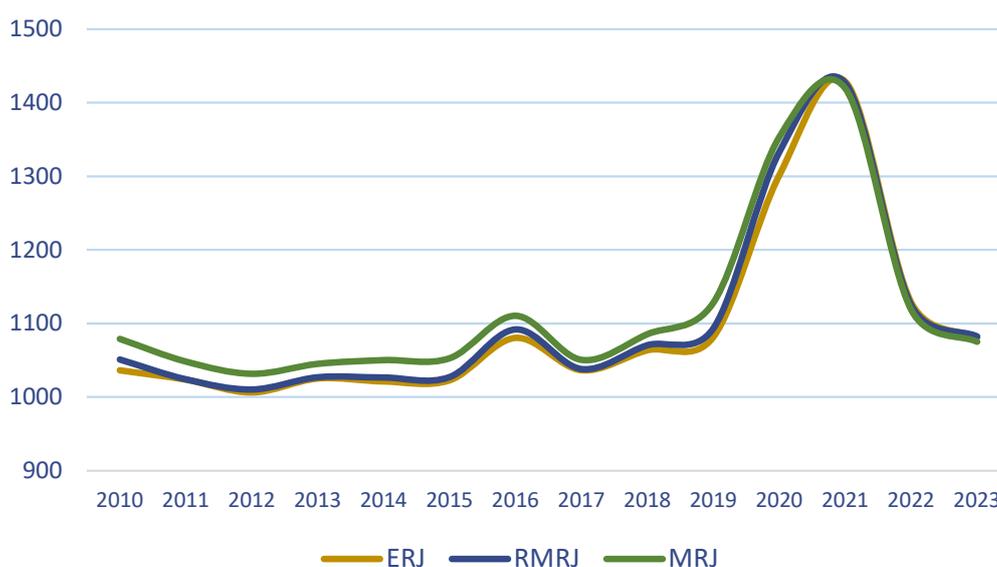
1. **Linha marrom (ERJ - estado do Rio de Janeiro):** Parte de um valor próximo de 200 em 2010, apresenta uma tendência de leve redução até 2015. A partir daí, mantém pequenas oscilações e se estabiliza ao redor de 200 entre 2020 e 2024.
2. **Linha azul (RMRJ - região metropolitana do Rio de Janeiro):** Inicia com uma taxa acima de 200 em 2010, apresenta um comportamento relativamente estável, com leve aumento a partir de 2017, alcançando valores próximos de 300 em 2024.
3. **Linha verde (MRJ - município do Rio de Janeiro):** Começa em 2010 com a taxa mais alta, acima de 600, e apresenta uma queda acentuada até 2012. Após isso, oscila de forma mais acentuada, atingindo um pico em 2018. Entre 2020 e 2024, as oscilações diminuem, e a linha termina com valores próximos de 300.

O gráfico evidencia comportamentos distintos para as áreas analisadas, com destaque para a maior variação na linha verde (MRJ) e maior estabilidade nas linhas marrom (ERJ) e azul (RMRJ) ao longo do tempo.

Mas, esse padrão da taxa de mortalidade observado entre as e os ACSs seria o mesmo movimento da mortalidade geral do estado, região metropolitana e do município do Rio de Janeiro quando comparado a todos os óbitos da população maior de 20 anos (população adulta)?

Ao se analisar e comparar a taxa de mortalidade bruta da população maior de 20 anos entre o ERJ, RMRJ e MRJ observa-se que a taxa de mortalidade do MRJ, em quase todo o período analisado, é levemente maior que as taxas do ERJ e RMRJ. Contudo, em todas as taxas, nota-se um movimento estacionário, com pequenas variações de 2010 a 2019, já em 2020 e 2021 há um aumento das taxas devido à alta mortalidade por covid-19. Após a redução dos óbitos pela pandemia, as taxas para os três recortes geográficos retornam para valores próximos aos de 2019. Outro dado importante é que em 2016, a taxa de mortalidade da população maior de 20 anos para os três recortes geográficos mostra um aumento, diferente das taxas de mortalidade das e dos ACSs para o mesmo ano, que apresentaram uma queda, o que pode indicar, nesse caso, a possibilidade de subnotificação dos dados da CBO na declaração de óbito (voltaremos a esta reflexão a seguir). (Figura 3).

Figura 3. Evolução da taxa bruta de mortalidade da população maior de 20 anos no ERJ, RMRJ e MRJ – 2010 a 2023



Fonte: Elaborado pelas autoras com os dados da SESRJ extraídos em 02/04/2025.

Para melhor visualização das taxas, o gráfico inicia o eixo das taxas de mortalidade (eixo Y) a partir do valor de 900.

Audiodescrição Figura 3:

O gráfico é do tipo linha e apresenta três linhas coloridas representando a taxa bruta de mortalidade da população com mais de 20 anos, ao longo dos anos de 2010 a 2023. O eixo horizontal (eixo X) representa os anos, iniciando em 2010 e terminando em 2023. O eixo vertical (eixo Y) mostra a taxa bruta de mortalidade, com valores variando de 900 a 1.500 por 100 mil habitantes. A linha marrom representa o estado do Rio de Janeiro (ERJ). A linha azul representa a região metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ). A linha verde representa o município do Rio de Janeiro (MRJ). Abaixo do gráfico, há uma legenda com as cores e siglas utilizadas e uma nota explicativa indicando que os dados foram elaborados pelas autoras a partir de informações da Secretaria de Estado de Saúde do RJ, extraídas em 2 de abril de 2025. Também é informado que o gráfico tem o eixo Y iniciado em 900 para facilitar a visualização das variações.

A partir daqui iremos explorar mais a análise para o município do Rio de Janeiro.

Apesar de se observar a redução de 54% da taxa de mortalidade das e dos ACSs, ao se comparar os anos de 2010 e 2023 (ano de início e final da série), na maioria dos anos estudados, a taxa de mortalidade das e dos ACSs no MRJ superou a taxa do ERJ e da RMRJ. Isso ocorreu em 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2017, 2018, 2020, 2022 e 2023. Ou seja, mesmo com uma redução geral, **a taxa de mortalidade das e dos ACSs do MRJ supera a taxa do ERJ e RMRJ em grande parte da série histórica.**

A Figura 4 ilustra essa análise, descrevendo melhor o comportamento da taxa de mortalidade para o município. Nesse gráfico, temos tanto a evolução da taxa bruta de mortalidade como também a média móvel dessa taxa. É notável que tanto a taxa quanto a média móvel da mortalidade seguem apresentando redução até o ano de 2016, momento em que o MRJ teve a sua menor taxa de mortalidade entre as e os ACSs (67,1 / 100.000 hab.). Especificamente ao ano de 2016, o ano com menor registro de óbitos, pode-se apontar a possibilidade de subnotificação dos dados ou então o registro inadequado do campo ocupação, impedindo a adequada identificação dos óbitos de ACSs e, não necessariamente, uma mudança na qualidade de vida e trabalho dessa categoria profissional.

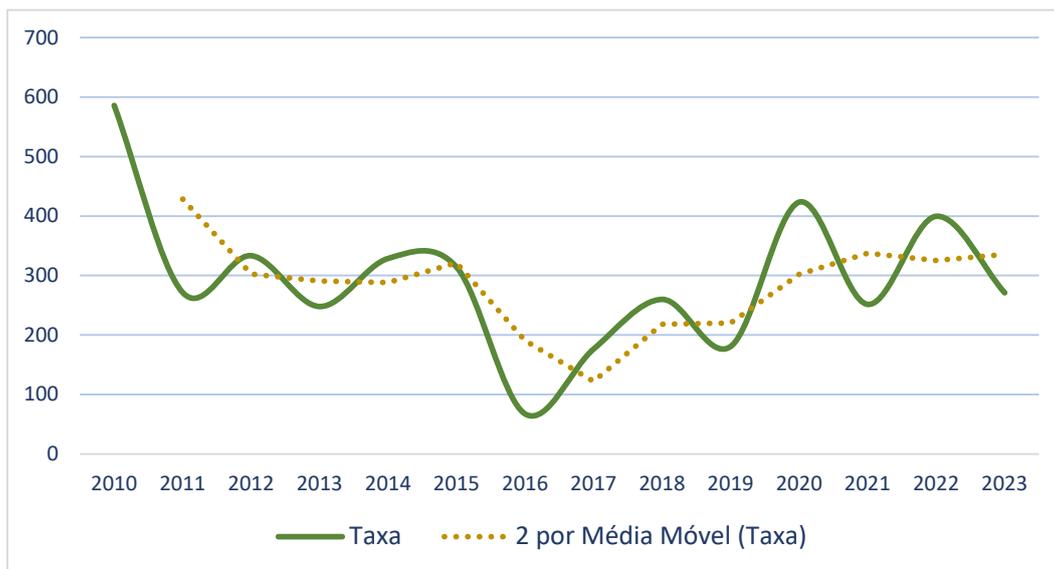
Entretanto, a partir de 2017, mesmo com flutuações, a taxa e a média móvel da mortalidade apresentam uma tendência de aumento. Portanto, **ainda que o município tenha registrado uma diminuição de 54% da taxa de mortalidade de 2010 para 2023 (todo o período estudado), a partir de 2016 e 2017, o município contabiliza um aumento de cerca de 54% ao realizarmos a comparação de 2017 para 2023**, quando a taxa saiu de 176,5/100.000 e vai para o valor de 271/100.000 hab. Apesar das flutuações de um ano para o outro, a **média móvel** da taxa evidencia essa **permanência de aumento do risco de morrer.**

MÉDIA MÓVEL

A média móvel é um indicador que ajuda a entender o movimento e a tendência dos dados ao longo de uma série histórica, em especial quando há muitas flutuações nos dados. Ela consegue suavizar os dados com base na construção de uma média que se movimenta ao longo do período estudado (de dois em dois anos, três em três, quatro em quatro etc.). Na época da pandemia por covid-19 esse indicador foi cotidianamente noticiado para ajudar a compreender a evolução média dos casos e óbitos ocorridos.

Importante destacar que essa tendência de aumento se inicia antes da pandemia de covid-19, se acentua com ela e permanece mesmo após o fim da pandemia.

Figura 4. Evolução da taxa e média móvel da mortalidade de ACSs no município do Rio de Janeiro – 2010 a 2023



Fonte: Elaborado pelas autoras com os dados do SIM e CNES extraídos em 09/10/2024

Audiodescrição Figura 4:

Este gráfico exibe a evolução da taxa de mortalidade e da média móvel ponderada da taxa de mortalidade de agentes comunitários de saúde no município do Rio de Janeiro, de 2010 a 2023. Ele contém duas linhas. **A linha verde contínua, que representa a taxa bruta de mortalidade** ao longo do tempo. A linha marrom pontilhada representa a média móvel ponderada da taxa de mortalidade. O Eixo vertical (Y) mostra a taxa de mortalidade, com valores entre 0 e 700. O eixo horizontal (X) apresenta os anos, de 2010 a 2023. O gráfico destaca as flutuações na taxa de mortalidade ao longo do tempo, enquanto a média móvel suaviza essas oscilações, evidenciando tendências gerais no período analisado.



Fonte: Sindacs/rj*



Fonte: Sindacs/rj*

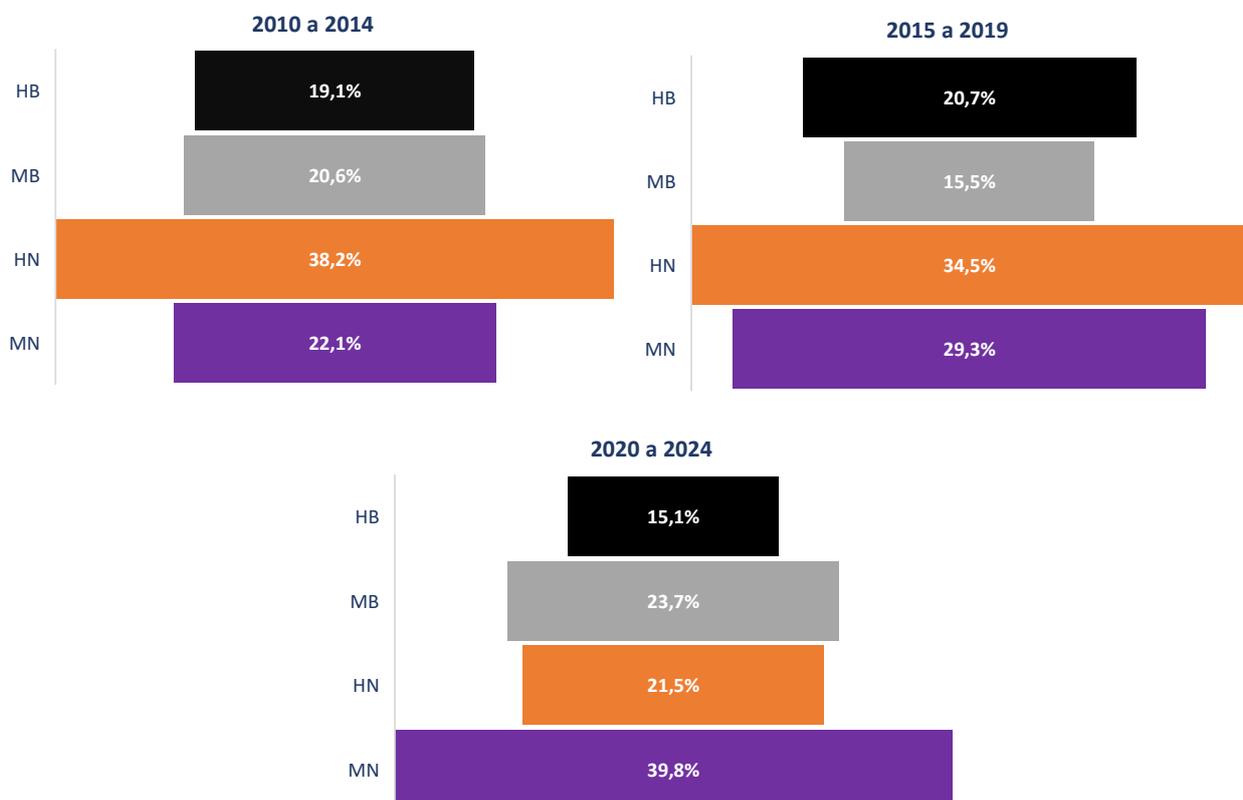
2 Perfil interseccionado de sexo, raça/cor e idade

A fim de avaliar possíveis alterações demográficas no perfil de mortalidade das e dos ACSs no MRJ no período de 2010 a 2024, primeiro foi realizada a análise proporcional da mortalidade pelas variáveis de sexo e raça/cor. Complementando esse olhar e, compreendendo o perfil longo da série histórica, foi realizada uma análise sociodemográfica dos óbitos, reunindo, de forma integrada, as variáveis sexo, raça/cor e faixa etária em três momentos distintos do período estudado, a saber: 2010 a 2014; 2015 a 2019; e 2020 a 2024 (três quinquênios).

A Figura 5 apresenta a mortalidade proporcional das e dos ACSs no MRJ, segundo sexo e raça. O primeiro ponto a se observar é que ao longo dos três quinquênios **há mais óbitos de ACSs negras e negros do que brancas e brancos (em média 60% dos óbitos são em ACSs negras e negros)**. Complementando essa análise, com base em um olhar mais minucioso, nota-se que houve uma **mudança no perfil da mortalidade em relação ao sexo e à raça**, pois **tanto de 2010 a 2014 quanto de 2015 a 2019 houve predominância da mortalidade proporcional entre os homens negros**. No entanto, **de 2020 a 2024 há maior concentração entre as mulheres, principalmente as mulheres negras**.

Ao analisar os períodos de **2010 a 2014 e 2015 a 2019**, destacam-se os percentuais de óbitos registrados entre os **homens negros**, sendo **38,2% para o primeiro quinquênio e 34,5% para o segundo quinquênio**. Porém, **no terceiro quinquênio da série**, essa predominância passa a acontecer entre as **mulheres negras**, com **39,8% dos óbitos**, seguidas pelas **mulheres brancas** com **23,7%**. Desse modo, é visível a transição de gênero, acentuando o peso da mortalidade para as mulheres, em especial as trabalhadoras negras ACSs.

Figura 5. Distribuição proporcional da mortalidade de ACSs no MRJ, segundo sexo e raça, de 2010 a 2024



Fonte: Elaborado pelas autoras com os dados do SIM e CNES extraídos em 30/10/2024

Audiodescrição Figura 5:

Esta Figura contém três gráficos de barras horizontais, organizados em períodos: **2010 a 2014, 2015 a 2019 e 2020 a 2024**. Cada gráfico apresenta a proporção de mortalidade de agentes comunitária e comunitário de saúde (ACSs) no município do Rio de Janeiro, segmentada por sexo e raça/cor, com quatro categorias representadas:

- **HB:** Homens brancos
- **MB:** Mulheres brancas
- **HN:** Homens negros
- **MN:** Mulheres negras

O gráfico evidencia uma mudança na distribuição proporcional da mortalidade entre os períodos analisados. Enquanto a proporção de homens negros (HN) diminui ao longo do tempo, a de mulheres negras (MN) aumenta, alcançando a maior proporção no período de 2020 a 2024. As demais categorias apresentam oscilações menos marcantes.

A Figura 6 demonstra a mortalidade proporcional das e dos ACSs do MRJ, segundo sexo, raça/cor e faixa etária para as três divisões do período. **No primeiro recorte temporal, houve predominância da mortalidade entre os homens negros**, com destaque para os **14,7% dos óbitos na faixa etária de 45 a 59 anos**, seguido pela faixa de 60 anos ou mais (13,2%). **De 2015 a 2019, essa tendência se repete**, com os maiores percentuais de mortalidade sendo encontrados novamente entre os **homens negros de 45 a 59 anos (13,8%)**. Neste segundo momento, também é válido destacar o aumento dos percentuais entre as mulheres negras, apresentando 12,1% dos óbitos para as faixas de 45 a 59 anos e de 12,1% para 60 anos ou mais. Já entre os anos de 2020 e 2024, período mais recente, percebe-se que os maiores valores percentuais são encontrados entre as mulheres, com destaque para as mulheres negras, sendo **9,7% dos óbitos entre as mulheres brancas**, tanto na faixa **de 45 a 59 anos e 17,2% entre as mulheres negras no mesmo recorte etário**.



A maioria dos registros de mortes no nosso obituário dos últimos anos é de mulheres e, quando a gente recebe as fotos, percebe que a maioria é da raça/cor negra, tanto homem quanto mulher, parda ou preta.

Wagner Souza – Sindacs RJ



Ainda ao se analisar a Figura 6 é possível notar que, **na faixa etária até 44 anos**, nos dois primeiros quinquênios, as **mulheres brancas ocupam a segunda posição em mortes**. E, no terceiro quinquênio, quando as mulheres negras passam a ocupar a primeira posição, elas permanecem em segundo lugar.

Além disso, é importante verificar que **há alta mortalidade precoce (óbitos até 59 anos) para todas e todos ACSs ao longo do tempo**, com 48,8% dos óbitos no primeiro quinquênio, 58,6% no segundo e, 50,5%, no terceiro. A título comparativo, todos os óbitos ocorridos no município do Rio de Janeiro para o mesmo período, na faixa-etária dos 20 aos 59 anos computaram, em média, 26%. Uma diferença média de quase o dobro.

Para ACSs homens e mulheres brancos, a mortalidade, nos três quinquênios, concentra-se na faixa etária mais envelhecida (60 ou mais). Já para as e os ACSs homens e mulheres negros, nos três períodos analisados, observa-se uma mortalidade precoce, com uma concentração importante na faixa-etária dos 45 aos 59 anos, sendo mais acentuado para os homens negros no intervalo temporal de 2010 a 2019, modificando-se, para as mulheres negras a partir de 2020.

“

“Eu fiquei me perguntando, para a gente pensar, o porquê da morte mais de mulheres negras?! Se são mulheres da mesma categoria profissional, se moram no mesmo território, por que será que são as mulheres negras que estão morrendo mais e não as brancas?! Se é a mesma classe social, o mesmo gênero, mas o óbito se expressa de forma diferente? Isso me inquieta, em pesquisas qualitativas, entrevistas, não aprofundamos isso...”

Anna Violeta Durão - EPSJV/Fiocruz

”

“

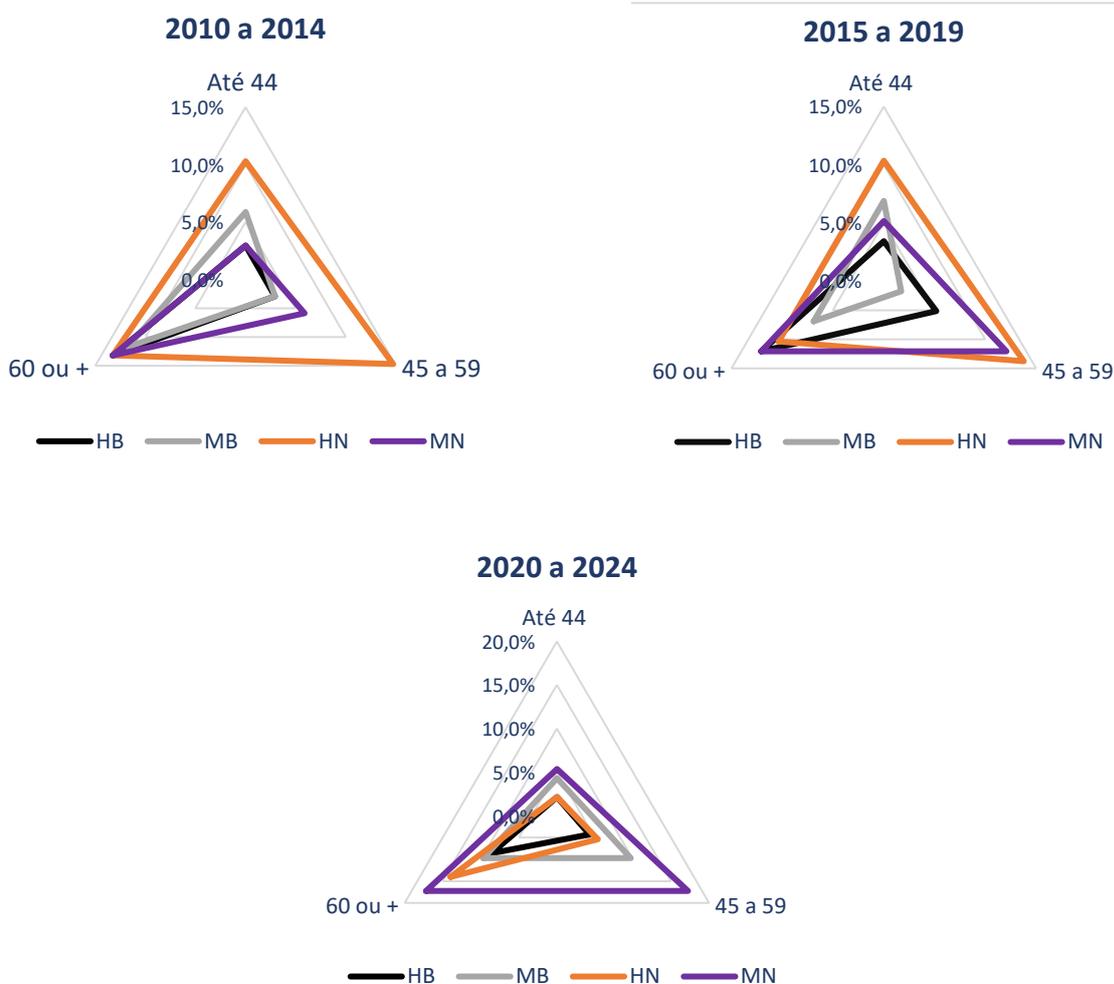
“Posso falar por mim... stress, racismo, pressão psicológica... Eu não desenvolvi uma gastrite à toa, é que muita coisa a gente guarda. O tratamento entre as ACSs brancas e negras é diferenciado sim, porque se falamos um pouquinho mais alto ou insistimos, somos taxadas de ‘mulheres raivosas’. Então, muitas das vezes, para evitar, a gente guarda, vai lá e faz, mesmo sem condições”

Claúdia Pereira – Sindacs RJ

”

Figura 6. Mortalidade proporcional das e dos ACSs do MRJ, segundo sexo, raça e faixa etária, de 2010 a 2014, 2015 a 2019 e 2020 a 2024

Faixa Etária	2010 a 2014				2015 a 2019				2020 a 2024			
	HB	MB	HN	MN	HB	MB	HN	MN	HB	MB	HN	MN
Até 44	2,9%	5,9%	10,3%	2,9%	3,4%	6,9%	10,3%	5,2%	2,2%	4,3%	2,2%	5,4%
45 a 59	2,9%	2,9%	14,7%	5,9%	5,2%	1,7%	13,8%	12,1%	4,3%	9,7%	5,4%	17,2%
60 ou+	13,2%	11,8%	13,2%	13,2%	12,1%	6,9%	10,3%	12,1%	8,6%	9,7%	14,0%	17,2%
Total	19,1%	20,6%	38,2%	22,1%	20,7%	15,5%	34,5%	29,3%	15,1%	23,7%	21,5%	39,8%



Fonte: Elaborado pelas autoras com os dados do SIM e CNES extraídos em 30/10/2024

Audiodescrição Figura 6:

Esta figura contém três gráficos em formato de radar (ou teia de aranha), organizados por período: **2010 a 2014**, **2015 a 2019** e **2020 a 2024**. Cada gráfico mostra a proporção de mortalidade de agentes comunitárias e comunitários de saúde (ACSs) no município do Rio de Janeiro, distribuída por sexo, raça/cor e faixa etária. As categorias de sexo e raça/cor são representadas por quatro linhas coloridas: **HB (Homens brancos)** na linha preta; **MB (Mulheres brancas)** na linha cinza; **HN (Homens negros)** na linha laranja; e **MN (Mulheres negras)** na linha roxa. As faixas etárias estão distribuídas ao redor dos gráficos nos pontos do radar: **Até 44 anos** (topo); **45 a 59 anos** (direita); **60 anos ou mais** (esquerda). O gráfico evidencia um aumento progressivo na mortalidade proporcional de **Mulheres negras** ao longo dos períodos, especialmente em faixas etárias mais avançadas. **Homens negros** mantêm uma alta mortalidade proporcional em todos os períodos, enquanto **Homens brancos** e **Mulheres brancas** apresentam menor representatividade.

3 Causas de morte

As Tabelas 1 e 2 e a Figura 7 expressam um panorama das causas de óbito que mais acometem as e os ACSs no MRJ. As Tabelas 1 e 2 apresentam a distribuição absoluta e proporcional das causas de óbitos. De modo geral, **as cinco primeiras causas de óbito** (cinco capítulos da CID-10) representam **78% dos óbitos entre as e os ACSs** ao longo da série histórica analisada. Nota-se que as neoplasias e as doenças do aparelho circulatório foram as causas com a **maior concentração de mortalidade, somando 47% do total dos óbitos**. A título comparativo, para o mesmo período, no município do Rio de Janeiro, as doenças do aparelho circulatório foram o primeiro grupo de morte com 27% dos óbitos, estando as neoplasias em segundo lugar a nível municipal (16,5%), esse somatório representa 43,5% dos óbitos no município como um todo.



*Eu fiquei super assustada com esses dados.
Mas, a gente vê que está aumentando o câncer.*

Claudia Pereira – Sindacs RJ



*Eu acho que a gente pode cotejar isso
com a literatura científica.
Pois tem bastante literatura que versa
sobre a morbimortalidade por câncer e
mostra que a incidência em mulheres negras é maior.*

Isabella Koster – EPSJV/Fiocruz



Ao observar a variação proporcional dessas causas de óbito entre o triênio de 2010/2012 e o 2022/2024, percebe-se que houve uma redução em sua maioria, exceto as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório, a primeira causa com um aumento de 60% e, a segunda, 204,7%. **Dentre as causas de óbito com queda durante a série temporal, destacam-se as causas externas**, com uma diminuição de 87,8% (Tabela 1). Como estamos tratando de um baixo número de óbitos ao se comparar com o quantitativo de óbitos do município do Rio de Janeiro, na Tabela 2 há a distribuição absoluta (valores brutos) por cada uma das principais causas de óbito.

A Figura 7 ilustra a **transição da mortalidade proporcional** das e dos ACSs, segundo os capítulos da CID-10, no MRJ, no período de 2010 a 2024 dividido por triênios, englobando de 2010 a 2012 até 2022 a 2024. Nota-se a grande proporção de mortalidade por neoplasias e o crescimento das doenças infecciosas e parasitárias como causa de óbito, especialmente no período de 2019 a 2021, enquanto ocorria a pandemia de covid-19. Também se percebe **o aumento da mortalidade por doenças do aparelho respiratório** ao longo do período, bem como a redução pelas causas externas e doenças do aparelho circulatório.



O que a gente observa é isso mesmo, relato de morte por causas externas a gente quase não recebe, é muito pouco por acidente ou por bala perdida no trabalho.

De bala perdida temos que lembrar do caso da ACS Kelly Cristina em Bangu.

Wagner Souza – Sindacs RJ



Tabela 1. Distribuição proporcional das causas de óbitos entre as e os ACSs por capítulos da CID-10 no MRJ, 2010 a 2024

Causa Básica – Capítulo CID-10 (%)	2010-2012	2013-2015	2016-2018	2019-2021	2022-2024	Total	% Variação (2010/2012 - 2022/2024)
Neoplasias	20,5	23,9	34,4	15,8	32,8	26,0	60,0%
Aparelho circulatório	28,2	30,4	15,6	18,4	14,1	21,0	-50,1%
Infecciosas e parasitárias	12,8	10,9	3,1	31,6	9,4	13,2	-26,9%
Aparelho respiratório	5,1	8,7	12,5	15,8	15,6	11,9	204,7%
Causas externas	12,8	8,7	12,5	0,0	1,6	6,4	-87,8%
Outras causas	20,5	17,4	21,9	18,4	26,6	21,5	29,5%
Total	100	100	100	100	100	100	-

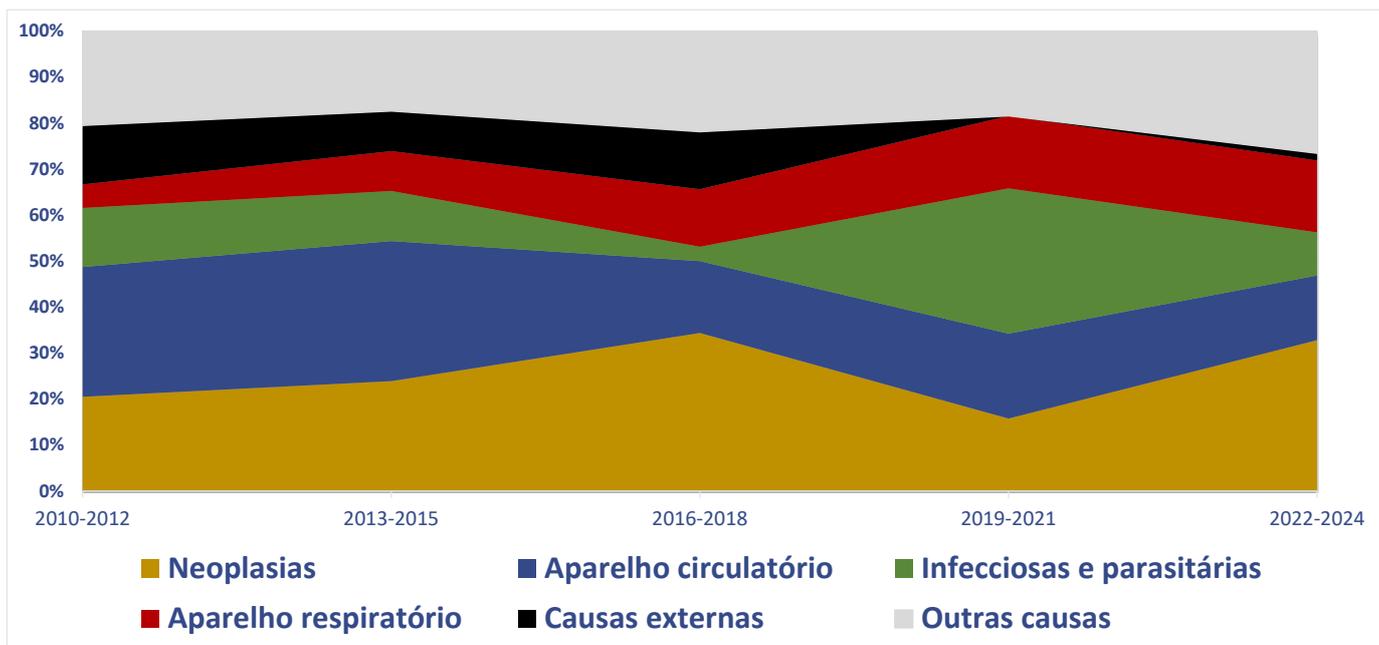
Fonte: Elaborado pelas autoras com os dados do SIM e CNES extraídos em 30/10/2024

Tabela 2. Distribuição absoluta das mortes pelas causas de óbitos entre as e os ACSs por capítulos da CID-10 no MRJ, 2010 a 2024

Causa Básica - Capítulo CID-10 (n)	2010-2012	2013-2015	2016-2018	2019-2021	2022-2024	Total
Neoplasias	8	11	11	6	21	57
Aparelho circulatório	11	14	5	7	9	46
Infecciosas e parasitárias	5	5	1	12	6	29
Aparelho respiratório	2	4	4	6	10	26
Causas externas	5	4	4	0	1	14
Outras causas	8	8	7	7	17	47
Total	39	46	32	38	64	219

Fonte: Elaborado pelas autoras com os dados do SIM extraídos em 30/10/2024

Figura 7. Transição da mortalidade proporcional das e dos ACSs por capítulos da CID-10, no MRJ, no período de 2010 a 2024 dividido por triênios



Fonte: Elaborado pelas autoras com os dados do SIM extraídos em 30/10/2024

Audiodescrição Figura 7:

A figura apresenta um **gráfico de área empilhada** mostrando a **transição da mortalidade proporcional** das e dos Agentes Comunitárias e Comunitários de Saúde (ACSs), por capítulos da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), no município do Rio de Janeiro (MRJ), entre 2010 e 2024. Os dados estão divididos em **períodos de três anos (triênios)**. O **Eixo horizontal (X)** representa os triênios de 2010-2012 até 2022-2024. O **Eixo vertical (Y)** mostra as proporções acumuladas, que vão de 0% a 100%. Há **áreas coloridas** onde cada cor representa uma causa de mortalidade, conforme a CID-10. As áreas são empilhadas umas sobre as outras, indicando a contribuição proporcional de cada causa ao longo do tempo. As causas de óbitos estão representadas da seguinte forma:

- **Marrom (base):** Neoplasias.
- **Azul (logo acima):** Aparelho circulatório.
- **Verde:** Doenças infecciosas e parasitárias.
- **Vermelho:** Aparelho respiratório.
- **Preto:** Causas externas.
- **Cinza (topo):** Outras causas.

O gráfico mostra mudanças nas causas de mortalidade ao longo dos triênios, destacando principalmente o crescimento de doenças relacionadas ao aparelho respiratório e uma redução de causas ligadas ao aparelho circulatório e causas externas em certos períodos.



Fonte: Sindacs RJ

▶ DETALHANDO MAIS AS PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS

A Tabela 3 traz a distribuição absoluta dos óbitos das e dos ACSs, por grupos de causas entre os principais capítulos da CID-10 que se destacaram, segundo o sexo. De modo geral, **percebe-se o maior número de óbitos por neoplasias e doenças do aparelho circulatório entre as mulheres**, com 32 e 25 óbitos, respectivamente. Já para as **doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório e causas externas, houve predomínio dos óbitos entre os homens**, com 16, 16 e 10 óbitos, respectivamente. Esse mesmo padrão de divisão das causas por sexo também foi observado para o município do Rio de Janeiro no período em análise, com exceção das doenças do aparelho respiratório que, no município, acomete mais as mulheres e, entre as e os ACSs, acometeu mais os homens.

Ao analisar especificamente cada um dos grupos de causas, entre as neoplasias pode-se destacar, entre as e os ACSs, **as neoplasias dos órgãos digestivos** como o grupo que mais causou óbitos. Em relação às doenças do aparelho circulatório, as **doenças isquêmicas do coração** foram predominantes. Em relação às doenças infecciosas e parasitárias, houve maior concentração de mortes por “outras doenças por vírus”, grupo que inclui a **covid-19**. No que tange às doenças do aparelho respiratório, destacaram-se a **gripe** e a **pneumonia**. Por fim, dentre as causas externas, chama a atenção os óbitos por **agressões e suicídio**.

A Tabela 4 expressa a distribuição absoluta dos óbitos por causas evitáveis entre as e os ACSs, segundo o sexo. É importante destacar que **60% das mortes das e dos ACSs no MRJ no período de 2010 a 2024 eram evitáveis**, tendo como comparação todos os óbitos evitáveis do município para o mesmo período, temos o valor de 59%.

Dos 60% de óbitos evitáveis entre as e os ACSs, 33% eram reduzíveis por ações de promoção, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis, com destaque para os óbitos por doenças isquêmicas do coração e pelas neoplasias de mama e de pulmão. As mortes reduzíveis por ações de promoção, prevenção, controle e atenção às doenças infecciosas carregam 21% da mortalidade das e dos ACSs, sendo válido pontuar a existência de óbitos por HIV/Aids e infecções respiratórias, como a gripe e a pneumonia. Além disso, 6% dos óbitos evitáveis eram reduzíveis por ações de promoção, prevenção, controle e atenção às causas externas: mortes por agressões e suicídio.

Ao realizar um comparativo por sexo, tanto entre as causas evitáveis por ações contra as causas externas quanto as doenças infecciosas, houve maior número de óbitos entre os homens. Já para as causas evitáveis por ações sobre as doenças crônicas não transmissíveis, predominaram os óbitos entre as mulheres.

Tabela 3. Distribuição absoluta dos óbitos das e dos ACSs, por grupos de causas, segundo o sexo, no MRJ, 2010 a 2024

Causa/Grupo CID-10	Sexo		
	F	M	Total
Neoplasias			
Neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe	1	1	2
Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	8	8	16
Neoplasias malignas do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	5	4	9
Neoplasias malignas da mama	8	0	8
Neoplasias malignas dos órgãos genitais	9	1	10
Neoplasias malignas do trato urinário	0	1	1
Neoplasias malignas dos olhos, do encéfalo e de outras partes do SNC	0	3	3
Neoplasias malignas de localizações mal definidas, secundárias e de localizações NE	0	4	4
Neoplasias malignas declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoiético e tecidos correlatos	0	3	3
Neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido	1	0	1
Total	32	25	57
Doenças do aparelho circulatório			
Doenças hipertensivas	1	4	5
Doenças isquêmicas do coração	9	6	15
Doenças cardíaca pulmonar e da circulação pulmonar	2	0	2
Outras formas de doença do coração	6	3	9
Doenças cerebrovasculares	6	8	14
Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte	1	0	1
Total	25	21	46
Algumas doenças infecciosas e parasitárias			
Doenças infecciosas intestinais	0	1	1
Outras doenças bacterianas	3	8	11
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	2	2	4
Outras doenças por vírus (inclui covid-19)	8	5	13
Total	13	16	29
Doenças do aparelho respiratório			
Influenza [gripe] e pneumonia	3	9	12
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	3	3	6
Outras doenças respiratórias que afetam principalmente o interstício	2	1	3
Outras doenças da pleura	2	0	2
Outras doenças do aparelho respiratório	0	3	3
Total	10	16	26
Causas externas			
Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	0	1	1
Quedas	2	0	2
Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a substâncias nocivas	1	1	2
Lesões autoprovocadas intencionalmente	1	2	3
Agressões	0	5	5
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	0	1	1
Total	4	10	14

Fonte: Elaborado pelas autoras com os dados do SIM extraídos em 30/10/2024

Tabela 4. Distribuição absoluta dos óbitos por causas evitáveis entre as e os ACSs, segundo o sexo, no MRJ, 2010 a 2024*

Causas evitáveis 5-74 anos	Feminino	Masculino	Total	Evitáveis/Total (%)	MRJ
Total	66	65	131	60%	59%
Reduzíveis por ações de promoção saúde, prevenção, controle e atenção às doenças de causas infecciosas	20	25	45	21%	19%
Doenças infecciosas intestinais diarreicas	0	1	1		
<i>HIV/AIDS</i>	2	2	4		
Outras infecções	3	8	11		
<i>Infecções respiratórias, incluindo pneumonia e influenza</i>	6	12	18		
Infecções musculoesqueléticas	0	1	1		
Infecção do trato urinário	9	1	10		
Reduzíveis por ações de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis	42	30	72	33%	32%
Neoplasia maligna do estômago	1	1	2		
Neoplasia maligna colorretal	4	3	7		
Neoplasia maligna da boca, faringe e laringe	1	1	2		
Neoplasia maligna do esôfago	0	1	1		
<i>Neoplasia da traqueia, brônquios e pulmão</i>	4	4	8		
<i>Neoplasia maligna de mama</i>	8	0	8		
Neoplasia maligna do colo de útero	3	0	3		
Leucemia mieloide	0	1	1		
Diabetes mellitus	4	2	6		
Obesidade	2	0	2		
Doença alcoólica do fígado	0	1	1		
Doenças hipertensivas	1	4	5		
<i>Doenças isquêmicas do coração</i>	9	6	15		
Insuficiência cardíaca	2	2	4		
Doenças cerebrovasculares	2	2	4		
Úlcera gástrica e duodenal	0	1	1		
Obstrução intestinal e hérnia	1	1	2		
Reduzíveis por ações intersetoriais de promoção saúde, prevenção e atenção às causas externas	4	10	14	6%	8%
Acidentes de transporte	0	1	1		
Quedas	2	0	2		
Envenenamento ou intoxicação acidental por exposição a substâncias nocivas	1	1	2		
<i>Lesões autoprovocadas intencionalmente</i>	1	2	3		
<i>Agressões</i>	0	5	5		
Eventos ou fatos cuja intenção é indeterminada	0	1	1		

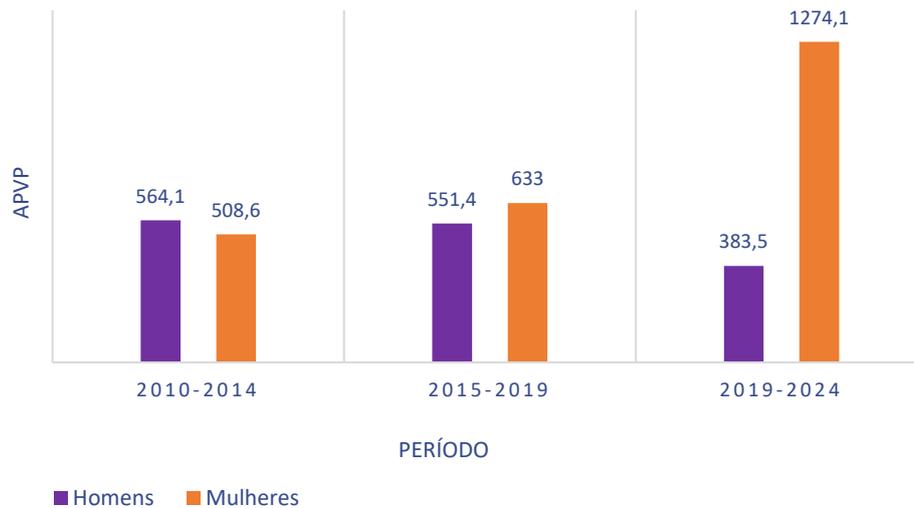
Fonte: Elaborado pelas autoras com os dados do SIM extraídos em 30/10/2024. (*) 2024 com dados até o mês de outubro.

4 Anos potenciais de vida perdidos (APVP)

De 2010 até 2019 os anos potenciais de vida perdidos eram semelhantes entre homens e mulheres da categoria profissional de ACS. No entanto, no último quinquênio (2020 a 2024) há predominância dos anos potenciais de vida perdidos para as mulheres, expressando o APVP 3,3 vezes maior quando comparado aos homens ACSs. Importante lembrar que, no geral, a expectativa de vida para as mulheres é maior que para os homens.

De modo geral, os homens apresentam uma tendência de redução do APVP ao longo dos quinquênios, o que pode indicar que os óbitos estão se concentrando nas faixas etárias mais próximas à esperança de vida desse grupo. Já para as mulheres, a tendência ao longo dos anos é de aumento do APVP, o que pode indicar tanto a maior concentração de óbitos distante da expectativa de vida para esse grupo, bem como uma maior quantidade de óbitos para as mulheres quando comparado com os homens. Ou seja, morreram mais mulheres no último quinquênio e essas mulheres morreram antes da expectativa de média de vida esperada para o seu grupo (Figura 8)

Figura 8. Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVPs) das e dos ACSs, segundo o sexo, no MRJ, no período de 2010 a 2024 dividido por quinquênios



Fonte: Elaborado pelas autoras com os dados do SIM extraídos em 09/12/2024

Audiodescrição Figura 8:

A figura apresenta um **gráfico de barras agrupadas** comparando os **Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVPs)** das e dos Agentes Comunitárias e Comunitários de Saúde (ACSs), segundo o sexo, no município do Rio de Janeiro (MRJ), no período de 2010 a 2024, dividido em **três quinquênios** (2010-2014, 2015-2019 e 2019-2024). O **eixo horizontal (X)** representa os períodos quinquenais (2010-2014, 2015-2019 e 2019-2024). O **eixo vertical (Y)**: Mostra os valores de APVPs. As **barras agrupadas**: Cada quinquênio possui duas barras, uma para **homens** (roxo) e outra para **mulheres** (laranja). O gráfico evidencia uma **tendência de aumento do APVP entre as mulheres** ao longo dos quinquênios, especialmente no período de 2019-2024, enquanto os valores para os homens diminuíram. Isso indica um crescimento preocupante das mortes prematuras entre mulheres ACSs no período mais recente.

A Figura 9 possibilita realizar a análise com o recorte etário para cada quinquênio, expressando a **distribuição dos anos potenciais de vida perdidos entre os homens e as mulheres ACSs** em diferentes **faixas-etárias** e ao longo do tempo.

Em relação aos homens, de 2010 a 2014, observa-se uma mortalidade precoce, com APVP se concentrando nas faixas etárias dos 40 aos 44 anos e 50 aos 54 anos. De 2015 a 2019, nota-se a presença de APVP nas faixas etárias mais elevadas, o que indica um envelhecimento dos óbitos, porém, as faixas etárias mais novas ainda se destacam, em especial a faixa dos 35 aos 39 anos. Já no período de 2020 a 2024, destacam-se os anos de vida perdidos na faixa etária dos 55 aos 59 anos, mantendo o perfil de envelhecimento dos óbitos.

No que se refere às mulheres, é possível observar o APVP nas faixas etárias mais elevadas desde o primeiro quinquênio. Contudo, também há alta expressão de óbitos precoces, ocorridos na faixa-etária dos 35 aos 39 anos em quase toda a série histórica. A partir de 2020, apesar dos anos potenciais de vida perdidos ainda terem um peso importante na faixa-etária dos 35 aos 39 anos, esse indicador possui resultados mais elevados nas faixas etárias dos 50 aos 64 anos.

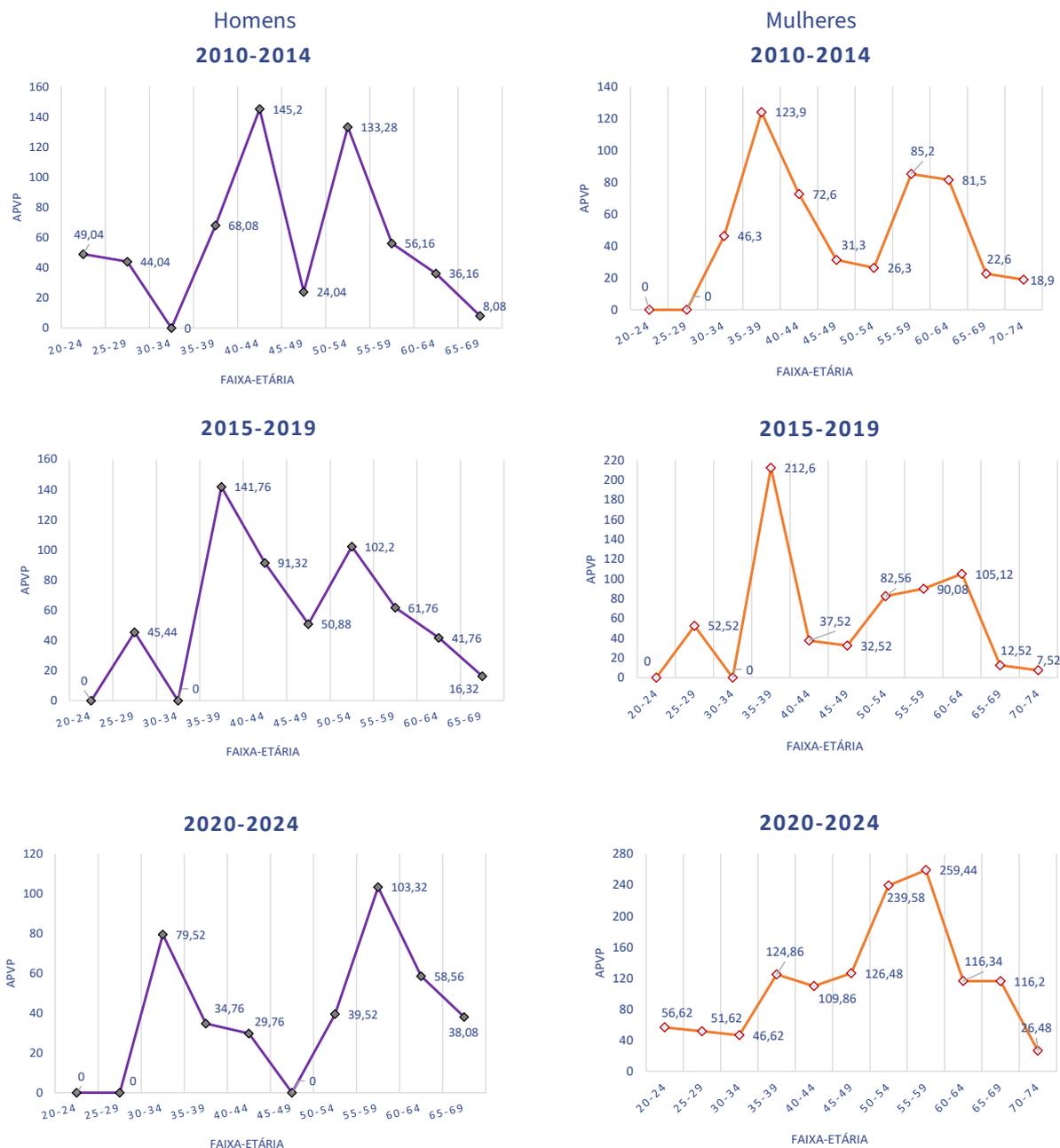
Por fim, essa última camada reforça os resultados encontrados ao longo do boletim: **o maior peso da mortalidade entre as mulheres, com um destaque acentuado para a quantidade de anos potenciais de vida perdidos como também uma expressão importante de óbitos de ACSs antes da expectativa média de vida para cada período.**

Esta análise dos APVP por sexo e faixa etária ao longo do tempo (em cada um dos quinquênios) está ilustrada no conjunto de gráficos apresentados na Figura 9.

Para entender o gráfico 9

Olhando uma primeira vez pode ser difícil a compreensão desses gráficos. Por isso, inicialmente olhe apenas para um dos sexos (linha roxa são os homens e linha laranja as mulheres), comparando os diferentes momentos temporais (quinquênios). Imagine que é uma fotografia da quantidade de anos que se deixa de viver em cada quinquênio pelas faixas-etárias (por exemplo, se um homem morre aos 25 anos e se espera que viva até os 65 em determinado momento histórico, ele deixou de viver 40 anos). Quando a curva é alta (tem picos) significa que temos um acúmulo de óbitos naquelas faixas etárias naquele referido momento histórico. Não é esperado que tenhamos muitos 'picos' ao longo do tempo em faixas-etárias mais jovens.

Figura 9. Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) das e dos ACSs, segundo o sexo e a faixa-etária, no MRJ, no período de 2010 a 2024 dividido por quinquênios, homens à esquerda (linha roxa) e mulheres à direita (linha laranja).



Fonte: Elaborado pelas autoras com os dados do SIM extraídos em 09/12/2024 e dados das Tábuas de Mortalidade disponibilizadas pelo IBGE

(considerou-se a expectativa de vida do Brasil para uma aproximação com o município do Rio de Janeiro).

Audiodescrição Figura 9:

A figura apresenta seis **gráficos de linha**, dispostos em três linhas e duas colunas, mostrando os **Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVPs)** entre agentes comunitários e comunitários de saúde (ACSs), segundo o **sexo** (homens à esquerda e mulheres à direita) e a **faixa etária**, no município do Rio de Janeiro (MRJ), no período de 2010 a 2024, dividido por **quinquênios**. **À esquerda estão os gráficos para homens** (linhas roxas). **À direita estão os gráficos para mulheres** (linhas laranjas). As **linhas horizontais (X)** representam as faixas etárias em grupos de 5 anos, variando de **0-4 até 65-69 anos**. As **linhas verticais (Y)** mostram os valores de APVPs. Os gráficos demonstram que, entre os homens, os picos de APVPs ocorrem em faixas etárias **mais avançadas** (30-34 e 50-54 anos). Já entre as mulheres, há um padrão de maior APVPs em faixas **mais jovens** (20-29 anos), com destaque para o período mais recente (2020-2024). O aumento nos APVPs entre as mulheres em idades jovens, especialmente no último período, é um ponto de atenção.



*Me impactou muito foram os 60% de mortes evitáveis...
No geral, esses dados mostram a realidade que a gente enfrenta no dia a dia no Rio de Janeiro. E, pela primeira vez, estamos mostrando em números, de modo palpável, então eles não vão poder falar que isso não existe, os dados demonstram o que a gente está sofrendo*

Wagner Souza – Sindacs RJ



Analisar a situação da mortalidade das e dos ACSs no município do Rio de Janeiro se torna um aspecto extremamente necessário. Constitui papel da EPSJV/Fiocruz a produção de conhecimento técnico-científico dedicado à análise das condições de trabalho das e dos ACSs e de demais categorias profissionais da saúde. E isso encontra significado importante, ao trazer o município do Rio de Janeiro como o contexto para tal análise, compreendendo o quanto é relevante se analisar a atuação das e dos ACSs no cenário urbano, em especial em territórios marcados por desigualdades socioespaciais e vulnerabilidades, como é o caso da cidade do Rio de Janeiro.

No contexto do município do Rio de Janeiro, as e os ACSs têm forte atuação em favelas, territórios com alta densidade populacional, bairros de classe média e localidades mais afastadas no centro urbano da cidade, com traços rurais. Trata-se de uma cidade ampla, complexa e com diferentes dinâmicas sociais. Essa diversidade demanda que as e os agentes adaptem suas práticas e aprimorem constantemente suas capacidades analíticas. Há diversas pesquisas que irão abordar os temas da precarização do trabalho, os vínculos contratuais frágeis, as estratégias de cuidado em territórios complexos, a situação de violência vivenciada por esses profissionais e a importância do vínculo entre as e os agentes e a comunidade. **Contudo, do que vem morrendo os trabalhadores e trabalhadoras que tem como conteúdo central de seu trabalho, justamente, a vida e a saúde de outras pessoas?**

Alguns elementos que ajudam a responder essa questão foram apontados ao longo desse boletim e, nessa parte final, recuperamos alguns em especial para tecer análises, reflexões e inquietações estratégicas – mesmo sem respostas.

Ao utilizarmos o dado da CBO presente na declaração de óbito, reconhecemos todas as limitações dessa variável. Contudo, apenas utilizando um dado é possível qualificá-lo e indicar a sua relevância na estruturação de políticas de saúde. No caso deste boletim, políticas que incidam na saúde de trabalhadores e trabalhadoras de saúde. Ou seja, trata-se

de utilizar um dado, mesmo com sua limitação, evidenciando o **quanto torna-se relevante a qualificação permanente dos sistemas de informações em saúde**. Para todo o período o campo da CBO apresentou uma incompletude média de 18%, com uma tendência de redução de 21% em 2010 para 14% em 2023.

O município registra um **aumento no risco de morrer das e dos ACSs desde 2017**, tendo taxas mais altas que o estado e a região metropolitana em grande parte da série histórica. Há uma **alta mortalidade precoce (óbitos até 59 anos)** para todas e todos ACSs ao longo do período. Essa **mortalidade precoce também se reflete nos anos potenciais de vida perdidos por esses trabalhadores, especialmente as mulheres**.

Há uma mudança importante no perfil demográfico da mortalidade entre os quinquênios estruturados. Apesar de diversos estudos^(7,8,9,10,11) evidenciarem que a categoria das e dos ACSs é composta, predominantemente, por mulheres (em geral, mais da metade da categoria) e negras (pretas ou pardas) especialmente em áreas urbanas, **de 2010 até 2019, os homens negros expressaram, proporcionalmente, a maior quantidade de óbitos. A partir de 2020, o perfil de óbitos concentra-se nas mulheres negras**. A análise desse perfil racial e de gênero ajuda a compreender as dinâmicas sociais dessa categoria profissional. Por que morriam mais homens até 2019 em uma categoria que predomina, historicamente, mulheres e negras? Por que morrem mais mulheres negras logo após a pandemia de covid-19? Há um maior desgaste no trabalho e desgaste físico especificamente desse grupo?

Foi visto que as **neoplasias e as doenças do aparelho circulatório** foram as **causas com a maior concentração de mortalidade**, somando 47% do total dos óbitos entre as e os ACSs. Em uma rápida comparação entre as causas de óbito entre as mulheres negras e mulheres brancas, foi visto que o câncer é a primeira causa entre as mulheres negras, principalmente o de mama. Além disso, outra observação importante foi o registro de óbitos de hipertensão, HIV e doenças imunizáveis, sendo causas que possuem linhas de cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) e são situações que estão levando as e os ACSs ao óbito.

Quando se comparam as causas de morte de todos os óbitos do município e as causas de morte especificamente para as e os ACSs nota-se que não há tanta variação. Ou seja, as causas que levam ao óbito, em geral, são as mesmas (na população geral e entre as e os ACSs). Contudo, **a diferença principal está na idade: ACSs morrem mais cedo. Tão importante quanto saber do que se morre, é problematizar também quando se morre**.

Em outras pesquisas e estudos desenvolvidos pela EPSJV, reforçamos como um ponto estratégico o desenvolvimento de **metodologias participativas** que empoderem ACSs e comunidades por meio da promoção e do uso de dados oficiais e comunitários que ajudem na construção de narrativas locais que influenciem políticas públicas de saúde territorializadas. Neste boletim, o dado de saúde central que trazemos para a análise é justamente o óbito das e dos ACSs ao longo dos últimos anos, **para que a própria categoria se aproprie dessa informação de modo a enriquecer e qualificar a sua leitura da realidade**, em especial a respeito das condições de trabalho e dos desgastes cotidianos, físicos e mentais vivenciados por esses profissionais, associados a um cenário de difícil acesso ao serviço de saúde, por mais que, contraditoriamente, sejam eles que façam a “ponte” entre o usuário e o acesso à rede na APS.

“

*Agora, eu disse para a minha enfermeira
que eu vou me cuidar. Eu estou fazendo todos os exames.
Eu trabalho há 13 anos na unidade e nunca me cuidei.
Agora, eu estou sentindo que o meu corpo está pedindo isso,
é o meu joelho, é o meu estômago, é a minha mente.
Eu ainda estou bem, pois eu me trato emocionalmente,
mas tem muita gente que não aguenta.
Você (ACS) tem que provar que está doente,
se não, eles não acreditam”*

Claudia Pereira – Sindacs RJ

”

Este boletim, como uma fotografia do perfil de mortalidade, indica o quanto **é estratégico analisarmos processos sociais mais amplos que estão contribuindo para as mortes desnecessárias, precoces e injustas entre as e os agentes** (60% dos óbitos eram preveníveis, em média 50% morrem antes dos 60 anos). Como olhar para tais dados epidemiológicos e utilizá-los para uma compreensão mais ampla a respeito dessa problemática e que precisa ser visualizada para além da atividade individual de busca de assistência à saúde por parte dos profissionais? A abordagem individualizada não resolve a questão, possivelmente sistêmica, da falta de assistência integral e suporte adequado à saúde dessas e desses profissionais, que pode ter como um de seus desfechos uma situação de óbito. É preciso refletir sobre a necessidade de políticas específicas que reconheçam a dupla condição desses trabalhadores e trabalhadoras como profissionais e, ao mesmo tempo, usuários do sistema de saúde.

Riscos existentes no trabalho combinado com a falta de acesso adequado ao próprio sistema de saúde, podem aumentar o risco de complicações graves que levam a óbitos injustos e evitáveis, principalmente quando há a superposição de fatores como doenças crônicas ou acidentes relacionados ao trabalho⁽⁴⁾. **Muitas vezes não se trata de um contexto de exposição ao risco, mas sim de imposição de riscos.**

“

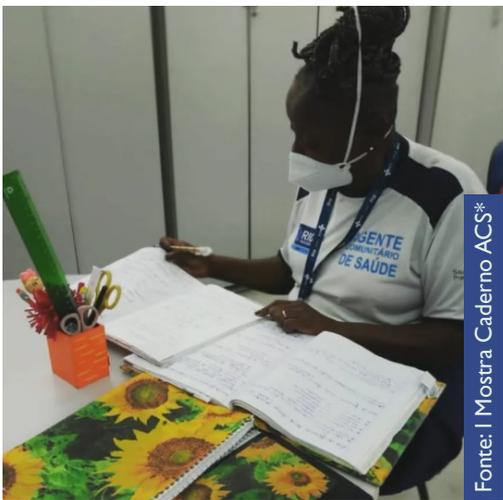
*Eu creio que os gráficos estão
dentro daquilo que estamos vendo e trabalhando.
Realmente, a gente olha e fica assustada com
tantos óbitos que têm acontecido e que vêm crescendo.
Por isso a gente quis essa pesquisa, para mostrar esses dados,
para que sejam vistos, a fim de conseguir um olhar diferencial
para a nossa categoria. Não só para a nossa categoria,
mas para todo o profissional da área da saúde.*

Regina Iotti – Sindacs RJ

”



Fonte: Sindacsjrj*



Fonte: | Mostra Caderno ACS*



Fonte: | Mostra Caderno ACS*



Fonte: Sindacsjrj*



Fonte: Sindacsjrj*



Pingos d'água

*elas brotam da terra
correm rios ruas
casas pedras vielas*

*dizem que são pontes
elos que dão nó
em pingo d'água*

*se perdem o chão
secam adoecem
escorrem pelas mãos
de quem acolhe*

*feridas a céu aberto
cerzem pontos
emendam fissuras
no encontro das águas
GRITAM*

Anna Violeta Durão

Elaboração

Bianca Borges da Silva Leandro – EPSJV/Fiocruz
Juliana Cavalcanti Figueiredo – EPSJV/Fiocruz
Marcia Valéria Morosini – EPSJV/Fiocruz
Isabella Koster – EPSJV/Fiocruz
Marcio Candeias Marques – EPSJV/Fiocruz

Colaboração

Claudia Pereira – Sindacs RJ
Regina da Silva Iotti – Sindacs RJ
Wagner Souza – Sindacs RJ
Anna Violeta Durão – EPSJV/Fiocruz
Angélica Ferreira Fonseca - EPSJV/Fiocruz
Gianne Reis - EPSJV/Fiocruz
Mariana Nogueira Marconsin – EPSJV/Fiocruz

Revisão

Gloria Regina Carvalho – EPSJV/Fiocruz

Normalização de referências

Marluce Maciel Gomes Antelo – EPSJV/Fiocruz

Fotografias

I MOSTRA CADERNO ACS* - *Pesquisa Informações e Registros em Saúde para a formação do Agente Comunitário de Saúde: produção de e-book interativo - EPSJV/Fiocruz*
SINDACSRJ* - *Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do município do Rio de Janeiro*

Projeto gráfico

Paulo Alan Deslandes Fragoso

Periodicidade: Único

Veiculação: Digital

Publicização: Agosto de 2025

*Produto técnico-científico vinculado à pesquisa
'Agentes comunitárias(os) de saúde no município do Rio de Janeiro:
um olhar sobre o acesso à atenção à saúde e as condições de trabalho',
realizada com apoio do 1º Programa de Fomento ao Desenvolvimento Científico
e Tecnológico em Educação Profissional em Saúde (EPS)
da Escola Politécnica Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz)'*

▶ REFERÊNCIAS

1. KRUG, Suzane Beatriz F. et al. Trabalho, sofrimento e adoecimento: a realidade de agentes comunitários de saúde no sul do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 771-788, set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00078>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/DMrHxCdNGQnmGcjKSQ957KR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 abr. 2025.
2. BARRETO, Ivana Cristina de H. C. et al. Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 42, p. 114-129, set. 2018. Número especial 1. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S108>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yM5QgR9y7559xWP3jMMhpDd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2025.
3. SANTOS, Luciana P. G. S. dos; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O agente comunitário de saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 76-83, mar. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000100011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/n7bjzP7tQx7C834Xmjt33Mx/>. Acesso em: 17 abr. 2025.
4. FERREIRA, José Nilton dos S. et al. Community health workers: working conditions and occupational health. **Revista Brasileira Medicina Trabalho**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 437-444, 2021. DOI: 10.47626/1679-4435-2021-622. Disponível em: <https://www.rbmt.org.br/details/1636/pt-BR/agente-comunitario-de-saude--condicoes-laborais-e-saude-do-trabalhador>. Acesso em: 17 abr. 2025.
5. OLIVEIRA, Juliana da S.; NERY, Adriana A. Condições de trabalho e saúde de agentes comunitários de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 5, p. 1.503-1.512, 2019. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i5a238995p1503-1512-2019>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/238995>. Acesso em: 17 abr. 2025.
6. ANGELO, Jussara Rafael; LEANDRO, Bianca B. S.; PÉRISSÉ, André Reynaldo S. Monitoramento da Covid-19 nas favelas cariocas: vigilância de base territorial e produção compartilhada de conhecimento. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, p. 123-141, dez. 2021. Especial 2. <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E209>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YHLRX6xHP9sbWnpx7D8JZ3t/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2025.
7. NOGUEIRA, Cecilia et al. Perfil e condições de trabalho de agentes comunitários de saúde em município mineiro endêmico para doenças negligenciadas transmitidas por vetores. **Saúde (Santa Maria)**, Rio Grande do Sul, v. 46, n. 2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5902/2236583444457>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/44457>. Acesso em: 17 abr. 2025.
8. KUMAGAI, Thais S. I. K.; CORREIA, Adélia D. da M. S.; PEREIRA, Paulo Z. Perfil dos agentes comunitários de saúde atuantes no Programa Saúde da Família, no município de Campo Grande/MS. **Revista de Saúde Pública Mato Grosso Sul**, v. 2, n. 2, p. 13-20, jul. /dez. 2007. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/1177790/perfil-dos-agentes-comunitarios-de-saude.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2025.
9. GUIMARÃES, Maria S. A; SOUSA, Maria Fatima; MUCARI, Talita B. Perfil sociodemográfico dos agentes comunitários de saúde da estratégia saúde da família no município de Palmas-TO. **Revista Desafios**, Tocantis, v. 4, n. 3, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.20873/uft.2359-3652.2017v4n3p60>. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/267891627.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2025.
10. CABRAL, Juliana F.; GLERIANO, Josué S.; NASCIMENTO, Jakelline Débora M. Perfil sociodemográfico e formação profissional de agentes comunitários de saúde. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, Santa Catarina, v. 8, n. 2, p. 193-209, 2019. DOI: <https://doi.org/10.33362/ries.v8i2.1537>. Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1537>. Acesso em: 17 abr. 2025.
11. CASTRO, Thiago A. de et al. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 294-301, jul. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700030190>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/ZrxpxGtjBGQPbG3zkYVLS5B/?lang=pt>. Acesso em: 17 abr. 2025.