Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

doi.org/10.51891/rease.v12i11.32918

SUICÍDIO NO AMAPÁ: CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS ÓBITOS ENTRE 2019 E 2025

SUICIDE IN AMAPÁ: EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF DEATHS BETWEEN 2019 AND 2025

SUICIDIO EN AMAPÁ: CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MUERTES ENTRE 2019 Y 2025

Renato Lobato da Costa Nunes[1]
Eduardo Cristhian Oliveira de Souza Mota[2]
Kauê Magalhães Castro dos Santos[3]
Selma Gomes da Silva[4]

RESUMO: Esse artigo buscou descrever o perfil epidemiológico e a distribuição temporal dos óbitos por suicídio no estado do Amapá entre os anos de 2019 e 2025. Para isso, desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo e documental, utilizando dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) referentes às lesões autoprovocadas intencionalmente (CID-10: X60–X84). A análise abrangeu variáveis sociodemográficas, local de ocorrência e meio utilizado, empregando frequências, coeficientes e regressão de Poisson. Os resultados apontaram 470 óbitos registrados no período (média de 67 ao ano). O perfil predominante foi composto por homens (75,1%), jovens de 20 a 29 anos (36,2%), pardos (88,3%), solteiros (82,8%) e residentes em Macapá (62,6%). Verificou-se que o enforcamento foi o método mais utilizado (89,7%) e que a maioria dos casos ocorreu no próprio domicílio (71,6%). Nota-se que os casos no estado se concentram fortemente em homens jovens, utilizando meios de alta letalidade no ambiente doméstico, o que evidencia a urgência e prioridade para estratégias de prevenção focadas na atenção primária, restrição de acesso a meios e fortalecimento da vigilância em saúde mental.

Palavras-chave: Suicídio. Epidemiologia. Mortalidade. Amapá. Saúde Mental.

ABSTRACT: This article sought to describe the epidemiological profile and the temporal distribution of deaths by suicide in the state of Amapá between the years 2019 and 2025. To this end, a quantitative, descriptive, and documentary study was developed, using data from the Mortality Information System (SIM) regarding intentionally self-inflicted injuries (ICD-10: X60–X84). The analysis encompassed sociodemographic variables, place of occurrence, and the means used, employing frequencies, coefficients, and Poisson regression. The results pointed to 470 deaths registered in the period (an average of 67 per year). The predominant profile was composed of men (75.1%), young adults aged 20 to 29 years (36.2%), mixed-race/pardos (88.3%), single (82.8%), and residents of Macapá (62.6%). It was found that hanging was the most used method (89.7%) and that the majority of cases occurred in the individual's own home (71.6%). It is noted that cases in the state are heavily concentrated among young men, using highly lethal means in the domestic environment, which highlights the urgency and priority for prevention strategies focused on primary care, restriction of access to lethal means, and the strengthening of mental health surveillance.

Keywords: Suicide. Epidemiology. Mortality. Amapá. Mental Health.

[1] Discente do curso de Medicina na Universidade Federal do Amapá.
[2] Discente do curso de Medicina na Universidade Federal do Amapá.
[3] Discente do curso de Medicina na Universidade Federal do Amapá..
[4] Doutorado em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará.

RESUMEN: Este artículo buscó describir el perfil epidemiológico y la distribución temporal de las muertes por suicidio en el estado de Amapá entre los años 2019 y 2025. Para ello, se desarrolló un estudio cuantitativo, descriptivo y documental, utilizando datos del Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM) referentes a las lesiones autoinfligidas intencionalmente (CIE-10: X60–X84). El análisis abarcó variables sociodemográficas, lugar de ocurrencia y medio utilizado, empleando frecuencias, coeficientes y regresión de Poisson. Los resultados señalaron 470 muertes registradas en el período (una media de 67 al año). El perfil predominante estuvo compuesto por hombres (75,1%), jóvenes de 20 a 29 años (36,2%), mestizos/pardos (88,3%), solteros (82,8%) y residentes en Macapá (62,6%). Se verificó que el ahorcamiento fue el método más utilizado (89,7%) y que la mayoría de los casos ocurrió en el propio domicilio (71,6%). Se observa que los casos en el estado se concentran fuertemente en hombres jóvenes, utilizando medios de alta letalidad en el entorno doméstico, lo que evidencia la urgencia y prioridad para estrategias de prevención enfocadas en la atención primaria, la restricción del acceso a los medios y el fortalecimiento de la vigilancia en salud mental.

Palabras clave: Suicidio. Epidemiología. Mortalidade. Amapá. Salud Mental.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno complexo e multicausal, resultante da interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais, e figura entre os mais graves problemas de saúde pública do mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 700 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano, e cerca de três quartos dessas mortes ocorrem em países de baixa e média renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021b). Por ser uma causa evitável de morte, o suicídio é considerado um indicador sensível das condições de saúde mental e das vulnerabilidades sociais de uma população, e seu monitoramento sistemático é etapa essencial das estratégias de prevenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021a).

No Brasil, a mortalidade por suicídio apresenta tendência de crescimento. Os óbitos no país passaram de 8.550, em 2005, para 16.751, em 2024, com elevação da taxa padronizada por idade de 6,24 para 8,67 por 100 mil habitantes e mortalidade acima do esperado a partir de 2021. Entre jovens de 10 a 29 anos, a taxa padronizada dobrou entre 2000 e 2023 (VITOI CR, et al., 2026). O perfil dos óbitos varia entre as regiões: o Sul concentra a maior mortalidade por suicídio do país (LEÃO-CORDEIRO JAB, et al., 2026), ao passo que a Região Norte se caracteriza por tendência crescente entre adolescentes e adultos jovens (AMAPÁ, 2024).

No Amapá, o Boletim Epidemiológico nº 05/2024 da Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS/AP) mostrou que o suicídio figura entre as três principais causas externas de morte nas faixas etárias de 10 a 59 anos, com taxa de mortalidade que passou de 6,6 por 100 mil habitantes em 2018 para 11,0 em 2022, o maior valor da série, o que posicionou o estado em sétimo lugar no ranking nacional naquele ano. O mesmo documento registrou redução isolada em 2020,

possivelmente associada às medidas de suporte psicossocial e ao convívio familiar prolongado, considerando a pandemia de covid-19, seguida de retomada do crescimento (AMAPÁ, 2024).

Apesar da relevância do tema, a produção científica sobre o suicídio no Amapá é escassa. O estudo comparativo de Cunha AA, et al. (2021), baseado em dados de segurança pública de 2008 a 2017, não encontrou diferença significativa entre a média de mortalidade do estado (2,65 por 100 mil habitantes) e a da Região Norte, mas alertou para a influência da subnotificação. Desde então, ocorreram a pandemia de covid-19 e o período pós-pandêmico, período no qual observa-se uma carência de investigações que detalham o perfil epidemiológico dos óbitos no estado em série contínua a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), analisando fatores como o meio empregado, o local da ocorrência e a assistência médica recebida.

Diante dessa lacuna, este estudo teve por objetivo descrever o perfil epidemiológico e a distribuição temporal dos óbitos por suicídio no estado do Amapá entre 2019 e 2025, identificando sua distribuição segundo sexo, faixa etária e demais variáveis sociodemográficas, caracterizando os meios utilizados e o local de ocorrência e analisando a evolução temporal da mortalidade, de modo a subsidiar ações de vigilância e prevenção no contexto estadual.

MÉTODOS

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo e documental, com componente analítico restrito à avaliação da tendência temporal, baseado em dados secundários de mortalidade. A condução e a apresentação do estudo seguiram as recomendações da iniciativa STROBE para estudos observacionais (VON ELM E, et al., 2007).

O cenário foi o estado do Amapá, localizado na Região Norte do Brasil, composto por 16 municípios e com população de 733.759 habitantes no Censo Demográfico 2022 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2023). Foram incluídos os óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente (categorias X60 a X84 da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão – CID-10) ocorridos entre 1º de janeiro de 2019 e 31 de dezembro de 2025, registrados no SIM do Ministério da Saúde.

Os dados foram obtidos em planilha eletrônica com tabelas de frequência extraídas do SIM (SIM/MS/SVS) em 31 de março de 2026. As variáveis analisadas foram: ano do óbito; sexo; idade em anos completos (também agrupada em faixas etárias); raça/cor; escolaridade em anos de estudo; estado civil; ocupação (subgrupo de três dígitos da Classificação Brasileira de

Ocupações); município de residência; local de ocorrência; assistência médica; e causa básica, segundo categoria de três caracteres da CID-10. Para a análise do meio utilizado, as causas foram agrupadas em enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70); autointoxicação (X60 a X69); arma de fogo (X72 a X75); e outros meios (demais categorias). A tabela de causas totalizou 478 registros, nove a mais do que as demais tabelas (469 ou 470 registros), diferença possivelmente decorrente de critérios de seleção distintos entre as extrações, que não pôde ser verificada. As tabelas por sexo, idade, raça/cor, escolaridade, local de ocorrência e assistência médica totalizaram 469 óbitos; as tabelas por ano, município de residência e estado civil, 470 óbitos, diferença que corresponde a um registro de 2023 sem informação das demais variáveis.

A análise foi descritiva, por frequências absolutas (n) e relativas (%), calculadas sobre o total de cada variável, mantendo-se as categorias "ignorado" e "não informado" no denominador para expressar a completude dos registros. A idade foi resumida por média, desvio-padrão, mediana e intervalo interquartil, calculados a partir das idades individuais. Os coeficientes de mortalidade por 100.000 habitantes foram apresentados de duas formas: os coeficientes divulgados pela SVS/AP para 2019 a 2022 (AMAPÁ, 2024) e um coeficiente aproximado para todos os anos, obtido pela razão entre os óbitos e a população do Censo 2022 (733.759 habitantes), mantida constante, o que permitiu uniformizar o denominador nos anos sem estimativa oficial no material analisado.

A tendência temporal do número anual de óbitos foi avaliada por regressão de Poisson, com o ano como variável contínua, estimando-se a razão de taxas anual e seu intervalo de confiança de 95% (IC95%), para o total e por sexo. A associação entre sexo e faixa etária (agrupada em 5 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 59 e 60 anos ou mais) foi testada pelo qui-quadrado de Pearson. Adotou-se nível de significância de 5%. Os cálculos foram realizados em Python 3, com as bibliotecas NumPy e SciPy.

Por utilizar exclusivamente dados secundários de acesso público, agregados e sem possibilidade de identificação individual, o estudo foi dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme o artigo 1º, parágrafo único, incisos II, III e V, da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

RESULTADOS

Entre 2019 e 2025, foram registrados 470 óbitos por suicídio de residentes no Amapá, com média anual de 67,1 óbitos (desvio-padrão = 9,6). O menor número ocorreu em 2020 (n = 52;

11,1%) e o maior em 2022 (n = 81; 17,2%). Houve redução de 16,1% de 2019 para 2020, seguida de aumentos de 21,2% em 2021 e de 28,6% em 2022; em 2023 e 2024 os números diminuíram para 73 e 65 óbitos (reduções de 9,9% e de 11,0%, respectivamente), e em 2025 chegaram a 74. Os coeficientes divulgados pela SVS/AP foram de 7,0; 5,9; 7,3 e 11,0 por 100 mil habitantes em 2019, 2020, 2021 e 2022, respectivamente, e o coeficiente aproximado variou de 7,1 (2020) a 11,0 (2022), sendo de 9,9, 8,9 e 10,1 em 2023, 2024 e 2025 (Tabela 1).

Dos 469 óbitos com sexo informado, 352 (75,1%) foram de homens e 117 (24,9%) de mulheres, correspondendo a uma razão de 3,0 óbitos masculinos para cada feminino. A razão homem/mulher variou de 2,5/1, em 2022, a 4,5/1, em 2023 (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição anual dos óbitos por suicídio, segundo sexo e coeficiente de mortalidade (por 100.000 habitantes). Amapá, 2019 a 2025.

Ano	n	%	Homens	Mulheres	Coeficiente SVS/AP*	Coeficiente aproximado**
2019	62	13,2	47	15	7,0	8,4
2020	52	11,1	39	13	5,9	7,1
2021	63	13,4	46	17	7,3	8,6
2022	81	17,2	58	23	11,0	11,0
2023	73	15,5	59	13	–	9,9
2024	65	13,8	48	17	–	8,9
2025	74	15,7	55	19	–	10,1
Total†	**470**	**100,0**	**352**	**117**	**–**	**–**

* Coeficientes divulgados no Boletim Epidemiológico nº 05/2024 da SVS/AP (AMAPÁ, 2024).

** Óbitos ÷ 733.759 habitantes (Censo Demográfico 2022) × 100.000.

† Um óbito de 2023 sem informação de sexo; por isso, os totais por sexo somam 469.

Fonte: NUNES RL, et al., 2026; dados extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/MS/SVS) em 31 mar. 2026.

A idade dos falecidos variou de 5 a 89 anos, com média de 31,9 anos (desvio-padrão = 15,0) e mediana de 28 anos (intervalo interquartil: 21 a 39 anos). A faixa de 20 a 29 anos concentrou 170 óbitos (36,2%), seguida pelas de 30 a 39 anos (n = 94; 20,0%), 15 a 19 anos (n = 64; 13,6%) e 40 a 49 anos (n = 57; 12,2%). Ocorreram 86 óbitos (18,3%) entre 10 e 19 anos, 256 (54,6%) entre 10 e 29 anos e 31 (6,6%) em pessoas com 60 anos ou mais; dois óbitos (0,4%) foram registrados na faixa de 5 a 9 anos. Entre as mulheres, 33 óbitos (28,2%) ocorreram entre 10 e 19

anos, contra 53 (15,1%) entre os homens, e, na faixa de 10 a 14 anos, houve 12 óbitos femininos e 10 masculinos. A distribuição por faixa etária diferiu entre os sexos (qui-quadrado = 15,10; 4 graus de liberdade; p = 0,005) (Tabela 2).

Quanto à raça/cor, 414 óbitos (88,3%) ocorreram em pessoas pardas, 24 (5,1%) em pretas, 13 (2,8%) em brancas, 8 (1,7%) em indígenas e 4 (0,9%) em amarelas, e em 6 (1,3%) a informação não constava; os oito óbitos de indígenas foram registrados a partir de 2023 (cinco em 2023, dois em 2024 e um em 2025). Em relação à escolaridade, predominaram 8 a 11 anos de estudo (n = 178; 38,0%) e 4 a 7 anos (n = 143; 30,5%), e a informação foi ignorada ou não informada em 27 óbitos (5,8%). A maioria dos falecidos era solteira (n = 389; 82,8%), seguida de casados (n = 34; 7,2%), separados judicialmente (n = 8; 1,7%) e viúvos (n = 4; 0,9%), com 35 registros (7,4%) ignorados ou não informados (Tabela 2).

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos óbitos por suicídio. Amapá, 2019 a 2025.

Variável	n	%
Sexo (n = 469)		
Masculino	352	75,1
Feminino	117	24,9
Faixa etária, em anos (n = 469)		
5 a 9	2	0,4
10 a 14	22	4,7
15 a 19	64	13,6
20 a 29	170	36,2
30 a 39	94	20,0
40 a 49	57	12,2
50 a 59	29	6,2
60 a 69	20	4,3
70 a 79	6	1,3
80 ou mais	5	1,1
Raça/cor (n = 469)		
Parda	414	88,3
Preta	24	5,1
Branca	13	2,8
Indígena	8	1,7
Amarela	4	0,9
Não informada	6	1,3

Variável	n	%
Escolaridade, em anos de estudo (n = 469)		
Nenhuma	15	3,2
1 a 3	47	10,0
4 a 7	143	30,5
8 a 11	178	38,0
12 ou mais	59	12,6
Ignorado/não informado	27	5,8
Estado civil (n = 470)		
Solteiro	389	82,8
Casado	34	7,2
Separado judicialmente	8	1,7
Viúvo	4	0,9
Ignorado/não informado	35	7,4

Nota: percentuais calculados sobre o total de cada variável; os totais por categoria podem não somar 100,0% por arredondamento.

Fonte: NUNES RL, et al., 2026; dados extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/MS/SVS) em 31 mar. 2026.

Quanto à ocupação, os grupos mais frequentes foram técnicos de nível médio em operações comerciais (n = 68; 14,5%), trabalhadores da construção civil e obras públicas (n = 25; 5,3%), trabalhadores agrícolas (n = 16; 3,4%), trabalhadores dos serviços domésticos em geral (n = 11; 2,3%) e trabalhadores dos serviços de proteção e segurança (n = 10; 2,1%). Outros 140 óbitos (29,9%) foram classificados em códigos de exclusão e 85 (18,1%) não tinham a ocupação informada, de modo que 226 registros (48,2%) não permitiram identificar uma atividade ocupacional.

Quinze dos 16 municípios do estado registraram ao menos um óbito; Pracuúba não consta entre os municípios de residência. Macapá concentrou 294 óbitos (62,6%) e Santana, 63 (13,4%), somando 357 (76,0%). Seguiram-se Laranjal do Jari (n = 21; 4,5%), Oiapoque (n = 18; 3,8%), Calçoene (n = 14; 3,0%), Mazagão (n = 13; 2,8%) e Porto Grande (n = 11; 2,3%). Em 2022, 59 dos 81 óbitos (72,8%) foram de residentes em Macapá (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos óbitos por suicídio segundo município de residência (n = 470). Amapá, 2019 a 2025.

Município de residência	n	%
Macapá	294	62,6
Santana	63	13,4
Laranjal do Jari	21	4,5
Oiapoque	18	3,8
Calçoene	14	3,0
Mazagão	13	2,8
Porto Grande	11	2,3
Pedra Branca do Amaparí	8	1,7
Tartarugalzinho	7	1,5
Demais municípios (6)	21	4,5
Total	**470**	**100,0**

Nota: Pracuúba não registrou óbitos. "Demais municípios" reúne Itaubal (5), Ferreira Gomes (4), Vitória do Jari (4), Amapá (3), Cutias (3) e Serra do Navio (2).

Fonte: NUNES RL, et al., 2026; dados extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/MS/SVS) em 31 mar. 2026.

O enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70) foi o meio de 429 dos 478 registros de causa (89,7%), seguido da autointoxicação (n = 33; 6,9%), que incluiu 15 registros por outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas não especificadas (X64), oito por pesticidas (X68) e quatro por outros produtos químicos e substâncias nocivas (X69); a arma de fogo respondeu por nove registros (1,9%) e outros meios por sete (1,5%). O domicílio foi o local de ocorrência de 336 óbitos (71,6%), seguido de outros locais (n = 68; 14,5%), hospital (n = 52; 11,1%), outros estabelecimentos de saúde (n = 7; 1,5%) e via pública (n = 5; 1,1%). A proporção de óbitos em ambiente hospitalar passou de 6,5% em 2019 para 17,3% em 2022 e foi de 14,9% em 2025 (Tabela 4).

Quanto à assistência médica, 115 óbitos (24,5%) tiveram registro de assistência, 155 (33,0%) não tiveram, 154 (32,8%) não foram informados e 45 (9,6%) foram ignorados. Entre os 270 óbitos com resposta afirmativa ou negativa, 42,6% receberam assistência médica. A proporção de registros "não informado" passou de 77,4% em 2019 para 16,0% em 2022 e foi de 33,8% em 2025, e a proporção com assistência entre os respondidos subiu de 15,4% em 2019 para 56,9% em 2022 e foi de 45,8% em 2025 (Tabela 4).

Tabela 4 – Meio utilizado, local de ocorrência e assistência médica nos óbitos por suicídio. Amapá, 2019 a 2025.

Variável	n	%
Meio utilizado (n = 478†)		
Enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70)	429	89,7
Autointoxicação (X60 a X69)	33	6,9
Arma de fogo (X72 a X75)	9	1,9
Outros meios	7	1,5
Local de ocorrência (n = 469)		
Domicílio	336	71,6
Hospital	52	11,1
Outro estabelecimento de saúde	7	1,5
Via pública	5	1,1
Outros locais	68	14,5
Ignorado	1	0,2
Assistência médica (n = 469)		
Sim	115	24,5
Não	155	33,0
Não informado	154	32,8
Ignorado	45	9,6

† Total de registros da tabela de causas (CID-10), que difere em nove registros das demais tabelas.

Nota: "Outros locais" corresponde à categoria "outros" do SIM.

Fonte: NUNES RL, et al., 2026; dados extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/MS/SVS) em 31 mar. 2026.

DISCUSSÃO

Foram caracterizados 470 óbitos por suicídio no Amapá entre 2019 e 2025, com média aproximada de 67 mortes anuais e coeficientes entre 7 e 11 por 100 mil habitantes. Embora a série histórica não tenha apresentado tendência estatisticamente significativa, a razão de taxas anual de 1,04 sugere uma leve propensão de crescimento. Essa ausência de significância estatística, contudo, pode ser atribuída ao baixo poder de detecção de uma série temporal curta, composta por apenas sete anos. A confiabilidade dos dados é corroborada pela concordância dos registros de 2019 a 2022 com o boletim da SVS/AP (AMAPÁ, 2024). O documento estadual

interpretou a queda de casos em 2020 e o subsequente aumento em 2021 e 2022 como possíveis reflexos do convívio familiar e das medidas de suporte psicossocial durante a pandemia. No cenário nacional, a literatura sobre o impacto pandêmico diverge: enquanto Pinto JV, et al. (2026) observaram que a mortalidade infantojuvenil se manteve dentro do esperado, Leão-Cordeiro JAB, et al. (2026) identificaram índices acima da expectativa a partir de 2021, achado que se alinha ao aumento constatado no Amapá nesse mesmo biênio.

Quanto à magnitude, o coeficiente aproximado de 11,0 por 100 mil habitantes registrado em 2022 supera a taxa nacional de 8,28 relatada no mesmo ano (RIO GRANDE DO SUL, 2024), achado compatível com a sétima posição do Amapá no ranking brasileiro (AMAPÁ, 2024). A análise comparativa com recortes temporais anteriores, no entanto, exige cautela: estudos prévios, a exemplo de Cunha AA, et al. (2021) — que estimou média de 2,65 por 100 mil entre 2008 e 2017 —, utilizaram bases da segurança pública e destacavam a subnotificação como fator limitante. Desse modo, a expressiva diferença atual reflete, possivelmente, uma melhoria na qualidade do registro e a mudança para o SIM, e não apenas um aumento real do risco. Ademais, os coeficientes de 2023 a 2025 foram calculados com população constante e os dados de 2025 ainda são preliminares, devendo ser interpretados como estimativas.

Em relação ao perfil das vítimas, a predominância masculina no Amapá (75,1%; razão de 3,0:1) acompanha a tendência nacional, em que os homens concentram 78,6% dos óbitos com um risco quase quatro vezes maior (LEÃO-CORDEIRO JAB, et al., 2026). Esse fenômeno é historicamente associado ao uso de meios mais letais pelo sexo masculino, cabendo às mulheres a maior parcela de autolesões e tentativas — dinâmica confirmada no país por Pinto JV, et al. (2026), que identificaram meninas em 77% das notificações de autolesão infantojuvenil e meninos em 67,7% dos óbitos. Contudo, a proporção feminina local (24,9%) superou ligeiramente a nacional, caracterizando-se por uma mortalidade visivelmente mais precoce: 28,2% dos óbitos femininos ocorreram entre 10 e 19 anos, contra 15,1% dos masculinos. O destaque recai sobre a faixa de 10 a 14 anos, na qual o volume de mortes femininas ultrapassou o masculino. Esse perfil mais jovem entre as mulheres ratifica levantamentos anteriores do estado (AMAPÁ, 2024) e contrasta com realidades como a de Santa Catarina, marcada pelo predomínio masculino (68,4%) entre 5 e 19 anos (ALMEIDA LG, et al., 2026). A urgência em direcionar a atenção para esse grupo feminino jovem é reiterada pelos índices locais de intoxicação exógena (BULHÕES JDP, et al., 2026) e pela expressiva elevação da mortalidade nacional nessa mesma faixa etária (VITOI CR, et al., 2026).

No segmento adulto, a morbimortalidade revela-se expressiva e atinge, sobretudo, indivíduos em plena idade produtiva. Constatou-se que 36,2% dos óbitos ocorreram entre 20 e 29 anos (mediana de 28 anos), de modo que 54,6% do total de casos se concentraram na faixa de 10 a 29 anos. A proporção estadual de vítimas de 20 a 49 anos (68,4%) superou a nacional (60,9%) (LEÃO-CORDEIRO JAB, et al., 2026), e essa alta concentração observada no Amapá alinha-se ao pico de mortes em torno dos 30 anos previamente descrito para a classe trabalhadora brasileira (DOS SANTOS DP, et al., 2025). É plausível inferir que os desafios transicionais dessa etapa da vida, a exemplo da inserção no mercado de trabalho, da formação educacional e da constituição de novos vínculos, contribuam para a elevação do risco. Todavia, a confirmação dessa hipótese possui limitações inerentes ao SIM, cujas variáveis não permitem avaliar o impacto de determinantes psicossociais de forma específica.

A distribuição dos óbitos por raça/cor revela um impacto desproporcional sobre as populações parda e preta. Os pardos representaram 88,3% dos casos e, quando somados aos pretos, englobam 93,4% dos registros, sendo proporção superior à estimativa demográfica de 80% para esses grupos no estado (AMAPÁ, 2024). Esse achado corrobora a literatura nacional sobre as chamadas 'mortes por desespero' — mortes por suicídio, abuso de álcool ou overdose — , que demonstra uma maior vulnerabilidade de pretos e pardos, bem como de homens adultos de meia-idade, frente a condições adversas de vida (CARVALHO WRG, et al., 2025). No que tange à população indígena, a totalidade dos oito óbitos ocorreu a partir de 2023, um indício de melhoria na qualidade dos registros em vez de uma eclosão recente do problema. A subnotificação de suicídios indígenas é um desafio reconhecido na literatura: em Tabatinga (AM), a taxa corrigida foi de 111,7 por 100 mil, com 17,2% de casos subnotificados (YAMALL ORELLANA JD, et al., 2018), enquanto no Paraná o risco mostrou-se quase o dobro entre indígenas (MESTRE TF, et al., 2025). Localmente, a associação entre uso de álcool e ideação suicida já foi documentada entre os Karipuna no Amapá (CASTELO BRANCO FMF e DE VARGAS D, 2021). Devido à falta de denominadores populacionais exatos, o cálculo de taxas específicas não foi viável, evidenciando a urgência de uma vigilância intercultural integrada aos serviços de saúde indígena para dimensionar adequadamente essa realidade.

A análise das demais características sociais deve considerar a estrutura etária jovem dos óbitos. A expressiva proporção de solteiros (82,8%) assemelha-se à observada no Sul do país, onde 65% das vítimas apresentavam esse estado civil (MESTRE TF, et al., 2025). Os níveis de escolaridade predominantes (38,0% de 8 a 11 anos e 30,5% de 4 a 7 anos) acompanham o

levantamento estadual de 2018 a 2022 (AMAPÁ, 2024). Trata-se, porém, de uma variável com viés de confusão atrelado à idade, posto que parcela significativa dos óbitos ocorreu entre adolescentes com escolarização ainda em curso. No âmbito laboral, o registro de trabalhadores do comércio, da construção civil e da agricultura concorda com o perfil amapaense (AMAPÁ, 2024) e com a literatura nacional, que destaca a concentração de casos nos setores agrícola e de construção (DOS SANTOS DP, et al., 2025). Apesar dessa convergência, o elevado percentual de informações ignoradas na variável ocupação (48,2%) restringe a capacidade do estudo de traçar associações clínicas aprofundadas sobre o impacto do trabalho no desfecho letal.

Na distribuição territorial, observou-se que 76,0% dos óbitos concentraram-se nos municípios de Macapá e Santana, proporção alinhada à densidade demográfica da capital, que abrigava 60,4% dos residentes do estado no censo de 2022 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2023). Especificamente naquele ano, Macapá respondeu por 72,8% dos registros, valor que corrobora o boletim epidemiológico estadual (AMAPÁ, 2024). Essa dinâmica dialoga com análises recentes da rede urbana brasileira, as quais indicam que a mortalidade por suicídio cresce de forma sublinear em relação ao porte da cidade. Isso sugere um potencial efeito protetor dos grandes centros urbanos, muito embora essa proteção venha sofrendo enfraquecimento (SAMPAIO FILHO CIN, et al., 2026).Por outro lado, em municípios do interior, como Oiapoque, Calçoene e Laranjal do Jari, as taxas analisadas apresentam notória instabilidade estatística. Ademais, levanta-se a hipótese de que a menor capilaridade da rede de atenção psicossocial nessas áreas atue como um agravante da vulnerabilidade local, premissa cuja confirmação demanda análises espaciais aprofundadas.

Em relação aos meios empregados, o enforcamento respondeu por 89,7% dos registros. Essa proporção é superior à observada entre jovens brasileiros, grupo no qual o método correspondeu a 75,5% dos suicídios (PINTO JV, et al., 2026), e alinha-se à tendência nacional de aumento do uso desse meio entre mulheres (DANTAS ESO e MEIRA KC, 2025). Por outro lado, a baixa participação de armas de fogo (1,9%) e pesticidas (1,7%) carrega implicações diretas para o delineamento de estratégias preventivas. Embora a restrição de acesso a meios letais seja uma das intervenções com maior nível de evidência para a redução da mortalidade (MANN JJ, et al., 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021a), sua eficácia prática é intimamente dependente do método predominante no território. No Amapá, a prevalência de um método dificilmente passível de restrição populacional torna essa medida isolada insuficiente. Ainda assim, a estratégia mantém sua relevância em ambientes institucionais,

bem como no incentivo ao armazenamento doméstico seguro de armas, agrotóxicos e medicamentos, sendo esta última ação reforçada pelo percentual de óbitos por autointoxicação (6,9%). Consequentemente, a prevenção deve adotar uma abordagem multicomponente, aliando a restrição de meios — quando exequível — à identificação precoce, à elaboração de planos de segurança, ao seguimento rigoroso após tentativas e ao fortalecimento da rede de apoio sociofamiliar.

O local de ocorrência dos óbitos corrobora essa necessidade preventiva. Com 71,6% das mortes registradas no domicílio — índice superior aos 60,3% relatados na classe trabalhadora nacional (DOS SANTOS DP, et al., 2025) —, fica evidente que o foco da prevenção deve se estender ao ambiente familiar e comunitário. O estudo também identificou um salto na proporção de óbitos hospitalares, de 6,5% (2019) para 17,3% (2022). Embora essa elevação possa decorrer de tentativas com sobrevida até a internação ou da melhoria dos registros, a limitação dos dados impede uma distinção clara. O preenchimento da variável assistência médica no momento do evento foi falho em 2019, com 77,4% de casos ignorados, revelando evolução nas notificações subsequentes. Como somente 42,6% dos casos válidos indicaram recebimento de socorro, as conclusões sobre o real acesso ao cuidado ficam prejudicadas. Tal lacuna reforça a necessidade premente de integração entre o SIM e as notificações de lesão autoprovocada, estratégia essencial para mapear as tentativas e otimizar as oportunidades de intervenção prévias ao óbito.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) consolida-se como um dispositivo preventivo estratégico. Atuando como ordenadora do cuidado e porta de entrada do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017), a capilaridade das equipes de Saúde da Família e dos agentes comunitários possibilita uma vivência próxima ao território, configurando o ambiente ideal para o rastreio do sofrimento psíquico e a avaliação de risco prévia à crise. A elevada concentração de mortes domiciliares entre adolescentes e adultos jovens levanta a forte suspeita de que essas vítimas não acessaram os serviços de apoio psicossocial em tempo oportuno, uma limitação analítica que o escopo do SIM obstaculiza a confirmação. Frente a esse desafio assistencial, Botega NJ (2015) enfatiza que a abordagem do comportamento suicida na atenção básica exige equipes treinadas para inquirir sobre a ideação, estratificar o risco clínico e firmar pactos de segurança familiares. Tratam-se de ações com alto impacto preventivo e que podem ser executadas a despeito do acesso imediato a centros de especialidade.

A eficácia da Atenção Primária à Saúde (APS) na prevenção do comportamento suicida, contudo, pressupõe sua íntima articulação com os demais componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Instituída pela Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011), essa rede estrutura o cuidado ao integrar a atenção básica aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), aos dispositivos de urgência e à atenção hospitalar, visando garantir o acolhimento, a estratificação de risco e a continuidade da assistência. A efetivação desse modelo, entretanto, esbarra em desafios estruturais no cenário amapaense. Ao investigar o itinerário terapêutico de pacientes locais, Sfair (2024) observou que o acesso à saúde ocorre frequentemente de forma tardia, protagonizado pelas portas de emergência. A autora evidenciou graves fragilidades na articulação intersetorial, ausência de fluxos definidos, vazios assistenciais e descontinuidade do acompanhamento. Tais achados sublinham a urgência de adensar a integração entre a APS e os serviços especializados, expandir a cobertura psicossocial e promover a educação permanente das equipes, garantindo o acompanhamento longitudinal amparado pelo apoio matricial. Embora mensurar a capacidade instalada e a resolutividade desses fluxos extrapola o escopo da presente pesquisa, as evidências de Sfair (2024) ratificam a necessidade de investigações futuras focadas na organização espacial da rede, notadamente nos municípios do interior.

Como dispositivo preventivo complementar, o Centro de Valorização da Vida (CVV) exerce papel fundamental ao ofertar escuta emocional ininterrupta e sigilosa (telefone 188). A ampla difusão desse canal em escolas, unidades de saúde e mídias locais desponta como uma estratégia imprescindível para adensar a rede de proteção comunitária, alcançando indivíduos em sofrimento psíquico que, por estigma ou outras barreiras, encontram-se à margem da rede formal de assistência.

No plano normativo, a Lei nº 13.819/2019 (Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio) trouxe avanços importantes ao tornar compulsória a notificação de tentativas e propor ações de cuidado e formação (BRASIL, 2019). Contudo, este estudo demonstra que a efetividade da lei depende diretamente da estruturação local. A incompletude de campos essenciais (ocupação e assistência médica), eventuais divergências nos registros e a desarticulação com os dados de tentativas expõem a fragilidade atual da vigilância do agravo. Sem a devida integração entre o sistema de notificações e o SIM, o sistema de saúde falha em reconhecer o histórico do paciente e perde janelas cruciais de intervenção prévia. Soma-se a isso

a premente necessidade de adaptar as diretrizes do Ministério da Saúde às populações indígenas, rurais e ribeirinhas do estado, onde a distância física condiciona o acesso à saúde.

Frente a tais achados, delineiam-se cinco prioridades assistenciais: (1) ações focalizadas em homens de 20 a 39 anos e em adolescentes, com alerta especial para meninas de 10 a 14 anos, apoiadas na articulação entre escola e comunidade; (2) robustecimento da RAPS (BRASIL, 2011) e da atenção básica para detecção precoce e manejo longitudinal; (3) integração técnica entre os bancos de lesão autoprovocada e o SIM (BRASIL, 2019); (4) melhoria no preenchimento de variáveis demográficas, garantindo abordagem intercultural aos povos indígenas; e (5) alinhamento às recomendações da OMS, como a noticiabilidade responsável do tema, o fomento socioemocional nas escolas e o suporte contínuo após tentativas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021a). Como agenda para estudos futuros, sugere-se a aplicação de taxas padronizadas, a execução de análises espaciais municipais, a incorporação de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e a investigação qualitativa dos determinantes locais.

O presente estudo apresenta limitações inerentes ao uso de fontes de dados secundários. Primeiramente, os registros estão sujeitos à subnotificação e a vieses de classificação, incluindo o mascaramento de suicídios sob a categoria de mortes violentas por causa indeterminada (AMAPÁ, 2024). Embora a correção dessas classificações pudesse modificar as estimativas brutas, não alteraria necessariamente as tendências observadas (VITOI CR, et al., 2026). Do ponto de vista analítico, ressalta-se que os dados referentes a 2025 são preliminares, os coeficientes foram calculados assumindo uma população constante, e não se realizou padronização etária ou comparação sistemática com os cenários regional e nacional ao longo de todos os anos. Adicionalmente, a série histórica curta, de apenas sete anos, restringe o poder de inferência sobre tendências, ao passo que o baixo número absoluto de casos nos municípios do interior gera natural instabilidade estatística. A qualidade do preenchimento também desponta como um entrave, evidenciada pela elevada incompletude nas variáveis ocupação (48,2% sem informação útil) e assistência médica (32,8% ignorados), além de ligeiras discrepâncias nos totais consolidados entre as tabulações do sistema (469, 470 e 478). Cumpre destacar, ainda, que as tentativas de suicídio — foco do SINAN — não integraram o escopo desta análise. Por fim, a própria estrutura do SIM não contempla variáveis fundamentais sobre transtornos mentais, uso de substâncias psicoativas ou determinantes socioeconômicos profundos, o que inviabiliza o estabelecimento direto de relações de causalidade.

CONCLUSÃO

Entre 2019 e 2025, foram caracterizados 470 óbitos por suicídio no Amapá (média anual de 67 casos), com pico registrado em 2022 (n = 81; 11,0 por 100 mil habitantes) e menor ocorrência em 2020 (n = 52). O perfil sociodemográfico revelou forte predominância de homens (75,1%), adultos jovens de 20 a 29 anos (36,2%; mediana de 28 anos), pardos (88,3%), solteiros (82,8%) e residentes nos municípios de Macapá e Santana (76,0%). Destaca-se, entretanto, uma mortalidade marcadamente mais precoce entre as mulheres, com 28,2% dos óbitos femininos ocorrendo na faixa de 10 a 19 anos. Quanto às circunstâncias, o enforcamento constituiu o método empregado em 89,7% dos casos, e o domicílio foi o cenário de 71,6% das mortes. Ressalta-se, ainda, a expressiva incompletude estrutural no preenchimento das variáveis ocupação e assistência médica. Tais achados evidenciam que as políticas preventivas no estado demandam o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e da Rede de Atenção Psicossocial, com foco prioritário na população de adolescentes e adultos jovens. Para tanto, a efetividade dessas ações depende, inexoravelmente, da qualificação contínua da vigilância epidemiológica, englobando a notificação assertiva tanto dos óbitos quanto das lesões autoprovocadas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA LG, et al. Age-related and seasonal patterns of self-harm and suicide among children and adolescents: a decade-long population-based time-series study in Santa Catarina, southern Brazil. Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 2026.

AMAPÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico nº 05/2024: panorama da mortalidade por causas externas no Estado do Amapá – 2018 a 2022 e dados preliminares de 2023. Macapá: SVS/SESA, 2024; 21p.

BOTEGA NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, 2016.

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Diário Oficial da União, Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. Boletim Epidemiológico, Brasília, 2024; 55(4).

BULHÕES JDP, et al. Adolescent suicide attempts in Brazil and impact of COVID-19 pandemic: a temporal analysis. PLOS Global Public Health, 2026; 6(2): e0005478.

CARVALHO WRG, et al. Differentials in deaths of despair in Brazilian subpopulations: a joinpoint regression analysis from 2000 to 2020. Ciência & Saúde Coletiva, 2025; 30(10): e13482025.

CASTELO BRANCO FMF, DE VARGAS D. Alcohol use patterns and associated variables among the Karipuna indigenous people in the extreme Northern Brazilian Amazon. Journal of Ethnicity in Substance Abuse, 2021; 22(1): 29-44.

CUNHA AA, et al. Mortalidade por suicídio: um estudo comparativo do Amapá com a região Norte do Brasil (2008-2017). O Mundo da Saúde, 2021; 45: 508-516.

DANTAS ESO, MEIRA KC. Suicide among women by the most common methods in Brazil's five major regions (2000-2019). Ciência & Saúde Coletiva, 2025; 30(10): e13472025.

DOS SANTOS DP, et al. Epidemiology and economic burden of suicide among Brazilian workers: trends, occupational disparities, and gender differences. Value in Health Regional Issues, 2025; 49: 101143.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2022: população por idade e sexo – resultados do universo: Amapá. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

LEÃO-CORDEIRO JAB, et al. Suicide mortality in Brazil: post-pandemic excess mortality and spatial inequalities. Journal of Affective Disorders, 2026; 413: 122209.

MANN JJ, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA, 2005; 294(16): 2064-2074.

MESTRE TF, et al. Disparities in suicide mortality between Indigenous and non-Indigenous populations in Southern Brazil (2010-2019). International Journal of Environmental Research and Public Health, 2025; 22(9): 1313.

PINTO JV, et al. Suicide and self-harm in children and adolescents during the COVID-19 pandemic in Brazil: a time series analysis. Brazilian Journal of Psychiatry, 2026; 48: e20254454.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico: lesão autoprovocada e suicídio. Porto Alegre: CEVS, 2024.

SAMPAIO FILHO CIN, et al. Evolving spatiotemporal patterns and urban scaling of deaths from external causes. Scientific Reports, 2026; 16(1): 2101.

SFAIR MM. O itinerário assistencial da pessoa com comportamento suicida no Amapá. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Amapá, Macapá, 2024.

VITOI CR, et al. Suicide mortality among young people in Brazil: a national time-series analysis, 2000-2023. Cureus, 2026; 18(8): e114601.

VON ELM E, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. The Lancet, 2007; 370(9596): 1453-1457.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization, 2014; 89p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2021.

YAMALL ORELLANA JD, et al. Hidden suicides of the Indigenous people of the Brazilian Amazon: gender, alcohol and familial clustering. Revista Colombiana de Psiquiatría, 2018; 48(3): 133-139.