

SUICÍDIO POR INTOXICAÇÃO EXÓGENA EM POPULAÇÕES QUILOMBOLAS E INDÍGENAS NO BRASIL: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA A PARTIR DO SIM E TABNET (2008-2018)

SUICIDE BY EXOGENOUS INTOXICATION IN QUILOMBOLA AND INDIGENOUS POPULATIONS IN BRAZIL: EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS FROM SIM AND TABNET (2008-2018)

SUICIDIO POR INTOXICACIÓN EXÓGENA EN POBLACIONES QUILOMBOLAS E INDÍGENAS EN BRASIL: ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DESDE EL SIM Y EL TABNET (2008-2018)

Idália Medeiros Guerra¹

RESUMO: Este estudo analisou indicadores de mortalidade por suicídio mediante comportamento de intoxicação exógena em municípios com presença de comunidades quilombolas, indígenas e assentamentos rurais no Brasil, no período de 2008 a 2018. Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, de delineamento ecológico, com dados secundários extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e da plataforma TABNET/DATASUS, a partir das categorias CID-10 Y10–Y19 e Y87, abrangendo 3.194 municípios. A média nacional da taxa de suicídio por intoxicação exógena foi de 3,41 por 100 mil habitantes. As maiores taxas médias foram registradas nas Regiões Sudeste (4,29) e Centro-Oeste (4,27), e a menor na Região Norte (2,42). Na análise por grupo do Coeficiente de Iniquidade Regional (CIR), o Grupo 2, de médio a alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços, apresentou a maior taxa média (3,88). Os resultados evidenciam padrões epidemiológicos próprios nessas populações, demandando estratégias de saúde culturalmente orientadas. A extinção do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2020 aprofunda essa vulnerabilidade estrutural.

Palavras-chave: Suicídio. Intoxicação exógena. Populações indígenas. Comunidades quilombolas. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT: This study analyzed mortality indicators for suicide through exogenous intoxication in municipalities with quilombola, indigenous and rural settlement communities in Brazil from 2008 to 2018. This is a descriptive epidemiological study with an ecological design, using secondary data from the Mortality Information System (SIM) and TABNET/DATASUS, based on ICD-10 categories Y10–Y19 and Y87, covering 3,194 municipalities. The national mean rate was 3.41 per 100,000 inhabitants. The highest mean rates were recorded in the Southeast (4.29) and Center-West (4.27) regions; the lowest was in the North (2.42). In the Regional Inequality Coefficient (CIR) group analysis, Group 2, with medium to high socioeconomic development and low service provision, had the highest mean rate (3.88). The results reveal distinct epidemiological patterns in these populations, requiring culturally oriented health strategies. The extinction of the Family Health Support Center (NASF) in 2020 deepens this structural vulnerability.

Keywords: Suicide. Exogenous intoxication. Indigenous populations. Quilombola communities. Primary health care.

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPsi/UFDPar) Universidade Federal do Delta do Parnaíba.

RESUMEN: Este estudio analizó indicadores de mortalidad por suicidio mediante intoxicación exógena en municipios con comunidades quilombolas, indígenas y asentamientos rurales en Brasil, entre 2008 y 2018, con datos del SIM y TABNET/DATASUS, categorías CIE-10 Y10-Y19 e Y87, abarcando 3.194 municipios. La tasa media nacional fue de 3,41 por 100 mil habitantes. Las mayores tasas medias se registraron en las Regiones Sudeste (4,29) y Centro-Oeste (4,27); la menor, en el Norte (2,42). El Grupo CIR 2, de desarrollo socioeconómico medio-alto y baja oferta de servicios, presentó la mayor tasa promedio (3,88). Los resultados evidencian patrones epidemiológicos propios que exigen estrategias de salud culturalmente orientadas. La extinción del NASF en 2020 profundiza esta vulnerabilidad estructural.

Palabras-clave: Suicidio. Intoxicación exógena. Poblaciones indígenas. Comunidades quilombolas. Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

O suicídio configura-se como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em 2021 foram registrados 15.507 óbitos por suicídio no país, correspondendo a uma morte a cada 34 minutos, com o fenômeno ocupando a terceira posição entre as causas de morte de jovens de 15 a 19 anos e a quarta entre aqueles de 20 a 29 anos (BRASIL, 2024). Entre 2010 e 2021, as taxas de mortalidade por suicídio cresceram 42%, de 5,2 para 7,5 óbitos por 100 mil habitantes, com o incremento mais pronunciado registrado entre 2020 e 2021, da ordem de 11,4% (BRASIL, 2024).

Apesar da magnitude do fenômeno, os dados epidemiológicos disponíveis ainda refletem de forma insuficiente as especificidades das populações em maior vulnerabilidade social, particularmente os povos indígenas, as comunidades quilombolas e as populações rurais e assentadas. No que diz respeito ao método utilizado, a intoxicação exógena responde a 67,1% das notificações de violências autoprovocadas registradas em 2021 na população geral, sendo o meio predominante no conjunto da população brasileira (BRASIL, 2024). Essa proporção, contudo, apresenta variações expressivas quando desagregada por raça e etnia: entre populações indígenas, a intoxicação exógena correspondeu a 34,7% das notificações, enquanto o enforcamento atingiu 32,1% dos casos, frequência cinco vezes superior à observada na população não indígena, apontando para especificidades culturais, territoriais e de acesso que tornam indispensável a análise desagregada por grupo populacional (BRASIL, 2024; DANTAS LR, et al., 2025; SANTOS AG, et al., 2013).

A desigualdade na mortalidade por suicídio entre povos indígenas e a população geral brasileira é expressiva e persistente. A taxa geral atingiu 7,5 por 100 mil habitantes em 2021,

enquanto entre a população indígena esse valor chegou a 15,2 por 100 mil no período anterior a 2017, atingindo 17,57 por 100 mil em 2020, valor mais do que o dobro da taxa geral registrada no mesmo ano (AZEVEDO J, et al., 2023). Destaca-se ainda que 44,8% dos suicídios ocorridos entre indígenas envolveram adolescentes de 10 a 19 anos, proporção oito vezes superior à observada entre brancos e negros da mesma faixa etária (BRASIL, 2017). Esses dados evidenciam que o fenômeno do suicídio entre povos indígenas possui caráter distinto, relacionado a determinantes culturais, históricos e sociais específicos que não se reduzem às categorias analíticas aplicadas à população geral (BANIWA G e CALEGARE M, 2024; SOUZA R, et al., 2020).

A análise da mortalidade por suicídio nessas populações exige uma abordagem que articule a dimensão epidemiológica com os condicionantes sociais e territoriais do adoecimento. Nesse sentido, a organização dos dados a partir de recortes regionais e por grupos do Coeficiente de Iniquidade Regional (CIR) permite identificar padrões que transcendem a lógica da distribuição geográfica simples, revelando a relação entre oferta de serviços de saúde, desenvolvimento socioeconômico e vulnerabilidade ao suicídio (CHAVES LA, et al., 2018).

No âmbito da atenção básica, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), instituído pela Portaria GM nº 154/2008, representou avanço importante na ampliação do cuidado em saúde mental nos territórios marcados por maior vulnerabilidade social (LIMA RSA, et al., 2019; NETO DA, et al., 2018). A partir de 2020, contudo, o modelo foi formalmente descontinuado pela Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, que eliminou o financiamento específico e o credenciamento de novas equipes, comprometendo a continuidade de ações voltadas às populações com menor acesso à rede especializada (PEREIRA, et al., 2024). Evidências posteriores apontam que a presença do NASF esteve associada à redução de internações por condições sensíveis à atenção primária, reforçando o impacto negativo de sua extinção sobre a resolutividade da atenção básica (NIELS DA SILVA R, et al., 2026).

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar os indicadores de mortalidade por suicídio mediante comportamento de intoxicação exógena em municípios com presença de comunidades quilombolas, indígenas e assentamentos rurais no Brasil, no período de 2008 a 2018, a partir de dados secundários do SIM e do TABNET/DATASUS, considerando recortes regionais e por grupos CIR como categorias analíticas.

MÉTODOS

Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, de abordagem quantitativa e delineamento ecológico, realizado com dados secundários de domínio público. Os dados foram obtidos nas plataformas do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS): o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e a plataforma de Informações de Saúde (TABNET). Foram construídos dois bancos de dados independentes com registros referentes ao período de 2008 a 2018, totalizando dez anos de série histórica.

Para a seleção dos casos, foram utilizadas as categorias da Classificação Internacional de Doenças, 10^a Revisão (CID-10): Y10 a Y19 (envenenamento por substâncias nocivas, de intenção indeterminada) e Y87 (sequelas de lesões autoprovocadas e eventos de intenção indeterminada). Essa delimitação captura tanto óbitos com intenção suicida confirmada quanto aqueles em que a intencionalidade não pôde ser precisamente determinada, problema recorrente em contextos de subnotificação em populações rurais e tradicionais (SANTOS AG, et al., 2013). Os registros foram filtrados para municípios com presença de populações indígenas e de assentamentos rurais, a partir do cruzamento com as bases territoriais disponíveis no DATASUS.

A análise foi organizada a partir de dois recortes territoriais complementares: as cinco macrorregiões brasileiras (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) e os grupos do Coeficiente de Iniquidade Regional (CIR), que classifica os municípios segundo nível de desenvolvimento socioeconômico e oferta de serviços de saúde. O Grupo 1 corresponde a municípios com baixo desenvolvimento e baixa oferta; o Grupo 2, a médio/alto desenvolvimento e baixa oferta; o Grupo 3, a médio desenvolvimento e média/alta oferta; o Grupo 4, a alto desenvolvimento e média oferta; e o Grupo 5, a alto desenvolvimento e alta oferta de serviços. Esse recorte permite investigar a relação entre desigualdade socioeconômica, cobertura da rede de atenção e mortalidade por suicídio (CHAVES LA, et al., 2018).

As taxas de mortalidade foram calculadas por 100 mil habitantes, com base nas estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas, com cálculo das médias das taxas de mortalidade para o período, estratificadas por região e por grupo CIR. A análise é de natureza descritiva, sem aplicação de testes inferenciais, com resultados apresentados em tabelas de frequência e quadros comparativos de médias.

Por se tratar de pesquisa realizada exclusivamente com dados secundários de domínio público, sem identificação de sujeitos, o estudo dispensa aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução CNS nº 510/2016 (BRASIL, 2016).

RESULTADOS

Foram identificados 1.478 casos de violência autoprovocada por intoxicação exógena em municípios com presença de comunidades quilombolas, indígenas e assentamentos rurais no período de 2008 a 2018. A distribuição regional dos casos revela expressiva concentração na Região Nordeste, que respondeu por 56,1% do total (n=829), seguida pelas regiões Sudeste (14,0%; n=207), Norte (11,0%; n=163), Centro-Oeste (10,8%; n=160) e Sul (8,1%; n=119), conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos casos de violência autoprovocada por intoxicação exógena em municípios com populações quilombolas, indígenas e assentadas, por região. Brasil, 2008-2018.

Região	Frequência (n)	Porcentagem (%)	% Acumulada
Centro-Oeste	160	10,8	10,8
Nordeste	829	56,1	66,9
Norte	163	11,0	77,9
Sudeste	207	14,0	91,9
Sul	119	8,1	100,0
Total	1.478	100,0	—

Fonte: Autora, 2025; dados extraídos de DATASUS/TABNET e SIM/MS.

Ao analisar as médias das taxas de mortalidade por intoxicação exógena por 100 mil habitantes no período (Tabela 2), observa-se que as Regiões Sudeste (média 4,29; DP 8,39) e Centro-Oeste (média 4,27; DP 9,90) apresentaram os maiores índices, com valores muito próximos entre si e acima da média nacional (média 3,41; DP 7,60). A Região Norte registrou a menor taxa média (2,42; DP 5,53), seguida pelo Nordeste (3,00; DP 6,67) e pelo Sul (3,17; DP 7,89).

Tabela 2 – Média e desvio padrão das taxas de suicídio por intoxicação exógena por 100 mil habitantes, por região. Brasil, 2008-2018.

Região	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Brasil	3.194	0	98,65	3,41	7,60
Centro-Oeste	285	0	69,13	4,27	9,90
Nordeste	1.375	0	93,04	3,00	6,67

Norte	243	o	40,29	2,42	5,53
Sudeste	777	o	74,79	4,29	8,39
Sul	514	o	98,65	3,17	7,89

Fonte: Autora, 2025; dados extraídos de DATASUS/TABNET e SIM/MS.

Na análise por grupos do Coeficiente de Iniquidade Regional (Tabela 3), o Grupo 2, composto por municípios de médio a alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços, apresentou a maior taxa média de suicídio por intoxicação exógena (3,88; DP 8,47), seguido de forma muito próxima pelo Grupo 5 (3,85; DP 9,10), de alto desenvolvimento e alta oferta. Os menores índices foram encontrados no Grupo 1 (3,31; DP 7,28) e nos Grupos 3 e 4 (3,33 cada).

Tabela 3 – Média e desvio padrão das taxas de suicídio por intoxicação exógena por 100 mil habitantes, por grupo CIR. Brasil, 2008-2018.

Grupo CIR	N	Mínimo	Máximo	Média	DP	Perfil
Grupo 1	1.559	o	93,04	3,31	7,28	Baixo desenv. / baixa oferta
Grupo 2	264	o	66,09	3,88	8,47	Médio-alto desenv. / baixa oferta
Grupo 3	928	o	74,79	3,33	7,62	Médio desenv. / média-alta oferta
Grupo 4	155	o	34,84	3,33	5,72	Alto desenv. / média oferta
Grupo 5	288	o	98,65	3,85	9,10	Alto desenv. / alta oferta

Fonte: Autora, 2025; dados extraídos de DATASUS/TABNET e SIM/MS.

Quanto às ações de saúde mental realizadas pelas equipes NASF nas localidades com comunidades quilombolas e assentadas, levantadas a partir do Eixo 9 do terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), os dados apontaram alta adesão declarada. O PMAQ-AB constitui instrumento de avaliação e indução de qualidade da atenção básica, cuja implementação ao longo de seus ciclos permitiu monitorar as práticas das equipes em todo o território nacional (TELLES R, et al., 2016). Entre as equipes com comunidades quilombolas, 96,8% afirmaram apoiar e desenvolver ações de cuidado em saúde mental; entre as equipes com comunidades assentadas, esse percentual foi de 95,8%. O acompanhamento conjunto com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foi

relatado por 78,3% e 75,9% das equipes, respectivamente, e a discussão e pactuação de fluxos para saúde mental alcançou 92,5% nas comunidades quilombolas e 90,1% nas assentadas. No conjunto do país, estudo sobre o panorama nacional do NASF a partir do PMAQ evidenciou a ampliação progressiva das equipes e a diversificação de suas ações nas unidades da atenção básica (BROCARD D, et al., 2018).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que o comportamento de intoxicação exógena como expressão do suicídio em populações quilombolas, indígenas e rurais assentadas no Brasil configura fenômeno epidemiologicamente distinto, com padrões que não reproduzem os dados gerais da mortalidade por suicídio no país. Essa distinção é central para a formulação de políticas públicas de prevenção.

A concentração de 56,1% dos casos na Região Nordeste, acompanhada paradoxalmente da segunda menor taxa de mortalidade por 100 mil habitantes nessa região (3,00), revela o efeito do tamanho populacional: o Nordeste concentra a maior proporção de comunidades quilombolas do Brasil e o maior número de municípios com populações tradicionais (N=1.375), o que eleva os números absolutos sem necessariamente refletir o maior risco relativo. As Regiões Sudeste (4,29) e Centro-Oeste (4,27) apresentaram as maiores taxas médias, com valores praticamente idênticos entre si e acima da média nacional (3,41). No Sudeste, a elevada taxa associa-se às menores coberturas relativas de Agentes Comunitários de Saúde (37,89%) e de equipes da Estratégia Saúde da Família (30,24%) registradas para essa região nos dados do PMAQ-AB, sugerindo que a densidade populacional urbana não se traduz em acesso adequado às comunidades tradicionais. A menor taxa registrada na Região Norte (2,42) é um achado que merece cautela interpretativa: a reconhecida subnotificação de óbitos em populações indígenas dessa região pode estar subestimando o indicador real (AZEVEDO J, et al., 2023).

O achado mais analiticamente relevante nos grupos CIR reside no Grupo 2, composto por municípios de médio a alto desenvolvimento socioeconômico combinado com baixa oferta de serviços de saúde, que apresentou a maior taxa média (3,88), ligeiramente acima do Grupo 5 (3,85). Embora as diferenças entre grupos sejam numericamente pequenas, o padrão aponta para uma relação que vai além da dicotomia desenvolvimento versus subdesenvolvimento: municípios que alcançaram crescimento econômico sem correspondente expansão da rede de atenção básica apresentam risco elevado, possivelmente porque o desenvolvimento desigual

intensifica processos de ruptura cultural e territorial nas comunidades tradicionais sem oferecer infraestrutura de cuidado. CHAVES LA, et al. (2018) apontam que a cobertura quantitativa da rede não é suficiente para garantir a integralidade do cuidado em contextos de diversidade cultural, e o presente estudo fornece evidência epidemiológica nessa direção.

No que concerne à especificidade do método, os dados nacionais de 2021 revelam que entre a população indígena a intoxicação exógena correspondeu a apenas 34,7% das notificações de violências autoprovocadas, enquanto o enforcamento atingiu 32,1% dos casos, frequência cinco vezes superior à da população não indígena (BRASIL, 2024). DANTAS LR, et al. (2025), em análise de 6.019 casos de intoxicação exógena em populações indígenas entre 2007 e 2024, confirmaram a relevância desse método, mas destacaram sua distribuição desigual por território e faixa etária. Essa heterogeneidade reforça a conclusão de BANIWA G e CALEGARE M (2024) de que os fatores explicativos do suicídio entre povos indígenas têm natureza cultural e sociopolítica específica, não se reduzindo às categorias analíticas da epidemiologia convencional.

Os dados do PMAQ-AB demonstraram alta adesão declarada das equipes NASF às ações de saúde mental nas comunidades quilombolas (96,8%) e assentadas (95,8%). Esse dado precisa ser lido com cautela: a adesão declarada ao programa não necessariamente corresponde à efetividade das práticas, sobretudo em comunidades cujos modos de vida e de adoecimento diferem da estrutura normativa dos serviços de saúde. LIMA RSA, et al. (2019) alertam para as limitações do apoio matricial quando as equipes não foram formadas para atuar com diversidade cultural.

Mais grave é o fato de que esse modelo de cuidado foi descontinuado. A Nota Técnica nº 3/2020 extinguiu o financiamento específico do NASF, deixando os municípios sem obrigatoriedade de manter as equipes multiprofissionais. NIELS DA SILVA R, et al. (2026) demonstraram que a presença do NASF esteve associada à redução de internações por condições sensíveis à atenção primária, evidenciando o papel preventivo dessas equipes. PEREIRA, et al. (2024), em estudo qualitativo realizado em Teresina-PI, estado com taxa de suicídio de 11,83/100 mil em 2021 e segunda maior do país (BRASIL, 2024), documentaram os impactos locais da extinção do NASF sobre populações vulneráveis. A sobreposição entre os estados com maiores taxas de suicídio e aqueles com maior presença de populações indígenas e quilombolas não é casual: é estrutural.

As limitações deste estudo devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A subnotificação de óbitos entre populações indígenas e quilombolas pode subestimar as taxas reais. A não realização de geoprocessamento, prevista no plano de trabalho original, mas inviabilizada pela pandemia de Covid-19, restringe a visualização territorial dos padrões identificados. Estudos futuros que combinem análise espacial com dados qualitativos produzidos com e pelas comunidades poderão aprofundar a compreensão do fenômeno.\

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que o suicídio por intoxicação exógena em populações quilombolas, indígenas e rurais assentadas no Brasil apresenta padrões epidemiológicos próprios, não reproduzíveis a partir dos dados gerais. A Região Nordeste concentrou o maior número absoluto de casos (56,1%), enquanto as Regiões Sudeste (4,29/100 mil) e Centro-Oeste (4,27/100 mil) registraram as maiores taxas médias de mortalidade, evidenciando que a presença de comunidades tradicionais em contextos de baixa cobertura da atenção básica constitui fator de risco amplificado. A menor taxa registrada na Região Norte (2,42/100 mil) exige cautela interpretativa, dada a reconhecida subnotificação de óbitos indígenas nessa região. Na análise por grupo CIR, o achado de que municípios de médio a alto desenvolvimento com baixa oferta de serviços (Grupo 2, média 3,88) apresentam risco superior aos demais grupos indica que o crescimento socioeconômico desacompanhado de expansão da rede de cuidado pode ampliar vulnerabilidades nas comunidades tradicionais.

9

As ações declaradas de saúde mental pelas equipes NASF nas localidades com comunidades tradicionais apontavam para cobertura expressiva, cujo desmantelamento a partir de 2020 representa regressão no cuidado justamente com as populações de maior vulnerabilidade. A escassez de dados específicos sobre povos indígenas e quilombolas nas plataformas de informação em saúde permanece como obstáculo estrutural para a vigilância epidemiológica desse fenômeno.

Os resultados reafirmam a histórica urgência de políticas de saúde mental que reconheçam a diferenciação cultural dos povos tradicionais, considerem o sofrimento ético-estético-político como categoria analítica e operem de forma permanente e territorialmente orientada, e não apenas em ações pontuais. A recomposição de equipes multiprofissionais de apoio à atenção básica, com formação específica para a diversidade cultural, é condição necessária para a redução das iniquidades evidenciadas neste estudo.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO J, et al. Suicide among Indigenous peoples in Brazil from 2000 to 2020: a descriptive study. *The Lancet Regional Health – Americas*, 2023; 26: 100591.

BANIWA G; CALEGARE M. Fatores explicativos do suicídio pela visão indígena: uma revisão de literatura. *Estudos de Psicologia*, 2024; 41: e230084.

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, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda estratégica de ações de prevenção do suicídio em populações indígenas 2017-2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 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*, 2024; 55(4). 10

BROCARD D, et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde em Debate*, 2018; 42(esp.): 171-184.

CHAVES LA, et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cadernos de Saúde Pública*, 2018; 34(2): 1-16.

DANTAS LR; BESERRA NFS; BARROS YVR. Intoxicação exógena em população indígena no Brasil: uma análise epidemiológica (2007-2024). *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 2025; 18(11): e21981.

LIMA RSA, et al. O apoio matricial no trabalho das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análise a partir dos indicadores do 2º ciclo do PMAQ. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 2019; 27(1): 25-31.

NETO DA, et al. Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2018; 28(4).

NIELS DA SILVA R, et al. Avaliação do impacto do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) nas internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) no Brasil entre 2007 e 2019. *Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos*, 2026; 20(1): 126-147.

PEREIRA, et al. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) na Realidade de Teresina-PI: Extinção e (Re)Condução das Expressões da Questão Social na Atenção Básica. Revista FSA, 2024.

SANTOS AG; LEGAY LF; LOVISI GM. Substâncias tóxicas e tentativas de suicídios: considerações sobre acesso e medidas restritivas. Cadernos de Saúde Coletiva, 2013; 21(1): 53-61.

SOUZA R, et al. Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. Revista Panamericana de Salud Pública, 2020; 44: e58.

TELLES R, et al. Implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, 2016; 6: 1-10.