



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Ana Luiza Rhee Schuldt

Abordagem aos pacientes tabagistas em uma  
comunidade no município de Apiúna-SC.

Florianópolis, Abril de 2017



Ana Luiza Rhee Schuldt

Abordagem aos pacientes tabagistas em uma comunidade no  
município de Apiúna-SC.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Carolina Carvalho Bolsoni  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017



Ana Luiza Rhee Schuldt

Abordagem aos pacientes tabagistas em uma comunidade no município de Apiúna-SC.

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Büchele**  
Coordenadora do Curso

---

**Carolina Carvalho Bolsoni**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017



# Resumo

Introdução: O tabagismo é uma doença causada pela dependência física, psicológica e comportamental à nicotina e consiste em um importante fator de risco para muitas doenças crônico-degenerativas. É responsável por uma alta morbimortalidade da população de todo o mundo, sendo de extremo interesse à saúde pública. A atenção básica por possuir atributos como o primeiro acesso, a longitudinalidade e a integralidade do cuidado, é um local privilegiado para realizar este tratamento de forma custo-efetiva. Objetivo: nesse contexto se insere a ideia deste projeto, o qual consiste em implementar o Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT), na comunidade assistida pelo ESF Centro II, localizada no município de Apiúna, Santa Catarina. Metodologia: a abordagem aos fumantes acontecerá na forma de grupos para cessação do tabagismo. Os grupos serão realizados nos moldes propostos pelo PNCT idealizado pelo INCA. Resultados esperados: é esperado que, se continuada, tal intervenção diminua a prevalência do tabagismo, de doenças crônico-degenerativas, de internações hospitalares por complicações destas, de consultas na unidade básica de saúde e até em aumento da expectativa de vida da população envolvida.

**Palavras-chave:** Tabagismo, Estratégia Saúde da Família, Grupos de tabagismo





# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	<b>21</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	<b>23</b>



# 1 Introdução

A comunidade denominada Centro II, localizada no município de Apiúna no estado de Santa Catarina, constitui-se de quatro bairros: Loteamento Helena Morro, Ribeirão São Luís, Centro e Gravatá. A população atualmente tem um total de 3231 moradores, dos quais 1576 são homens e 1655 são mulheres. Dividem-se de acordo com a faixa etária em 1902 jovens, ou seja, menores de 20 anos, 1892 adultos entre 20 e 59 anos e 402 idosos.

Analisando os dados referentes a outubro de 2016, observou-se que as doenças de maior prevalência na população assistida são Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Sendo que a principal queixa em consulta médica de junho a setembro de 2016 se deve ao risco cardiovascular da população, englobando dislipidemias, sedentarismo e tabagismo, sendo que essas queixas em conjunto estão presentes em 41,7% das consultas do período, sendo que a presença de obesidade foi detectada em 17,9% das consultas e de tabagismo em 5,2% delas.

Quanto às causas de morbidade hospitalar e mortalidade, conforme pesquisa no SIM, com dados de 2013 referentes à cidade de Apiúna, a principal causa se deve a doenças do aparelho circulatório. Entre as principais causas de internações de idosos do município de 2015 estão, em primeiro lugar, as doenças do aparelho circulatório, em segundo as do aparelho digestivo e em terceiro, doenças do aparelho respiratório.

Ao analisar os dados acima, percebe-se que a comunidade, seguindo o padrão brasileiro, apresenta uma alta carga de doenças crônico-degenerativas, em especial Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, além de um grande número de pessoas com o risco cardiovascular elevado, com alta predisposição de desenvolver estas e outras doenças como a Doença Arterial Coronariana. Estas doenças têm alguns fatores predisponentes em comum, sendo que, entre eles, o tabagismo é o fator de risco modificável com maior impacto nas doenças cardiovasculares, além de ser a maior causa de morte evitável na atualidade (INCA, 2016b). Além da importância no ponto de vista da saúde pública, a interrupção do tabagismo causa uma melhora importante na qualidade de vida das pessoas que a alcançam.

Este projeto veio ao encontro da necessidade de abordar mais intensivamente o fumo na população assistida, visto que essa recebia pouco apoio e estímulo à cessação vindo da Atenção Básica, fato que diminuiu consideravelmente as taxas de abstinência.

Escolheu-se implementar o Programa Nacional de Controle de Tabagismo (PNCT), criado pelo Ministério da Saúde através do INCA que objetiva diminuir a prevalência e a conseqüente morbimortalidade causada pelo fumo (INCA, 2016a). Como forma de abordagem foi proposta a terapia em grupo, que se enquadra nas abordagens intensivas antitabaco e que, aliada à utilização de medicamentos adjuvantes, possui uma alta relação custo-efetividade.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Enfrentar a problemática da dependência do tabaco através da implementação do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT), em uma comunidade do Município de Apiúna/SC.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Selecionar usuários motivados a parar de fumar;
- Capacitar os profissionais da unidade para realizar o PNCT;
- Realizar abordagem em grupo para o tratamento do tabagismo.



## 3 Revisão da Literatura

O tabagismo é uma doença que, segundo os principais meios de classificação existentes como a Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), consta no grupo dos transtornos mentais devido ao uso de substância psicoativa (BRASIL, 2016). Ou seja, causa dependência física, psicológica e comportamental semelhante ao que ocorre com o uso de outras drogas como álcool, cocaína e heroína.

A dependência ocorre pela presença da nicotina nos produtos à base de tabaco, a qual é apenas uma das 4.720 substâncias presentes em cada cigarro, sendo 43 delas substâncias comprovadamente cancerígenas (ROSEMBERG, 2004). A dependência à nicotina pode ser avaliada de diversas formas, sendo o principal e mais utilizado instrumento para a avaliação quantitativa é o Questionário de Tolerância de Fagerström, que através de seis perguntas fornece uma pontuação de 0 a 10 a qual se relaciona diretamente ao grau de dependência física (FAGERSTROM; SCHNEIDER, 1989). Além da dependência são motivos que fazem as pessoas iniciarem ou permanecerem no tabagismo: o prazer; a redução da ansiedade e estresse; a melhora da atenção, concentração e energia pessoal; o hábito (SAÚDE et al., 2016).

O tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo. Um indivíduo que fuma a vida toda tem uma chance três vezes maior de morte precoce por alguma complicação relacionada ao tabagismo (GOLDMAN et al., 2010). Além disso, é responsável pela morte de aproximadamente 6 milhões de pessoas ao ano no mundo. Se os padrões atuais se mantiverem, a previsão é de que em 2030 cause 8 milhões de morte/ano (ORGANIZATION, 2016).

No Brasil, a prevalência de tabagismo na população adulta é de 22,4%, sendo 27,1% no sexo masculino e 18,4% no feminino. Houve uma redução de 35% de fumantes em 14 anos (1989-2003), sendo o declínio no sexo masculino ligeiramente maior do que no feminino (SZWARCOWALD; VIACAVA, 2005). Neste país o tabaco foi responsável por 13% do total de mortes, sendo a expectativa de vida reduzida em 5 anos em relação àqueles que nunca fumaram (SAÚDE et al., 2016).

No que diz respeito à morbidade o tabagismo é responsável por 85% das mortes por doença pulmonar crônica (bronquite e enfisema), 30% por diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, colo de útero, estômago e fígado), 25% por doença arterial coronariana (angina e infarto) e 25% por doenças cerebrovasculares (acidente vascular cerebral) (ORGANIZATION, 2016).

Além de estar associado às doenças crônicas não transmissíveis, o tabagismo também é um fator importante de risco para o desenvolvimento de outras doenças, tais como - tuberculose, infecções respiratórias, úlcera gastrintestinal, impotência sexual, infertilidade

em mulheres e homens, catarata, entre outras doenças (INCA, 2016b).

O cigarro, também, gera um alto custo social e econômico para o país por conta de todas doenças e consequências a que predispõe, levando a gastos diretos como o de assistência a tais patologias e indiretos por conta da redução de produtividade no trabalho, faltas, aposentadoria precoce por invalidez e morte prematura, assim diminuindo e incapacitando a população produtiva (SAÚDE et al., 2016). Por fim, no Brasil, o número de anos de vida perdidos relacionados à incapacidade gerada por doenças atribuídas ao tabagismo, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e afecções pulmonares foi de 1.873.415 disability-adjusted life year (DALYs) (BRASIL; SAÚDE, 2011).

Apesar de os malefícios do cigarro serem amplamente conhecidos é fato que os usuários não têm o conhecimento da quantidade de produtos químicos que inalam, bem como o amplo espectro de doenças e cânceres que este predispõe, que vai muito além das afecções respiratórias. Como resultado os usuários subestimam seus efeitos tanto para si quanto para os outros. Subestimam também seu potencial de causar dependência, encarando-o como um “hábito ruim”.

A OMS reconhece que um requisito básico para a redução do consumo de tabaco é que cada pessoa seja informada sobre suas consequências sobre a saúde, sua propriedade de causar dependência e as chances de morte prematura e morbidade relacionadas a ele e ao fumo passivo. Tais informações influenciam tanto a decisão de iniciar quanto de parar o uso (ORGANIZATION, 2016).

Os benefícios de parar de fumar são substanciais em tabagistas de qualquer idade e em qualquer momento que se deixe de fumar. Uma pessoa que deixa de fumar antes dos 50 anos tem metade do risco de morrer nos 15 anos que se seguem do que aqueles que continuam a fumar. Parar de fumar reduz, logicamente, o risco de desenvolver todas as doenças anteriormente citadas que são predispostas pelo tabaco, mais objetivamente reduz o risco de desenvolver câncer de pulmão pela metade após 10 anos de se ter cessado o tabagismo e a um sexto após 15 anos sem fumar. O risco de infarto agudo do miocárdio cai rápida e drasticamente, aproximando-se ao risco de não fumantes após poucos anos de abstinência. Mulheres que param de fumar até o quarto mês de gestação reduzem o risco de terem bebês com baixo peso ao nascer para níveis semelhantes ao de mulheres que nunca fumaram (GOLDMAN et al., 2010).

Apesar de ser o fator de risco modificável com maior impacto na saúde da população, o apoio e a oferta de cessação pelos serviços de saúde ainda são muito aquém do esperado. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008, dos tabagistas entrevistados 57,1% referiam ter sido advertidos a parar de fumar por algum serviço de saúde nos últimos 12 meses. Sendo que, aqueles que conseguiram parar no período referido, 15,2% afirmaram ter recebido aconselhamento profissional durante o processo e somente 6,7% usaram medicação auxiliar (BRASIL; SAÚDE, 2011).

Desde o final da década de 1980, sob a ótica da promoção da saúde, a gestão e go-



verno do controle do tabagismo no Brasil vem sendo articulada pelo Ministério da Saúde através do INCA, o que inclui um conjunto de ações nacionais que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). O Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil seguindo um modelo lógico no qual ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, junto com o apoio a adoção ou cumprimento de medidas legislativas e econômicas. Dessa forma, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, principalmente entre adolescentes e jovens; para promover a cessação de fumar; e para proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco e reduzir o dano individual, social e ambiental dos produtos derivados do tabaco (INCA, 2016a).

Dentro do PNCT, no âmbito da unidade básica de saúde é que se dá o grupo de tabagismo, o qual é considerado uma abordagem intensiva ao abandono do cigarro. A abordagem intensiva é definida quando há um contato superior a dez minutos entre os usuários e o profissional de saúde em cada encontro. O tratamento em grupo contém elementos imprescindíveis para ajudar fumantes a parar de fumar, abordando aspectos tanto psicológicos quanto físicos da dependência, bem como da abstinência. Além disso, usa da terapia em grupo como incentivo, apoio, identificação e troca de experiências (INCA, 2016b).

O tratamento medicamentoso também consta no PNCT e visa o controle dos sintomas de abstinência provocados pela interrupção do uso de tabaco. Estudos comprovaram que a abordagem farmacológica aumenta consideravelmente o sucesso da terapia contra o tabagismo. A taxa de abstinência chega a triplicar com a associação da terapia medicamentosa às abordagens comportamentais e motivacionais em comparação a estas intervenções isoladas (SAÚDE et al., 2016). Dessa forma é possível alcançar as melhores taxas de sucesso atingindo, em média, 30% de abstinência ao final de um ano (ROSEMBERG, 2004).

A terapia de reposição de nicotina é uma abordagem farmacológica que aumenta em 50 a 70 por cento a abstinência ao tabagismo. Como sugere o nome, oferece nicotina sem o uso do tabaco para aliviar os sintomas da abstinência e, como não depende do ato de fumar, quebra também o consumo relacionado à dependência física e ao hábito do tabagismo (SAÚDE et al., 2016).

O Cloridrato de bupropiona pertence à classe dos antidepressivos e é outra terapia medicamentosa usada no tratamento do tabagismo. Muitos estudos já provaram sua eficácia, que pode aumentar em até duas vezes a taxa de abstinência (FIORE et al., 2008). Além disso, o tratamento medicamentoso combinado com Terapia de Reposição de Nicotina e bupropiona está associado a presença de sintomas de abstinência em menor intensidade e aumento das taxas de cessação, do que quando usados isoladamente (FIORE et al., 2008).



## 4 Metodologia

### Local da Intervenção

O projeto acontecerá na UBS Centro do Município de Apiúna, Santa Catarina.

### Sujeito da intervenção

O estudo tem como população alvo os indivíduos tabagistas residentes na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família, Centro 2.

### Critérios de inclusão/exclusão

Participarão da intervenção em grupo os indivíduos tabagistas que se apresentarem à unidade espontaneamente ou através de busca ativa realizada pelos agentes comunitários de saúde. Não haverá distinção de idade, sexo ou etnia.

### Coleta de dados

Os dados serão coletados dos indivíduos que participarem da intervenção em grupo em dois momentos: antes e após a mesma na forma de entrevista, onde constará a identificação do sujeito e sua pontuação no questionário de Fagerström, o qual estima o grau de dependência à nicotina.

### Interpretação dos Dados

Os dados das entrevistas serão comparados ao final do projeto para estimar a diminuição da dependência ao tabaco através da menor pontuação no questionário aplicado.

### Intervenção

Será realizada a implementação do PNCT inicialmente com a capacitação dos profissionais da ESF através da leitura do manual do coordenador provido pelo INCA e a realização do Minicurso Abordagem e Tratamento do Tabagismo provido pelo portal Telessaúde de Santa Catarina.

Os grupos de tratamento do tabagismo serão realizados no modelo orientado pelo INCA, o qual consiste de quatro sessões, compostas por 10 a 15 pessoas, de uma hora e meia de duração e frequência semanal.

Cada sessão inclui quatro etapas a Atenção Individual, a qual inicia cada sessão, onde os participantes compartilham suas experiências e anseios. A segunda fase denomina-se Estratégias e Informações, onde há temas diferentes em cada sessão. A terceira fase é Revisão e Discussão onde se revê brevemente o material apresentado, esclarece-se dúvidas sobre o assunto e abre-se a discussão entre os participantes a respeito dele. A quarta e última fase denominada Tarefas, consiste em chamar a atenção para os objetivos individuais que cada participante elaborou para si, além de solicitar a leitura do Manual do Participante da sessão correspondente.

A primeira sessão tem como objetivo entender porque se fuma e como isso afeta a saúde, onde são abordados aspectos do tabagismo como a dependência psicológica e os prejuízos à saúde que causa. Serão apresentados os métodos para deixar de fumar que são

a parada abrupta e a gradual, orientando os participantes a escolherem individualmente a data para deixar de fumar. Nesta sessão será realizado o questionário de Fagerström pela primeira vez. Será ofertada também a terapia medicamentosa que consiste nos adesivos de nicotina e no Cloridrato de Bupropiona.

O Cloridrato de Bupropiona será ofertado para os pacientes que preencham algum dos critérios a seguir, baseados no Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante (2001): Pontuação no questionário de Fagerström maior ou igual a cinco; consumirem 20 ou mais cigarros ao dia; fumar o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar e consumir pelo menos 10 cigarros ao dia; tentativa anterior sem êxito devido a sintomas de abstinência à nicotina. O tratamento durará doze semanas, com a posologia de 1 comprimido de 150mg, duas vezes ao dia, sendo que nos primeiros três dias será usado apenas uma vez ao dia.

O adesivo de nicotina será ofertado em dois esquemas, sendo o primeiro para pacientes que pontuem entre 8 e 10 no teste de Fagerström ou que fumem mais do que 20 cigarros ao dia, sendo que deverão usar o adesivo de 21mg a cada 24 horas por quatro semanas, após o adesivo de 14mg a cada 24 horas por mais quatro semanas e, por fim, o adesivo de 7 mg a cada 24 horas nas últimas quatro semanas de tratamento. No segundo esquema dirige-se aos pacientes que pontuaram no teste de Fagerström entre 5 e 7 ou àqueles que fumem o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar e consumam pelo menos 10 cigarros ao dia. Estes usarão o adesivo de 14mg a cada 24 horas por quatro semanas e o adesivo de 7mg a cada 24 horas por mais quatro semanas (SAÚDE et al., 2016).

O segundo encontro tem como tema abordar os primeiros dias sem cigarro, onde serão discutidos os sintomas de abstinência e estratégias para lidar com ela como exercícios de respiração, relaxamento e pensamento construtivo.

A terceira sessão aborda os obstáculos para permanecer sem fumar como o ganho de peso, frisa a importância do apoio interpessoal e discute-se sobre as melhorias físicas sentidas após parar de fumar.

A quarta e última sessão aborda os benefícios obtidos após parar de fumar e orientações sobre a prevenção da recaída. Neste momento, será realizado pela última vez o questionário de Fagerström.

Cronograma

Atividade:

Capacitação dos profissionais no PCNT - Janeiro/2017

Planejamento da intervenção em grupo - Fevereiro/2017

Convite/Busca ativa dos tabagistas - Fevereiro/2017

Realização do grupo de tabagismo - Março/2017

Recursos necessários

Recursos humanos

Equipe de saúde da família composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde.

### Recursos materiais

Folhas de papel e impressora para impressão do material de capacitação dos profissionais; computador e projetor para apresentação de material multimídia nos encontros; Cartilhas do Participante do INCA. Medicação de apoio, assim como proposto pelo INCA, sendo ela composta por adesivo transcutâneo para a reposição de nicotina e bupropiona compondo a terapia não nicotínica.



## 5 Resultados Esperados

Ao realizar a terapia para cessação de tabagismo em forma de grupos de tratamento com o auxílio de medicações específicas, estaremos realizando a abordagem com maior taxa de abstinência possível de ser realizada em uma Estratégia de Saúde da Família. Assim sendo, espera-se que no máximo 30% dos pacientes apresentem-se em abstinência após um ano do tratamento e que uma parcela ligeiramente maior apresente uma pontuação no Teste de Fagerström menor do que a anterior.

Apesar de o percentual parecer pequeno à primeira vista, esse repercute de diversas formas tanto na saúde dos pacientes, quanto aos gastos em saúde no município em longo prazo.

É esperado que, se continuada, tal intervenção diminua a prevalência do tabagismo, de doenças crônico-degenerativas, de internações hospitalares por complicações destas, de consultas na Unidade Básica de Saúde e até em aumento da expectativa de vida da população envolvida.





## Referências

- BRASIL. *Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10 - 1997)*. 2016. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.html>>. Acesso em: 14 Set. 2016. Citado na página 13.
- BRASIL, M. d. S.; SAÚDE, S. de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação de. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Distrito Federal: Ministério da Saúde, 2011. Citado na página 14.
- FAGERSTROM, K. O.; SCHNEIDER, N. G. Measuring nicotine dependence. *Journal of Behavioral Medicine*, p. 159–182, 1989. Citado na página 13.
- FIGLIORE, M. C. et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 update*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 2008. Citado na página 15.
- GOLDMAN, L. et al. *Cecil Medicina: Tratado de medicina interna*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- INCA. *Programa Nacional de Controle ao tabagismo*. 2016. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo)>. Acesso em: 10 Set. 2016. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 15.
- INCA. *Tabagismo*. 2016. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/tire\\_duvidas\\_pnct\\_2014.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/tire_duvidas_pnct_2014.pdf)>. Acesso em: 13 Set. 2016. Citado 3 vezes nas páginas 9, 13 e 15.
- ORGANIZATION, W. H. *Report on the Tobacco Epidemic*. 2016. Disponível em: <[http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2011/exec\\_summary/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/exec_summary/en/)>. Acesso em: 10 Out. 2016. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- ROSEMBERG, J. *Nicotina: Droga universal*. São Paulo: Centro de Vigilância Epidemiológica, 2004. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 15.
- SAÚDE, M. da et al. *ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA: O cuidado da pessoa tabagista*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Citado 4 vezes nas páginas 13, 14, 15 e 18.
- SZWARCOWALD, C. L.; VIACAVA, F. Pesquisa mundial de saúde no Brasil, 2003. *Cadernos da Saúde Pública*, p. 4–5, 2005. Citado na página 13.