

# ANAMNESE CLÍNICA PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Profissão e Função: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Idade: \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP.: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Tel. Trabalho / ramal: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Solteiro  Casado  Divorciado  Separado  Viúvo  Outros

Escolaridade:  Analfabeto  Semi-analfabeto  1º grau incompleto  1º grau completo  
 2º grau incompleto  2º grau completo  Nível superior incompleto  Nível superior completo

Renda Familiar (trabalho formal ou informal de todas as pessoas que vivem na sua casa):

Até 2 salários mínimos  2 a 4 salários mínimos  4 a 7 salários mínimos  
 7 a 10 salários mínimos  10 a 20 salários mínimos  Mais de 20 salários mínimos

## DADOS DE ENCAMINHAMENTO

Procura voluntária  Médico / Clínica particular  Amigo / colega de trabalho  Outros

## EXAME FÍSICO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Pressão arterial: \_\_\_\_\_ CO: \_\_\_\_\_ IMC:  $\frac{\text{peso}}{(\text{altura})^2} = \frac{\quad}{\quad} \text{Kg/m}^2$

## HISTÓRIA TABAGÍSTICA

- Com que idade você começou a fumar? \_\_\_\_\_
- A que situações o cigarro está associado no seu dia-a-dia? (pode escolher várias)  
 Ao falar ao telefone  Após refeições  Com bebidas alcoólicas  Com café  No trabalho  
 Ansiedade  Tristeza  Alegria  Nenhum  Outros: \_\_\_\_\_
- Quais das afirmativas abaixo você considera que sejam razões para fumar? (pode escolher várias)

a) Fumar é um grande prazer	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
b) Fumar é muito saboroso	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
c) O cigarro o (a) acalma	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
d) Acha charmoso fumar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
e) Você fuma porque acha que fumar emagrece	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
f) Gosta de fumar para ter alguma coisa nas mãos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes

Outras \_\_\_\_\_
- Quantas vezes conseguiu deixar de fumar?  De 1 a 3 vezes  Tentou mas não conseguiu parar (seguir para pergunta 7)  Mais de 3 vezes  Nunca tentou (seguir para pergunta 7)
- Quando foi? Última vez: \_\_\_\_\_ Penúltima: \_\_\_\_\_ Antepenúltima: \_\_\_\_\_
- Apresentou sintomas de síndrome de abstinência:  ansiedade  inquietação  irritabilidade  tristeza  sonolência ou insônia  constipação  dificuldade de concentração  tonteira  fissura  Nenhum sintoma
- Por que voltou a fumar? \_\_\_\_\_
- Alguma vez na vida você utilizou algum recurso para deixar de fumar?  Nenhum  Reposição de nicotina  Apoio de profissionais de saúde  Leitura de orientações em folhetos e revistas  Outros: \_\_\_\_\_
- Comparando com outras pessoas da sua idade, você acha que sua saúde está:  
 Excelente  Boa  Regular  Ruim  Péssima

10. Qual motivo para pensar em deixar de fumar? (pode escolher vários)

- Porque está afetando a saúde       Porque está preocupado com a saúde no futuro  
 Outras pessoas estão pressionando       Porque gasta muito dinheiro com cigarro  
 Pelo bem-estar da família       Porque não gosta de ser dependente  
 Porque acha fumar anti-social       Fumar é um mal exemplo para as crianças  
 Porque os filhos pedem       Por conta das restrições de fumar em ambientes fechados

11. Você convive com fumantes em sua casa?  Não  Sim – Qual o grau de parentesco? \_\_\_\_\_  
Em seu trabalho?  Não  Sim / No seu círculo de amizades?  Não  Sim

12. Você tem medo de engordar ao parar de fumar?  Não  Sim

### TESTE DE FAGERSTRON

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

- Dentro de 5 minutos (3)       Entre 6 e 30 minutos (2)  
 Entre 31 e 60 minutos (1)       Após 60 minutos (0)

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, cinemas, etc?

- Sim (1)       Não (0)

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

- O primeiro da manhã (1)  
 Outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

- Até 10 (0) \_\_\_\_\_  
 De 11 a 20 (1) \_\_\_\_\_  
 De 21 a 30 (2) \_\_\_\_\_  
 Mais de 31 (3) \_\_\_\_\_

5. Você fuma frequentemente pela manhã?

- Sim (1)       Não (0)

6. Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

- Sim (1)       Não (0)

### Resultado do Teste de Fagerstron

Grau de dependência \_\_\_\_\_

- 0 a 2 pontos = muito baixo       6 a 7 pontos = elevado  
 3 a 4 pontos = baixo       8 a 10 pontos = muito elevado  
 5 pontos = médio

Estágio de motivação:

- Pré-contemplativo: fumando, não pensa em parar nem tem motivação para deixar o fumo.  
 Contemplativo: motivado a parar algum dia na vida, porém sem data estipulada nos próximos dias.  
 Pronto para ação: pensando em marcar uma data de parada, porém sem data definida.  
 Ação: já tem uma data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês

### OBSERVAÇÕES

Assinatura do profissional de saúde

## HISTÓRIA PATOLÓGICA

- |   |                              |                              |                                     |
|---|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Lesões freqüentes, aftas, feridas ou sangramento na boca? (goma) | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Tratamento |
| 2. Diabetes mellitus?   | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Tratamento |
| 3. Hipertensão arterial (pressão alta)?                             | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Tratamento |
| 4. Problema cardíaco (no coração)?                                  | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Tratamento |
| 5. Queimação, azia, dor no estômago ou úlcera ou gastrite?(goma)    | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Tratamento |
| 6. Problema pulmonar? Qual?   | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Tratamento |
| 7. Alergia respiratória?  | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Tratamento |
| 8. Alergias cutâneas (de pele)? (adesivo)                           | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Tratamento |
| 9. Tem ou teve lesão ou tumor maligno? Onde? (bupropiona)           | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Tratamento |
| 10. Tem ou teve crise convulsiva ou epilepsia? (bupropiona)         | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Tratamento |
| 11. Anorexia nervosa ou bulimia? (bupropiona)                       | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Tratamento |
| 12. Costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade?                 | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Tratamento |
| 13. Faz ou já fez tratamento psicológico ou psiquiátrico?           | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Tratamento |
|   | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Tratamento |

Caso tenha respondido SIM nas questões 12 e 13, responder às perguntas sobre depressão.

14. Você costuma ingerir bebidas alcoólicas com que freqüência durante a semana?
- Nunca       Todos os dias       Finais de semana       Raramente

Caso responda "todos os dias" ou "finais de semana", aplicar o teste CAGE.

15. Você tem ou teve outro problema de saúde sério que não foi citado?
- Não       Sim. Qual? \_\_\_\_\_

16. Algum medicamento em uso atualmente?       Não       Sim. Qual? \_\_\_\_\_
17. Tem prótese dentária móvel?       Não       Sim
18. Está grávida?       Não       Sim. Quantos meses? \_\_\_\_\_
19. Está amamentando?       Não       Sim

## DEPRESSÃO LEVE / MODERADA / GRAVE

- A) Já fez uso de alguma medicação, mesmo que não prescrita por médico, para dormir ou se acalmar?
- Não       Sim. Qual? \_\_\_\_\_
- B) No último mês você sentiu
- b.1)  Tristeza       Perda de interesse e prazer       Energia reduzida ou grande cansaço
- b.2)  Concentração e atenção reduzidas       Auto-estima e auto-confiança reduzidas
- Sentimento de culpa e inutilidade       Pessimista ou deslocado
- Apetite diminuído       Inquietação
- C) Há história de transtorno psiquiátrico na família?
- Não       Sim. Quem e de que tipo? \_\_\_\_\_
- D) O paciente apresentou durante a consulta:
- Agitação       Pensamento e fala lentificados ou acelerados
- Falta de concentração       Nenhuma alteração

### Resultado do Teste de Depressão

DEPL       DEPM       DEPG

Para avaliação do grau de depressão, queira considerar as respostas assinaladas no item Depressão, letras b.1 a b.2, na anamnese clínica.

**DEPL = Depressão leve** → 2 sintomas do item b.1 e 2 sintomas do item b.2. Além disso, o paciente apresenta dificuldades com o trabalho do dia a dia e atividades sociais, mas não interrompe as funções.

**DEPM = Depressão moderada** → 2 sintomas do item b.1 e 3 sintomas do item b.2. Além disso, o paciente apresenta dificuldade considerável em continuar com atividades sociais laborativas ou domésticas.

**DEPG = Depressão grave** → Critério de dependência moderada, mais angústia ou agitação considerável. Perda de auto-estima. Sentimento de inutilidade ou culpa e suicídio é um perigo marcante.

### CAGE

- a) Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?  
 Não     Sim
- b) As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?  
 Não     Sim
- c) Você se sente culpado ou chateado pela maneira como costuma beber?  
 Não     Sim
- d) Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?  
 Não     Sim

### Resultado do Teste de Cage

3 ou 4 resposta positivas mostram uma tendência importante para o alcoolismo.

Co-morbidade / Qual? \_\_\_\_\_

### INDICAÇÃO DE TRATAMENTO

1.  Tratamento individual – Prof. Responsável \_\_\_\_\_
2.  Tratamento em grupo – Início \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3.  Reposição de Nicotina :       Adesivo       Goma
4.  Bupropiona
5.  Discutir o caso em equipe

### AVALIAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional de saúde