

ANAMNESE CLÍNICA PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO

Nome: _____ Sexo: M F Idade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Profissão e Função: _____

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: $\frac{\text{peso}}{(\text{altura})^2}$ Kg/m²

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