

**PROGRAMA NACIONAL
DE CONTROLE DO TABAGISMO
Abordagem e Tratamento do Tabagismo**

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO
Abordagem e Tratamento do Tabagismo

I- Identificação do Paciente

Nome: _____

Nº do prontuário: _____ Sexo: Masculino Feminino

II- História Patológica Progressa

1. Você tem ou teve freqüentemente aftas, lesões (feridas), e/ou sangramento na boca?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

2. Você tem diabetes mellítus?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

3. Você tem hipertensão arterial?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

4. Você tem ou teve algum problema cardíaco?

Sim Não Se sim, qual? _____ Está em tratamento? Sim Não

5. Você tem ou teve freqüentemente queimação, azia, dor no estômago ou úlcera ou gastrite?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

6. Você tem ou teve algum problema pulmonar?

Sim Não Se sim, qual? _____ Está em tratamento? Sim Não

7. Você tem alergia respiratória?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

8. Você tem alergias cutâneas?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

9. Você tem ou teve alguma lesão ou tumor maligno?

Sim Não Onde? _____ Está em tratamento? Sim Não

10. Você tem ou teve crise convulsiva, convulsão febril na infância ou epilepsia?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

11. Você tem anorexia nervosa ou bulimia?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

12. Você costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

13. Você faz ou já fez algum tratamento psicológico ou psiquiátrico?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

Caso tenha respondido sim para as duas questões anteriores (12e 13), fazer as perguntas sobre depressão

14. Você costuma ingerir bebidas alcólicas com que frequência?

Nunca Todos os dias Finais de semana Raramente

15. Você tem ou teve algum outro problema de saúde sério que não foi citado? Qual?

R: _____

16. Algum medicamento em uso atual?

Sim Não Qual? _____

17. Tem prótese dentária móvel?

Sim Não

Se for do sexo feminino:

18. Está grávida?

Sim Não Quantos meses: _____

19. Está amamentando?

Sim Não

a. Já fez uso de alguma medicação, mesmo que não prescrita por médico, para dormir ou se acalmar?

Sim Não Se 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 reduzida
 Sentimento de culpa e inutilidade Pessimista ou deslocado
 Idéias ou atitudes auto-lesivas ou de suicídio Sono alterado
 Apetite diminuído Inquietação

c. Há história de transtorno psiquiátrico na família?

Sim Não Quem? _____ Que tipo? _____

d. O paciente apresentou durante a consulta:

- Agitação Pensamento e fala lentificados ou acelerados
 Falta de concentração Nenhuma alteração

Para avaliação do grau de depressão, queira considerar as respostas assinaladas nas letras b.1 e b.2 das perguntas acima

Depressão leve - Dois sintomas b.1 e dois sintomas b.2. Além disso, o paciente apresenta dificuldade com o trabalho do dia-a-dia e atividades sociais, mas não interrompe as funções.

Depressão moderada - Dois sintomas b.1 e três sintomas b.2. Além disso, o paciente apresenta dificuldade considerável em continuar com atividades sociais laboráveis ou domésticas.

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.

a. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

Sim Não

b. As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

Sim Não

c. Você se sente culpado ou chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber?

Sim Não

d. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

Sim Não

Três ou quatro respostas positivas no CAGE mostram uma tendência importante para o alcoolismo.

III- História Tabagística

1. Com quantos anos você começou a fumar?

R: _____ Anos

2. Em quais das situações o cigarro está associado a seu dia-a-dia? (pode escolher várias)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ao falar no telefone | <input type="checkbox"/> Após refeições | <input type="checkbox"/> Com bebidas alcoólicas |
| <input type="checkbox"/> Com café | <input type="checkbox"/> No trabalho | <input type="checkbox"/> Ansiedade |
| <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Alegria | <input type="checkbox"/> Nenhum |
| <input type="checkbox"/> Outros _____ | | |

3. Quais das afirmativas abaixo você considera que sejam razões para você fumar?

- | | Sim | Não | Às vezes |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Fumar é um grande prazer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Fumar é muito saboroso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - O cigarro te acalma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Acha charmoso fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Você fuma porque acha que fumar emagrece | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gosta de fumar para ter alguma coisa nas mãos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Quantas vezes você tentou parar de fumar?

- De 1 a 3 vezes
 + de 3 vezes
 Tentou mas não conseguiu parar (*seguir para pergunta 7*)
 Nunca tentou (*seguir para pergunta 9*)

5. Quantas vezes você ficou sem fumar por pelo menos 1 dia?

1 vez 2 vezes 3 vezes + de 3 vezes

6. Quais foram os motivos que levaram você a voltar a fumar?

R: _____

7. Alguma vez na vida você utilizou algum recurso para deixar de fumar?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Medicamento. Qual? _____ |
| <input type="checkbox"/> Apoio de profissional de saúde | <input type="checkbox"/> Leitura de orientações em folhetos, revistas, jornais entre outros |
| <input type="checkbox"/> Outros _____ | |

8. Você já participou de algum grupo de apoio para abordagem e tratamento do tabagismo nessa unidade?

Sim Não

9. Por que você quer deixar de fumar agora? (*pode escolher várias alternativas*)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Porque esta afetando a minha saúde | <input type="checkbox"/> Porque não gosto de ser dependente |
| <input type="checkbox"/> Outras pessoas estão me pressionando | <input type="checkbox"/> Fumar é anti-social |
| <input type="checkbox"/> Pelo bem-estar da minha família | <input type="checkbox"/> Porque gasto muito dinheiro com cigarro |
| <input type="checkbox"/> Eu estou preocupado com minha saúde no futuro | <input type="checkbox"/> Fumar é um mal exemplo para as crianças |
| <input type="checkbox"/> Porque meus filhos pedem | <input type="checkbox"/> Por conta das restrições de fumar em ambientes fechados |

10. Você convive com fumantes na sua casa?

Sim, qual o grau de parentesco? _____ Não

11. Você se preocupa em ganhar peso ao deixar de fumar?

Sim Não

IV- Teste de Fagerström

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 e etc?

Sim (1) Não (0)

3. Qual cigarro do dia que traz mais satisfação?

O primeiro da manhã (1) Outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

Menos de 10 (0) De 11 a 20 (1) De 21 a 30 (2) Mais de 31 (3)

5. Você fuma mais 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)

Grau de dependência

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

V- Avaliação do grau de motivação

- Contemplativo** - motivado a parar, porém sem data estipulada nos próximos dias
 Ação - já tem data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês
 Recado - retornou ao consumo habitual de cigarros

VI- Exame físico

Peso: _____ Altura: _____ PA: _____ ACV: _____ AR: _____ Abd: _____

VII- Monóxido de carbono

CO: _____ HbCO: _____ Há quanto tempo fumou o último cigarro _____

Hora do exame: _____ : _____

VII- Observações

Data ____ / ____ / _____