

## 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:  $\text{peso} = \frac{\text{_____}}{(\text{altura})^2}$  Kg/m<sup>2</sup>

### **HISTÓRIA TABAGÍSTICA**

1. Com que idade você começou a fumar? \_\_\_\_\_

2. 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: \_\_\_\_\_

3. Quais das afirmativas abaixo você considera que sejam razões para fumar? (pode escolher várias)

a) Fumar é um grande prazer  Sim  Não  Às vezes

b) Fumar é muito saboroso  Sim  Não  Às vezes

c) O cigarro o (a) acalma  Sim  Não  Às vezes

d) Acha charmoso fumar  Sim  Não  Às vezes

e) Você fuma porque acha que fumar emagrece  Sim  Não  Às vezes

f) Gosta de fumar para ter alguma coisa nas mãos  Sim  Não  Às vezes

Outras \_\_\_\_\_

4. 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)

5. Quando foi? Última vez: \_\_\_\_\_ Penúltima: \_\_\_\_\_ Antepenúltima: \_\_\_\_\_

6. Apresentou sintomas de síndrome de abstinência:  ansiedade  inquietação  irritabilidade  tristeza  sonolência ou insônia  constipação  dificuldade de concentração  tonteira  fissura  Nenhum sintoma

7. Por que voltou a fumar? \_\_\_\_\_

8. 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: \_\_\_\_\_

9. 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)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Porque está afetando a saúde      | <input type="checkbox"/> Porque está preocupado com a saúde no futuro            |
| <input type="checkbox"/> Outras pessoas estão pressionando | <input type="checkbox"/> Porque gasta muito dinheiro com cigarro                 |
| <input type="checkbox"/> Pelo bem-estar da família         | <input type="checkbox"/> Porque não gosta de ser dependente                      |
| <input type="checkbox"/> Porque acha fumar anti-social     | <input type="checkbox"/> Fumar é um mal exemplo para as crianças                 |
| <input type="checkbox"/> Porque os filhos pedem            | <input type="checkbox"/> 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?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dentro de 5 minutos (3)   | <input type="checkbox"/> Entre 6 e 30 minutos (2) |
| <input type="checkbox"/> Entre 31 e 60 minutos (1) | <input type="checkbox"/> 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?

- |                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Até 10     | (0) _____ |
| <input type="checkbox"/> De 11 a 20 | (1) _____ |
| <input type="checkbox"/> De 21 a 30 | (2) _____ |
| <input type="checkbox"/> Mais de 31 | (3) _____ |

5. Você fuma freqüentemente 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 \_\_\_\_\_

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 0 a 2 pontos = muito baixo | <input type="checkbox"/> 6 a 7 pontos = elevado        |
| <input type="checkbox"/> 3 a 4 pontos = baixo       | <input type="checkbox"/> 8 a 10 pontos = muito elevado |
| <input type="checkbox"/> 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)  Não  Sim  Tratamento
2. Diabetes mellitus?  Não  Sim  Tratamento
3. Hipertensão arterial (pressão alta)?  Não  Sim  Tratamento
4. Problema cardíaco (no coração)?  Não  Sim  Tratamento
5. Queimação, azia, dor no estômago ou úlcera ou gastrite?(goma)  Não  Sim  Tratamento
6. Problema pulmonar? Qual?  Não  Sim  Tratamento
7. Alergia respiratória?  Não  Sim  Tratamento
8. Alergias cutâneas (de pele)? (adesivo)  Não  Sim  Tratamento
9. Tem ou teve lesão ou tumor maligno? Onde? (bupropiona)  Não  Sim  Tratamento
10. Tem ou teve crise convulsiva ou epilepsia? (bupropiona)  Não  Sim  Tratamento
11. Anorexia nervosa ou bulimia? (bupropiona)  Não  Sim  Tratamento
12. Costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade?  Não  Sim  Tratamento
13. Faz ou já fez tratamento psicológico ou psiquiátrico?  Não  Sim  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

- Tratamento individual – Prof. Responsável \_\_\_\_\_
- Tratamento em grupo – Início \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Reposição de Nicotina :       Adesivo       Goma
- Bupropiona
- Discutir o caso em equipe

### AVALIAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

---

---

---

---

---

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

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