

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/m²

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

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