

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.: _____

DADOS DE ENCAMINHAMENTO

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

EXAME FÍSICO

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

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 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 _____
- 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 8)
- 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)

- | | |
|--|--|
| <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

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?

- Até 10 (0) _____
 De 11 a 20 (1) _____
 De 21 a 30 (2) _____
 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 MEDICAMENTOSO

1. Tratamento em grupo – **Início** ___/___/___ **Fim** ___/___/___

Nicotina

Goma 2mg

MENSAL

30 gomas de mascar

15 gomas de mascar

OBS.: máximo 5 gomas ao dia.

Adesivo

MENSAL

- Pacientes que fumam de 6 a 10 cigarros/dia

Nicotina 7mg – 1 adesivo ao dia – 28 adesivos (1ª a 4ª semana)

- Pacientes que fumam de 11 a 19 cigarros/dia

- Nicotina 14mg – 1 adesivo ao dia – 28 adesivos (1ª a 4ª semana)
- Nicotina 7mg – 1 adesivo ao dia – 28 adesivos (5ª a 8ª semana)

- Pacientes que fumam 20 ou mais cigarros/dia

- Nicotina 21mg – 1 adesivo ao dia – 28 adesivos (1ª a 4ª semana)
- Nicotina 14mg – 1 adesivo ao dia – 28 adesivos (5ª a 8ª semana)
- Nicotina 7mg – 1 adesivo ao dia – 28 adesivos (9ª a 12ª semana)

A REDUÇÃO DAS DOSES ASSOCIADAS DE ADESIVOS DEVE SER PAULATINA. PRECONIZA-SE A RETIRADA DE 7MG A CADA SEMANA, AVALIADA PELA INTENSIDADE DOS SINTOMAS DE SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA.

- Pacientes que fumam de 20 a 30 cigarros/dia

- Nicotina 21mg – 1 adesivo ao dia – 28 adesivos + Nicotina 7mg (1ª semana)
- Nicotina 21mg – 1 adesivo ao dia – 28 adesivos (2ª a 4ª semana)
- Nicotina 14mg – 1 adesivo ao dia – 28 adesivos (5ª a 8ª semana)
- Nicotina 7mg – 1 adesivo ao dia – 28 adesivos (9ª a 12ª semana)

- Pacientes que fumam de 30 a 40 cigarros/dia

- Nicotina 21mg – 1 adesivo ao dia – 28 adesivos + Nicotina 14mg (1ª semana)
- Nicotina 21mg – 1 adesivo ao dia – 28 adesivos + Nicotina 7mg (2ª semana)
- Nicotina 21mg – 1 adesivo ao dia – 28 adesivos (3ª a 4ª semana)
- Nicotina 14mg – 1 adesivo ao dia – 28 adesivos (5ª a 8ª semana)
- Nicotina 7mg – 1 adesivo ao dia – 28 adesivos (9ª a 12ª semana)

- Pacientes que fumam mais de 40 cigarros/dia

- Nicotina 21mg – 1 adesivo ao dia – 28 adesivos + Nicotina 21mg (1ª semana)
- Nicotina 21mg – 1 adesivo ao dia – 28 adesivos + Nicotina 14mg (2ª semana)
- Nicotina 21mg – 1 adesivo ao dia – 28 adesivos + Nicotina 7mg (3ª semana)
- Nicotina 21mg – 1 adesivo ao dia – 28 adesivos (4ª semana)
- Nicotina 14mg – 1 adesivo ao dia – 28 adesivos (5ª a 8ª semana)
- Nicotina 7mg – 1 adesivo ao dia – 28 adesivos (9ª a 12ª semana)

Bupropiona

MENSAL

- Bupropiona 150mg – 50 comprimidos (1º mês)

Tomar 01 comprimido pela manhã nos primeiros 03 dias de tratamento, do 04º dia de tratamento em diante, tomar 01 comprimido pela manhã e o outro após 08 horas, não ultrapassando às 16h (04 horas da tarde).

Bupropiona 150mg – 60 comprimidos

Tomar 01 comprimido pela manhã e o outro após 08 horas, não ultrapassando às 16h (04 horas da tarde).

Bupropiona 150mg – 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido pela manhã – logo após o desjejum (+ou – 30 min após).

AVALIAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Data / /

Assinatura do profissional de saúde