Anexo D — Permanecer Respirando Ar Puro

As perguntas seguintes nos auxiliam na avaliação das origens do ato de fumar e a sua relação com locais e situações. A formulação sugestiva terapêutico-específica é elaborada a partir do máximo de informações colhidas.

1. Quando começou a fumar? _____
2. Onde se encontrava quando fumou pela primeira vez? _____
3. Por que você começou a fumar?
 - Porque não sabia onde colocar as mãos.
 - Para imitar os outros.
 - Porque estava triste ou deprimido.
 - Para experimentar.
 - Porque um conhecido ofereceu cigarro.
 - Por companheirismo para com meus amigos.
 - Por espírito de inclusão num grupo
 - Por espírito de independência
 - Para ser sofisticado
4. Qual sentimento de benefício deriva do ato de fumar? _____
5. Quantos cigarros você fuma por dia? De qual marca? _____
6. Qual a hora do dia que você fuma mais freqüentemente? _____
7. Você fuma quando precisa:
 - Companhia?
 - Conforto?
 - Relaxamento?
 - Controlar seu desejo por alimento?
 - Um intervalo para a rotina?
 - Fazer uma negociação?
 - Ser notado?
 - Parecer ocupado?
 - Decidir algo?
8. Seu ato de fumar está relacionado com:
 - Para não aumentar o peso corporal
 - Porque meus pais fumavam.
 - Devido à propaganda de cigarros

- Tomar um cafezinho?
- Tomar chimarrão?
- Tomar um drinque?
- Tomar um copo com leite?
- Tomar um copo com chocolate?
- Tomar um chope?
- Almoçar?
- Jantar?
- Lanchar?
- Estar sozinho/a?
- Ficar nervoso/a?
- Ver alguém fumar?
9. Você gosta de fumar quando está fazendo alguma atividade especial como:
- Ler
- Assistir à televisão
- Escutar música
- Conversar
- Escrever
- Digitar
- Falar ao telefone
- Trabalhar
- Assistir *home theater*
- Ouvir rádio
- Um *hobby*
- Ou _____
10. O que significa para você fumar?
- _____
11. Seu ato de fumar está relacionado com alguma pessoa? Quem? _____
- _____
12. Em quais locais prefere fumar?
- Dentro de sua casa
- No escritório
- Quando entra no carro
- Dentro do carro
- Quando sai do carro
- No clube
- Em qual lugar dentro de sua casa?
- No restaurante
- Na lanchonete
- No trabalho
- Andando
- Em reuniões sociais
13. O que você faria se não fumasse?
- _____
14. Quem compra os seus maços de cigarros? _____
15. Quantas vezes você quis tornar-se não-fumante? Uma Duas Três
- Datas: __/__/__/__/__
- Quanto tempo permaneceu sem fumar? _____
- Como foi o tratamento? _____
- Quanto tempo durou o tratamento? _____
- Por que voltou a fumar? _____
16. Quais odores já experimentou e não gostou? _____
17. Quais paladares já experimentou e não gostou? _____
18. Quando, onde e como você sente urgência para fumar? _____
- _____
19. Quanto prazer de fumar você tem? Nenhum Pouco Regular Muito Acentuado
20. Quem é a pessoa mais importante na sua vida? Por quê? _____
- _____
21. O que é mais importante para você agora? _____
- Responda honestamente:**
22. Você fuma dentro de 30 minutos após acordar?
Sim Não
23. Você fuma 15 ou mais cigarros por dia?
Sim Não

24. O seu primeiro cigarro do dia é o mais importante?
Sim Não

25. Você fuma quando está doente ou acamado?
Sim Não

26. Você acha difícil abster-se de fumar em lugares proibidos?
Sim Não

Perguntas que informam sobre a motivação do paciente para tornar-se livre

27. Você está comprometido em tornar-se não-fumante? **SIM** **NÃO**

28. Você quer parar de fumar? Ou você tem que parar de fumar? Por quê?

29. Quanto você está comprometido com você mesmo em eliminar o cigarro da sua vida?

- Nenhum um pouco
- Pouco
- Mais ou menos
- Muito
- Totalmente

30. Você abandonaria fumar completamente, se pudesse fazer facilmente?
Sim, definitivamente?

- Sim, provavelmente
- Possivelmente
- Provavelmente não
- Definitivamente não

31. Quanto você quer parar de fumar completamente?

- Não quero de modo nenhum
- Quero ligeiramente
- Quero moderadamente
- Quero bastante
- Quero muito fortemente

32. Você se sente, se vê, se visualiza, se gosta, se imagina comportando-se como um não-fumante?
Sim Não

Perguntas que informam sobre a saúde

33. Você gosta do seu corpo? Sim Não
 De quem é a responsabilidade da sua saúde? _____

34. Quanto anos você quer viver? _____

35. Parando de fumar você é capaz de fazer alguma coisa que não podia fazer antes? Sim Não O quê? _____

36. Você está preocupado com os efeitos venenosos do cigarro sobre a sua saúde? Sim Não
Quais efeitos? _____

37. Você está preocupado porque vem sofrendo de:

- Falta de ar
- Bronquite
- Enfisema
- Asma
- Tosse
- Dores no tórax
- Infarto no miocárdio
- Diabetes
- Tromboangeíte obliterante
- Impotência sexual
- Câncer de colo de útero
- Apnéia do sono

38. Você está com medo de câncer de pulmão? Sim Não
Com medo de enfisema? Sim
Não

39. Você está preocupado com os efeitos nocivos do cigarro para com seu futuro filho? Sim Não

40. Você fuma demais por dia e quer mudar a vida? 1 maço 2 maços 3 maços 4 maços

41. Você gasta inutilmente dinheiro fumando? Sim Não Quanto? Faça o cálculo! _____

42. Você está preocupado com as dificuldades sociais que o fumo acarreta atualmente para você?
Sim Não Quais dificuldades?

43. Você quer parar de fumar porque:

Sua namorada (o) quer	☐
Sua noiva (o) quer	☐
Sua mãe quer	☐
Seu pai quer	☐
Seu filho (a) quer	☐
Sua esposa (o) quer	☐
Seu chefe detesta cigarro	☐
Um professor (a) quer	☐
Seu avô (ó) quer	☐
Seu sogro (a) quer	☐
Um parente quer	☐
Seu médico quer	☐

44. É permitido fumar no seu trabalho?
Não Sim Quem fuma? _____

45. Outras pessoas fumam na sua residência? Não Sim Quem? _____

46. Já vez uma avaliação das funções pulmonares e cardíacas? Não _____
 Sim Quando ____ / ____ / ____

Descreva detalhadamente como você fuma

Como você pega o maço de cigarros? _____

Como abre o maço? _____

Como retira um cigarro de dentro? _____

O que faz com o cigarro enquanto está em suas mãos? _____

Como coloca o cigarro na boca? _____

Como acende o cigarro? _____

Como sente o cigarro nos lábios? _____

Como percebe o movimento dos lábios? _____

Como dá a baforada? _____

Como toca com os dedos no cigarro? _____

Você olha para a fumaça? _____

Como você volta com o cigarro para a sua boca? _____

Você tem medo de parar de fumar? _____

O que você ardentemente deseja, quer e há de conseguir no futuro próximo?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Quais dessas realizações no futuro próximo o tabagismo põe em risco?

O que você ardentemente planeja para o futuro dentro de 3, 4 ou 5 anos?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Quais desses planos o tabagismo põe em risco?

Como é a sua atitude diante do ato de fumar?

Descreva seus planos de lazer, atividade física, trabalho, aprendizagem e reciclagem para mudar a sua rotina na vida:

Planos de lazer: _____

Planos de atividade física: _____

Planos de trabalho: _____

Planos de aprendizagem: _____

Planos de reciclagem: _____