

## AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL

1 – Você faz uso de bebida alcoólica e bebe mais de uma vez por mês?

0 – Não    1 – Sim

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

0 – Não    1 – Sim

3 – As pessoas o (a) aborreceram porque criticaram o seu modo de beber?

0 – Não    1 – Sim

4 – Você se sente culpado (a) ou chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber?

0 – Não    1 – Sim

5 – Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou diminuir a ressaca?

0 – Não    1 – Sim

Se você respondeu **SIM** para mais do que uma das perguntas, fique atento para o seu consumo de álcool.

Se você respondeu **SIM** para a maioria das perguntas, está na hora de procurar ajuda.

Procure a Unidade Básica de Saúde de sua região.

## AVALIAÇÃO SOBRE CONSUMO DE DROGAS

1. A vida sem drogas é chata. ( ) Sim ( ) Não
2. A droga é a única forma de aumentar a minha criatividade e produção.  
( ) Sim ( ) Não
3. Eu não conseguirei funcionar sem usar drogas. ( ) Sim ( ) Não
4. A droga é a única maneira de lidar com o sofrimento. ( ) Sim ( ) Não
5. Eu não estou preparado para parar de usar drogas. ( ) Sim ( ) Não
6. A minha vida não ficará melhor, mesmo se eu parar de usar drogas.  
( ) Sim ( ) Não
7. A única forma de lidar com a minha raiva é usando drogas. ( ) Sim ( ) Não
8. Eu não sou uma pessoa forte o suficiente para parar de usar drogas.  
( ) Sim ( ) Não
9. Eu não serei sociável sem as drogas. ( ) Sim ( ) Não
10. Dependência química não é um problema para mim. ( ) Sim ( ) Não
11. A fissura só passará se eu usar drogas. ( ) Sim ( ) Não
12. Minha dependência química é causada por outras pessoas (esposa/o, namorada/o, familiares). ( ) Sim ( ) Não
13. O problema da dependência de drogas é genético, não há nada que eu possa fazer. ( ) Sim  
( ) Não

14. Eu não consigo relaxar sem drogas. ( ) Sim ( ) Não
15. Eu não consigo controlar a minha ansiedade sem as drogas. ( ) Sim ( ) Não
16. Eu não consigo fazer a minha vida interessante se não usar drogas.  
( ) Sim ( ) Não

Se você respondeu **SIM** para algumas destas perguntas, **CUIDADO**, talvez seja interessante que você procure ajuda. Procure a Unidade Básica de Saúde de sua região.

## AVALIAÇÃO DE DEPENDÊNCIA DE NICOTINA

### Tabela de Fagerström

1. Quanto tempo após acordar você fuma a 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 locais onde o fumo é proibido (como igrejas, biblioteca etc.)?
  - Sim (1) Não (0)
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação (ou que mais detestaria deixar de fumar)?
  - O primeiro da manhã (1) Outros (0)
4. Quantos cigarros você fuma por dia?
  - 10 ou menos (0)

- 11 a 20 (1)
- 21 a 30 (2)
- 31 ou mais (3)

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia?

Sim (1) Não (0)

6. Você fuma mesmo quando está tão doente que precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

Sim (1) Não (0)

Some os pontos das suas respostas e veja o grau de dependência:

- 0 a 2 pontos – muito baixo
- 3 a 4 pontos – baixo
- 5 pontos – médio
- 6 a 7 pontos – elevado
- 8 a 10 pontos – muito elevado

Uma soma acima de seis pontos indica que provavelmente você terá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar, precisando buscar auxílio para tal. Procure a Unidade Básica de Saúde de sua região.

## AVALIAÇÃO SOBRE QUALIDADE DE VIDA

1. Você tem dado atenção, no dia a dia, para as suas necessidades básicas (alimentação, sede, sono etc.)?

Sim ( ) Não ( )

2. Você tem momentos de lazer, diversão durante a semana?

Sim ( ) Não ( )

3. Você é capaz de reconhecer seus limites perante as exigências do meio externo (trabalho, família, amigos etc.)?

4. Sim ( ) Não ( )

5. Você consegue apontar cinco coisas que você faz diariamente que lhe tragam satisfação?

6. Sim ( ) Não ( )

7. Você tem tido cuidado com sua saúde física? Tem ido ao médico regularmente?

Sim ( ) Não ( )

8. Você se envolve por muito tempo cuidando de outras pessoas? Mais do que a si mesmo?

9. Sim ( ) Não ( )

Se você respondeu **SIM** para a maioria das cinco primeiras questões, **PARABÉNS!** Você vem exercitando um bom nível de qualidade de vida.

Se você respondeu **NÃO** para algumas das cinco primeiras questões, **CUIDADO!** A sua qualidade de vida deixa a desejar e talvez você precise buscar ajuda para mudar isso.

Procure a Unidade Básica de Saúde de sua região.