

## Apêndice 1.

**Questionário sobre Tabagismo**  
**Avaliação dos Hábitos dos Colegas e da sua atitude perante os doentes**

Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Idade:  __ _ anos
Ano de Licenciatura:  __ _ _ _ _	Concelho onde reside: _____
Distrito(s) onde exerce a actividade: _____	

1. Fuma ou alguma vez fumou?

Sim  Não \* (**\*Se respondeu "NÃO", passe para a questão nº 10)**

1.a) Se "**Sim**"

Fuma pelo menos 1 vez /dia

Fuma menos de 1 vez /dia

É ex-fumador

1.1. Em média, quantos cigarros fuma? |\_\_|\_|\_| por dia/semana (*riscar o que não interessa*)

1.2 Iniciou o consumo aos |\_\_|\_|\_| anos

1.3 Se é ex-fumador, parou aos |\_\_|\_|\_| anos

**Se fuma menos de um cigarro por dia ou é ex-fumador, passe questão nº 8.**

2. Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?

>60 minutos depois       31-60 minutos depois  
 6-30 minutos depois       até 5 minutos depois

3. Acha difícil abster-se de fumar em locais onde é proibido? Não  Sim

4. De que cigarro lhe seria mais difícil abdicar?  o primeiro da manhã       qualquer outro

5. Quantos cigarros fuma por dia?

10 ou menos       11-20       21-30       31 ou mais

6. Fuma mais frequentemente durante as primeiras horas após acordar que durante o resto do dia?

Sim  Não

7. Fuma mesmo quando está tão doente que tem de ficar na cama a maior parte do dia?

Sim  Não

8. Fez alguma vez uma tentativa séria para deixar de fumar?

Sim  Não

9. Está a pensar de deixar de fumar no próximo ano? Sim  Não

10. Pergunta aos seus doentes se fumam? Sim  Não

11. Fala sobre os malefícios do tabaco aos seus doentes? Sim  Não

12. Recusa algum tipo de tratamento aos seus doentes fumadores? Sim  Não

12.1 Se "**Sim**", qual, de que tipo?

13. Faz algum tipo de aconselhamento aos seus doentes para deixar de fumar? Sim  Não

13.1 Se "**Sim**" qual?

**Muito obrigado pela sua disponibilidade e colaboração.**

## Apêndice 2.

**Questionário sobre Tabagismo**  
**Avaliação dos Hábitos dos Colegas e da sua atitude perante os doentes**

Sexo: Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	Idade:  _ _ anos
Ano de Licenciatura:  _ _ _ _	Concelho onde reside: _____	
Distrito(s) onde exerce a actividade: _____		

## 1. Fuma ou alguma vez fumou?

Sim  Não \* (**\*Se respondeu “NÃO”, passe para a questão nº 10**)

## 1.a) Se “Sim”

Fuma pelo menos 1 vez /dia

Fuma menos de 1 vez /dia

É ex-fumador

## 1.1 Que tipo de tabaco costuma consumir mais frequentemente?

Cigarro

Cigarrilha

Charuto

Outro \_\_\_\_\_

1.2 Em média, quantos cigarros fuma? |\_|\_|\_| por dia/semana (*riscar o que não interessa*)

1.3 Iniciou o consumo aos |\_|\_|\_| anos

1.4 Se é ex-fumador, parou aos |\_|\_|\_| anos

**Se fuma menos de um cigarro por dia ou é ex-fumador, passe questão nº 8.**

## 2. Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?

>60 minutos depois  31-60 minutos depois

6-30 minutos depois  até 5 minutos depois

3. Acha difícil abster-se de fumar em locais onde é proibido? Não  Sim

4. De que cigarro lhe seria mais difícil abdicar?  o primeiro da manhã  qualquer outro

## 5. Quantos cigarros fuma por dia?

10 ou menos  11-20  21-30  31 ou mais

## 6. Fuma mais frequentemente durante as primeiras horas após acordar que durante o resto do dia?

Sim  Não

## 7. Fuma mesmo quando está tão doente que tem de ficar na cama a maior parte do dia?

Sim  Não

## 8. Fez alguma vez uma tentativa séria para deixar de fumar?

Sim  Não

9. Está a pensar de deixar de fumar no próximo ano? Sim  Não

10. Pergunta aos seus doentes se fumam? Sim  Não

11. Fala sobre os malefícios do tabaco aos seus doentes? Sim  Não

12. Recusa algum tipo de tratamento aos seus doentes fumadores? Sim  Não
- 12.1 Se “**Sim**”, qual, de que tipo?
- Periodontal
- Implantologia
- Prótese Fixa
- Outro \_\_\_\_\_
13. Faz algum tipo de aconselhamento aos seus doentes para deixar de fumar? Sim  Não
- 13.1 Se “**Sim**” qual?
- Apenas faz um aconselhamento genérico
- Aplica um programa de associação tabágica
- Outros conselhos \_\_\_\_\_
14. Encaminha para uma consulta de cessação tabágica? Sim  Não
- 14.1 Se “**Sim**” qual? \_\_\_\_\_
15. Relativamente a tratamentos para cessação tabágica conhece a abordagem dos 5 A's?  
Sim  Não
16. Conhece as diversas terapias de reposição nicotínica? Sim  Não
17. Conhece o funcionamento de algum fármaco que possa ajudar um doente seu a deixar de fumar?  
Sim  Não
18. Já alguma vez prescreveu terapia de reposição nicotínica para ajudar um doente seu a deixar de fumar?  
Sim  Não
19. Já alguma vez prescreveu um fármaco para ajudar um doente seu a deixar de fumar?  
Sim  Não
- 19.1 Se “**Sim**” qual? \_\_\_\_\_
20. Sente que teve formação pré ou pós graduada suficiente para ajudar os seus pacientes fumadores a deixarem de fumar? Sim  Não
- 20.1 Se “**Sim**” qual? \_\_\_\_\_
21. Quer referir algum obstáculo à promoção da cessação tabágica nos seus doentes em medicina dentária?  
Sim  Não
- 21.1 Se “**Sim**” qual? \_\_\_\_\_
22. Se a OMD organizasse formações em cessação tabágica estaria interessado em participar?  
Sim  Não
23. Em que tipo de formação estaria interessado?  
Sim  Não
- Curso de fim de dia
- Curso ao fim-de-semana
- Sessão no Congresso da OMD
- Outro tipo. Qual? \_\_\_\_\_

---

Muito obrigado pela sua disponibilidade e colaboração.