



**1 IDENTIFICAÇÃO**

NOME		DATA DE NASCIMENTO
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	TELEFONE(S)	
ENDEREÇO	EQUIPE E ACS	

**2 HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA**

2.1 - VOCÊ TEM OU TEVE FREQUENTEMENTE AFTAS, LESÕES (FERIDAS), E / OU SANGRAMENTO NA BOCA? (GOMA) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
ESTÁ EM TRATAMENTO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
2.2 - VOCÊ TEM DIABETES MELLITUS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	2.3 - VOCÊ TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ESTÁ EM TRATAMENTO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ESTÁ EM TRATAMENTO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
2.4 - VOCÊ TEM OU TEVE ALGUM PROBLEMA CARDÍACO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SE SIM, QUAL? _____
ESTÁ EM TRATAMENTO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
2.5 - VOCÊ TEM OU TEVE FREQUENTEMENTE QUEIMAÇÃO, AZIA, DOR NO ESTÔMAGO OU ÚLCERA OU GASTRITE? (GOMA) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
ESTÁ EM TRATAMENTO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
2.6 - VOCÊ TEM OU TEVE ALGUM PROBLEMA PULMONAR? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SE SIM, QUAL? _____
ESTÁ EM TRATAMENTO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
2.7 - VOCÊ TEM ALERGIA RESPIRATÓRIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	2.8 - VOCÊ TEM ALERGIAS CUTÂNEAS? (ADESIVO) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ESTÁ EM TRATAMENTO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ESTÁ EM TRATAMENTO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
2.9 - VOCÊ TEM OU TEVE ALGUM TUMOR MALIGNO OU CÂNCER? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SE SIM, QUAL? _____
ESTÁ EM TRATAMENTO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
2.10 - VOCÊ TEM OU TEVE CRISE CONVULSIVA, CONVULSÃO FEBRIL NA INFÂNCIA OU EPILEPSIA? (BUPROPIONA) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
ESTÁ EM TRATAMENTO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
2.11 - VOCÊ TEM ANOREXIA NERVOSA OU BULIMIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
ESTÁ EM TRATAMENTO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
2.12 - VOCÊ COSTUMA TER CRISE DE DEPRESSÃO E / OU ANSIEDADE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
ESTÁ EM TRATAMENTO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
2.13 - VOCÊ FAZ OU JÁ FEZ ALGUM TRATAMENTO PSICOLÓGICO OU PSIQUIÁTRICO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
ESTÁ EM TRATAMENTO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
CASO TENHA RESPONDIDO SIM PARA AS DUAS QUESTÕES ANTERIORES (2.12 E 2.13), PREENCHA O BOX SOBRE DEPRESSÃO.	
2.14 - VOCÊ COSTUMA INGERIR BEBIDAS ALCÓOLICAS COM FREQUÊNCIA? <input type="checkbox"/> NUNCA <input type="checkbox"/> TODOS OS DIAS <input type="checkbox"/> FINAIS DE SEMANA <input type="checkbox"/> RARAMENTE	
<b>OBS: CASO TENHA RESPONDIDO "TODOS OS DIAS" OU "FINAIS DE SEMANA", PREENCHA O BOX SOBRE CONSUMO DE ÁLCOOL (CAGE).</b>	
2.15 - VOCÊ TEM OU TEVE OUTRO PROBLEMA DE SAÚDE SÉRIO QUE NÃO FOI CITADO? QUAL?	
2.16 - VOCÊ ESTÁ EM USO DE ALGUM MEDICAMENTO ATUALMENTE? <input type="checkbox"/> SIM QUAL? <input type="checkbox"/> NÃO	2.17 - VOCÊ TEM PRÓTESE DENTÁRIA MÓVEL? (GOMA) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
2.18 - VOCÊ PRÁTICA EXERCÍCIOS FÍSICOS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	2.18 (A) - SE SIM, QUANTAS VEZES POR SEMANA? <input type="checkbox"/> UMA VEZ <input type="checkbox"/> 2 VEZES <input type="checkbox"/> 3 VEZES <input type="checkbox"/> 4 VEZES OU MAIS
2.19 - NO CASO DE MULHERES	
VOCÊ ESTÁ GRÁVIDA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUANTOS MESES?	VOCÊ ESTÁ AMAMENTADO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

**BOX SOBRE DEPRESSÃO**

JÁ FEZ USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO, MESMO QUE NÃO PRESCRITA POR MÉDICO, PARA DORMIR OU SE ACALMAR?

 SIM  NÃO SE SIM, QUAL?

NO ÚLTIMO MÊS, VOCÊ SENTIU?

(1)  TRISTEZA  PERDA DE INTERESSE E PRAZER  ENERGIA REDUZIDA OU GRANDE CANSAÇO(2)  CONCENTRAÇÃO E ATENÇÃO REDUZIDAS  AUTOESTIMA E AUTOCONFIANÇA REDUZIDAS SENTIMENTO DE CULPA E INUTILIDADE  PESSIMISTA OU DESLOCADO IDEIAS OU ATITUDES AUTO LESIVAS OU DE SUICÍDIO  SONO ALTERADO APETITE DIMINUÍDO  INQUIETAÇÃO

(3) HÁ HISTÓRICO DE TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO NA FAMÍLIA?

 SIM  NÃO QUEM? QUE TIPO?

(4) O PACIENTE APRESENTOU DURANTE A CONSULTA

 AGITAÇÃO  PENSAMENTO E FALA LENTOS OU ACELERADOS FALTA DE CONCENTRAÇÃO  NENHUMA ALTERAÇÃO

PARA AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPRESSÃO, CONSIDERAR AS RESPOSTAS DA PERGUNTA: "NO ÚLTIMO MÊS VOCÊ SENTIU" E NA HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA

**DEPRESSÃO LEVE (DEPL) – DOIS SINTOMAS DO (1) E DOIS SINTOMAS DO (2).** ALÉM DISSO, O PACIENTE APRESENTA DIFICULDADE COM O TRABALHO DO DIA-A-DIA E ATIVIDADES SOCIAIS, MAS NÃO INTERROMPE AS FUNÇÕES.**DEPRESSÃO MODERADA (DEPM) – DOIS SINTOMAS DO (1) E TRÊS SINTOMAS DO (2).** ALÉM DISSO, O PACIENTE APRESENTA DIFICULDADE CONSIDERÁVEL EM CONTINUAR COM ATIVIDADES SOCIAIS LABORÁVEIS OU DOMÉSTICAS.**DEPRESSÃO GRAVE (DEPG) – CRITÉRIO DE DEPRESSÃO MODERADA, MAIS ANGÚSTIA OU AGITAÇÃO CONSIDERÁVEL.** PERDA DE AUTOESTIMA. SENTIMENTO DE INUTILIDADE OU CULPA E SUICÍDIO É UM PERIGO MARCANTE. DEPL  DEPM  DEPG**BOX SOBRE CONSUMO DE ÁLCOOL (CAGE)**

ALGUMA VEZ VOCÊ SENTIU QUE DEVERIA DIMINUIR A QUANTIDADE DE BEBIDA OU PARAR DE BEBER?

 SIM  NÃO

AS PESSOAS O ABORRECEM PORQUE CRITICAM O SEU MODO DE BEBER?

 SIM  NÃO

VOCÊ SE SENTE CULPADO OU CHATEADO CONSIGO MESMO PELA MANEIRA COMO COSTUMA BEBER?

 SIM  NÃO

VOCÊ COSTUMA BEBER PELA MANHÃ PARA DIMINUIR O NERVOSISMO OU A RESSACA?

 SIM  NÃO**OBS: TRÊS OU QUATRO RESPOSTAS POSITIVAS NO CAGE MOSTRAM UMA TENDÊNCIA IMPORTANTE PARA O ALCOOLISMO.****3 HISTÓRICO TABAGÍSTICO**

3.1 – COM QUANTOS ANOS VOCÊ COMEÇOU A FUMAR? \_\_\_\_\_ ANOS

ANOS DE USO: \_\_\_\_\_ QUANTIDADE DE CIGARROS / DIA: \_\_\_\_\_ ANOS / MAÇO: \_\_\_\_\_

**OBS: ANOS / MAÇO: NÚMERO DE ANOS FUMANDO X NÚMERO DE MAÇOS / DIA**

MAÇO = 20 CIGARROS

3.2 – EM QUAIS DAS SITUAÇÕES ABAIXO O CIGARRO ESTÁ ASSOCIADO AO SEU DIA A DIA? (PODE ASSINALAR MAIS DE UMA OPÇÃO)

<input type="checkbox"/> TOMAR CAFÉ	<input type="checkbox"/> APÓS AS REFEIÇÕES	<input type="checkbox"/> COM BEBIDAS ALCÓOLICAS
<input type="checkbox"/> TRISTEZA	<input type="checkbox"/> NO TRABALHO	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE
<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> ALEGRIA	<input type="checkbox"/> NENHUM



## 5 AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DA DEPENDÊNCIA À NICOTINA – TESTE FAGERSTRÖM

5.1 QUANTO TEMPO APÓS ACORDAR VOCÊ FUMA SEU PRIMEIRO CIGARRO?

DENTRO DE 5 MINUTOS (3)     ENTRE 6 E 30 MINUTOS (2)     ENTRE 31 E 60 MINUTOS (1)     APÓS 60 MINUTOS (0)

5.2 – VOCÊ ACHA DIFÍCIL NÃO FUMAR EM LUGARES PROIBIDOS COMO IGREJAS, BIBLIOTECAS, ETC.?

SIM (1)     NÃO (0)

5.3 – QUAL O CIGARRO DO DIA LHE TRAZ MAIS SATISFAÇÃO?

O PRIMEIRO DA MANHÃ (1)     OUTROS (0)

5.4 – QUANTOS CIGARROS VOCÊ FUMA POR DIA?

MENOS DE 10 (0)     DE 11 A 20 (1)     DE 21 A 30 (2)     31 OU MAIS (3)

5.5 – VOCÊ FUMA MAIS FREQUENTEMENTE PELA MANHÃ?

SIM (1)     NÃO (0)

5.6 – VOCÊ FUMA MESMO DOENTE, QUANDO PRECISAR FICAR DE CAMA A MAIOR PARTE DO TEMPO?

SIM (1)     NÃO (0)

**GRAU DE DEPENDÊNCIA:**

0 – 2 = MUITO BAIXA    3 – 4 = BAIXA    5 = MÉDIA    6 – 7 = ELEVADA    8 – 10 = MUITO ELEVADA    PONTUAÇÃO:

## 6 AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA DEPENDÊNCIA À NICOTINA – ESCALA DE RAZÕES PARA FUMAR (ERF) – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

1 – EU FUMO CIGARROS PARA ME MANTER EM ALERTA.

NUNCA (1)     RARAMENTE (2)     ÀS VEZES (3)     FREQUENTEMENTE (4)     SEMPRE (5)

2 – MANUSEAR UM CIGARRO É PARTE DO PRAZER DE FUMÁ-LO.

NUNCA (1)     RARAMENTE (2)     ÀS VEZES (3)     FREQUENTEMENTE (4)     SEMPRE (5)

3 – FUMAR DÁ PRAZER E É RELAXANTE.

NUNCA (1)     RARAMENTE (2)     ÀS VEZES (3)     FREQUENTEMENTE (4)     SEMPRE (5)

4 – EU ACENDO UM CIGARRO QUANDO ESTOU BRAVO COM ALGUMA COISA.

NUNCA (1)     RARAMENTE (2)     ÀS VEZES (3)     FREQUENTEMENTE (4)     SEMPRE (5)

5 – QUANDO MEUS CIGARROS ACABAM, ACHO ISSO QUASE INSUPORTÁVEL ATÉ EU CONSEGUIR OUTRO.

NUNCA (1)     RARAMENTE (2)     ÀS VEZES (3)     FREQUENTEMENTE (4)     SEMPRE (5)

6 – CIGARROS ME FAZEM COMPANHIA, COMO UM AMIGO ÍNTIMO.

NUNCA (1)     RARAMENTE (2)     ÀS VEZES (3)     FREQUENTEMENTE (4)     SEMPRE (5)

7 – EU FUMO CIGARROS AUTOMATICAMENTE SEM MESMO ME DAR CONTA DISSO.

NUNCA (1)     RARAMENTE (2)     ÀS VEZES (3)     FREQUENTEMENTE (4)     SEMPRE (5)

8 – É MAIS FÁCIL CONVERSAR E ME RELACIONAR COM OUTRAS PESSOAS QUANDO ESTOU FUMANDO.

NUNCA (1)     RARAMENTE (2)     ÀS VEZES (3)     FREQUENTEMENTE (4)     SEMPRE (5)

9 – EU FUMO PARA ME ESTIMULAR, PARA ME ANIMAR.

NUNCA (1)     RARAMENTE (2)     ÀS VEZES (3)     FREQUENTEMENTE (4)     SEMPRE (5)

10 – PARTE DO PRAZER DE FUMAR UM CIGARRO VEM DOS PASSOS QUE EU TOMO PARA ACENDÊ-LO.

NUNCA (1)     RARAMENTE (2)     ÀS VEZES (3)     FREQUENTEMENTE (4)     SEMPRE (5)

11 – EU ACHO OS CIGARROS PRAZEROSOS.

NUNCA (1)    RARAMENTE (2)    ÀS VEZES (3)    FREQUENTEMENTE (4)    SEMPRE (5)

12 – QUANDO EU ME SINTO DESCONFORTÁVEL OU CHATEADO COM ALGUMA COISA, EU ACENDO UM CIGARRO.

NUNCA (1)    RARAMENTE (2)    ÀS VEZES (3)    FREQUENTEMENTE (4)    SEMPRE (5)

13 – CONTROLAR MEU PESO É UMA RAZÃO MUITO IMPORTANTE PELA QUAL EU FUMO.

NUNCA (1)    RARAMENTE (2)    ÀS VEZES (3)    FREQUENTEMENTE (4)    SEMPRE (5)

14 – EU ACENDO UM CIGARRO SEM PERCEBER QUE AINDA TENHO OUTRO ACESO NO CINZEIRO.

NUNCA (1)    RARAMENTE (2)    ÀS VEZES (3)    FREQUENTEMENTE (4)    SEMPRE (5)

15 – ENQUANTO ESTOU FUMANDO ME SINTO MAIS SEGURO COM OUTRAS PESSOAS.

NUNCA (1)    RARAMENTE (2)    ÀS VEZES (3)    FREQUENTEMENTE (4)    SEMPRE (5)

16 – EU FUMO CIGARROS PARA ME "POR PARA CIMA".

NUNCA (1)    RARAMENTE (2)    ÀS VEZES (3)    FREQUENTEMENTE (4)    SEMPRE (5)

17 – ÀS VEZES EU SINTO QUE OS CIGARROS SÃO OS MEUS MELHORES AMIGOS.

NUNCA (1)    RARAMENTE (2)    ÀS VEZES (3)    FREQUENTEMENTE (4)    SEMPRE (5)

18 – EU FUMO CIGARROS QUANDO ME SINTO TRISTE OU QUANDO QUERO ESQUECER MINHAS OBRIGAÇÕES OU PREOCUPAÇÕES.

NUNCA (1)    RARAMENTE (2)    ÀS VEZES (3)    FREQUENTEMENTE (4)    SEMPRE (5)

19 – EU SINTO UMA VONTADE ENORME DE PEGAR UM CIGARRO SE EU FICO UM TEMPO SEM FUMAR.

NUNCA (1)    RARAMENTE (2)    ÀS VEZES (3)    FREQUENTEMENTE (4)    SEMPRE (5)

20 – EU JÁ ME PEGUEI COM UM CIGARRO NA BOCA SEM ME LEMBRAR DE TÊ-LO COLOCADO LÁ.

NUNCA (1)    RARAMENTE (2)    ÀS VEZES (3)    FREQUENTEMENTE (4)    SEMPRE (5)

21 – EU ME PREOCUPO EM ENGORDAR DE PARAR DE FUMAR.

NUNCA (1)    RARAMENTE (2)    ÀS VEZES (3)    FREQUENTEMENTE (4)    SEMPRE (5)

FATOR 1: DEPENDÊNCIA (ADDICTION): ITENS 5, 19

FATOR 2: PRAZER DE FUMAR (PLEASURE): ITENS 3, 11

FATOR 3: REDUÇÃO DA TENSÃO (TENSION REDUCTION): ITENS 4, 12, 18

FATOR 4: ESTIMULAÇÃO (STIMULATION): ITENS 1, 9, 16

FATOR 5: AUTOMATISMO (AUTOMATISM): ITENS 7, 14, 20

FATOR 6: MANUSEIO (HANDLING): ITENS 2, 10

FATOR 7: TABAGISMO SOCIAL (SOCIAL SMOKING): ITENS 8, 15

FATOR 8: CONTROLE DE PESO (WEIGHT CONTROL): ITENS 13, 21

FATOR 9: ASSOCIAÇÃO ESTREITA (AFFILIATIVE ATTACHMENT): ITENS 6, 17

			RESULTADOS
+	=	/2	
+	=	/2	
+	+	=	/3
+	+	=	/3
+	=	/2	
+	=	/2	
+	=	/2	
+	=	/2	

O ESCORE FINAL DE CADA FATOR É A MÉDIA SIMPLES DOS ESCORES INDIVIDUAIS. CONSIDERE COMO FATORES DE ATENÇÃO NA CESSAÇÃO DE TABAGISMO AQUELES COM PONTUAÇÃO FINAL MAIOR QUE 2.

**DEPENDÊNCIA (FÍSICA):** CARACTERIZADA PELO TEMPO QUE O INDIVÍDUO CONSEGUE PERMANECER SEM FUMAR E TEM A VER COM A TOLERÂNCIA DA NICOTINA E COM A REDUÇÃO DOS SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA.

**PRAZER DE FUMAR:** A NICOTINA LIBERA SUBSTÂNCIAS HORMONAIS QUE DÃO MAIOR SENSACÃO DE PRAZER ATRAVÉS DAS ATIVIDADES NEUROQUÍMICAS DO CÉREBRO NAS VIAS DE RECOMPENSA.

**REDUÇÃO DA TENSÃO (RELAXAMENTO):** A NICOTINA DO CIGARRO CHEGA AOS RECEPTORES CEREBRAIS, AJUDA A DIMINUIR A ANSIEDADE/ESTRESSE QUE O FUMANTE APRESENTA, DANDO-LHE UMA SENSACÃO MOMENTÂNEA DE ALÍVIO DELA.

**ESTIMULAÇÃO:** O FUMAR É PERCEBIDO COMO MODULADOR DE FUNÇÕES FISIOLÓGICAS, MELHORANDO A ATENÇÃO, A CONCENTRAÇÃO E A ENERGIA PESSOAL.

**AUTOMATISMO (HÁBITO):** CONDICIONAMENTO DO FUMAR EM DETERMINADAS SITUAÇÕES, TAIS COMO LOGO APÓS O ALMOÇO.

**MANUSEIO (RITUAL):** ENVOLVE TODOS OS PASSOS DADOS ATÉ SE ACENDER O CIGARRO.

**TABAGISMO SOCIAL:** FUMAR JUNTO AOS AMIGOS, EM SITUAÇÕES DE FESTA, EM BALADAS, NA PRAIA.

**CONTROLE DO PESO:** ENVOLVE PREOCUPAÇÕES A RESPEITO DO GANHO DE PESO RELACIONADO À CESSAÇÃO DO TABAGISMO.

**ASSOCIAÇÃO ESTREITA:** DEFINIDA POR UMA FORTE CONEXÃO EMOCIONAL DO TABAGISTA COM O FUMO E O CIGARRO

FONTE: SOUZA *et al.*, 2010; CAB, 2015.

## 7 EXAME FÍSICO

PESO	ALTURA
IMC	PRESSÃO ARTERIAL

## 8 INDICAÇÃO DE TRATAMENTO

### 8.1 – FARMACOTERAPIA

- ADESIVO TRANSDÉRMICO
- BUPROPIONA
- OUTRO ANTIDEPRESSIVO. QUAL? \_\_\_\_\_
- GOMA DE MARCAR

### 8.2 CRITÉRIOS PARA ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL

- DÉFICIT AUDITIVO, DECLÍNIO COGNITIVO OU ALTERAÇÃO PSÍQUICA QUE PREJUDIQUE A PARTICIPAÇÃO NA ABORDAGEM EM GRUPO;
- USUÁRIO COM RISCO CARDIOVASCULAR GRAVE, COM INTERCORRÊNCIA AGUDA (INFARTO, AVC, SÍNDROME CORONARIANA, PROCESSO TROMBOGÊNICO, DENTRE OUTROS) NAS ÚLTIMAS 4 (QUATRO) SEMANAS, COM AVALIAÇÃO MÉDICA, CASO SEJA NECESSÁRIO O USO DE MEDICAMENTOS;
- USUÁRIO, PREPARADO PARA AÇÃO OU NA AÇÃO COM EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS DE CESSAÇÃO SEM SUCESSO E QUE NÃO SE BENEFICIARIA DA ABORDAGEM INTENSIVA COLETIVA NOVAMENTE;
- ADOLESCENTE.
- GESTANTE E LACTANTE

### 8.3 – TIPO DE ACOMPANHAMENTO PARA ABORDAGEM INTENSIVA

- COLETIVO     INDIVIDUAL

### 8.4 CONDUTA

- PRESCRIÇÃO MÉDICA NO MOMENTO DA AVALIAÇÃO
- PRESCRIÇÃO SUPLEMENTAR DE TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE NICOTINA POR OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE CAPACITADO NA ABORDAGEM INTENSIVA
- ENCAMINHAMENTO PARA PRÁTICA INTEGRATIVA COMPLEMENTAR – LIAN GONG 18 TERAPIAS
- ENCAMINHAMENTO PARA PRÁTICA INTEGRATIVA COMPLEMENTAR – ACUPUNTURA
- ENCAMINHAMENTO PARA PRÁTICA INTEGRATIVA COMPLEMENTAR – HOMEOPATIA

DATA

ASSINATURA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE