



Tradução e adaptação cultural de um instrumento específico para medir o controle e estado da asma: *Asthma Control and Communication Instrument*

Michelle Gonçalves de Souza Tavares^{1,2}, Carolina Finardi Brümmer³, Gabriela Valente Nicolau³, José Tavares de Melo Jr¹, Nazaré Otilia Nazário^{1,3}, Leila John Marques Steidle³, Cecília Maria Patino⁴, Marcia Margaret Menezes Pizzichini^{1,3}, Emílio Pizzichini^{1,2}

Anexo 1. versão final do *Asthma Control and Communication Instrument*.

INSTRUMENTO DE COMUNICAÇÃO E CONTROLE DA ASMA

Seu nome: _____ Data: ____/____/____
Dia Mês Ano

Por favor, assinale uma resposta para cada uma das perguntas a seguir.

Suas respostas ajudarão seu médico a lhe oferecer o melhor cuidado para sua asma.

Direcionamento			
1. Desde a sua última consulta, neste consultório médico, como tem estado sua asma?	Melhor <input type="checkbox"/>	Igual <input type="checkbox"/>	Pior <input type="checkbox"/>

Se esta for a sua primeira consulta com este médico, por favor, responda sobre os últimos dois meses

Incomodado (a)			
2. Desde a sua última consulta neste consultório médico o quanto você se sentiu incomodado(a) por causa da sua asma?	Não incomodado(a) <input type="checkbox"/>	Um tanto incomodado(a) <input type="checkbox"/>	Muito incomodado(a) <input type="checkbox"/>

Se esta for a sua primeira consulta com este médico, por favor, responda sobre os últimos dois meses

Risco		
3-5. Desde a sua última consulta, neste consultório médico, você:		
3. Esteve, na emergência, por causa da sua asma?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
4. Esteve internado(a) por causa de sua asma ?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
5. Usou prednisona (comprimidos de corticoide ou cortisona, corticoide liquido, corticoide xarope ou injeção de corticoide) para sua asma? (Essa pergunta não se refere a sua bombinha de uso diário)	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>

Se esta for a sua primeira consulta com este médico, por favor, responda sobre os últimos dois meses

Esquecer de tomar o remédio					
6. Com que frequência você se esquece de usar seu remédio de uso diário para asma, quando você está se sentindo bem?	Não tenho que usar remédio de uso diário para asma <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>	Às vezes <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Sempre <input type="checkbox"/>

QUESTÕES SOBRE ASMA

Sintomas de asma					
7. Durante a última semana , quantos dias você teve sintomas de asma? Por exemplo:	Dias				
<ul style="list-style-type: none"> • Tosse • Aperto no peito • Falta de ar • Escarro (expectoração, muco, catarro ao tossir) • Dificuldade de respirar fundo • Sibilos ou chiados no peito 	0	1-2	3-6	Todos os dias (mas não o dia inteiro)	Todos os dias (o dia inteiro)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Usar remédio de alívio					
8. Quantos dias na semana passada você teve que usar seu remédio de alívio rápido para a asma? Por exemplo:	Dias				
<ul style="list-style-type: none"> • Salbutamol • Berotec • Inalador • Bombinha • Spray • Nebulização 	0	1-2	3-6	Todos os dias (mas não o dia inteiro)	Todos os dias (o dia inteiro)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Crises ou Ataques				
9. Quantos dias, na semana passada , você teve crise ou ataque de asma? Por exemplo:	Dias			
<ul style="list-style-type: none"> • Quando foi mais difícil respirar • Quando você usou mais remédio para asma • Quando seu remédio de asma não funcionou 	0	1	2-3	4-7
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Limitação das atividades						
10. Na semana passada , o quanto sua asma limitou suas atividades?	Nenhum	pouco	Levemente	Moderadamente	Muito	Completamente
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sintomas noturnos					
11. Agora, para esta pergunta, por favor, responda sobre as duas últimas semanas.	0	1	2	3-7	8-14
Quantas noites sua asma não deixou você dormir ou lhe acordou nas duas últimas semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apenas para uso do médico - Atribuição do controle da asma	Leve intermitente	Leve persistente	Moderada persistente	Grave persistente	
Atribua o nível de controle atual da asma deste paciente, considerando o quadrado marcado mais a direita nas questões 7-11. Combine a cor desse quadrado com o nível de controle da asma nessa sessão. Circule e/ou documente no prontuário do paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Controlada		Não controlada		

12. Por favor, escreva algo que seu médico deveria saber sobre sua asma.

Muito obrigado pelo tempo cedido para responder a este questionário!