



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	Igual	Pior
	☐	☐	☐

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)	Um tanto incomodado(a)	Muito incomodado(a)
	☐	☐	☐

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	Sim
	☐	☐
4. Esteve internado(a) por causa de sua asma ?	Não	Sim
	☐	☐
5. Usou prednisona (comprimidos de corticoide ou cortisona, corticoide liquido, corticoide xarope ou injeção de corticoide) para sua asma?	Não	Sim
	☐	☐
(Essa pergunta não se refere a sua bombinha de uso diário)		

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	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
	☐	☐	☐	☐	☐

QUESTÕES SOBRE ASMA

Sintomas de asma					
7. Durante a última semana , quantos dias você teve sintomas de asma? Por exemplo:			Dias		
• Tosse • 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)
	☐	☐	☐	☐	☐

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		
• 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)
	☐	☐	☐	☐	☐

Crises ou Ataques				
9. Quantos dias, na semana passada , você teve crise ou ataque de asma? Por exemplo:		Dias		
• 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
	☐	☐	☐	☐

Limitação das atividades					
10. Na semana passada , o quanto sua asma limitou suas atividades?	Nenhum pouco	Levemente	Moderadamente	Muito	Completamente
	☐	☐	☐	☐	☐

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?					
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					
		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!