



Pediatric Asthma Control and Communication Instrument: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa falada no Brasil

Thayla Amorim Santino^{1,a}, João Carlos Alchieri^{2,b},
Raquel Emanuele de França Mendes^{1,c}, Ada Cristina Jácome^{1,d},
Tácio Zaildo de Moraes Santos^{1,e}, Linda Kahn-D'Angelo^{3,f},
Cecilia M. Patino^{4,g}, Karla Morganna Pereira Pinto de Mendonça^{1,h}

INSTRUMENTO PEDIÁTRICO DE CONTROLE E COMUNICAÇÃO DE ASMA

Nome do seu (sua) filho (a): _____ Data de hoje: ____/____/____

Quando foi a última consulta do(a) seu (sua) filho(a) para tratar a asma? _____. Se seu(sua) filho(a) nunca teve uma consulta para tratar a asma, marque aqui

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

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

Direcionamento

1. Desde a **última consulta** médica de seu (sua) filho(a), como tem estado a asma dele(a)?

Caso seu(sua) filho(a) não tenha sido consultado por um médico, por favor, responda com base nos últimos dois meses.

Melhor



Igual



Pior



Incômodo

2. Desde a **última consulta** médica do(a) seu (sua) filho(a), o quanto você tem sido incomodado(a) pelas crises de asma dele(a)?

Caso seu(sua) filho(a) não tenha sido consultado por um médico, por favor, responda com base nos últimos dois meses.

Não incomodado(a)



Um pouco incomodado(a)



Muito incomodado(a)



Risco

3-5. Desde a **última consulta** médica de seu (sua) filho(a), ele:

Caso seu(sua) filho(a) não tenha sido consultado por um médico, por favor, responda com base nos últimos dois meses.

Sim



Não



3. Esteve na emergência por causa da asma?



4. Esteve internado por causa da asma?



5. Usou prednisona/prednisolona (comprimidos de corticoide ou cortisona, corticoide líquido, corticoide xarope ou injeção de corticoide) para sua asma? (Essa pergunta não se refere a sua bombinha de uso diário).



Esquecimento de tomar remédio

6. Com que frequência você se esquece de dar o remédio **de uso diário** para a asma do(a) seu (sua) filho(a) quando ele(a) se sente bem?

Medicamentos diários para asma incluem: Seretide spray e Diskus (Fluticasona e Salmeterol), Oximax (Mometasona), Budesonida, Formoterol, Fluticaps (Fluticasona), Clenil spray e A (Beclometasona, Montelukast, Symbicort/Alenia (Formoterol + Budesonida).



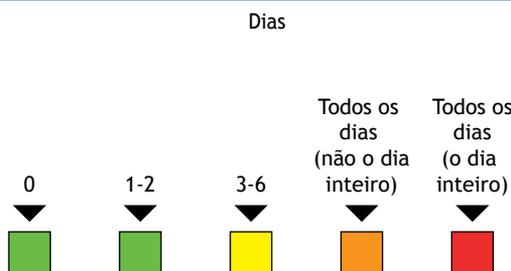
PARA USO CLÍNICO:

Se alguma das respostas mais à direita ou em vermelho for selecionada, isto pode ser consistente com asma pobremente controlada e/ou subtratada. Recomenda-se avaliação mais completa e **acompanhamento em 2-6 semanas**.

Sintomas de Asma

7. Na **última semana**, quantos dias seu(sua) filho(a) apresentou sintomas de asma? Por exemplo:

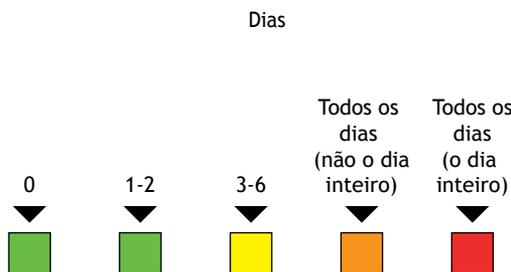
- Tosse
- Aperto no peito
- Falta de ar
- Escarro (expectoração, muco, catarro ao tossir)
- Dificuldade para respirar fundo
- Chiado ou sibilo (assobio) no peito



Uso de remédio de alívio

8. Na **última semana**, quantos dias você precisou dar remédios para aliviar rapidamente a asma do seu(sua) filho(a)? Por exemplo:

- Salbotamol
- Aerolin
- Berotec
- Bombinha
- Inalador
- Nebulização



Crises ou Ataques

9. Na **última semana**, quantos dias seu(sua) filho(a) teve uma crise de asma? Por exemplo:

- Quando foi mais difícil para seu(sua) filho(a) respirar
- Quando você deu ao seu(sua) filho(a) mais remédios para alívio imediato da asma (ex: Albuterol)
- Quando o remédio para a asma não funcionou



Limitação de Atividades

10. Na **última semana**, o quanto a asma limitou as atividades do(a) seu(sua) filho(a)?

Dias

Nem um pouco	Levemente	Moderadamente	Muito	Completamente
▼	▼	▼	▼	▼
				

Sintomas Noturnos

11. Nas **últimas DUAS semanas**, quantas noites seu(sua) filho (a) acordou ou não conseguiu dormir por causa da asma?

Noites

0	1	2	3-7	8-14
▼	▼	▼	▼	▼
				

12. Por favor, escreva abaixo qualquer preocupação ou qualquer coisa que você gostaria que seu médico soubesse sobre **a asma do(a) seu(sua) filho(a)**.

POR FAVOR ENTREGUE ESTE QUESTIONÁRIO AO PROFISSIONAL DE SAÚDE RESPONSÁVEL. Obrigado.

SOMENTE PARA USO CLÍNICO: Atribuição da Severidade/Controle



Controlado/
Intermitente



Parcialmente Controlado/
Levemente Persistente



Não-controlado
Moderadamente Persistente



Pobremente Controlado
Severamente Persistente

Avalie o atual nível de controle/severidade de asma do paciente, observando o quadrado selecionado mais à direita nas questões 7-11 e associe a cor deste quadrado ao nível de controle/severidade de asma nesta seção.

Categorias de severidade são para pacientes que não estão em terapia de controle. Categorias de controle são para pacientes que, atualmente, estejam sob terapia controlada. O objetivo para todos os pacientes é ter sua asma controlada com a menor quantidade de medicamento e sem efeitos colaterais.

Se a asma não for controlada, possíveis explicações incluem: infecção respiratória aguda, sub tratamento com medicamento de controle diário, técnicas de inalação ineficazes, fraca aderência, alergias e/ou exposições ambientais, comorbidades. Recomenda-se acompanhamento em 2-6 semanas.