

**SUS****TESTE DE CONTROLE DA ASMA PARA ADULTOS E ADOLESCENTES A PARTIR DOS 12 ANOS***ACT (Asthma Control Test)*

Paciente: _____ Idade: _____ Sexo: () M () F

A ser preenchido pelo paciente

Instruções: Você sofre de Asma. Com as seguintes perguntas nós gostaríamos de avaliar o estado atual da sua doença. Por favor, leia atentamente cada pergunta e escolha, entre as cinco respostas existentes, aquela que mais se aproxima do seu caso. Por favor, não demore a pensar na resposta e lembre-se de responder a todas as perguntas e escolher apenas uma opção de resposta/pontuação para cada pergunta.

Perguntas				
Resposta / Pontuação				
1. Nas últimas 4 semanas, a asma prejudicou suas atividades no trabalho, na escola ou em casa?				
Nenhuma vez () 5	Poucas vezes () 4	Algumas vezes () 3	Maioria das vezes () 2	Todo o tempo () 1
2. Como está o controle da sua asma nas últimas 4 semanas?				
Totalmente descontrolada () 1	Pobremente controlada () 2	Um pouco controlada () 3	Bem controlada () 4	Completamente controlada () 5
3. Quantas vezes você teve falta de ar nas últimas 4 semanas?				
De jeito nenhum () 5	Uma ou duas vezes por semana () 4	Três a seis vezes por semana () 3	Uma vez ao dia () 2	Mais que uma vez ao dia () 1
4. A asma acordou você à noite ou mais cedo que de costume nas últimas 4 semanas?				
De jeito nenhum () 5	Um ou duas vezes () 4	Uma vez por semana () 3	Duas ou três noites por semana () 2	Quatro ou mais noites por semana () 1
5. Quantas vezes você usou o remédio por inalação para alívio nas últimas 4 semanas?				
De jeito nenhum () 5	Uma ou duas vezes por dia () 4	Poucas vezes por semana () 3	Uma ou duas vezes por dia () 2	Três ou mais vezes por dia () 1
Pontuação obtida (Soma do valor/pontuação das respostas):				

Fonte: Adaptado de ROXO, Jaqueline Petroni Faria et al. Validação do teste de controle da Asma em português para uso no Brasil. J. bras. pneumol. 2010. São Paulo, v. 36, n. 2, Mar/Apr.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do paciente_____
Assinatura do médico assistente