















**SUS****TESTE DE CONTROLE DA ASMA PARA CRIANÇAS ENTRE 6 A 11 ANOS***ACT (Asthma Control Test)*

Paciente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F

**A ser preenchido pela criança e pais/responsável**

**Instruções para preenchimento:** Com as seguintes perguntas nós gostaríamos de avaliar o estado atual da sua doença. Por favor, leia atentamente cada pergunta e escolha, entre as respostas existentes, aquela que mais se aproxima do seu caso. **Importante:** A criança deverá responder às questões de 1 a 4. Os pais/responsável podem ajudar na leitura das mesmas, mas a criança deverá escolher a opção. Os pais/responsável devem responder às questões 5 a 7 sem se deixar influenciar pelas respostas iniciais da criança.

QUESTÃO	PONTUAÇÃO
<b>1 - Como está sua asma hoje?</b>  (0) Muito ruim  (1) Ruim  (2) Boa  (3) Muito boa	
<b>2 - Quanto problema sua asma causa quando você corre, se exercita ou pratica algum esporte?</b>  (0) Muito problema. Não posso fazer o que quero  (1) É um problema e eu não gosto  (2) Algum problema, mas tudo bem  (3) Nenhum problema	
<b>3 - Você tosse devido a sua asma?</b>  (0) Sim, o tempo todo  (1) Sim, a maior parte do tempo  (2) Sim, às vezes  (3) Não, em nenhum momento	
<b>4 - Você acorda no meio da noite devido a sua asma?</b>  (0) Sim, o tempo todo  (1) Sim, a maior parte do tempo  (2) Sim, às vezes  (3) Não, em nenhum momento	
<b>5 - Nas últimas 4 semanas, quantos dias/mês seu filho teve algum sintoma da asma durante o dia?</b> (5) Nenhum (4) 1 a 3 dias/mês (3) 4 a 10 dias/mês (2) 11 a 18 dias/mês (1) 19 a 24 dias/mês (0) Todos os dias	
<b>6 - Nas últimas 4 semanas, quantos dias/mês seu filho teve algum chiado durante o dia?</b> (5) Nenhum (4) 1 a 3 dias/mês (3) 4 a 10 dias/mês (2) 11 a 18 dias/mês (1) 19 a 24 dias/mês (0) Todos os dias	
<b>7 - Nas últimas 4 semanas, quantos dias/mês seu filho acordou no meio da noite devido à asma?</b> (5) Nenhum (4) 1 a 3 dias/mês (3) 4 a 10 dias/mês (2) 11 a 18 dias/mês (1) 19 a 24 dias/mês (0) Todos os dias	
<b>ESCORE FINAL</b> (soma dos 7 itens acima)	

Fonte: Adaptado de OLIVEIRA, S.G.; SARRIA E.E.; RPNOCADA C.; STEINS R.T.; PITREZ, P.M.; MATTIELLO, R. Validation of the Brazilian version of childhood asthma control test (c-ACT). *Pediatr. Pulmonol.* 2016;51(4):358-63

Data do preenchimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente/responsável\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico assistente