

# ACT

(Asthma Control Test)

## Avaliação dos sintomas da Asma

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Para cada um dos itens a seguir, assinale com um **(X)** o quadrado que melhor descrever os seus sintomas no último **MÊS** (últimas 4 semanas):

### A. A asma prejudicou suas atividades no trabalho, na escola ou em casa?

1. Nenhuma vez
2. Poucas vezes
3. Algumas vezes
4. Maioria das vezes
5. Todo o tempo

### B. Como está o controle da sua asma?

1. Totalmente descontrolada
2. Pobremente controlada
3. Um pouco controlada
4. Bem controlada
5. Completamente controlada

### C. Quantas vezes você teve falta de ar?

1. De jeito nenhum
2. Uma ou duas vezes por semana
3. Três a seis vezes por semana
4. Uma vez ao dia
5. Mais que uma vez ao dia

### D. A asma acordou você a noite ou mais cedo que de costume?

1. De jeito nenhum
2. Uma ou duas vezes
3. Uma vez por semana
4. Duas ou três noites por semana
5. Quatro ou mais noites por semana

### E. Quantas vezes você usou o remédio por inalação para alívio?

1. De jeito nenhum
2. Uma vez por semana ou menos
3. Poucas vezes por semana
4. Uma ou duas vezes por dia
5. Três ou mais vezes por dia

**Pontuação total:** \_\_\_\_\_

O escore de questionário varia entre 5 e 25 pontos: Quanto maior o escore, mais controlada é a asma.

> 20 pontos: Asma controlada



## Avaliação dos sintomas da Asma

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Para cada um dos itens a seguir, assinale com um **(X)** o quadrado que melhor descrever os seus sintomas na última **SEMANA** (últimos 7 dias):

**A. Em média, com que frequência você acordou durante a noite por causa de sua asma?**

0. Nunca
1. Quase nunca
2. Algumas vezes
3. Várias vezes
4. Muitas vezes
5. Um grande número de vezes
6. Incapaz de dormir

**B. Em média, quão ruins estavam seus sintomas de asma quando acordou pela manhã?**

0. Sem sintomas
1. Sintomas muito leves
2. Sintomas leves
3. Sintomas moderados
4. Sintomas algo graves
5. Sintomas graves
6. Sintomas muito graves

**C. Em média, quanto limitado você se sentiu nas suas atividades por causa da asma?**

0. Nem um pouco limitado
1. Muito pouco limitado
2. Pouco limitado
3. Moderadamente limitado
4. Muito limitado
5. Extremamente limitado
6. Totalmente limitado

**D. Em média, quanto você apresentou de falta de ar por causa da asma?**

0. Nada
1. Muito pouco
2. Pouco
3. Moderadamente
4. Bastante
5. Muito.
6. Exageradamente

**E. Em média, quantas vezes você chiou (sibilou)?**

0. Nenhuma vez
1. Raramente
2. Um pouco
3. Moderadamente
4. Muitas vezes
5. A maioria das vezes
6. O tempo todo

**F. Em média quantos puffs de broncodilatador de curta ação (ex: aerolin, salbutamol) você usou por dia?**

0. Nenhum
1. 1-2 puffs ao dia
2. 3-4 puffs ao dia
3. 5-8 puffs ao dia
4. 9-12 puffs ao dia
5. 13-16 puffs ao dia
6. Mais de 16 puffs ao dia

**A ser completado por seu médico:****G. VEF1 (% do predito)**

0. >95% predito
1. 95-90%
2. 89-80%
3. 79-70%
4. 69-60%
5. 59-50%
6. <50% predito

**Pontuação total:** \_\_\_\_\_

Interpretação:

Até 0.75: Controlado

0.75-1.5: "Zona cinzenta"

&gt;1.5: Controlada

Diferença mínima clinicamente significativa: 0.5