

Teste de Controlo da Asma – ACT™

P1 – Durante as últimas 4 semanas , quanto tempo é que a asma o/a impediu de fazer as suas tarefas habituais no trabalho, na escola/universidade ou em casa?				
1 – Sempre	2 – A maior parte do tempo	3 – Algum tempo	4 – Pouco tempo	5 – Nunca
P2 – Durante as últimas 4 semanas , quantas vezes teve falta de ar?				
1 – Mais de uma vez por dia	2 – Uma vez por dia	3 – 3 a 6 vezes por semana	4 – Uma a duas vezes por semana	5 – Nunca
P3 – Durante as últimas 4 semanas , quantas vezes os sintomas de asma (pieira, tosse, falta de ar, aperto ou dor no peito) o/a fizeram acordar de noite ou mais cedo do que é costume de manhã?				
1 – 4 ou mais noites por semana	2 – 2 a 3 noites por semana	3 – Uma vez por semana	4 – Uma ou duas vezes	5 – Nunca
P4 – Durante as últimas 4 semanas , quantas vezes usou os seus medicamentos para alívio rápido, em inalador ou nebulizador, como por exemplo salbutamol?				
1 – 3 ou mais vezes por dia	2 – 1 ou 2 vezes por dia	3 – 2 ou 3 vezes por semana	4 – Uma vez por semana ou menos	5 – Nunca
P5 – Como avaliaria o seu controlo da asma nas últimas 4 semanas ?				
1 – Não controlada	2 – Mal controlada	3 – Mais ou menos controlada	4 – Bem controlada	5 – Completamente controlada

Pontuação ACT

<20

20-24

25

Nível de controlo da asma

Asma não controlada

Asma parcialmente controlada

Asma completamente controlada

Referências:

Mendes Z, et al. Avaliação do controlo da asma através do Asthma Control Test™ aplicado em farmácias portuguesas. Rev Port Imunoalergologia 2010; 18(4):313-330