

NORMA TÉCNICA 08/2012

ASMA PERSISTENTE GRAVE

1. INTRODUÇÃO

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores que se caracteriza, clinicamente, por aumento da responsividade dessas vias a diferentes estímulos, com conseqüente obstrução ao fluxo aéreo, de forma recorrente e, tipicamente, reversível.

A prevalência de sintomas de asma entre adolescentes no Brasil está entre as mais altas do mundo. Um estudo internacional mostrou prevalência média de broncoespasmo nessa população de aproximadamente 20%, semelhante ao reportado em uma publicação da Organização Mundial da Saúde para adultos de 18 a 45 anos de 70 países que indicou que 23% dos brasileiros tiveram sintomas de asma. No entanto, apenas 12% da amostra tinha diagnóstico clínico dessa doença.

Em Pernambuco, no ano de 2011, o coeficiente de morbidade hospitalar por doenças respiratórias foi de 550,6/100.000 habitantes. Entre as Regiões de Saúde, destacaram-se a XI, X e VII Regiões com maior coeficiente em 2011, porém, o maior incremento em relação ao ano de 2008 ocorreu na VI Região, na ordem de 71,7%.

Dentre as principais doenças deste grupo, estão a asma, com 102,9 internações/100.000 habitantes, e a bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas, com 45,8 internações/100.000 habitantes em Pernambuco no ano de 2011. A X Região de Saúde foi a que mais se destacou quanto ao coeficiente de morbidade hospitalar destes agravos no ano investigado.

Com relação aos óbitos ocorridos em 2008 e 2011, o estado registrou aumento de 27,8% no coeficiente de mortalidade por doenças respiratórias, que passou de 24,1 para 30,8 óbitos/100.000 habitantes. Em 2011, o coeficiente de mortalidade por asma e por bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas foi de 1,0 e 3,1 óbitos/100.000 habitantes, respectivamente. A I Região de Saúde apresentou os maiores coeficientes nos dois anos estudados, encontrando-se aumento da mortalidade em todas as Regiões, sendo maior na II Região, com 116,2%.

De uma maneira geral, o nível de controle da asma é baixo e a morbidade elevada, independentemente do país avaliado, no Brasil, as hospitalizações e a mortalidade estão diminuindo na maioria das regiões, em paralelo ao maior acesso aos tratamentos. Além do alto impacto social, o custo da asma não controlada é muito elevado para as famílias e para o sistema de saúde. Em casos de asma grave, estima-se que comprometa mais de um quarto da renda familiar entre usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), mas esse custo pode ser significativamente reduzido com o controle adequado da doença. Portadores de asma grave não controlada procuram 15 vezes mais as unidades de emergência médica e são hospitalizados 20 vezes mais que os asmáticos moderados.

O conceito de controle da asma compreende dois domínios distintos: o controle das limitações clínicas atuais e a redução de riscos futuros. O primeiro compreende o mínimo de sintomas durante o dia, a ausência de sintomas à noite, a necessidade reduzida de medicamentos de alívio dos sintomas e a ausência de limitação das atividades físicas. Já o segundo contempla as exacerbações, a perda acelerada da função pulmonar e os eventos adversos do tratamento. Com base nesses parâmetros, a asma pode ser classificada em controlada, parcialmente controlada e não controlada, cuja avaliação, em geral, é feita em relação às últimas 4 semanas.

Enquanto o controle da asma expressa a intensidade com que as manifestações da asma são suprimidas pelo tratamento, a gravidade refere-se à quantidade de medicamentos necessária para atingir o controle, refletindo uma característica intrínseca da doença e que pode ser alterada lentamente com o tempo.

A asma subdivide-se em gravidades de acordo com a necessidade terapêutica para controle dos sintomas e exacerbações. A gravidade não é uma característica estática, mudando ao longo de meses ou anos.

- Asma leve (Etapas I e II): é definida como aquela que fica bem controlada apenas com o uso de Corticoide Inalatório (CI) + formoterol de demanda em dispositivo inalatório único ou CI + beta 2-agonistas inalatórios de curta duração (SABA) de demanda ou CI em dose baixa de manutenção + SABA de demanda.

- Asma moderada (Etapa III): é definida como aquela que necessita, para manter o controle da asma, tratamento com CI em dose baixa + formoterol de manutenção e resgate em dispositivo inalatório único ou CI em dose baixa + beta 2-agonistas de longa duração (LABA) de manutenção + SABA de resgate.

- Asma grave (Etapas IV e V): é definida asma que requer tratamento com doses elevadas de corticosteroide inalatório (CI) e agente beta 2-agonista de longa duração (LABA) + outro medicamento controlador no ano anterior, ou uso de corticosteroide oral (CO) em pelo menos metade dos dias do ano anterior para prevenir o descontrole ou, ainda, aqueles que permanecem não controlados a despeito desta terapia.

A asma engloba diferentes fenótipos e endotipos. Fenótipo é definido como características observáveis de um organismo, resultantes da interação de seu genótipo com o ambiente. Endotipo refere-se a uma via fisiopatológica específica, responsável pelo fenótipo. Dessa forma, um endotipo engloba vários fenótipos.

Os fenótipos mais comuns da asma são :

- Asma alérgica: geralmente começa na infância e está associada a uma história passada ou familiar de doença alérgica - como eczema, rinite alérgica ou alergia a alimentos ou medicamentos - com inflamação eosinofílica das vias aéreas;
- Asma não alérgica: ocorre em alguns adultos e o perfil celular pode ser neutrofílico, eosinofílico ou conter apenas algumas células inflamatórias (paucigranulocíticas);
- Asma de início tardio: ocorre pela primeira vez na vida adulta e, geralmente, os pacientes são refratários ao tratamento com corticosteroides;
- Asma com limitação do fluxo de ar: alguns pacientes com asma há muito tempo desenvolvem limitação fixa do fluxo de ar devido à remodelação da parede das vias aéreas;
- Asma com obesidade: alguns pacientes obesos com asma apresentam sintomas respiratórios proeminentes e pouca inflamação eosinofílica das vias aéreas.

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial, assim como o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado, dão à Atenção Primária um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

J45.0-Asma Predominantemente Alérgica

3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de asma ocorre mediante a identificação de critérios clínicos e funcionais, obtidos pela anamnese, exame físico e exames de função pulmonar (espirometria), sendo caracterizada por um padrão de sinais e sintomas característicos, como sibilância, dispneia, tosse, cansaço e aperto no peito, associado à limitação reversível ao fluxo aéreo de caráter variável.

A espirometria é o exame de função pulmonar preconizado na avaliação dos indivíduos com suspeita de asma. Além de identificar limitação ao fluxo aéreo expiratório, permite avaliar a sua reversibilidade, sendo essencial para o diagnóstico e acompanhamento. Em um paciente com sintomas respiratórios sugestivos de asma, quanto maiores as variações no fluxo aéreo ou quanto mais frequentes as variações excessivas, maior a chance do diagnóstico ser de asma. A variabilidade refere-se à melhora ou piora dos sintomas e da função pulmonar, podendo ser identificada, dentre outras formas, a partir do teste de reversibilidade, sendo esta caracterizada por melhoras rápidas nas medidas de fluxo expiratório, minutos após inalação de um broncodilatador de ação rápida, ou melhora contínua por dias ou semanas depois da introdução de um tratamento controlador eficiente, como corticosteroide inalatório (CI).

O volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) pós-broncodilatador é o melhor parâmetro espirométrico para avaliar a reversibilidade da limitação ao fluxo aéreo, ou seja, a resposta ao broncodilatador, bem como avaliar as mudanças em longo prazo da função pulmonar. Geralmente, em adultos com sintomas respiratórios típicos de asma, a observação de um aumento ou um decréscimo do VEF1 de mais de 12% do valor basal e superior a 200 mL é compatível com asma. Um VEF1 reduzido em termos absolutos pode ser visto em outras doenças, inclusive não obstrutivas, bem como com uma manobra expiratória inadequada. Entretanto, a redução da razão entre o VEF1 e a capacidade vital forçada (CVF) indica limitação ao fluxo aéreo.

A espirometria confirma a limitação ao fluxo aéreo, mas tem valor limitado na distinção entre asma com obstrução fixa, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou quando há sobreposição entre asma e DPOC. A espirometria pode ainda ser normal fora das crises, especialmente em pacientes com asma leve ou controlada. O teste de reversibilidade pode ser negativo durante exacerbações e na asma grave, assim como nos casos em que o paciente fez uso de broncodilatador poucas horas antes do teste. A falta de resposta imediata, entretanto, não exclui a presença de reversibilidade, podendo haver redução da hiperinsuflação ao broncodilatador, sem aumento observável do VEF1.

No diagnóstico da asma em crianças, é importante avaliar com especial cuidado a história do nascimento e a presença de infecções respiratórias. A evolução deve ser bem observada, visto que os sinais e sintomas variam ao longo do tempo e de acordo com a resposta ao tratamento, sendo importante documentar os achados clínicos obtidos no diagnóstico inicial, resposta imediata e tardia. Em crianças até quatro anos, o diagnóstico é iminentemente clínico, pela dificuldade de realização de provas funcionais. É caracterizada por um padrão de sinais e sintomas característicos, como sibilância, dispneia, tosse, cansaço e aperto no peito, associado à limitação reversível ao fluxo aéreo de caráter variável.

A espirometria deve ser utilizada a partir dos 5 anos de idade, é um exame limitado para diagnóstico de asma na infância pois, na maioria das vezes, o exame é normal mesmo havendo doença em atividade. A adaptação do diagnóstico para crianças abaixo de 5 anos é fundamental em função de vários diagnósticos diferenciais comuns nessa faixa etária. Crianças com sibilância frequente, ao menos quatro episódios no ano anterior e, pelo menos, um fator de risco maior, como pais com asma ou criança com dermatite atópica, ou dois menores, como rinite alérgica, eosinofilia ou sibilância na ausência de infecções virais, são consideradas de maior risco para o desenvolvimento de asma.

4. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A educação em asma e o manejo criterioso da terapia medicamentosa são intervenções fundamentais para o controle da doença. Isso implica em uma abordagem personalizada, incluindo, além do tratamento farmacológico, o plano de ação por escrito, o treinamento do uso do dispositivo inalatório e a revisão da técnica inalatória a cada consulta.

O tratamento da asma tem por objetivo o conceito de controle da asma, que compreende dois domínios distintos: o controle das limitações clínicas atuais, como sintomas mínimos durante o dia e ausência de sintomas à noite, necessidade reduzida de medicação de alívio dos sintomas; ausência de limitação das atividades físicas, e a redução de riscos futuros, como exacerbações, perda acelerada da função pulmonar e efeitos adversos do tratamento. A avaliação periódica do controle da asma é um importante marcador dinâmico do nível da doença e o principal parâmetro para o julgamento da necessidade de ajuste no plano de tratamento do paciente.

A avaliação desse controle deve ser feita de maneira objetiva e periódica, utilizando-se instrumentos, como o questionário de controle da asma da GINA ou o teste de controle da asma (ACT – do inglês Asthma Control Test), com base nesses parâmetros, a asma pode ser classificada em controlada, parcialmente controlada e não controlada. A avaliação do controle, em geral, é feita em relação às últimas 4 semanas e está mostrada na tabela 1 abaixo.

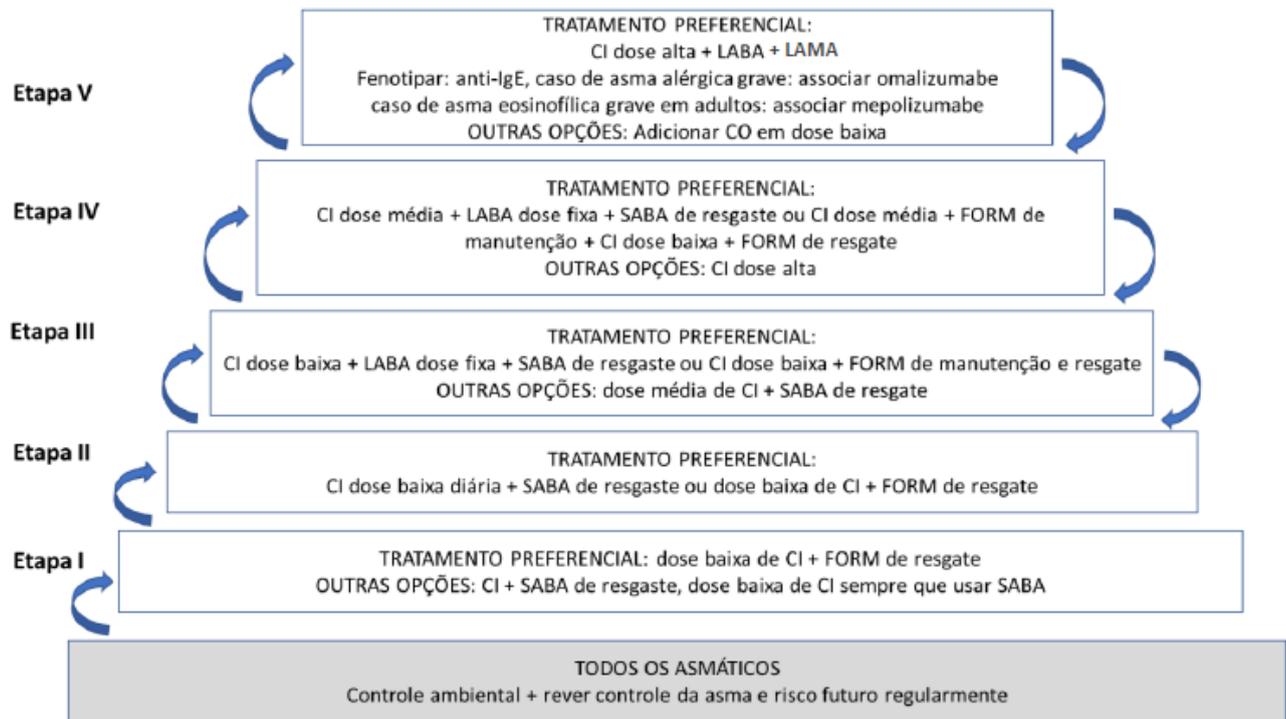
Tabela 1 - Definição de controle da asma pelo questionário da GINA e Teste de Controle da Asma (ACT) .

Instrumento	Asma controlada	Asma parcialmente controlada	Asma não controlada
GINA			
Sintomas diurnos >2 vezes por semana [SIM] [NÃO]	Nenhum destes itens	1 a 2 destes itens	3 a 4 destes itens
Despertares noturnos por asma [SIM] [NÃO]			
Medicamento de resgate >2 vezes por semana [SIM] [NÃO]			
Limitação das atividades por asma [SIM] [NÃO]			
Teste de Controle da Asma - ACT			
Limitação das atividades por asma - escore de 0 a 5	Escore \geq 20	Escore 15 a 19	Escore \leq 15
Dispneia - escore de 0 a 5			
Despertares noturnos por asma - escore de 0 a 5			
Medicamento de resgate - escore de 0 a 5			
Autoavaliação do controle da asma - escore de 0 a 5			

A base do tratamento medicamentoso da asma é constituída pelo uso de corticóide inalatório (CI) associado ou não a um long-acting β_2 agonist (LABA, β_2 -agonista de longa duração). Na prática clínica, a escolha da droga, do dispositivo inalatório e da respectiva dosagem deve ser baseada na avaliação do controle dos sintomas, nas características do paciente (fatores de risco, capacidade de usar o dispositivo de forma correta e custo), na preferência do paciente pelo dispositivo inalatório, no julgamento clínico e na disponibilidade do medicamento. Portanto, não existe uma droga, dose ou dispositivo inalatório que se aplique indistintamente a todos os asmáticos.

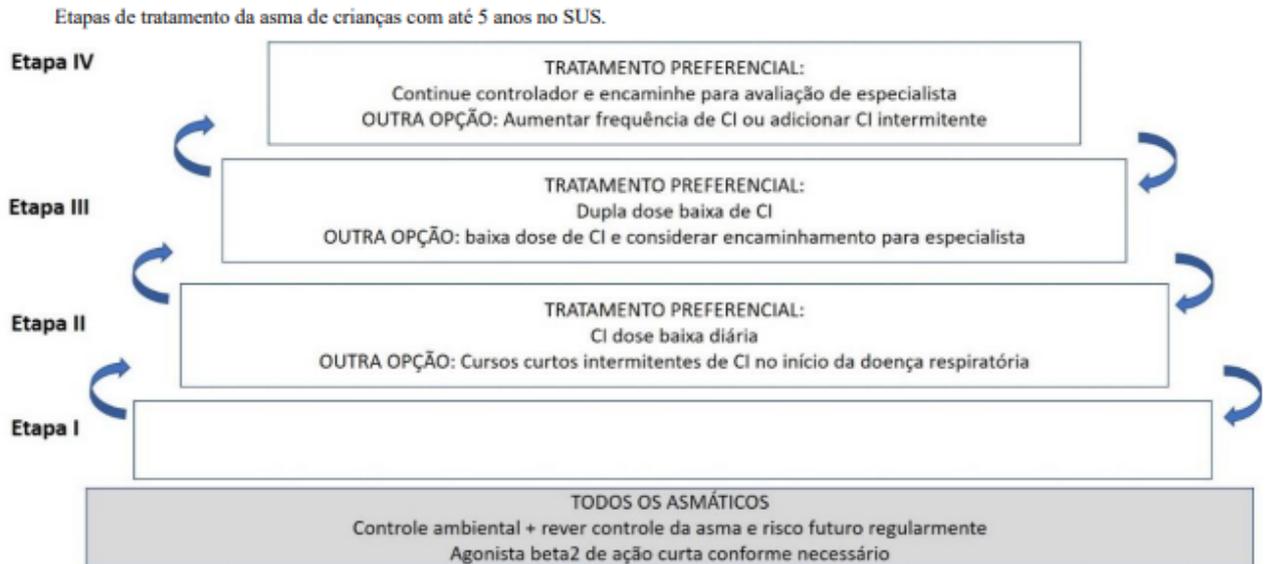
O tratamento de controle da asma é dividido em etapas de I a V, nas quais a dose de CI é aumentada progressivamente e/ou outros tratamentos de controle são adicionados, conforme apresentado abaixo

Figura 1 - Etapas de tratamento da asma de crianças de ao menos 6 anos de idade, adolescentes e adultos no SUS.



Legenda: CI - corticoide inalatório; SABA - broncodilatador β_2 -agonista de curta duração; FORM - formoterol; LABA - broncodilatador β_2 -agonista de longa duração; Anti-IgE - anti-imunoglobulina E; CO - corticosteroide oral; LAMA - antagonistas muscarínicos de longa ação.

Fonte: Adaptado de PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 32, de 20 de DEZEMBRO de 2023 e GINA, 2024.



Nota: Não há tratamento preferencial fixo para a etapa I. Nessa etapa, o tratamento preferencial consiste naquele preconizado a todos os asmáticos (exposto no quadro cinza), ou seja, controle ambiental, revisão do controle da asma e do risco futuro, bem como agonista beta2 de ação curta, se necessário.

Legenda: CI - corticoide inalatório.

Fonte: Adaptado de GINA, 2020¹.

A eficácia dos diferentes CIs varia de acordo com sua farmacocinética e farmacodinâmica, com a deposição pulmonar e com a adesão ao tratamento. A avaliação da resposta ao tratamento com CI deve ser feita pela combinação de parâmetros clínicos e funcionais. Após a obtenção e manutenção do controle da asma por um tempo prolongado (não inferior a 3 meses), a dose do CI pode ser reduzida para uma dose mínima, objetivando utilizar a menor dose para manter o controle da asma.

A associação de CI com um LABA ou LABA de ultralonga duração é o tratamento de controle preferencial nas etapas III a V da asma, ou seja, quando o tratamento com CI isolado não é suficiente para atingir e manter o controle da doença. As evidências para o uso da associação CI + LABA como tratamento de controle preferencial nas etapas III-V do tratamento da asma são muito robustas. O racional para o uso da associação CI + LABA é baseado em fortes evidências de que essa associação é mais eficaz em controlar os sintomas da asma e reduzir as exacerbações e a perda acelerada da função pulmonar após exacerbações do que a monoterapia com CI. Além disso, existem evidências mostrando que a associação CI + LABA resulta em um efeito sinérgico dessas drogas, o que possibilita uma maior eficácia anti-inflamatória com uma menor dose de CI e, conseqüentemente, com menos efeitos adversos.

Em pacientes em uso de CI ou CI + LABA, o short-acting β_2 agonist (β_2 -agonista de curta duração ou SABA) é indicado como opção de medicamento de resgate em todas as etapas do tratamento da asma. O uso de SABA por demanda (sempre associado a CI) é eficaz no alívio imediato dos sintomas e na prevenção em curto prazo dos sintomas induzidos por exercício. A frequência de uso de SABA é um dos parâmetros que definem qual tratamento de manutenção é o mais apropriado, e a redução do seu uso é uma das metas do tratamento da asma. O uso excessivo de SABA (> 3 canisters no ano) está associado a um maior risco de exacerbações, e o uso de > 1 canister/mês está associado a um maior risco de morte por asma.

A asma grave é definida como aquela que permanece não controlada com o tratamento máximo otimizado ou que necessita desse tratamento para evitar que a doença se torne não controlada (na tentativa de reduzir a dose de CI ou CO), apesar da supressão ou minimização dos fatores que pioram o controle da asma. O tratamento máximo significa o uso de doses altas de CI e de um segundo medicamento de controle, ou o uso de CO em $\geq 50\%$ dos dias no ano. O diagnóstico de asma grave é retrospectivo. Em muitos asmáticos a supressão ou minimização dos fatores modificáveis associados à falta de controle nem sempre é possível, o que pode dificultar o diagnóstico de asma grave.

O brometo de tiotrópio, na dose de 5 $\mu\text{g}/\text{dia}$, está indicado como terapia adjuvante para asmáticos com idade > 6 anos com asma não controlada nas etapas IV e V da GINA. Uma revisão sistemática evidenciou que a associação de tiotrópio ao CI + LABA melhora a função pulmonar e reduz a taxa de exacerbações. Embora não haja estudos comparando o uso de tiotrópio com imunobiológicos ou que estabeleçam qual o medicamento preferencial na sequência da adição dos diversos medicamentos de controle na etapa V, por motivos de acessibilidade, a indicação de tiotrópio poderá anteceder à de um imunobiológico.

Antes de se considerar qualquer ajuste nos medicamentos de controle, é essencial observar que as estratégias devem ser centradas no paciente, incluindo a avaliação da estabilidade da asma (o que significa controle atual e ausência de exacerbações graves no último ano), da adesão ao tratamento, do controle das comorbidades, do risco de exacerbações, da exposição ocupacional e ambiental, da etapa do tratamento e dos potenciais efeitos adversos.

5. MEDICAMENTOS

- **Brometo de Tiotrópio** solução para inalação 2,5 mcg por dose.
- **Salmeterol, xinafoato + Fluticasona** aerossol 25 + 125 mcg/dose.

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para todos os medicamentos:

- Residir no estado de Pernambuco;
- Diagnóstico e acompanhamento realizado por médico especialista (Pneumologista ou Alergologista) dos serviços especializados vinculados a rede SUS;
- Pacientes com quatro ou mais anos de idade que apresentem sinais e sintomas compatíveis com o diagnóstico de asma, tendo sido excluídas outras causas de dispnéia, sibilância ou tosse recorrente.

Além dos critérios acima paciente deve apresentar:

Para **Brometo de Tiotrópio** solução para inalação 2,5 mcg por dose:

- Idade acima de 6 anos;
- Pacientes que permanecem com asma não controlada (de acordo com questionário GINA ou ACT), apesar do tratamento contínuo com altas doses de corticoide inalatório (igual ou superior a 800 mcg/dia) associado a um LABA;

Para **Salmeterol, xinafoato + Fluticasona aerossol 25 + 125 mcg/dose**:

- Condição clínica ou motora que acarreta dificuldade de cognição ou aspiração.

ou

- Paciente com idade entre 4 e 18 anos incompletos

7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Não atendimento aos critérios de inclusão acima descritos;
- Hipersensibilidade conhecida ou intolerância aos componentes do medicamento;
- Reações alérgicas locais e sistêmicas;

8. CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO DO TRATAMENTO

- Efeitos colaterais graves, tais como, reações anafiláticas;
- Ausência de resposta ao medicamento após 12 meses de tratamento.

9. ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO

Para **Tiotrópio**: A posologia diária recomendada é a inalação de 5 mcg, ou seja, 2 doses liberadas (2 puffs) consecutivas uma vez ao dia pelo inalador RESPIMAT, no mesmo horário do dia. No tratamento da asma os benefícios completos aparecem após sequência de doses. Pacientes idosos e/ou com função hepática comprometida, podem utilizar o medicamento na dose recomendada. Pacientes com função renal comprometida podem utilizar na dose recomendada. Entretanto, assim como com outros medicamentos excretados predominantemente por via renal, o uso de deve ser monitorado com regularidade em pacientes com insuficiência renal moderada a grave.

Para **Salmeterol, xinafoato + Fluticasona**: a dose máxima recomendada é de duas inalações 25 mcg/125 mcg duas vezes ao dia, não havendo necessidade de ajuste de dose para pacientes idosos nem para os que apresentam disfunção renal ou hepática.

DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS

1. Documentos Pessoais (Cópias)

Solicitação inicial
<ul style="list-style-type: none"> • Carteira de Identidade-RG • Cadastro de Pessoa Física-CPF • Cartão Nacional de Saúde -CNS • Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz, Telefone ou Declaração de Residência) • Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

2. Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)

Solicitação inicial e Renovação	Adequações
<p>LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);</p> <p>Receita Médica, com posologia para até 6(seis) meses de tratamento.</p>	<p>LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);</p> <p>Receita Médica, com posologia para até 6(seis) meses de tratamento;</p> <p>Laudo Médico – com justificativa clínica emitido por médico especialista (Pneumologista/Alergista).</p>

3. Exames(Cópias)

Solicitação inicial	Renovação a cada 12 meses
<p>Espirometria com Prova Broncodilatadora (exceto crianças menores de 5 anos)</p> <p>Laudo Pneumológico (anexo I)</p>	<p>Espirometria com Prova Broncodilatadora;</p> <p>Laudo Pneumológico (anexo I)</p>

Obs: Em caso de impossibilidade de realização da Espirometria, anexar laudo com justificativa.

Revisões

Data	Rev	Atualização	Revisores
07/2024	03	Revisão geral de texto Unificação das NT Asma persistente grave e Asma Grave em Pediatria Alteração dos critérios de inclusão, interrupção e exclusão Inclusão de laudo pneumológico com GINA e ACT Inclusão do Salmeterol, xinafoato + Fluticasona aerossol 25 + 125 mcg/dose para adultos Exclusão do Salmeterol 50mcg + fluticasona 250mcg/dose para crianças	CEFT e CAFT
09/2018	02	Mudança do layout Inclusão de Brometo de tiotrópio	CEFT e CAFT
12/2014	01	Atualização	CEFT e CAFT
12/2012	00	Aprovação da Norma	CEFT
11/2012	00	Criação da Norma	CAFT

REFERÊNCIAS

- 1 - Ministério da Saúde. **PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 32, de 20 de dezembro de 2023**. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2023/portaria-conjunta-saes-sectics-no-32-pcdt-asma.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2024.
- 2 - Asthma Gif. Global strategy for Asthma Prevention and Treatment. <https://ginasthma.org/2024-report/>

ANEXO I

LAUDO PNEUMOLÓGICO

Paciente: _____

Idade do paciente: _____ Idade de início dos sintomas: _____

Paciente apresenta condição clínica que acarreta dificuldade de cognição ou aspiração? () Sim () Não.

Especifique: _____

Terapias já utilizadas pelo paciente:

- Corticóide inalatório (CI) Qual? _____ Posologia: _____
- Beta 2-agonistas de longa duração (LABA) Qual? _____ Posologia: _____
- Antagonista muscarínico de longa duração (LAMA) Qual? _____ Posologia: _____
- Beta 2-agonistas inalatórios de curta duração (SABA) Qual? _____ Posologia: _____
- Corticóide oral (CO) Qual? _____ Posologia: _____
- Imunobiológico Qual? _____ Posologia: _____

QUESTIONÁRIO DE CONTROLE DA ASMA GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA)

Evento apresentado pelo paciente	SIM	NÃO
Sintomas diurnos >2 vezes por semana		
Despertares noturnos por asma		
Medicamento de resgate >2 vezes por semana		
Limitação das atividades por asma		

TESTE DE CONTROLE DA ASMA - ACT	ESCORE				
	1	2	3	4	5
Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo a sua asma impediu-o de realizar atividades no trabalho, na escola ou em casa?	Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes você teve falta de ar?	Mais de um vez por dia	Uma Vez por dia	3 a 6 vezes por semana	1 ou 2 vezes por semana	Nenhuma
Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes os seus sintomas de asma acordou-o durante a noite ou mais cedo que o normal pela manhã?	4 ou mais noites por semana	2 a 3 noites por semana	1 noite por semana	1 ou 2 noites	Nenhuma
Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes você usou o seu medicamento de inalação ou nebulização?	3 ou mais vezes por dia	1 ou 2 vezes por dia	2 ou 3 vezes por semana	1 vez por semana ou menos	Nenhuma
Como você classificaria o seu controle da asma durante as últimas 4 semanas?	Nem um pouco controlada	Mal controlada	Um pouco controlada	Bem controlada	Completamente Controlada

Escore total: _____

Carimbo e assinatura Pneumologista/Alergista