UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
***CAMPUS* GOVERNADOR VALADARES**
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE FISIOTERAPIA

Marcos Vinicius Teodolino Dupim

Métodos e Critérios de Diagnóstico da Asma em Crianças na Primeira Infância: Análise na Atenção Ambulatorial Especializada à Saúde de Governador Valadares-MG

Governador Valadares
2025

Marcos Vinicius Teodolino Dupim

Métodos e Critérios de Diagnóstico da Asma em Crianças na Primeira Infância: Análise na Atenção Ambulatorial Especializada à Saúde de Governador Valadares-MG

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora *Campus* Governador Valadares, como requisito para aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientador: Prof. Dr. Peterson Marco de Oliveira Andrade

Coorientador: Profa. Dra. Alessa Sin Singer Brugiolo

Governador Valadares

2025

SUMÁRIO

ARTIGO **3**
RESUMO **3**
PALAVRAS-CHAVE **3**
ABSTRACT **3**
KEYWORDS **4**
INTRODUÇÃO **4**
MÉTODOS **6**
RESULTADOS **7**
DISCUSSÃO **10**
CONCLUSÃO **12**
REFERÊNCIAS **12**
FIGURA 1 ..... **16**
TABELA 1 ..... **16**
TABELA 2 ..... **17**
ANEXOS **18**
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos **18**
ANEXO B – Normas de Formatação da Revista **25**
APÊNDICES **26**
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido **26**
APÊNDICE B – Carta Convite **28**
APÊNDICE C – Questionário de diagnóstico da asma na primeira infância **29**

ARTIGO

RESUMO

Objetivos: Identificar os métodos e critérios empregados por médicos pediatras na atenção ambulatorial especializada à saúde, pública e/ou suplementar, para o diagnóstico da asma em crianças na primeira infância, na cidade de Governador Valadares-MG. **Métodos:** Trata-se de estudo analítico e transversal, quali-quantitativo, de natureza exploratória. Foi realizada uma entrevista com questionário semiestruturado a médicos com Registro de Qualificação de Especialidade (RQE) em Pediatria. Os dados foram analisados utilizando métodos estatísticos descritivos e técnicas de análise de conteúdo. **Resultados:** Entre os 41 pediatras que participaram da pesquisa 80,5% eram do sexo feminino, 46,3% tinham entre 28 e 37 anos e 56,2% atuavam em serviços públicos e na saúde suplementar. A maioria relatou abordar questões relacionadas aos sintomas e histórico próprio e familiar de atopias e doenças respiratórias para o diagnóstico de asma na infância. Embora 56% tenham relatado utilizar os critérios da *Global Initiative for Asthma* (GINA), apenas 26,9% relataram utilizar instrumentos de rastreio e 53,6% relataram não encaminhar os pacientes para tratamento fisioterapêutico. Na análise qualitativa sobressaíram: 1- dificuldades de comunicação com as famílias; 2- problemas estruturais no sistema de saúde; 3- diagnóstico clínico incerto; 4- baixa adesão ao tratamento e 5- dificuldades na educação em saúde e controle ambiental. **Conclusão:** O estudo revela lacunas no diagnóstico da asma na primeira infância pelos pediatras em Governador Valadares-MG, destacando a subutilização de instrumentos diagnósticos padronizados e a baixa taxa de encaminhamentos para o serviço de fisioterapia.

PALAVRAS-CHAVE

Asma; Diagnóstico; Pediatras; Saúde Pública; Sinais e Sintomas.

ABSTRACT

Objective: To identify the methods and criteria used by pediatricians in specialized outpatient care, both in the public and/or private sectors, for diagnosing asthma in early childhood in the city of Governador Valadares, Minas Gerais. **Methods:** This is an analytical, cross-sectional, and exploratory study with a mixed-methods approach, combining both qualitative and quantitative data. Data were collected through

a semi-structured questionnaire administered to physicians with a Specialty Qualification Registry (RQE) in Pediatrics. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis techniques. **Results:** The final sample comprised 41 pediatricians, predominantly female (80.5%), with 46.3% between 28 and 37 years old and 56,2 % working in public services and supplementary healthcare. The majority addressed issues related to symptoms and personal and family history of atopy and respiratory diseases for the diagnosis of asthma in childhood. Although 56% reported using the Global Initiative for Asthma (GINA) criteria, only 26.9% employed standardized screening tools, and 53.6% did not refer patients for physical therapy. Qualitative analysis identified: 1- difficulties in communicating with families; 2- structural issues within the healthcare system; 3- uncertainty in clinical diagnosis; 4- low adherence to treatment; and 5- challenges in health education and environmental control. **Conclusion:** The study highlights gaps in asthma diagnosis during early childhood in Governador Valadares, Minas Gerais, particularly regarding the underuse of standardized diagnostic tools and the low rate of referrals to physical therapy services.

KEYWORDS
Asthma; Diagnosis; Pediatricians; Public Health; Signs and Symptoms.

INTRODUÇÃO

A asma é uma doença heterogênea do aparelho respiratório, caracterizada por inflamação crônica das vias aéreas inferiores, manifestando-se por meio de sintomas como sibilo, falta de ar, chiado no peito, tosse e variabilidade do fluxo aéreo expiratório.[1] Em 2019, estima-se que a prevalência da asma atingiu cerca de 262 milhões de pessoas em todo mundo, resultando em 455 mil mortes.[2] No Brasil, em 2023, foram registrados 87.769 casos de morbidade por asma, levando a uma elevada procura pelos serviços de pronto atendimento e internações hospitalares, o que implica em custos para o sistema de saúde.[3] Além disso, em 2012, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), um estudo transversal realizado pelo Ministério da Saúde com 109.104 adolescentes do 9º ano de escolas públicas e privadas de todos os estados brasileiros, identificou taxas de prevalência de sintomas de asma de 23% e de diagnóstico médico de 12%.[4] Esta discrepância entre as frequências de sintomas e de asma diagnosticada indica a dimensão do subdiagnóstico de asma no Brasil.[5]

O diagnóstico de asma se estabelece por meio do histórico clínico dos padrões de sintomas característicos e na evidência de limitação e variabilidade do fluxo aéreo expiratório, corroborado por testes como a reversibilidade com broncodilatador ou testes objetivos, sendo a espirometria e o pico de fluxo expiratório os mais utilizados. Sempre que possível esses testes devem ser realizados antes de iniciar o tratamento, pois pode ser mais difícil confirmar o diagnóstico após a asma estar sob controle.[1]

Todavia, o desafio diagnóstico se amplia, particularmente em crianças na primeira infância com menos de cinco anos, em que a aplicação de testes objetivos de função pulmonar e broncoprovocação é impraticável.[1,6] Nesse contexto, o diagnóstico da asma requer uma revisão constante em cada manifestação clínica, dada a complexidade e variabilidade da condição. O diagnóstico da asma na primeira infância é clínico, embasado nos sintomas característicos e no histórico familiar de atopia. Em crianças com menos de cinco anos são frequentes os episódios de sibilância induzida por infecções de vias aéreas superiores (IVAS), principalmente por vírus patogênicos, com o Vírus Sincicial Respiratório (VRS) sendo o causador mais comum, seguido pelo Rinovírus.[7,8]

Sendo assim, o diagnóstico da asma em crianças com menos de cinco anos apresenta notáveis limitações, principalmente pela inviabilidade de realizar testes objetivos, devido à falta de compreensão e cooperação das crianças nessa faixa etária.[9] Assim, o diagnóstico da asma em crianças com menos de cinco anos baseia-se principalmente em avaliação clínica que se não for conduzida com rigor pode resultar em problemas de sobrediagnóstico ou subdiagnóstico. Tais falhas podem levar a exposição a tratamentos desnecessários ou inadequados, destacando a importância de uma abordagem minuciosa e individualizada na identificação e manejo dessa condição em crianças.[7,10] O subdiagnóstico da asma refere-se à situação em que a condição não é identificada em um paciente. Isso pode ocorrer se o paciente não relatar seus sintomas ao médico, se o médico não diagnosticar corretamente a asma ou se os sintomas forem erroneamente associados a outra doença. Por outro lado, o sobrediagnóstico acontece quando um paciente é diagnosticado com asma, apesar de não ter a doença. Isso pode acontecer se os sintomas respiratórios forem incorretamente atribuídos à asma ou se uma remissão clínica sustentada não for reconhecida.[11]

Uma abordagem para investigar e diagnosticar a asma em crianças com menos de cinco anos é a utilização de ferramentas que podem auxiliar na identificação precoce de crianças que possuem risco de desenvolverem a asma entre seis e 13 anos. Um exemplo é o Índice Preditivo de Asma (IPA), criado para

prever o risco de evolução para asma em pré-escolares. Essa ferramenta é uma medida clínica de fácil aplicação, útil para auxiliar no diagnóstico e direcionamento do tratamento, evitando o sobrediagnóstico e o subdiagnóstico.[12]

Considerando este contexto, o presente estudo teve como objetivo investigar os métodos e critérios empregados por médicos pediatras na atenção ambulatorial especializada à saúde pública e suplementar para o diagnóstico da asma em crianças na primeira infância na cidade de Governador Valadares-MG, além de compreender se os métodos e critérios utilizados estão em conformidade com as recomendações e protocolos disponíveis na literatura científica para o diagnóstico da asma na primeira infância.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico e transversal, quali-quantitativo, de natureza exploratória, realizado na atenção ambulatorial especializada à saúde de Governador Valadares-MG, através da aplicação de um questionário semiestruturado elaborado pela equipe de pesquisa. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (parecer nº 7.343.683; CAAE: 85306424.0.0000.5147, ANEXO A). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e o anonimato dos participantes foi garantido, sendo que os dados coletados foram armazenados de forma segura.

A amostra foi composta por 79 pediatras com cadastro no Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM-MG) e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no município de Governador Valadares-MG.[13,14] Os critérios de inclusão utilizados foram: médicos com registro de qualificação de especialidade (RQE) em pediatria com atuação ativa na atenção ambulatorial especializada à saúde pública e/ou suplementar em Governador Valadares-MG.[15]

O contato com os participantes foi realizado por meio das informações de contato disponíveis *online* no site do CRM-MG como telefone, celular, e-mail ou endereço.[13,15] Esses profissionais foram convidados a participar da pesquisa e a responder ao questionário. O primeiro contato foi feito por meio de uma carta-convite enviada via e-mail (APÊNDICE B) e aqueles que manifestaram interesse responderam ao convite para que a entrevista fosse agendada. Como complemento, o método de "bola de neve" foi utilizado, em que os participantes indicavam outros colegas que poderiam se interessar em participar da pesquisa.[16] As entrevistas foram realizadas presencialmente e conduzidas pelo mesmo avaliador, nos consultórios ou

locais de trabalho preferidos/indicados pelos participantes. O tempo das entrevistas variou entre cinco e dez minutos.

O questionário semiestruturado, intitulado "Questionário de Diagnóstico da Asma na Primeira Infância" (APÊNDICE C), foi utilizado durante as entrevistas e é dividido em duas partes. A primeira parte consiste na identificação do participante, com informações e dados pessoais, enquanto a segunda parte contém perguntas a respeito dos sinais e sintomas investigados pelo médico pediatra para o diagnóstico da asma na primeira infância. As perguntas são de múltipla escolha, conforme escala Likert contendo três alternativas de respostas (1- sim, integralmente, 2- parcialmente e 3- não). E estão divididas em dois tópicos: o primeiro é “Em sua entrevista clínica, você aborda as seguintes questões?”, contendo sete perguntas; e o segundo, “Em seu atendimento ao paciente com hipótese diagnóstica de asma, você:”, com quatro perguntas. A décima primeira pergunta é de resposta aberta, sobre os desafios do diagnóstico da asma na primeira infância, com base na experiência clínica dos profissionais. As questões foram elaboradas com base nos protocolos e questionários existentes para o diagnóstico da asma em crianças na primeira infância.[1,12]

A análise dos dados quantitativos foi realizada através de estatística descritiva com apresentação das medidas de frequência, percentual, média e desvio padrão. Além disso, foi realizado a análise de conteúdo de Bardin para a resposta da pergunta aberta. Essa abordagem analítica consiste em um processo interpretativo, no qual o conteúdo do material é examinado por meio de três etapas principais: a pré-análise, a exploração do conteúdo e, por último, as inferências e interpretações.[17,18,19]

RESULTADOS

Os 79 médicos com RQE em pediatria com cadastro no CRM-MG e no CNES com atuação ativa na atenção ambulatorial especializada à saúde pública e/ou suplementar em Governador Valadares-MG foram contactados para participar da pesquisa. Destes, 30 não aceitaram participar da pesquisa e oito não retornaram o contato. Sendo assim, um total de 41 médicos pediatras foram entrevistados (Figura 1). A maioria dos participantes era do sexo feminino (80,5%), sendo que 46,3% eram jovens médicos com idade entre 28 e 37 anos e 56,2% relatou atuar como pediatra na atenção secundária tanto em serviços públicos quanto na saúde suplementar (Tabela 1).

Em relação às respostas objetivas do questionário, no primeiro tópico “em sua entrevista clínica, você aborda as seguintes questões?”, observou-se que a grande maioria dos participantes aborda integralmente as questões relacionadas a ocorrência de sibilância (questão 1, 92,6%); despertar do sono noturno devido aos sintomas (questão 2, 70,7%); diminuição da atividade física ou brincar devido aos sintomas (questão 3, 80,5%); ocorrência de sintomas quando ri, chora, brinca com animais ou é exposto a cheiros fortes ou fumaça (questão 4, 70,7%); histórico próprio e familiar de doenças alérgica ou respiratórias (questões 5 e 6, 85,3% e 97,5%, respectivamente) e ocorrência de três crises de sibilância por ano (questão 7, 75,6%) (Tabela 2).

Já no segundo tópico “em seu atendimento do paciente com hipótese diagnóstica de asma, você:”, observou-se que embora a maioria tenha respondido que utiliza integralmente os critérios de diagnóstico da GINA (*Global Initiative for Asthma*) (questão 8, 56%), apenas 26,9% relataram utilizar algum instrumento de diagnóstico e rastreio (questão 9). Entre os instrumentos citados pelos profissionais para o diagnóstico e rastreio da asma, três mencionaram a GINA e apenas um relatou utilizar um o Índice Preditivo de Asma (IPA), sendo que alguns profissionais, embora tenham respondido que utilizam um instrumento, não citaram qual era. No que se refere ao encaminhamento dos pacientes para avaliação e tratamento fisioterapêutico, mais da metade dos profissionais respondeu que não encaminha seus pacientes (questão 10, 53,6%).

A análise qualitativa foi conduzida segundo o método de análise de conteúdo de Bardin (1977), em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.[17]

Na primeira fase, pré-análise, realizou-se a leitura flutuante das respostas à questão aberta: “Em sua experiência clínica, qual é o maior desafio do diagnóstico da asma na primeira infância?”, com o objetivo de estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas.

Na segunda fase, exploração do material, as respostas foram submetidas a construção das operações de codificação temática, resultando em cinco categorias principais:

1- Dificuldades de comunicação com a família: Falta de informações claras, negação ou medo do diagnóstico e dados imprecisos sobre histórico familiar. Exemplos:

"O maior desafio é a resposta sincera dos pais aos questionamentos por não valorizar ou ter medo do diagnóstico."

"Informação pobre da família, por vezes não sabem informar se já sibilou anteriormente ou não."

2- Problemas estruturais no sistema de saúde: Atendimento fragmentado, falta de continuidade, escassez de especialistas e dificuldade de acesso a exames e medicamentos. Exemplos:

"Falta de sequência, mesmo médico, principalmente no serviço público."

"Dificuldade de consultas com médico especialista."

3- Diagnóstico clínico incerto: Limitação de exames complementares, diagnóstico baseado apenas na clínica e dificuldade de diferenciar de outras causas de sibilância. Exemplos:

"Diagnóstico muitas vezes apenas clínico, sem possibilidade de fazer espirometria".

"Diferenciar com quadros de sibilância induzida por vírus recorrentes."

4- Adesão e acompanhamento: Baixa adesão ao tratamento profilático e dificuldade em manter seguimento adequado. Exemplos:

"Seguimento e acompanhamento das crises e também adesão a medidas preventivas."

"Continuidade do tratamento e seguimento adequados."

"Falta de compreensão da família quanto ao diagnóstico e sua complexidade."

5- Educação em saúde e controle ambiental: Dificuldades para orientar sobre controle ambiental e uso adequado das medicações. Exemplos:

"Explicar o uso das medicações."

"Controle ambiental, realização de propedêutica complementar, ausência de medicamentos necessários na rede pública."

Na terceira fase, tratamento dos resultados, inferência e interpretação, ao captar os conteúdos manifestos e latentes contidos no material coletado (entrevistas). A análise evidenciou que os desafios no

diagnóstico da asma na primeira infância vão além de questões puramente clínicas. Destacam-se limitações de comunicação entre profissionais e cuidadores, barreiras estruturais no sistema de saúde, ausência de instrumentos diagnósticos objetivos, baixa adesão ao tratamento e lacunas em educação em saúde. Esses fatores se interrelacionam e podem dificultar a construção de um diagnóstico precoce e preciso, bem como o manejo adequado da doença.

DISCUSSÃO

Este foi o primeiro estudo a investigar, por meio de entrevistas sistematizadas com a aplicação de um questionário semiestruturado, os critérios e métodos utilizados por médicos pediatras na atenção ambulatorial especializada, tanto na saúde pública quanto na suplementar, em Governador Valadares-MG, para o diagnóstico da asma em crianças na primeira infância. Os resultados evidenciam que o diagnóstico permanece um desafio multifatorial, embora alinhado às recomendações e protocolos estabelecidos na literatura científica atual. Nesse contexto, Szefler et al.,[20] destacam a importância de garantir cuidados equitativos e individualizados, propondo uma carta mundial de direitos para todas as crianças com asma, com o objetivo de assegurar um manejo adequado e abrangente da doença.

Do ponto de vista quantitativo, observou-se que embora mais da metade dos profissionais declare utilizar integralmente os critérios da *Global Initiative for Asthma* (GINA) em sua prática diagnóstica, a utilização de instrumentos de diagnóstico e rastreio permanece baixa como, por exemplo, o Índice Preditivo de Asma (IPA). Estudos recentes, como o de Myers et al.,[21] desenvolveram o Escore de Risco de Asma Pediátrica (PARS), um novo instrumento para prever a asma em crianças, que apresentou desempenho superior ao IPA na identificação de casos de asma leve a moderada. No entanto, o PARS não foi mencionado por nenhum dos participantes deste estudo. Esse achado sugere uma lacuna importante no uso ferramentas clínicas padronizadas, de fácil aplicação, que poderiam auxiliar no diagnóstico e direcionamento do tratamento evitando o sobrediagnóstico e o subdiagnóstico. Tal questão ganha especial relevância na primeira infância, faixa etária inferior a cinco anos, na qual a realização de espirometria ou outros testes objetivos de função pulmonar é limitada ou inviável. Nesse contexto, a ausência de instrumentos auxiliares pode comprometer a precisão do diagnóstico e dificultar o manejo adequado da doença, dada a complexidade inerente à identificação da asma nessa população.[1,9]

Os resultados qualitativos reforçam que, para além das limitações técnicas, o processo diagnóstico é atravessado por barreiras comunicacionais, estruturais e educacionais. As categorias extraídas das falas dos participantes evidenciaram problemas como resistência ou medo dos cuidadores em aceitar o diagnóstico, fornecimento insuficiente de informações sobre histórico de crises, dificuldades de acesso a serviços especializados e fragmentação no cuidado em saúde. No estudo de Chong et al.,[22] a aplicação da Terapia de Aceitação e Compromisso no manejo parental e na educação sobre asma mostrou-se eficaz para reduzir a morbidade da asma infantil e aliviar o sofrimento psicológico dos pais. Esses achados convergem com estudos prévios que identificam a comunicação médico-família como componente crítico para a anamnese de qualidade, especialmente em condições de diagnóstico essencialmente clínico.[7,10]

Além disso, a não utilização de instrumentos objetivos e padronizados amplia o risco de subdiagnóstico e sobrediagnóstico, fenômenos já descritos na literatura e discutido no presente estudo. O subdiagnóstico pode resultar em agravamento de sintomas e hospitalizações evitáveis, enquanto o sobrediagnóstico leva à medicalização desnecessária, com potenciais efeitos adversos e aumento de custos para o sistema de saúde.[11] Esse alerta é reforçado por estudos como o de Martin et al., que destacam que obter o diagnóstico correto é fundamental para garantir o manejo adequado da asma pediátrica.[23]

Outro aspecto relevante identificado foi a baixa proporção de encaminhamentos para avaliação e tratamento fisioterapêutico. Embora a fisioterapia respiratória tenha papel reconhecido no manejo da asma, especialmente em estratégias de educação em saúde, adesão ao tratamento e técnicas de higiene brônquica, seu uso ainda parece subaproveitado na prática ambulatorial local, sugerindo oportunidade de aprimoramento multidisciplinar no cuidado.[1, 25] Esses achados são corroborados pelo estudo de Carson et al.,[24] que demonstrou que o treinamento físico foi bem tolerado entre pessoas com asma, recomendando que pessoas com asma estável sejam incentivadas a praticar exercícios físicos regulares sem medo de exacerbações dos sintomas. Além disso, o estudo de Silva et al.,[25] avaliou os benefícios da postura sentada inclinada para frente em crianças, demonstrando que essa posição é mais indicada para a administração da terapêutica inalatória, por favorecer a ação nos músculos respiratórios e reduzir o grau de obstrução brônquica, além de orientar a escolha de posturas mais adequadas para outros recursos fisioterapêuticos.

Em relação às limitações deste estudo, destaca-se o desenho transversal, que impede estabelecer relações causais, e o recorte local, o que pode limitar a generalização para outras regiões com contextos

epidemiológicos ou estruturais distintos. Além disso, a coleta por entrevista pode ter induzido viés de desejabilidade social nas respostas.

Apesar dessas limitações, o estudo oferece contribuições relevantes ao investigar, por meio de um questionário padronizado, questões baseadas em instrumentos diagnósticos e ao mapear as práticas de médicos pediatras na atenção ambulatorial especializada. Além disso, evidencia barreiras e fragilidades ainda presentes no processo de diagnóstico da asma na primeira infância. Esses achados podem subsidiar estratégias de capacitação profissional, o desenvolvimento de fluxos assistenciais mais integrados e políticas públicas voltadas para a ampliação do acesso a exames complementares, bem como para o fortalecimento do cuidado compartilhado e da educação em saúde direcionada a famílias e cuidadores.

Por fim, reforça-se a necessidade de maior investimento em estratégias de diagnóstico precoce e manejo adequado da asma na infância, integrando protocolos clínicos, instrumentos preditivos, como o IPA e o PARS, e abordagens multidisciplinares para reduzir a carga da doença, melhorar a qualidade de vida das crianças e diminuir o impacto sobre os serviços de saúde.

CONCLUSÃO

O estudo revela lacunas no diagnóstico da asma na primeira infância em Governador Valadares-MG, destacando a subutilização de instrumentos diagnósticos padronizados e a baixa frequência de trabalho interdisciplinar com encaminhamentos para a fisioterapia. Embora a maioria dos pediatras utilize os critérios da GINA, barreiras de comunicação com as famílias e limitações estruturais do sistema de saúde podem comprometer a precisão diagnóstica e o manejo adequado da doença.

REFERÊNCIAS

1. GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. *Global strategy for asthma management and prevention*. 2024. Disponível em: https://www.ginasthma.org/. Acesso em: 24 jul. 2025.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Asthma**. 2023. [Internet]. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma. Acesso em: 24 jul. 2025.
3. COSTA, I. G. M. et al. **Perfil epidemiológico de morbidade hospitalar por asma no Brasil, entre 2019 e 2023: estudo ecológico.** *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*,

[S. l.], v. 6, n. 7, p. 1480–1496, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n7p1480-1496. Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/2578. Acesso em: 24 jul. 2025.

4. BARRETO, M. L. et al. **Prevalence of asthma symptoms among adolescents in Brazil: National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012)**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 17, p. 106–115, 2014. Acesso em: 24 jul. 2025.
5. DATASUS – Ministério da Saúde. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/. Acesso em: 24 jul. 2025.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Primeira infância.** Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/primeira-infancia#:~:text=A%20primeira%20inf%C3%A2ncia%20%C3%A9%20o,da%20inicia%C3%A7%C3%A3o%20social%20e%20afetiva. Acesso em: 24 jul. 2025.
7. KIM, Henry Y.; FAMILIAR, Joann; LEUNG, Donald Y. M. **The safety and efficacy of omalizumab in the treatment of asthma in pediatric patients**. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, v. 130, n. 2, p. 345-351.e8, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jaci.2012.04.025. Acesso em: 24 jul. 2025.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Asma: Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 32**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/a/asma-portaria-conjunta-saes-sectics-no-32/view. Acesso em: 24 jul. 2025.
9. MAGWENZI, P.; RUSAKANIKO, S.; SIBANDA, E. N.; GUMBO, F. Z. **Challenges in the diagnosis of asthma in children, what are the solutions? A scoping review of 3 countries in sub-Saharan Africa**. *Respiratory Research*, v. 23, n. 1, p. 254, 19 set. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12931-022-02170-y. Acesso em: 24 jul. 2025.
10. BUSH, Andrew; FLEMING, Louise; SAGLANI, Sejal. **Severe Asthma in Children**. *Respirology*, v. 22, n. 5, p. 886-897, jul. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1111/resp.13085. Acesso em: 24 jul. 2025.
11. AARON, S. D.; BOULET, L. P.; REDDEL, H. K.; GERSHON, A. S. **Underdiagnosis and Overdiagnosis of Asthma**. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, v.

198, n. 8, p. 1012-1020, 15 out. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1164/rccm.201804-0682CI. Acesso em: 24 jul. 2025.

12. CASTRO-RODRÍGUEZ, J. A.; HOLBERG, C. J.; WRIGHT, A. L.; MARTINEZ, F. D. **A Clinical Index to Define Risk of Asthma in Young Children With Recurrent Wheezing.** *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, v. 162, n. 4, p. 1403-1406, out. 2000. Disponível em: https://doi.org/10.1164/ajrccm.162.4.9912111. Acesso em: 24 jul. 2025.
13. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (CRMMG). Portal CRMMG. Disponível em: https://crmmg.org.br/. Acesso em: 24 jul. 2025.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Disponível em: https://cnes.datasus.gov.br/. Acesso em: 24 jul. 2025.
15. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Portal CFM. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/. Acesso em: 24 jul. 2025.
16. VINUTO, Juliana. **A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto**. *Tematicas*, Campinas, SP, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977. Disponível em: https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977. Acesso em: 24 jul. 2025.
17. BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
18. GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: https://goo.gl/bVRy5y. Acesso em: 24 jul. 2025.
19. BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica.** Tradução e revisão científica: Juraci A. Cesar. 2. ed. São Paulo: Santos, 2010. 213 p. Tradução de: Basic epidemiology, 2nd ed.
20. SZFLER, S. J. et al. **A Worldwide Charter for all Children With Asthma.** *Pediatric Pulmonology*, v. 55, n. 5, p. 1282–1292, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1002/ppul.24713. Acesso em: 24 jul. 2025.
21. MYERS, J. M. et al. **A Pediatric Asthma Risk Score to Better Predict Asthma Development in Young Children.** *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, v. 143, n. 5, p. 1803–

1810.e2, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jaci.2018.09.037. Acesso em: 24 jul. 2025.

22. CHONG, Y. Y. et al**. Acceptance and Commitment Therapy for Parental Management of Childhood Asthma: An RCT**. *Pediatrics*, v. 143, n. 2, p. e20181723, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1542/peds.2018-1723. Acesso em: 24 jul. 2025.
23. MARTIN, J.; TOWNSHEND, J.; BRODLIE, M**. Diagnosis And Management of Asthma in Children.** *BMJ Paediatrics Open*, v. 6, n. 1, e001277, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmjpo-2021-001277. Acesso em: 24 jul. 2025.
24. CARSON, K. V. et al. **Physical Training for Asthma**. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2013, n. 9, CD001116, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1002/14651858.CD001116.pub4. Acesso em: 24 jul. 2025.
25. SILVA, K. C. L. da et al. **Posicionamento Corporal Alterando a Força Muscular Respiratória e o Grau de Obstrução em Crianças Asmáticas.** Fisioterapia em Movimento, v. 25, n. 3, p. 533–540, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-51502012000300009. Acesso em: 24 jul. 2025.

FIGURA 1

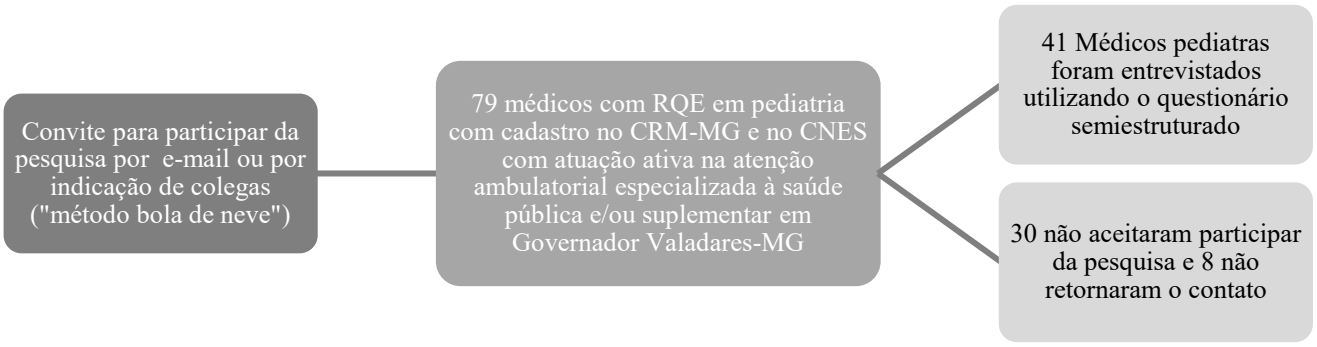


Figura 1. Fluxograma do processo de inclusão de participantes na pesquisa.
Legenda: RQE, registro de qualificação de especialidade. CRM-MG, Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais. CNES, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. MG, Minas Gerais.
Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

TABELA 1

Tabela 1. Características dos médicos pediatras participantes da pesquisa.

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	33	80,5
Masculino	8	19,5
Total	41	100
Idade		
28 a 37 anos	19	46,3
38 a 47 anos	10	24,4
48 a 57 anos	2	4,9
58 a 67 anos	3	7,3
≥ 68 anos	2	4,9
Não informado	5	12,2
Total	41	100 (40,9±12,4*)
Atuação da Atenção Secundária à Saúde		
Apenas saúde pública	9	21,9
Apenas saúde suplementar	9	21,9
Ambos	23	56,2
Total	41	100

Legenda: n: número; %: porcentagem; *média ± desvio padrão.
Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

TABELA 2

Tabela 2. Respostas às perguntas objetivas do questionário.

Item	Sim, integralmente n (%)	Parcialmente n (%)	Não n (%)
Em sua entrevista clínica, você aborda as seguintes questões?			
1. Quanto a ocorrência de sibilância (“chiado no peito”)	38 (92,6%)	3 (7,4%)	0 (0,0%)
2. Quanto a ocorrência de despertar do sono noturno devido a tosse, taquipneia, esforço respiratório e/ou dispneia	29 (70,7%)	11 (26,8%)	1 (2,5%)
3. Quanto a ocorrência de diminuição da atividade física, como correr ou brincar, devido a tosse, taquipneia, esforço respiratório e/ou dispneia	33 (80,5%)	7 (17,0%)	1(2,5%)
4. Quanto a ocorrência de tosse, “chiado no peito”, taquipneia, esforço respiratório e/ou dispneia quando ri, chora, brinca com animais ou é exposto a cheiros fortes ou fumaça	29 (70,7%)	10 (24,4%)	2 (4,9%)
5. Quanto ao histórico próprio de dermatite atópica, rinite e/ou alergia alimentar	35 (85,3%)	5 (12,2%)	1 (2,5%)
6. Quanto ao histórico familiar de asma, rinite, alergia alimentar, dermatite atópica e/ou outra doença respiratória	40 (97,5%)	1 (2,5%)	0 (0,0%)
7. Quanto a ocorrência de 3 crises de sibilância por ano	31 (75,6%)	9 (21,9%)	1 (2,5%)
Em seu atendimento do paciente com hipótese diagnóstica de asma, você:			
8. Utiliza os critérios de diagnóstico da GINA (Global Initiative for Asthma)?	23 (56,0%)	16 (39,1%)	2 (4,9%)
9. Utiliza algum instrumento de diagnóstico e rastreio? Se sim qual?	11 (26,9%)	0 (0,0%)	30 (73,1%)
10. Encaminha os seus pacientes para avaliação e tratamento fisioterapêutico?	19 (46,4%)	0 (0,0%)	22 (53,6%)

Legenda: n: número; %: porcentagem.
Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Métodos e Critérios de Diagnóstico da Asma em Crianças na Primeira Infância: Análise na Atenção Ambulatorial Especializada à Saúde de Governador Valadares-MG

Pesquisador: Peterson Marco de Oliveira Andrade
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 85306424.0.0000.5147
Instituição Proponente: Campus Avançado Governador Valadares -UFJF
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.343.683

Apresentação do Projeto:
Introdução: A asma é uma doença heterogênea do aparelho respiratório, caracterizada por inflamação crônica e variabilidade do fluxo aéreo, manifestando-se por sintomas como sibilância, tosse e falta de ar. No Brasil, em 2023, foram registrados 87.769 casos de morbidade por asma, gerando um impacto significativo nos sistemas de saúde devido às frequentes hospitalizações. O diagnóstico da asma na primeira infância é um desafio, devido à impossibilidade de realizar testes objetivos. Nessa fase, o diagnóstico é essencialmente clínico, o que pode levar ao subdiagnóstico ou sobrediagnóstico. Objetivo: O objetivo deste estudo é identificar os métodos e critérios empregados por médicos pediatras na atenção ambulatorial especializada à saúde, pública e/ou suplementar, para o diagnóstico da asma em crianças na primeira infância, na cidade de Governador Valadares-MG, e analisar se estão em conformidade com os métodos e critérios descritos na literatura científica atual. Metodologia: Trata-se de um estudo analítico e transversal com abordagem mista (quali-quantitativa), de natureza exploratória. A coleta de dados será realizada por meio da aplicação de um questionário semiestruturado a pediatras com Registro de Qualificação de Especialidade (RQE) em Pediatria, que atuam na atenção ambulatorial especializada à saúde, pública e/ou suplementar em Governador Valadares-MG. A amostra será composta por 79 pediatras com cadastro no Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.br

(CRM-MG) no município de Governador Valadares-MG. Os dados coletados serão analisados utilizando métodos estatísticos descritivos e técnicas de análise de conteúdo. Resultados esperados: Espera-se identificar os métodos e critérios de diagnóstico da asma em crianças na primeira infância utilizados pelos pediatras de Governador Valadares-MG e analisar se estão em conformidade com os métodos e critérios descritos na literatura científica atual. Esta análise poderá contribuir para prestar um atendimento de qualidade a essa população.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar os métodos e critérios empregados por médicos pediatras na atenção ambulatorial especializada à saúde pública e suplementar para o diagnóstico da asma em crianças na primeira infância, na cidade de Governador Valadares-MG. Objetivo Secundário: Comparar os critérios utilizados por médicos pediatras na atenção ambulatorial especializada à saúde pública e suplementar em Governador Valadares-MG com as recomendações e protocolos disponíveis na literatura científica atual para o diagnóstico da asma na primeira infância

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa é classificada como de risco mínimo para os participantes. A coleta de
dados será realizada por meio de entrevista e os riscos envolvem a possibilidade de constrangimento, desconforto ou cansaço ao responder as perguntas. Para minimizar esses possíveis desconfortos, a entrevista será realizada individualmente, em uma sala reservada, na presença apenas do participante e do pesquisador, garantindo assim a privacidade dos envolvidos. Além disso, o tempo previsto para a entrevista é curto, de cerca de dez minutos. Os procedimentos da pesquisa oferecem risco mínimo à integridade física e psicológica dos participantes. Além disso, os pesquisadores responsáveis pela coleta de dados serão previamente treinados para identificar qualquer tipo de desconforto e interromper a aplicação do questionário, caso seja necessário. Embora o risco seja considerado mínimo, existe a possibilidade de vazamentos de dados. No entanto, para diminuir esses riscos, os dados coletados serão armazenados de forma segura e protegidos durante todo o período da pesquisa. Após o término, eles serão digitalizados e arquivados em um dispositivo de memória (HD), acessível apenas aos pesquisadores responsáveis. Importante destacar que não haverá nenhum custo ou vantagem financeira para os participantes do estudo. Todos serão devidamente esclarecidos sobre o objetivo e os procedimentos da pesquisa, e qualquer dúvida será prontamente sanada. Os participantes terão total liberdade para decidir se querem ou não participar, podendo retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer

momento, sem que isso gere qualquer tipo de penalidade.
Benefícios: Embora não sejam esperados benefícios diretos aos participantes da pesquisa ao término do estudo, espera-se fornecer informações sobre os métodos e critérios utilizados para o diagnóstico da asma em crianças na primeira infância e compreender se estes estão em conformidade com os métodos e critérios descritos na literatura científica atual. Sendo assim, esta análise poderá resultar em benefícios indiretos aos participantes, que
poderão aprimorar sua avaliação clínica, contribuindo para o correto diagnóstico da asma na primeira infância, gerando benefícios também para a comunidade médica e para a qualidade do atendimento infantil no município estudado

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Trata-se de um projeto estudo transversal com entrevista e anaálise quanti qualitativa, que está bem estruturado, apresenta o fundamento teórico, número de participantes, critério de inclusão e exclusão, forma de recrutamento. As referências bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização. Os dados do projeto completo (em arquivo anexo) são coincidentes com o conteúdo descrito nas informações básicas na Plataforma Brasil, inclusive riscos, benefícios, termos anexos de consentimento e assentimento e cronograma mostra as diversas etapas da pesquisa compatíveis com avaliação ética e execução. O orçamento lista a relação detalhada dos custos da pesquisa que serão financiados com recursos próprios conforme consta no campo apoio financeiro. A pesquisa proposta está de acordo com o disposto na Resolução CNS 466 de 2012, itens IV.6, II.11 e XI.2; na Norma Operacional CNS 001 de 2013. Itens: 3.4.1-6, 8, 9, 10 e 11; 3.3 - f; no Manual Operacional para CEP Item: VI ¿ c e a Lei 14.874 de 28 de maio de 2024 que dispõe sobre pesquisa com seres humanos.
Projeto analisado pela RES 466/12, verifica-se que:
1) A pesquisa está adequada aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas (RES 466/12 item III.2.a). Resposta: Sim
2) Ela está fundamentada na experimentação prévia realizada em laboratórios, animais ou em outros fatos científicos (RES 466/12 item III.2.b). Resposta: Sim
3) Possui antecedente científico e dado que justifiquem a pesquisa (RES 466/12 item III.2.b). Resposta: Sim
4) Há uma descrição detalhada e ordenada do projeto de pesquisa (material e métodos, casuística, resultados esperados e bibliografia) (RES 466/12 item III.2.e). Resposta: Sim
5) Há uma descrição dos propósitos e das hipóteses a serem testadas e o objetivo está



coerente com o título, introdução e com a metodologia apresentada (RES 466/12 item III.2.e). Resposta: Sim

6) 6) O desenho do estudo está adequado para a proposta (RES 466/12 item III.2.e). Resposta: Sim

7) Estão descritas as características da população a estudar: tamanho, faixa etária, sexo, cor (classificação do IBGE), estado geral de saúde, classes e grupos sociais, etc. Se utiliza grupos vulneráveis estão expostas as razões para a utilização destes grupos (RES 466/12 item III.2.e). Resposta: Sim

8) Estão descritos os métodos que afetem diretamente os participantes da pesquisa (RES 466/12 item III.2.e). Resposta: Sim

9) Estão descritos os planos para o recrutamento de indivíduos e os procedimentos a serem seguidos. Resposta: Sim

10) Forneceu os critérios de inclusão e exclusão (RES 466/12 item III.2.e). Resposta: Sim

11) Há descrição do local da pesquisa, estão detalhadas as instalações dos serviços, centros, comunidades e instituições nas quais se processarão as várias etapas da pesquisa (RES 466/12 item III.2.e). Resposta: Sim

12) Está detalhada a existência de infraestrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa (RES 466/12 item III.2.e). Resposta: Sim

13) O desfecho primário e secundário (se houver) estão adequados para a proposta do estudo (RES 466/12 item III.2.e). Resposta: Sim

ORÇAMENTO

Está detalhado o orçamento da pesquisa como recursos, fontes e destinação? Resposta: Sim

Se há financiamento próprio? Resposta: Sim

CRONOGRAMA

Há cronograma e informações sobre a duração total da pesquisa, a partir da aprovação pelo CEP (466/12 item VI)? Resposta: Sim

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

COMENTÁRIOS E CONSIDERAÇÕES SOBRE OS DOCUMENTOS

Verificar se os seguintes documentos estão presentes e adequados:

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO: documento anexo, com respostas parciais.
FOLHA DE ROSTO - anexada

CURRÍCULOS: anexados, compatíveis e atualizados

DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA E CONCORDÂNCIA COM A PESQUISA: anexada e assinada de acordo

TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE: não se aplica

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) e TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - anexados
A presença de todos os itens listados abaixo deve ser avaliada para TCLE e/ou TALE, em todos os projetos avaliados pela 466/12 e 510/16.
1. A linguagem está acessível (466/12 item IV.3.a). Resposta: Sim
2. Possui justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa (466/12 item IV.3.a). Resposta: Sim
3. Apresenta os desconfortos e riscos possíveis, classifica e coloca as formas de minimizá-los, e os benefícios esperados (466/12 item IV.3.b). Resposta: Sim,
4. Descreve a forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis (RES 466/12 Item IV.d). Resposta: Sim
5. Apresenta a garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo (466/12 item IV.3.c). Resposta: Sim
6. Relata a liberdade do participante se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (466/12 item IV.3.d). Resposta: Sim
7. Oferece a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos participantes quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa (466/12 item IV.3.e). Resposta: Sim
8. Oferece garantia aos participantes do acesso aos resultados da pesquisa (RES 510/16 art 17 item VII) e Informação de que o participante terá acesso ao registro do consentimento sempre que solicitado (RES 510/16 art 17 item X). Resposta: Sim

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF

9. Apresenta as informações de endereço, e-mail e contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa (RES 510/16 art 17 item VIII). Resposta: Sim

10. Apresenta endereço, e-mail e contato telefônico do CEP local e, quando for o caso, da CONEP (RES 510/16 art 17 item IX). Resposta: Sim

Recomendações:

Situação: Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa ¿ CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.° 466, de 2012, na Norma Operacional n.° 001, de 2013, do CNS, e na Lei 14.874 de 28 de maio de 2024, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

RECOMENDAÇÃO: APROVAÇÃO

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2461484.pdf	03/12/2024 21:08:08		Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Peterson_Marco_de_Oliveira_Andrade.pdf	03/12/2024 21:07:06	MARCOS VINICIUS TEODOLINO DUPIM	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Marcos_Vinicius_Teodolino_Dupim.pdf	03/12/2024 21:04:54	MARCOS VINICIUS TEODOLINO DUPIM	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Laura_Alves_Cabral.pdf	03/12/2024 21:04:22	MARCOS VINICIUS TEODOLINO DUPIM	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Alessa_Sin_Singer_Brugiolo.pdf	03/12/2024 20:57:22	MARCOS VINICIUS TEODOLINO DUPIM	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_A_TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	03/12/2024 20:53:35	MARCOS VINICIUS TEODOLINO DUPIM	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	25/11/2024 20:44:16	MARCOS VINICIUS TEODOLINO DUPIM	Aceito
Outros	Apendice_C_QUESTIONARIO_DE_DIAGNOSTICO_DA_ASMA_NA_PRIMEIRA_INFANCIA.pdf	20/11/2024 13:56:53	MARCOS VINICIUS TEODOLINO DUPIM	Aceito
Outros	Apendice_B_CARTA_CONVITE.pdf	20/11/2024 13:55:21	MARCOS VINICIUS TEODOLINO DUPIM	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_de_Pesquisa.pdf	20/11/2024 13:52:30	MARCOS VINICIUS TEODOLINO DUPIM	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF

Continuação do Parecer: 7.343.683

Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	20/11/2024 13:52:30	MARCOS VINICIUS TEODOLINO DUPIM	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

JUIZ DE FORA, 24 de Janeiro de 2025

Assinado por:
Iluska Maria da Silva Coutinho
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.br

ANEXO B – Normas de Formatação da Revista

REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA. Instruções aos autores. SciELO Brasil, [s. l.], disponível em: https://www.scielo.br/journal/rpp/about/#instructions. Acesso em: 23 jul. 2025.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário(a) da pesquisa **"Métodos e Critérios de Diagnóstico da Asma em Crianças na Primeira Infância: Análise na Atenção Ambulatorial Especializada à Saúde de Governador Valadares-MG".** O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é identificar os métodos e critérios empregados por médicos pediatras na atenção ambulatorial especializada à saúde pública e suplementar para o diagnóstico da asma em crianças na primeira infância na cidade de Governador Valadares-MG. Nesta pesquisa pretendemos, identificar os métodos e critérios de diagnóstico da asma em crianças na primeira infância e analisar se estão em conformidade com os métodos e critérios descritos na literatura científica atual.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você, será realizada uma entrevista com a aplicação de um questionário semiestruturado, intitulado "Questionário de Diagnóstico da Asma na Primeira Infância", que é dividido em duas partes. A primeira parte inclui a identificação do participante, com coleta de informações e dados pessoais. A segunda parte contém as perguntas, sendo dez com opções de resposta já definidas e uma em que você poderá responder com suas próprias palavras. Após a aplicação do questionário as respostas serão analisadas.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos, como possibilidade de constrangimento, desconforto ou cansaço ao responder as perguntas. Para minimizar esses riscos, a entrevista será realizada individualmente, em uma sala reservada, apenas com a presença do pesquisador e do participante, garantindo a privacidade dos envolvidos. O tempo previsto para a entrevista é curto, de cerca de dez minutos. Como se trata de um método não invasivo, o procedimento oferece risco mínimo à integridade física e psicológica dos participantes. Além disso, os pesquisadores responsáveis pela coleta de dados serão previamente treinados para identificar qualquer tipo de desconforto e interromper a aplicação do questionário, caso seja necessário. Embora o risco seja considerado mínimo, existe a possibilidade de vazamentos de dados. No entanto, para diminuir esses riscos, os dados coletados serão armazenados de forma segura e protegidos durante todo o período da pesquisa. Após o término, eles serão digitalizados e arquivados em um dispositivo de memória (HD), acessível apenas aos pesquisadores responsáveis.

Não haverá benefícios financeiros ou compensações diretas para os participantes, e nenhum custo será gerado para você. Embora não sejam esperados benefícios diretos aos participantes da pesquisa ao término do estudo, espera-se fornecer informações sobre os métodos e critérios utilizados no diagnóstico da asma em crianças na primeira infância e compreender se estes estão em conformidade com os métodos e critérios descritos na literatura científica atual. Sendo assim, esta análise poderá resultar em benefícios indiretos aos participantes, que poderão aprimorar sua avaliação clínica, contribuindo para o correto diagnóstico da asma na primeira infância, gerando benefícios também para a comunidade médica e para a qualidade do atendimento infantil no município estudado.

Rubrica do Participante de Pesquisa: _____

Rubrica do Pesquisador: _____

O CEP avalia protocolos de pesquisa que envolve seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do Brasil. **Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:** CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
Campus Universitário da UFJF Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
CEP: 36036-900 / Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propp@ufjf.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido(a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar dessa pesquisa.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos. Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Governador Valadares, _____ de _____ de 20___.

_____ _____

Assinatura do Participante Assinatura do Pesquisador

Prof. Dr. Peterson Marco de Oliveira Andrade
Universidade Federal de Juiz de Fora
Campus Governador Valadares
Departamento de Fisioterapia
Instituto de Ciências da Vida
Fone: (33) 3301-1575
E-mail: peterson.andrade@ufjf.br

O CEP avalia protocolos de pesquisa que envolve seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do Brasil. **Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:** CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
Campus Universitário da UFJF Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
CEP: 36036-900 / Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propp@ufjf.br

APÊNDICE B – Carta Convite

Prezado(a) Médico(a) Pediatra,

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada:
"Métodos e Critérios de Diagnóstico da Asma em Crianças na Primeira Infância: Análise na Atenção Ambulatorial Especializada à Saúde de Governador Valadares-MG".

O objetivo principal deste estudo Identificar os métodos e critérios empregados por médicos pediatras na atenção ambulatorial especializada à saúde pública e suplementar para o diagnóstico da asma em crianças na primeira infância, na cidade de Governador Valadares-MG. Além disso, buscamos comparar os critérios utilizados por médicos pediatras na atenção ambulatorial especializada à saúde pública e suplementar em Governador Valadares-MG com as recomendações e protocolos disponíveis na literatura científica atual para o diagnóstico da asma na primeira infância.

Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora - CEP/UFJF, de acordo com o CAAE número (XXX).

A sua participação será de grande importância para o sucesso desta pesquisa, que busca compreender e contribuir para a qualificação do diagnóstico da asma em crianças menores de cinco anos, um desafio reconhecido na prática clínica. Acreditamos que suas respostas podem fornecer contribuições valiosas para aprimorar os cuidados na área pediátrica.

Informamos que os seus dados e informações serão tratados de forma confidencial, garantindo sigilo e anonimato, conforme as diretrizes éticas de pesquisa em saúde. Para fins de contato, utilizamos as informações disponíveis publicamente no site do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM-MG).

Estamos à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas e fornecer informações adicionais sobre o estudo. Caso aceite participar, entraremos em contato para agendar a aplicação do questionário, que tem duração estimada de dez minutos, de forma prática e respeitosa à sua rotina.

Agradecemos antecipadamente pela sua atenção e pela possível contribuição ao nosso trabalho.

Marcos Vinicius Teodolino Dupim
Prof. Dr. Peterson Marco de Oliveira Andrade
Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares –
Departamento de Fisioterapia – Instituto de Ciências da Vida. CEP:35020-360
Fone: (33) 3301-1575 | E-mail: peterson.andrade@ufjf.br

17 de novembro de 2024
Governador Valadares-MG

APÊNDICE C – Questionário de diagnóstico da asma na primeira infância

ufjf | CAMPUS GV

QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DA ASMA NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Nome:		**Data:**
Naturalidade:	**Idade:**	**Sexo: ( ) F ( ) M**
E-mail:	**Contato:**	
CRM nº:	**RQE nº:**	
Atua como pediatra na atenção secundária de Governador Valadares?	( ) Sim ( ) Não	( ) Pública ( ) Suplementar ( ) Em ambos

Em sua entrevista clínica, você aborda as seguintes questões?	
1. Quanto a ocorrência de sibilância (“chiado no peito”)	( ) Sim, integralmente ( ) Parcialmente ( ) Não
2. Quanto a ocorrência de despertar do sono noturno devido a tosse, taquipneia, esforço respiratório e/ou dispneia	( ) Sim, integralmente ( ) Parcialmente ( ) Não
3. Quanto a ocorrência de diminuição da atividade física, como correr ou brincar, devido a tosse, taquipneia, esforço respiratório e/ou dispneia	( ) Sim, integralmente ( ) Parcialmente ( ) Não
4. Quanto a ocorrência de tosse, “chiado no peito”, taquipneia, esforço respiratório e/ou dispneia quando ri, chora, brinca com animais ou é exposto a cheiros fortes ou fumaça	( ) Sim, integralmente ( ) Parcialmente ( ) Não
5. Quanto ao histórico próprio de dermatite atópica, rinite e/ou alergia alimentar	( ) Sim, integralmente ( ) Parcialmente ( ) Não
6. Quanto ao histórico familiar de asma, rinite, alergia alimentar, dermatite atópica e/ou outra doença respiratória	( ) Sim, integralmente ( ) Parcialmente ( ) Não
7. Quanto a ocorrência de 3 crises de sibilância por ano	( ) Sim, integralmente ( ) Parcialmente ( ) Não
Em seu atendimento do paciente com hipótese diagnóstica de asma, você:	
8. Utiliza os critérios de diagnóstico da GINA (*Global Initiative for Asthma*)?	( ) Sim, integralmente ( ) Parcialmente ( ) Não
9. Utiliza algum instrumento de diagnóstico e rastreio? Se sim qual?	( ) Sim, Qual? ( ) Não
10. Encaminha os seus pacientes para avaliação e tratamento fisioterapêutico?	( ) Sim ( ) Não
11. Em sua experiência clínica, qual é o maior desafio do diagnóstico da asma na primeira infância?	