**Opinião de Revisores**

Revisor B:  
  
A análise estatística está bem feita e é a adequada para o género de  
estudo que apresentam. No entanto na regressão logística devem apresentar  
a qualidade do ajustamento do modelo (por ex: teste de hosmer and Lemshow)  
ou análise de resíduos.

Não foi colocado, devido à limitação do número de tabelas permitido

Alguns pormenores que não estão claros. Relativamente às variáveis: PC e  
LPVQ porque é que não calcularam o OR?

* Como é conhecido o Odds Ratio é a **razão** entre a probabilidade de o evento ocorrer e a probabilidade de o evento não ocorrer. Pelo que, quer pelo cálculo manual quer pelo SPSS se um célula tiver zero, o OR tenderia para o infinito. Há algumas práticas usadas em que se acrescenta um determinado valor a todas as células mas pode estar traduizir-se por algum *bias* nos resultados. Por essa razão não foi calculado o ODDS ratio.
* (OR) measures the association between an outcome and a treatment/exposure.  Or in other words, a comparison of an outcome given two different groups (exposure vs. absence of exposure).
* OR is a comparison of two odds: the odds of an outcome occurring given a treatment compared to the odds of the outcome occurring without the treatment.
* Odds represent the probability of an event occurring divided by the probability of an event not occurring

<https://www.researchgate.net/institution/Kharazmi_University>

Nas tabelas em português deveriam apresentar o intervalo de confiança da  
seguinte maneira**: IC 95%.**  
  
corrigido  
------------------------------------------------------  
  
------------------------------------------------------  
Revisor D:  
  
Revisão do manuscrito intitulado Hemorragia peri-intraventricular grave -  
impacto na mortalidade e no neurodesenvolvimento aos 24 meses   
  
Relevância:  
  
A hemorragia peri-intraventricular grave é uma complicação da  
prematuridade associada a um prognóstico desfavorável em termos de  
neurodesenvolvimento.   
  
 O manuscrito é relevante para a prática clínica porque permite conhecer  
o prognóstico neurológico do grupo de doentes incluídos no período do  
estudo. Por outro lado o identifica  factores protectores  e de risco da  
HPIV, o que possibilita uma melhor abordagem dos RN em risco. O conhecimento  
da realidade nacional e dos diferentes centros relativamente a esta  
patologia, permite informar melhor as famílias e avaliar resultados.  
  
Quanto á estrutura do Manuscrito:  
Resumo: o resumo não reflecte os resultados do principal objectivo do  
estudo, são dados os resultados dos factores de risco de HPIV no período  
perinatal, contudo os resultados apresentados no resumo devem ser os da  
mortalidade e das alterações do neurodesenvolvimento aos 24 meses. Os  
restantes resultados deverão ser apresentados posteriormente no artigo. No  
manuscrito foi assinalado em forma de comentário os pontos a serem  
revistos.

Corrigido no resumo de acordo com a sugestão  
  
Métodos: descreve como os objectivos foram realizados contudo penso que  
deveria ser feita uma referência á fonte de origem dos dados, se estes  
foram obtidos através da consulta de processos ou se tiveram como base a  
Base de Dados dos Recém-nascidos Muito Baixo Peso. O desenho de estudo e a  
metodologia são apropriados para os objectivos. A análise estatística é  
adequada. No manuscrito foi assinalado em forma de comentário os pontos a  
serem revistos.

Referido no texto a origem dos dados

“Os dados foram obtidos a partir de uma base dados própria da Unidade e da consulta dos registos do SClínico”

 Sem referência a fonte de financiamento e sem conflitos de interesse

Foi realizada esta referência  
------------------------------------------------------  
  
------------------------------------------------------  
Revisor E:  
  
Considerações gerais  
  
Considero que o artigo se debruça sobre uma temática muito relevante para  
quem faz o acompanhamento deste grupo de crianças, nomeadamente a longo  
prazo. Tem a mais valia de explorar não só o impacto que a HPIV grave  
terá no neurodesenvolvimento futuro, mas também o contributo que a lesão  
da SB associada à hemorragia poderá fornecer. Tem por base um estudo  
caso-controlo, com casos e controlos emparelhados pela idade gestacional, e  
caracterizou um conjunto vasto de fatores, sustentado numa análise  
estatística cuidada.  
  
Resumo: adequado, ainda que a informação sobre a metodologia utilizada  
seja escassa.  
Métodos: Não obstante a mais valia de o estudo consistir num estudo caso  
controlo, do ponto de vista metodológico, o artigo apresenta várias  
limitações:  
  
- o termo défice intelectual/perturbação do desenvolvimento intelectual  
deve ficar reservado para crianças com idade superior a 5 anos, e o estudo  
aborda a avaliação do ND aos 24M, devendo-se neste caso designar por  
atraso do desenvolvimento psicomotor

Corrigido perturbação do desenvolvimento intelectual

Por *atraso global do DPM*, conforme sugerido  
  
- o teste The schedule of growing skills scale II é um teste de rastreio e  
não um teste de avaliação do desenvolvimento. Fornece-nos um perfil de  
desenvolvimento que pode ser comparado com a idade cronológica, mas não  
permite inferir desvios de padrão relativamente à média ou quocientes de  
desenvolvimento (QD). Segundo as instruções do próprio manual, quando o  
perfil de desenvolvimento se encontra desfasado em mais do que um intervalo  
de idades da folha de perfil estaremos perante um atraso significativo, mas  
este não é contabilizável ou traduzível num QD. Só um teste de  
avaliação como a escala de Ruth Griffiths ou Bayley permitem inferir esse  
tipo de resultados, não sendo, por isso, testes comparáveis.

Só avaliámos atraso moderado a grave, tendo sido assumido, pelo teste The schedule of growing skills scale II como um DPM desfasado em mais do que dois intervalos  
de idades da folha de perfil, em pelo menos duas subareas.

Foi corrigido no texto, na metodologia.  
  
- não foi fornecida nenhuma informação sobre os testes propriamente  
ditos, as várias subáreas avaliadas e por quem foram aplicados. Também  
não ficou estabelecido na metodologia que seria utilizado o quociente  
global, não foi definido em que é que este consiste, o que traduz e o  
porquê de utilizar apenas esta variável.  Este valor pode ser pouco  
informativo e pode não traduzir necessariamente um perfil adequado ou  
homogéneo.

Foram avaliadas todas as subáreas, mas dado que estávamos a analisar apenas défices graves, optámos por utilizar apenas os dados globais.  
  
- no que respeita à avaliação motora, o artigo faz referência à  
utilização da Classificação Internacional e do Gross motor Function  
Classification System aos 4-5 anos, mas não precisa como é que foi feita  
essa avaliação aos 24 meses para as crianças que ainda não alcançaram  
essa idade, deduzindo-se que se baseou na “impressão clínica”. A  
utilização do GMFCS poderia, por exemplo, ter sustentado essa avaliação.

Referido no texto:

“As crianças com alguma alteração motora são avaliadas e seguidas por equipa multidisciplinar que inclui neuropediatra. Nestas crianças, em que à data da realização do estudo tinham idade superior a 24 meses, identificámos aquelas a quem tinha sido atribuído o diagnóstico de paralisia cerebral, de acordo com a classificação internacional, pela equipa referida. Assumimos a ausência de PC perante a inexistência de algum grau de perturbação motora aos 24 meses”

Resultados: Foi realizada uma análise estatística adequada e cuidada, com  
identificação dos principais fatores de risco independentes, e do seu  
significado estatístico.  
  
O óbito ou défice grave do neurodesenvolvimento foram significativamente  
superiores nos RN com HPIV grau IV ou com HPIV grau III com LPQV associada,  
em relação aos controlos, contrariamente à HPIV grau III sem LPVQ que  
não mostrou diferenças no neurodesenvolvimento. Este resultado é muito  
interessante e relevante.  
  
Contudo, também neste sector se verificaram algumas limitações, por  
exemplo:  
  
- Não obstante o método de avaliação do ND utilizado, desconhece-se  
quantas crianças fizeram cada tipo de teste, o que teria sido informativo  
relativamente ao substrato em que se basearam estes resultados.

- Foi incluída uma criança que faltou à avaliação dos 24 meses, sendo  
metodologicamente incorreto inferir que o seu desenvolvimento será adequado  
nessa idade, baseando-se na premissa que aos 12 meses seria normal (e nesta  
idade, foi avaliado com base em que instrumento?)

Nós avalíamos no nosso trabalho alterações moderadas a graves ou ausência destas e inferimos que uma criança que aos 12 meses tem um DPM adequado pelo teste de GS com grande probabilidade não apresentará alteracões graves do DPM aos 24 meses.   
   
Discussão: A discussão está bem construída e rica no que respeita aos  
vários fatores que demonstraram impacto no neurodesenvolvimento. Todavia,  
assume como um dos pontos fortes do estudo a avaliação da repercussão no  
neurodesenvolvimento, mas a forma como foi avaliado esse mesmo  
neurodesenvolvimento é uma das fragilidade deste trabalho e não é  
discutida.   
  
 As limitações deste estudo dizem respeito ao facto de se tratar de uma análise retrospectiva e de, a avaliação do neurodesenvolvimento usar, numa proporção significativa de casos, o teste de SGS-II (teste de rastreio) ainda por se reportar a uma idade precoce (24 meses).  
  
Tabelas  
  
Na tabela II e III, deveria constar na legenda o que foi definido com  
défice grave para facilitar a leitura.  
  
   
Recomendação de publicação  
  
Não recomendada, as falhas metodológicas invalidam a sua publicação.    
  
  
------------------------------------------------------  
  
------------------------------------------------------

Revisor F:  
  
RELEVÂNCIA: O trabalho de investigação aborda um tema importante na área  
da Neonatologia, Pediatria e Neurologia Pediátrica, e apresenta resultados  
que poderão ser importantes na definição do prognóstico de  
recém-nascidos com Hemorragia Peri-interventricular (HPIV), pelo que  
poderá ajudar os profissionais de saúde a reconhecer alguns fatores de  
prognóstico.  
  
ESTRUTURA DO MANUSCRITO  
• Título: O título sumariza bem o manuscrito. Tem extensão adequada, é  
conciso, e transmite os principais objetivos do estudo. Existem algumas  
diferenças entre as versões do título em Inglês e Português,  
nomeadamente no que concerne a referência do “premature infants” no  
título em Inglês, e do “aos 24 meses” no título em Português.  
Recomendo, portanto, uma uniformização das duas versões do título,  
especialmente a inclusão de uma expressão semelhante a “premature  
infants” no título em Português, o qual ajudará a esclarecer a  
população do estudo.  
• Resumo: O resumo (em ambas as suas versões) encontra-se bem  
estruturado, e sumariza o conteúdo de uma forma eficiente, refletindo, de  
forma fiel, o conteúdo do corpo do manuscrito.  
• Introdução: A introdução tem uma extensão adequada, e apresenta os  
tópicos de uma forma organizada, dando não só uma contextualização  
adequada sobre HPIV, mas também uma referência, apesar de breve, às  
principais lacunas da área, que justificam, por conseguinte, a necessidade  
do presente estudo. Recomendo uma melhor exploração dos problemas do  
conhecimento científico atual, e de que forma o presente estudo  
tentará/poderá colmatá-las. O objetivo do estudo encontra-se claramente  
descrito. De um ponto de vista gramatical recomenda-se a escrita de  
“recém-nascidos pré-termo” (expressão que aparece duas vezes nesta  
secção), assim como a utilização de uma expressão alternativa a  
“cofatores confundentes”.

Corrigido:  
“ O Objetivo deste trabalho foi avaliar a mortalidade e o neurodesenvolvimento aos 24 meses de idade dos RNPT com HPIV grave, com ajustamento para os cofactores que possam influenciar os resultados...”

• Métodos: A secção encontra-se bem organizada, e com extensão  
adequada. Apesar de ser referido que o estudo é um “estudo de  
caso-controlo”, a leitura do mesmo não parece corroborar tal afirmação,  
uma vez que o presente estudo, apesar de poder ser retrospetivo conforme  
sugerem os autores na Discussão, informação que também deverá ser  
melhor descrita na secção de Métodos, seleciona indivíduos com base na  
presença de HPIV grave e sem HPIV (exposure), estudando-os no que respeita  
a outcomes posteriores, nomeadamente a mortalidade e o neurodesenvolvimento  
aos 24 meses – indicando que este seja um estudo de coorte (prospetivo ou  
retrospetivo). Nesse caso, a terminologia “casos” e “controlos”  
deverá ser alterada ao longo de toda a extensão do estudo.

Recomenda-se,  
portanto, uma resposta no corpo do artigo às seguintes questões,  
essenciais para a definição da direccionalidade e tipo do estudo: Em que  
momento foram selecionados os recém-nascidos com HPIV, e sem HPIV? Foram  
selecionados aquando o respetivo nascimento, ou no tempo presente,  
retrospetivamente, com recurso a uma base de dados hospitalar/consulta dos  
registos clínicos?

Como foram recolhidos e consultados os dados  
clínico-demográficos maternos e perinatais? Foram recolhidos aquando o  
nascimento para serem utilizados no presente estudo, ou foram obtidos a  
posteriori através da análise/consulta dos registos clínicos dos doentes?

Corrigido no texto:

“Os dados foram obtidos a partir de uma base dados própria da Unidade e da consulta dos registos do SClínico, quer a seleção dos casos e controlos, quer os dados clínico-demográficos maternos e perinatais, assim como a análise do neurodesenvolvimento.

Tratando-se de um estudo retrospetivo os recém-nascidos com HPIV grave foram selecionados no momento do estudo, tendo sido incluídos todos os casos registados. Foram selecionados dois controlos com a mesma idade gestacional, sem HPIV, internados imediatamente após o caso e registados na base de dados.

Como foram obtidos os dados relativos ao neurodesenvolvimento e mortalidade  
aos 24 meses? Foram estes dados recolhidos propositalmente para o presente  
estudo? Que procedimentos foram tidos em consideração para colmatar  
possíveis falhas de informação, ao nascimento, ou aos 24 meses? Que  
medidas foram aplicadas para evitar ou colmatar perdas no follow-up?

Resposta:

Todos as crianças que nasceram com idade gestacional inferior a 32 semanas ou com peso de nascimento inferior a 1500 gramas são seguidas numa consulta de follow-up neurológico da nossa Maternidade e os dados registados no SClínico, sendo a perda de follow up inferior a 10%(\*)(quando estas crianças faltam à consulta são reconvocadas para posterior avaliação). Para a avaliação do neurodesenvolvimento psicomotor, aos 24 meses, recorreu-se à escala *The* *schedule of growing skills scale* II (SGS-II) (27), nos primeiros 5 anos do trabalho e à escala de desenvolvimento mental de Ruth Griffiths (RG) (28), realizada nos últimos 5 anos do estudo e procedimento atual na nossa Unidade, sendo estas escalas aplicadas por uma técnica com formação adequada para a sua aplicação.

(\*) – há uma publicação dos autores mostrando estes dados

A população do estudo encontra-se bem definida, no entanto recomenda-se a  
referência do nome do Hospital/Unidade de Saúde de onde foi recolhida a  
amostra.

Colocado no texto:

Estudo observacional, analítico, caso-controlo, realizado numa população de recém-nascidos pré-termos internados na Unidade de Cuidados intensivos da Maternidade Bissaya Barreto – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

O método de amostragem não se encontra explicitamente descrito  
nesta secção, pelo que se recomenda a inclusão de uma menção de que  
foram recrutados/selecionados todos os indivíduos internados de jan 2006 a  
dez 2015 da respetiva instituição de saúde que cumpriam os critérios de  
inclusão, ou se foi utilizado algum método de amostragem. Não é feita  
qualquer referência a aprovação por parte de uma Comissão de Ética para  
a utilização dos dados clínicos dos doentes, ou se os participantes (ou  
neste caso os seus representantes legais) consentiram a recolha e  
utilização desses dados. Critérios de inclusão e exclusão encontram-se  
definidos.

Foram incluídos todos os casos de HPIV grave diagnosticados na nossa Unidade, no período referido.  
  
As diferentes variáveis clinico-demográficas maternas, perinatais e as  
variáveis de outcome encontram-se definidas objetivamente. Deve ser, no  
entanto, referido explicitamente a forma como foram recolhidos os dados  
relativos ao neurodesenvolvimento, assim como as restantes variáveis de  
outcome, especialmente no que respeita a ocultação (blinding) em relação  
aos objetivos do estudo dos investigadores/profissionais que efetuaram essas  
medições.  
  
A metodologia estatística encontra-se descrita com algum detalhe, no  
entanto, permanece a dúvida acerca da verificação prévia da assunção  
da normalidade antes de ter sido aplicado o teste t, especialmente  
encontrando-se as variáveis descritas utilizando medianas na secção  
“Resultados”.

O teste t foi aplicado ao peso e idade gestacional (naturalmente na comparação de médias e após verificação da normalidade). A colocação de medianas no texto foi objetivo, para podermos dar informação complementar e, por outro lado, não repetirmos dados apresentados na tabela.

Desta forma, é necessário esclarecer se as variáveis em  
questão se apresentavam normalmente distribuídas, caso contrário,  
te-se-rá de efetuar um teste equivalente não-paramétrico, como o teste de  
Mann–Whitney U para avaliar as diferenças entre os grupos. Sugere-se  
também a inclusão de mais informação no que concerne a construção do  
modelo logístico.  
  
De uma forma geral, a metodologia e o desenho do estudo parecem adequados  
para responder à questão de investigação. No entanto os tópicos  
mencionados anteriormente devem encontrar-se mencionados de forma explicita  
no manuscrito, uma vez que eles poderão elucidar os leitores acerca de  
algumas possíveis limitações, vieses, ou falhas metodológicas que  
poderão, ou não, ter ocorrido, em especial no que respeita a  
clarificação e correta identificação do tipo de estudo, e a  
clarificação dos métodos estatísticos utilizados, pelo que se esta  
secção deverá ser alvo de revisões major.  
  
Outras questões adicionais podem ser respondidas nesta secção, como por  
exemplo: Os investigadores efetuaram algum cálculo do tamanho amostral? Se  
sim, como foi efetuado? Poderão ser também utilizados outras metodologias  
estatísticas, como análise de sobrevivência, nomeadamente para a  
variável de outcome mortalidade.

Não foi utilizada nenhum cálculo do tamanho amostral, uma vez que foi analisada toda a população de HPIV no período abordado.

• Resultados: São corretamente apresentados os dados relativos ao  
processo de seleção dos participantes, complementados com a Figura 1,  
assim como a amostra do estudo.  
  
No que respeita as características perinatais e maternas, os dados  
apresentam, ocasionalmente, medidas distintas das apresentadas na Tabela I  
(e.g. mediana utilizada no texto para a idade gestacional e peso ao  
nascimento, enquanto que na Tabela I é utilizada a média para as mesmas  
variáveis). Apesar disso, o texto e a Tabela I parecem complementar-se sem  
haver repetição da totalidade dos dados da tabela no corpo do manuscrito.  
Devem ser corrigidos alguns parênteses ao longo da pág. 10.  
  
No corpo do manuscrito é referido que uma das crianças foi perdida no  
follow-up, no entanto, os restantes dados parece indicar que a mesma terá  
sido incluída no estudo juntamente com as restantes crianças que foram  
avaliadas aos 24 meses. Este procedimento não deverá ser efetuado, e esta  
criança deverá ser excluída da análise aos 24 meses, uma vez que  
introduzirá uma importante falha metodológica, e um viés de informação.  
Considerámos esta criança pelo facto de estarmos a avaliar défice **grave** de neurodesenvolvimento aos 24 meses e sabendo que esta criança tinha aos 12 meses um DPM adequado, admitimos que aos 24 meses não seria provável ter uma alteração grave do DPM.  
Deverão ser referidas explicitamente quais as variáveis utilizadas para o  
ajustamento do OR, especialmente tendo em conta o pequeno tamanho amostral,  
e a possibilidade de terem sido incluídas demasiadas variáveis no modelo  
de regressão.

Variáveis utilizadas para o ajustamento:  
  
De um modo geral a secção apresenta uma extensão adequada, e uma  
estrutura organizada. Recomenda-se a substituição dos tempos verbais na  
primeira pessoa do plural (e.g. tivemos e obtivemos) por expressões como  
“obteve-se” ou “foram encontrados”. As figuras e tabelas  
apresentadas parecem complementar adequadamente os dados apresentados, e a  
sua análise poderá ser encontrada na secção respetiva. Recomenda-se  
algumas alterações major na secção, assim como uma nova análise dos  
outcomes aos 24 meses, com a exclusão do participante que não concluiu com  
sucesso o período de follow-up.  
• Discussão: Discussão bem organizada e estruturada, e com extensão  
adequada, apesar de poder ser encurtada. Autores comentam adequadamente os  
resultados obtidos em relação/face ao conhecimento/resultados obtidos em  
outros estudos, seguindo uma estrutura semelhante à apresentada na secção  
dos Resultados, o que facilita a interpretação dos dados por parte dos  
leitores.  
  
Os autores referem algumas possíveis limitações do estudo, no entanto,  
esta parte deverá conter uma reflexão mais profunda nomeadamente no que  
concerne a representatividade da amostra, e o processo de escolha do grupo  
de controlo, a possibilidade de vieses de seleção, informação,  
confundimento, e as potenciais influências destes fatores na validade  
interna e externa do estudo, assim como na generalização dos seus  
resultados. Também deverão ser discutidas os esforços dos autores para  
prevenir possíveis vieses. O tamanho amostral também deverá ser discutido  
nesta secção.

Já respondido em relação à amostra  
  
No que respeita os pontos fortes apresentados, os autores deverão refletir  
de igual modo de que forma é que os pontos apresentados constituem  
necessariamente pontos fortes (e.g. os controlos foram selecionados tendo  
por base apenas a idade gestacional, por um método de amostragem não  
aleatório, sendo que outras variáveis demográficas e clínicas, como o  
género, poderiam também ter sido utilizadas para esta seleção/matching),  
assim como uma reflexão dos pontos fortes apresentados, em especial, quando  
comparados com (as limitações de) estudos posteriores.  
  
Os autores referem adequadamente áreas que poderão ser melhoradas com  
estudos posteriores, e comentam brevemente as implicações dos resultados  
do presente estudo. Deverão também discutir a possibilidade  
generalização dos dados obtidos, quer para a população portuguesa, quer  
para outras populações. Recomendo uma revisão e alterações minor a esta  
secção.

Conclusáo

O nosso estudo revelou maior mortalidade e sequelas graves do neurodesenvolvimento, nas criançascom HPIV de grau IV ou grau III com LQPV, podendo assim dar algum contributo para os neonatologistas portugueses na informação a dar os pais de RN com esta patologia, na fase aguda da doença

Salientamos a importância da realização de um estudo multicêntrico, prospetivo e de seguimento a longo prazo destes RNPT, para avaliar o real impacto das HPIV graves, com e sem envolvimento parenquimatoso, podendo assim ajudar os neonatologistas a informar mais adequadamente, na fase aguda da doença, os pais de RN com esta patologia.

Até aqui  
• Referências: Revisão literária aparentemente adequada, e referências  
corretamente referidas ao longo do manuscrito, e corretamente citadas nesta  
secção, aparentemente seguindo o estilo recomendado pela AMP.  
• Tabelas / Figuras:  
  
Figura I: O título é conciso e reflete o conteúdo da figura, que é  
autoexplicativa. Recomenda-se a utilização da forma “(n=XX)” para os  
valores de frequência absoluta apresentados. Deverão ser apresentados  
adicionalmente os seguintes dados: Número de indivíduos avaliados para  
elegibilidade, Número de prematuros com HPIV encontrados, Número de  
prematuros com HPIV excluídos (indicar razões), assim como especificar que  
os 123 indivíduos correspondem aos incluídos no estudo. Recomenda-se  
também apresentar outros dados complementares como a referência de que os  
dados dizem respeito aos óbitos e sobrevivência aos 24 meses. Caso esses  
dados existam, poderão também incluir quantos dos óbitos registados dizem  
respeito a mortes que ocorram no período perinatal, 1.º ou 2.º ano de  
vida. As perdas de follow up referidas deverão ser incluídas no  
fluxograma.

Corrigido o fluxograma e as tabelas  
  
Tabela I: Tabela com título adequado e conciso, e que reflete o conteúdo  
da tabela, no entanto, as abreviaturas não deverão ser utilizadas no  
título. Tabela autoexplicativa. Relativamente aos testes estatísticos  
utilizados, e à nota (\*) recomenda-se, alternativamente ao apresentado, a  
menção individualmente, à frente de cada valor de p, da respetiva nota de  
rodapé com o teste estatístico que foi utilizado para cada respetiva  
comparação, i.e., uma nota de rodapé à frente de cada valor de p e  
específica para cada comparação corretamente identificando o teste  
utilizado em separado, em todas as comparações efetuadas, ao invés de uma  
nota de rodapé comum que agrega todos os testes (e.g. \*Qui-quadrado,  
†teste exato de Fisher, ‡teste T para amostras independentes, §teste  
Mann-Whitney U). O valor de p relativo à comparação da idade gestacional,  
apesar de se poder aproximar de 1, não deverá ser exatamente 1, pelo que  
se recomenda apresenta-lo como >0.99. O valor de p para a comparação do  
nível educacional deverá constar apenas uma vez (e.g. na linha relativa ao  
Nivel Educacional) e não repetido 3 vezes nas linhas subjacentes. Sugere-se  
também a inclusão de que medidas foram contidas no modelo de regressão  
logística e do qual originou o aOR. Sugere-se a utilização da seguinte  
estrutura (uniformemente) para variáveis numéricas: Nome da Variável  
(unidades de medida) medida de tendência central (medida de dispersão) –  
e.g. Idade materna (anos) mediana (min-máx). Para variáveis categóricas,  
recomenda-se o seguinte: Nome da Variável n(%) – e.g. Primípara n(%).  
Consultar secção “Apresentação” em baixo devido ao comentário  
global acerca do uso de abreviaturas. Por favor note que IG e PN  
apresentam-se nesta legenda em duplicado.  
  
As Tabelas II a IV deverão ser alvo de todas as alterações referidas  
previamente e que respeitavam à Tabela I, quer na não utilização de  
abreviaturas no título, às respetivas alterações no corpo da tablea, e  
notas de rodapé. De notar que se recomenda a seguinte estrutura para o  
valor de n: (n=XX), sendo este comentário específico para as Tabelas II a  
IV. Recomenda-se também uma uniformização do aspeto gráfico e de  
apresentação da informação entre tabelas, nomeadamente um aspeto  
semelhante ao da Tabela I.  
  
Relativamente à Tabela IV recomenda-se adicionalmente uma alteração da  
ordem das colunas por forma a facilitar a leitura da mesma: (1) Controlos;  
(2) HPIV grau III com LPVQ, (3) HPIV grau III com LPVQ vs. Controlos (não  
necessita de título específico para esta coluna, pelo que a menção de  
que se está a comparar com o Controlo poderá ser feita por via de uma nota  
de rodapé (\*)), (4) HPIV grau III sem LPVQ, (5) HPIV grau III sem LPVQ vs.  
Controlos (idem), (6) HPIV IV, (7) HPIV IV vs. Controlos (idem).  
• Financiamento/Conflitos de Interesse: Não é referido no texto do  
manuscrito quaisquer fontes de financiamento (se alguma) ou potenciais  
conflitos de interesse dos autores (se algum). Considerar fornecer tal  
informação, mesmo que não exista financiamento, ou conflitos de  
interesse.  
  
APRESENTAÇÃO: O manuscrito compreende-se, na sua maioria, facilmente, e  
apresenta uma estruturação lógica adequada, assim como tabelas  
organizadas e de fácil compreensão (ver secção Tabelas). Deverá, no  
entanto, ser alvo de uma uniformização no concerne a utilização de  
abreviaturas, uma vez que, de uma forma geral, apresenta (1) abreviaturas  
diferentes para o mesmo termo (e.g. LPVQ (Abstract; pág. 9-16), LQPV (pág.  
8) e LPQV (pág. 12), ou IC 95% (pág. 9), 95%IC (pág. 11) e 95%CI (Tabelas  
I e III); (2) a mesma abreviatura para termos diferentes (e.g. PC como  
Paralisia Cerebral (pág. 8), e PC como Perímetro Cefálico (Tabela I));  
(3) uma utilização inconsistente de abreviaturas e da sua forma extensa no  
manuscrito (e.g. Idade Gestacional, Paralisia Cerebral e Peso de  
Nascimento); (4) a não definição de algumas abreviaturas no manuscrito  
antes da sua utilização (e.g. RN (pág. 6), CRIB (pág. 7), QGD (pág.  
11), QD (pág. 11), RNMBP (pág. 12)); (5) a presença no texto principal do  
manuscrito de abreviaturas para termos que não serão repetidos vezes  
suficientes e que justifiquem a utilização de abreviaturas (e.g. RNMBP,  
ENC, DBP, GMFCS, PCA); (6) abreviaturas definidas duas vezes de forma  
inconsistente no manuscrito (e.g. leucomalácia quística (pág. 8) e  
leucomalácia periventricular quística (pág. 11)); assim como (7) falta de  
definição de abreviaturas na legenda de certas tabelas (Tabela I: DBP,  
LPVQ, TET, CI e aOR; Tabela II: RN e QGD; Tabela III: RN; Tabela IV: CI e OR  
não são referidos na tabela, apesar de descitos na legenda). Recomenda-se,  
portanto, a correção dos casos enunciados, assim como de outros não  
referidos. Uma correção de alguns erros ortográficos como, por exemplo,  
substancia (pág. 6), estrogênios (pág. 13), ou Ìndice (Tabela I), é  
recomendada. Outras recomendações sobre a apresentação poderão ser  
encontradas nas secções anteriores.