



UNISUL

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

CAMILA DOS REIS CORÁ

**PREVALÊNCIA DE ASMA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS MAIORES DE
DOIS ANOS PREVIAMENTE DIAGNOSTICADOS COM SÍNDROME DO
LACTENTE SIBILANTE EM UM AMBULATÓRIO-ESCOLA NO SUL DE
SANTA CATARINA**

Tubarão

2018

CAMILA DOS REIS CORÁ

**PREVALÊNCIA DE ASMA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS MAIORES DE
DOIS ANOS PREVIAMENTE DIAGNOSTICADOS COM SÍNDROME DO
LACTENTE SIBILANTE EM UM AMBULATÓRIO-ESCOLA NO SUL DE
SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Medicina como requisito parcial ao grau
de Médico.

Universidade do Sul de Santa Catarina.

Orientador: Profa Kellen Meneghel de Souza, MSc.

Tubarão
2018

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
MÉTODOS	8
RESULTADOS	9
DISCUSSÃO	13
CONCLUSÃO	16
REFERÊNCIAS.....	18
APÊNDICE 1	20
ANEXO 1	21
ANEXO 2	24

PREVALÊNCIA DE ASMA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS MAIORES DE DOIS ANOS PREVIAMENTE DIAGNOSTICADOS COM SÍNDROME DO LACTENTE SIBILANTE EM UM AMBULATÓRIO-ESCOLA NO SUL DE SANTA CATARINA

ASTHMA PREVALENCE IN PEDIATRIC PATIENTS GREATER THAN TWO YEARS PREVIOUSLY DIAGNOSED WITH SIBILANT INFANT SYNDROME IN A SCHOOL AMBULATORY IN THE SOUTH OF SANTA CATARINA

Camila dos Reis Corá¹

Kellen Meneghel de Souza²

1. Acadêmica de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina.
2. Mestre em Ciências da Saúde, especialista em pediatria, professora da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Instituição à qual o trabalho é atribuído: Universidade do Sul de Santa Catarina.

Endereço para correspondência: Camila dos Reis Corá. Av. José Acácio Moreira, nº 787, Dehon, Tubarão-SC, CEP 88704-900. Email: crc.cora@gmail.com

Não há fonte de financiamentos ou conflito de interesses.

RESUMO

INTRODUÇÃO: sibilância é uma queixa comum no consultório da pediatria, com íntima relação com infecções virais. A precocidade e a persistência desse sintoma estão relacionadas com o desenvolvimento de asma em idade escolar. Aproximadamente entre 50-80% das crianças que são diagnosticadas com asma iniciaram com sintomas antes dos cinco anos de vida. Dessa forma, em razão da alta prevalência de asma na infância e da precocidade e da frequência do sintoma de sibilância, o presente estudo pretende estudar quantos bebês chiadores tornam-se definitivamente asmáticos, além de relacionar essa prevalência com outras variáveis de característica da população estudada. **MÉTODOS:** estudo de delineamento transversal. Foram incluídos todos os pacientes entre dois e 18 anos incompletos, atendidos no Ambulatório Médico de Especialidades Integradas (AMEI) da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), que tiveram diagnóstico de síndrome do lactente sibilante. O questionário foi estruturado pelos autores e os dados sobre o diagnóstico de asma, o episódio de sibilância, características demográficas, pessoais, familiares e ambientais foram extraídos dos prontuários. **RESULTADOS:** foram analisados 144 prontuários, com média de idade de 6,5 anos ($DP \pm 3,68$ anos). A prevalência de asma nos lactentes sibilantes foi de 65,3%. A média de idade do primeiro sibilo foi de 9,53 meses ($DP \pm 7,12$ meses), sendo 67,4% dos casos associado à infecção de vias aéreas superiores (IVAS). A maioria da população estudada era do sexo masculino, possuía um irmão, frequentava creche, não tinha história familiar nem de atopia nem de asma e foi amamentada exclusivamente até os seis meses. Além disso, 80% das crianças com histórico pessoal de atopia receberam o diagnóstico definitivo de asma. Em relação ao nível de controle da doença, 51,4% foi classificada como asma controlada. **CONCLUSÃO:** no presente estudo, a maioria das crianças que receberam o diagnóstico final de asma não teve primeiro sibilo associado à IVAS, amamentou por mais tempo (exclusivamente ou não) e tinha histórico pessoal de rinite, dermatite atópica e/ou eczema. Entretanto, no modelo logístico de análise multivariada, a única variável que persistiu como fator de risco foi a de história de atopia na criança.

Descritores: lactente sibilante, asma, atopia

ABSTRACT

ABSTRACT: wheezing is a common complaint in the pediatrics practice, closely related to viral infections. The precocity and persistence of this symptom are related to the development of school-age asthma. Approximately 50-80% of children who are diagnosed with asthma have started with symptoms before the age of five years. Thus, due to the high prevalence of childhood asthma and the precocity and frequency of the wheezing symptom, the present study intends to study how many squeeze babies become definitively asthmatic, in addition to correlating this prevalence with other characteristic variables of the studied population. **METHODS:** This is a cross-sectional study. We included all patients between two and 18 years of age, who were attended at the Integrated Specialties Medical Outpatient Clinic (AMEI) of the Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), who had a diagnosis of wheezing syndrome. The questionnaire was structured by the authors and the data on the diagnosis of asthma, the episode of wheezing, demographic, personal, family and environmental characteristics were extracted from the medical records. **RESULTS:** 144 medical records were analyzed, with a mean age of 6.5 years ($SD \pm 3.68$ years). The prevalence of asthma in wheezing infants was 65.3%. The mean age of the first wheezing was 9.53 months ($SD \pm 7.12$ months), 67.4% of cases being associated with upper airway infection (RAI). The majority of the population studied was male, had a brother, attended daycare, had no family history of atopy or asthma and was exclusively breastfed until six months. In addition, 80% of children with a personal history of atopy received the definitive diagnosis of asthma. Regarding the level of disease control, 51.4% was classified as controlled asthma. **CONCLUSION:** most of the children who received the final diagnosis of asthma had no first wheezing associated with upper respiratory infection, breastfed for longer (exclusively or not) and had a personal history of rhinitis, atopic dermatitis and / or eczema. However, in the logistic model of multivariate analysis, the only variable that persisted as a risk factor was the history of atopy in the child.

Keywords: wheezing infant, asthma, atopy

INTRODUÇÃO

A sibilância é um sintoma respiratório comum na infância e uma queixa frequente nos consultórios. Possui etiologia multifatorial, incluindo fatores genéticos, imunológicos e ambientais, além de uma íntima relação com infecções virais¹. Cerca de 40% das crianças com primeiro episódio de sibilo precoce persistirão sibilando até os seis anos de idade. A precocidade e a persistência desse sintoma estão relacionadas com o desenvolvimento de asma em idade escolar².

Existem diversos fatores de risco para o desenvolvimento de sibilância precoce, tais como: prematuridade, tabagismo materno na gestação ou passivo após o nascimento, sexo masculino, infecções respiratórias – principalmente pelo vírus sincicial respiratório – e história familiar de asma ou outras atopias. Além disso, há relação entre o aparecimento dos sibilos no primeiro ano de vida e a sensibilização precoce a alimentos, a função pulmonar reduzida e a eosinofilia – com posterior persistência destes².

A Síndrome do Lactente Sibilante – também conhecida como Síndrome do Bebê Chiador – é definida como crianças menores de dois anos que apresentam quadro de sibilância contínua há pelo menos um mês ou, no mínimo, três episódios de sibilo em dois meses. Várias podem ser as causas de sibilância recorrente na infância, incluindo a asma³.

Aproximadamente 50-80% das crianças que recebem o diagnóstico definitivo de asma apresentaram sintomas nos primeiros cinco anos de vida⁴. Por isso, identificar lactentes sibilantes com risco de desenvolver asma é uma questão importante e desafiadora. Ela é uma doença inflamatória crônica, comum na pediatria, que acomete 24,3% das crianças em idade escolar e 19% dos adolescentes, no Brasil⁵.

A asma é caracterizada por resposta exagerada das vias aéreas inferiores a estímulos – físicos, químicos e farmacológicos –, acarretando limitação do fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com medicação⁶. Apresenta como principais sintomas sibilos, dispneia, sensação de aperto no peito e tosse⁵.

A prevenção do primeiro episódio de sibilo nos primeiros dois anos de vida, assim como o diagnóstico e o tratamento precoces têm implicações diretas na função pulmonar e na morbimortalidade. Dessa forma, em razão da alta prevalência de asma na

infância e da frequência e precocidade do sintoma de sibilância, o presente estudo pretende estudar quantos bebês chiadores tornam-se asmáticos definitivamente, assim como suas características pessoais e familiares. Conhecendo o perfil destas crianças podemos traçar estratégias para a prevenção da sibilância precoce nos grupos mais suscetíveis e assim, talvez, reduzir a evolução para asma na segunda infância.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de delineamento transversal.

Foram incluídos no estudo todos os pacientes entre dois e 18 anos incompletos, com diagnóstico de síndrome do lactente sibilante, atendidos no Ambulatório Médico de Especialidades Integradas (AMEI) da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), em Tubarão, Santa Catarina.

Foram excluídos da amostra os pacientes cujos prontuários não possuíam informações para o preenchimento de pelo menos metade dos itens do questionário e os que possuíam doença crônica pulmonar associada à sibilância, como fibrose cística e doença pulmonar intersticial, assim como doença de refluxo gastroesofágico.

O questionário foi estruturado pelos autores e os dados sobre o diagnóstico de asma, o episódio prévio de sibilância, características demográficas, pessoais, familiares e ambientais foram extraídos dos prontuários. A coleta só iniciou a partir da aprovação do Comitê de ética em Pesquisa (CEP-UNISUL) e das assinaturas da Declaração de Ciência e de Concordância das Instituições envolvidas, do Termo de Autorização e Compromisso para Uso de Prontuários e da dispensa do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, por se tratar de pesquisa em prontuário sem contato direto com o paciente.

Os dados foram armazenados numa planilha do Excel e posteriormente transferidos para o programa SPSS 20.0 para análise. Os dados numéricos foram apresentados em média e desvio padrão e os dados categóricos em frequências absolutas e parciais. Para comparar a diferença entre a presença de asma foi utilizado o teste ANOVA one way para os dados numéricos, e para os dados categóricos, foi utilizado o teste de qui-quadrado. Foi realizada regressão logística multivariada, para obtenção do odds ratio ajustado. O intervalo de confiança foi de 95%, com nível de significância estatística de 5%.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Unisul no dia 20 de dezembro de 2017, sob o número de parecer 2.449.598.

RESULTADOS

Foram analisados 144 prontuários de crianças acompanhadas no AMEI-Unisul que possuíam diagnóstico de síndrome do lactente sibilante. A idade das crianças estudadas variou entre dois e 16,7 anos, com média de 6,5 anos ($DP \pm 3,68$).

A prevalência dos asmáticos que sibilaram antes dos dois anos de idade foi de 65,3%. A idade do primeiro sibilo variou entre 20 dias e 23 meses, com média de 9,56 meses ($DP \pm 7,12$).

O perfil epidemiológico da população estudada está descrito na tabela 1.

Tabela 1 – perfil epidemiológico

	N (%)
Sexo	
Masculino	76 (52,8)
Feminino	68 (47,2)
Número de Irmãos	
Nenhum	47 (32,6%)
Um	60 (41,7%)
Dois ou mais	31 (21,6%)
Frequenta Creche	
Sim	99 (68,8%)
Não	19 (13,2%)
1º sibilo associado à IVAS	
Sim	97 (67,4%)
Não	47 (32,6%)
História de atopia familiar	
Sim	51 (35,6%)
Não	85 (59%)
Atopia na Criança	
Sim	80 (55,6%)
Não	55 (38,2%)
História de asma familiar	
Sim	43 (29,8%)
Não	92 (63,9%)
Amamentação entre os zero e seis meses	

Leite materno exclusivo	65 (45,1%)
Aleitamento materno complementado	59 (41%)
Fórmula desde o nascimento	11 (7,7%)
Exposição à fumaça de cigarro	
Sim	18 (12,5%)
Não	69 (47,9%)
Exposição ambiental no primeiro ano de vida	
Sim	
Não	42 (29,1%)
	45 (31,3%)
Controle da asma	
Controlada	74 (51,4%)
Parcialmente controlada	16 (11,1%)
Não controlada	4 (2,8%)
Diagnóstico definitivo de asma	
Sim	94 (65,3%)
Não	50 (34,7%)
Idade (anos)[#]	6,5±3,7
Idade Gestacional (semanas)[#]	37,7±2,51
Peso ao nascer (gramas) [#]	3.144,9±644,778
Idade do primeiro sibilo (meses) [#]	9,56±7,12

média (±desvio padrão)

Quando as variáveis de característica da população foram relacionadas com o diagnóstico definitivo ou não de asma, percebeu-se que, das 47 crianças que não tiveram primeiro sibilo associado à infecção de vias aéreas superiores (IVAS), 76,6% delas receberam diagnóstico posterior de asma ($p=0,047$). Também, o tempo médio, em meses, de aleitamento materno (exclusivo ou complementado) nos menores asmáticos foi maior que nos que não persistiram a sibilância após os dois anos de idade ($3191,09 \pm 585,67$ vs $8,59 \pm 13,4$), com $p=0,042$.

Além disso, no presente estudo, 80% dos pacientes com histórico de atopia (rinite, dermatite atópica e eczema) persistiram com o quadro de sibilo após os dois anos de idade ($p<0,001$). As comparações das variáveis de características da amostra estão comparadas com o diagnóstico de asma na tabela 2.

Tabela 2 – comparação das variáveis de característica populacional com diagnóstico de asma

	COM ASMA	SEM ASMA	P
	N(%)	N(%)	
Sexo			
Masculino	51 (67,1%)	25 (32,9%)	0,626
Feminino	43 (63,2%)	25 (36,8%)	
Frequenta creche			
Sim	68 (68,7%)	31 (31,3%)	0,176
Não	10 (52,6%)	9 (47,4%)	
1º sibilo associado à IVAS			
Sim	58 (59,8%)	39 (40,2%)	0,047
Não	36 (76,6%)	11 (23,4%)	
Atopia na criança			
Sim	64 (80%)	16 (20%)	<0,001
Não	28 (50,9%)	27 (49,1%)	
História de asma familiar			
Sim	32 (74,4%)	11 (25,6%)	0,285
Não	60 (65,2%)	32 (34,8%)	
Aleitamento entre zero e seis meses			
Exclusivo	44 (67,7%)	21 (32,3%)	0,353
Não exclusivo	42 (60%)	28 (40%)	
Exposição ambiental no primeiro ano de vida			
Sim	26 (61,9%)	16 (38,1%)	0,976
Não	28 (62,2%)	17 (37,8%)	
Exposição à fumaça de cigarro			
Sim	10 (55,6%)	8 (44,4%)	0,381
Não	46 (66,7%)	23 (33,3%)	
Peso ao nascer (gramas) [#]	3191,09±585,67	3056,54±743,932	0,253
Tempo de aleitamento (meses) [#]	13,66±13,86	8,59±13,4	0,042
IG (semanas) [#]	37,9±2,3	37,4±2,8	0,257

média (±desvio padrão)

Entretanto, quando retirado as variantes de confusão usando o modelo logístico multivariado, o tempo de aleitamento materno e a associação do primeiro sibilo com IVAS perderam significância estatística ($p=0,228$ e $p=0,559$, respectivamente). Dessa forma, história de atopia na criança foi a única variável que persistiu relacionada com o diagnóstico definitivo de asma ($p=0,044$). A demonstração completa da análise multivariada encontra-se na tabela 3.

Tabela 3 - Modelo multivariado

	OR	95% IC		P
		Inf	Sup	
Tempo de aleitamento (meses)	1,038	0,975	1,106	0,246
1º sibilo associado à IVAS				
Não	1,000			0,559
Sim	0,646	0,149	2,797	
Atopia na criança				
Não	1,000			0,044
Sim	4,435	1,038	18,945	
Frequenta creche				
Não	1,000			0,401
Sim	1,988	0,401	9,867	
Sexo				
Não	1,000			0,342
Sim	0,471	0,100	2,221	
Idade Gestacional	1,570	0,975	2,528	0,063
Peso ao Nascer	1,000	0,998	1,001	0,562
História de asma familiar				
Não	1,000			0,074
Sim	6,207	0,835	46,141	
Aleitamento dos zero aos seis meses	1,000			0,228
Não exclusivo	3,092	0,493	19,41	
Exclusivo			2	

Exposição ambiental primeiro				
ano de vida	1,000			0,545
Não	0,643	0,154	2,687	
Sim				
Exposição à fumaça de cigarro				
Não	1,000			0,226
Sim	0,331	0,055	1,986	

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou uma prevalência de 65,3% de asmáticos que tiveram diagnóstico prévio de síndrome do lactente sibilante. No estudo italiano de Simonetta Baraldo et al⁷, observou-se porcentagem muito semelhante, de 67%. Isso mostra que a prevalência de asma em pacientes que sibilaram antes dos dois anos de idade é muito próxima em diferentes partes do mundo.

Analisando a variável referente à média de idade das crianças, este estudo encontrou 6,5 anos (DP± 3,68). Esse número foi próximo ao encontrado no estudo italiano de Simonetta Baraldo et al – 5,5 anos⁷, demonstrando que a faixa etária de estudo para tal patologia, mesmo em diferentes partes do mundo, costuma ter abrangência semelhante.

Com relação ao sexo das crianças, o presente estudo identificou um ligeiro predomínio do sexo masculino (52,8%). Esse percentual foi semelhante ao encontrado em outros dois estudos, no de Olivia A. A. Costa Bessa et al¹, realizado em Fortaleza, e no de Natasha Yumi Matsunaga et al⁵, realizado em Campinas, que encontraram em torno de 57% e 55% de meninos, respectivamente. Isso corrobora com a hipótese de que ser do sexo masculino aumenta o risco para desenvolvimento de asma na infância, por um menor diâmetro e maior tônus das vias aéreas⁸.

Em relação à média de idade no primeiro sibilo, este estudo encontrou 9,56 meses (DP± 7,12). Este resultado foi superior ao de outros dois estudos, de Maiara Lanna Bouzas et al⁹, realizado na Bahia, e de Olivia A. A. Costa Bessa et al¹, realizado em Fortaleza, que encontraram, respectivamente, 5,3 meses (DP± 3,9 meses) e 4,7 meses (DP± 3). Tal diferença pode ser explicada por fatores ambientais e genéticos locais e pela característica do serviço estudado⁹.

Quando analisado o peso ao nascer dos pacientes estudados, encontrou-se média de 3.144,9g (DP±644,778g). Esta foi semelhante aos estudos de Olivia A. A. Costa Bessa et al¹, realizado em Fortaleza, e de Maiara Lanna Bouzas et al⁹, realizado na Bahia, que encontraram 3.259g (DP±600g) e 3.100g (DP±600g), respectivamente. Além disso, em relação ao tempo de gestação, encontrou-se média de 37,7 semanas (DP±2,51) em crianças que sibilaram antes dos dois anos de idade. Esta é semelhante ao estudo de Raquel Granell et al¹⁰, realizado no Reino Unido, com média de 39,5 semanas (DP±1,7). O baixo peso ao nascer e a prematuridade são considerados fatores de risco para desenvolvimento de sibilância em lactentes, entretanto, no presente estudo não foi encontrado relação¹¹.

Neste estudo, 67,4% das crianças que sibilaram antes dos dois anos tiveram episódio concomitante com IVAS. No estudo de Maiara Lanna Bouzas et al⁹, realizado na Bahia, esse percentual chega a 82,2%. Uma das hipóteses para tal relação é que a infecção viral pode interferir na resposta imunológica ou mesmo no desenvolvimento pulmonar normal e no tônus do trato respiratório⁹.

Na variável que analisa se as crianças sibilantes do presente estudo frequentam a creche, 68,8% frequentam. Isso diverge do estudo de Olivia A. A. Costa Bessa et al¹, realizado em Fortaleza, no qual esse percentual era de apenas 3,6%. Quando analisado o número de irmãos da população estudada, 32,6% são filhos únicos, 41,7% tem apenas um irmão e 21,6% tem dois ou mais irmãos. No estudo de Decio Medeiros et al¹², realizado no Recife, encontrou-se percentuais semelhantes – 39,3%, 44,3% e 47,8%, respectivamente. Entretanto, embora essas variáveis não tenham tido significância estatística, sabe-se que frequentar creches nos primeiros anos de vida ou ter irmãos aumenta o risco de IVAS e, por conseguinte, de sibilância precoce¹³.

Em relação à exposição à fumaça de cigarro, 55,6% das crianças com diagnóstico de asma tem contato com fumantes em casa. No estudo de Gabriella N. Sorio et al⁸, realizado em Sorocaba, estado de São Paulo, 30,8% dos menores convivem com tabagistas no domicílio. Embora, no presente estudo, a exposição ao fumo não tenha sido considerada fator de risco para o desenvolvimento de asma, sabe-se que a exposição pode diminuir a capacidade pulmonar, causar efeitos tóxicos diretos na via aérea, dentre outros malefícios⁸.

Neste estudo, 74,4% das crianças que sibilaram antes dos dois anos de idade tem história familiar positiva para asma. Já em relação à história familiar de atopia, 35,6% dos menores tem parentes de primeiro grau com rinite, dermatite atópica e/ou eczema. No estudo de Olivia A. A. Costa Bessa et al¹, realizado em Fortaleza, 50,9% das crianças estudadas tem pais ou irmãos com asma, 40,8% com rinite e 19,8% com dermatite. Embora no presente estudo, essas variáveis não tenham sido significativas estatisticamente, sabe-se que a hereditariedade é um fator importante no desenvolvimento de doenças alérgicas¹.

Quando analisada a história pessoal de atopia, 80% das crianças com rinite, eczema e/ou dermatite atópica apresentam asma. No estudo de Faradiba Sarquis Serpa et al¹⁴, realizado em Vitória, no Espírito Santo, 70,2% das crianças analisadas possuíam rinite e 26,6% eczema. Já no estudo de Olivia A. A. Costa Bessa et al¹, realizado em Fortaleza, 61,5% dos sibilantes recorrentes tinham diagnóstico de dermatite atópica concomitantemente. Esses percentuais demonstram que doenças alérgicas, em especial rinite, são fatores de risco para o desenvolvimento de asma¹⁴.

Quanto à amamentação, o presente estudo mostrou que 67,7% das crianças que amamentaram de forma exclusiva até os seis meses de idade desenvolveram asma, contra 60% das que nunca se alimentaram de leite materno ou o fizeram de maneira não exclusiva. No estudo de Raquel Granell et al¹⁰, realizado no Reino Unido, 34,4% amamentaram 6 meses ou mais, 20,8% nunca amamentaram e 45,2 amamentaram entre um e seis meses. Embora essa variável tenha perdido significância estatística na análise multivariada, sabe-se que há divergências na literatura quando se discute o papel do leite materno na proteção ou no risco de desenvolvimento de doenças alérgicas. Isso se dá, principalmente, pela interação do leite materno com a flora intestinal e com o sistema imune da criança se dar de uma maneira complexa¹⁵.

Com relação ao controle da asma, o presente estudo caracterizou como controlada 51,4% das crianças estudadas, parcialmente controlada 11,1% e não controlada 2,8%. Em contraponto, o estudo de Natasha Yumi Matsunaga et al⁵, realizado em Campinas, no estado de São Paulo, classificou como asma controlada 27%, parcialmente controlada 33% e não controlada 40%. Tal diferença pode ser explicada porque o estudo comparativo foi realizado em um ambulatório de pneumologia pediátrica do Hospital de Clínicas da Unicamp, enquanto que o presente estudo foi realizado em um ambulatório escola de pediatria geral.

CONCLUSÃO

Analisando os 144 prontuários incluídos na pesquisa, encontrou-se média de idade de 6,5 anos ($DP \pm 3,68$ anos) e média de idade do primeiro sibilos de 9,53 meses ($DP \pm 7,12$ meses). A prevalência de asma em pacientes previamente diagnosticados com síndrome do lactente sibilante foi de 65,3%.

A maioria das crianças que receberam o diagnóstico final de asma não teve primeiro sibilos associado à IVAS, amamentou por mais tempo (exclusivamente ou não) e tinha histórico pessoal de rinite, dermatite atópica e/ou eczema. Entretanto, no modelo logístico de análise multivariada, a única variável que persistiu como fator de risco foi a de história de atopia na criança.

O presente estudo não encontrou relação de asma com alguns fatores de risco consagrados na literatura, como prematuridade, sexo masculino, tabagismo materno (na gestação ou após o nascimento), IVAS e história familiar de atopia ou de asma.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por iluminar meu caminho e sempre me dar forças para seguir em frente, por maiores que sejam as dificuldades. Igualmente, a meus pais, Sara dos Reis Corá e Moises Dante corá, e a meu irmão, Pedro Henrique dos Reis Corá, por sempre terem estado do meu lado, me acalmando em momentos de angústia e sempre acreditando no meu potencial. Além disso, agradeço a todos meus amigos, que estiveram ao meu lado, não só durante a confecção deste trabalho, bem como durante toda a faculdade, não permitindo que eu desistisse ou que achasse que não era capaz.

Agradeço a minha professora orientadora, Mestre Kellen Meneghel de Souza, que esteve disponível, ajudou e contribuiu com sugestões para a elaboração e aperfeiçoamento do trabalho. Além disso, muito obrigada ao professor Kelser de Souza Kock que realizou a análise estatística e sempre conciliou horários para me atender e sanar minhas dúvidas.

Agradeço às coletadoras Ana Carolina Macedo Carvalho de Melo e Isadora Reisdorfer Oliveira, que se colocaram à disposição para me ajudar a vencer o prazo de coleta de dados, analisando os prontuários e selecionando se entrariam ou não na pesquisa. Também, agradeço ao meu amigo Braulio Sambaquy Escobar, que esteve sempre disponível para encontrar artigos, traduzi-los, analisar o texto e contribuir com sugestões, participando ativamente da construção do estudo. Não menos importante, muito obrigada especial aos meus amigos Juan Pereira de Medeiros, Julia Toscan e Raonny de Araujo Queiroz, que no momento de desespero, estiveram presentes, acalmando meus medos, auxiliando na confecção do trabalho e me incentivando para que eu conseguisse chegar ao final desse grande desafio.

REFERÊNCIAS

1. Bessa OA, Leite AJ, Solé D, Mallol J. Prevalence and risk factors associated with wheezing in the first year of life. *J Pediatr (Rio J)*. 2014;90:190-6.
2. Medeiros D et al. Prevalência de sibilância e fatores de risco associados em crianças no primeiro ano de vida, residentes no Município de Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2011;27(8):1551-1559.
3. Chong Neto HJ, Rosário NA. Wheezing in infancy: epidemiology, investigation, and treatment. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(3):171-178.
4. Moraes, LSL et al. Prevalência e características clínicas da sibilância em crianças no primeiro ano de vida, residentes na cidade de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*, [s.l.]. 2014 Dez;32 (4):313-319.
5. Matsunaga, NY et al. Evaluation of quality of life according to asthma control and asthma severity in children and adolescents. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, [s.l.]. 2015 Dez;41 (6):502-508.
6. Saldanha, CT et al. Asma: Idade de Surgimento Pode ser um Fator para o Aumento da Prevalência. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde*, [s.l.]. 2014;16(3):251-5.
7. Baraldo, S et al. Factors predicting the development of asthma in wheezing children. *European Respiratory Journal*, [s.l.]. 2017;50:39-7.
8. Sorio GN, Edelmuth SVCL, Utiyama TO, Almeida JM. Asma: perfil da população infantil atendida na UBS Vitória Régia, Sorocaba/SP. *Medicina (Ribeirão Preto, Online) (Ribeirão Preto)*. 2017;50(2):91-101.
9. Bouzas ML et al. Wheezing in infants: frequency, clinical characteristics and treatment. *J Pediatr (Rio J)*. 2012;88(4):361-5.
10. Granell R, Sterne JAC, Henderson J. Associations of Different Phenotypes of Wheezing Illness in Early Childhood with Environmental Variables Implicated in the Aetiology of Asthma. *PLoS ONE*, [s.l.]. 2012;7(10):e48359.
11. Araujo, A et al. Abordagem dos fatores de risco para lactentes sibilantes; subsídios para a assistência de enfermagem na atenção primária à saúde. *Pediatria Moderna*, [s.l.]. 2014;50 (6):265-269.

12. Medeiros, D et al. Prevalência de sibilância e fatores de risco associados em crianças no primeiro ano de vida, residentes no Município de Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.]. 2011 Ago;27 (8):1551-1559.
13. Fogaça, HR et al. Epidemiological aspects of and risk factors for wheezing in the first year of life. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, [s.l.]. 2014 Dez;40 (6):617-625.
14. Serpa, FS *et al.* Prevalência de asma, rinite e eczema atópico em escolares do município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória. 2014 Jul-Set;16(3):107-114.
15. Gomes M.M. O aleitamento materno e a prevenção da doença alérgica. 2015. 38 f.. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2015.

APÊNDICE 1

FICHA DE ACOMPANHAMENTO Nº _____			
DATA: _____			
NOME: _____			

SEXO: M	F	IG: _____	PESO AO NASCER: _____
ETNIA: _____		RENDAS: _____	
Nº IRMÃOS: _____		ESCOLARIDADE MÃE: _____	
IDADE CRECHE: _____		IDADE 1º SIBILO: _____	IVAS NÃO
ATOPIA: PAI MÃE IRMÃOS CRIANÇA			
ASMA: PAI MÃE IRMÃOS			
ALIMENTAÇÃO 0-6M: AM EXCLUSIVO NÃO			
ALEITAMENTO COMPLEMENTAR: _____			
EXPOSIÇÃO AMBIENTAL 0-12M: _____			

FUMAÇA CIGARRO: PRÉ-NATAL PÓS-NATAL NÃO			
GRAVIDADE ASMA: _____			
OBSERVAÇÕES: _____			

ANEXO 1

Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA - UNISUL	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Prevalência de asma em pacientes pediátricos maiores de dois anos previamente diagnosticados com síndrome do lactente sibilante, em um ambulatório-escola do sul de Santa Catarina		
Pesquisador: Kellen Meneghel de Souza		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 80968517.5.0000.5369		
Instituição Proponente: Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 2.449.598		
Apresentação do Projeto: A sibilância é uma queixa muito frequente nos consultórios de pediatria. Dois terços dos pacientes que sibilam antes dos dois anos de idade tornam-se asmáticos no futuro. Dessa forma, o trabalho pretende verificar a prevalência de asma em pacientes pediátricos que tiveram o diagnóstico prévio de síndrome do lactente sibilante. Projeto de trabalho de conclusão do curso de medicina, de delineamento transversal, que visa caracterizar a população em estudo e associar as variáveis de atopia e infecções virais prévias com os episódios de sibilância e com o diagnóstico definitivo de asma. A pesquisa será realizada em prontuários médicos do AMEI da UNISUL. Pretende iniciar a coleta em fevereiro de 2018.		
Objetivo da Pesquisa: Objetivo Primário: Verificar a prevalência de asma em pacientes pediátricos maiores de dois anos que tiveram diagnóstico prévio de síndrome do lactente sibilante em um ambulatório escola de uma universidade do sul de Santa Catarina.		
Avaliação dos Riscos e Benefícios: Riscos: O risco para o indivíduo será a exposição de suas informações referentes ao prontuário, que será		
Endereço: Avenida Pedra Branca, 25 Bairro: Cid. Universitária Pedra Branca CEP: 88.132-000 UF: SC Município: PALHOÇA Telefone: (48)3279-1036 Fax: (48)3279-1094 E-mail: cep.contato@unisul.br		



UNIVERSIDADE DO SUL DE
SANTA CATARINA - UNISUL



Continuação do Parecer: 2.449.598

minimizado mantendo-se sigilo pelos pesquisadores.

Benefícios:

Como benefício, espera-se que os resultados desta pesquisa forneçam informações sobre a prevalência de asma em pacientes pediátricos maiores

de dois anos previamente diagnosticados com síndrome do lactente sibilante, e assim tentar compreender essa relação, a fim de buscar soluções

para prevenir nos lactentes sibilantes a evolução para asma.

os riscos podem ser caracterizados como mínimos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente protocolo de pesquisa apresentado encontra-se em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisa solicita dispensa do TCLE. A justificativa é plausível, no entanto este comitê reforça que o prontuário é propriedade do paciente e sempre que possível o TCLE deve ser solicitado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram identificadas pendências éticas no protocolo de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1046697.pdf	11/12/2017 14:30:35		Acelto
Folha de Rosto	folharostonova.pdf	11/12/2017 14:27:07	CAMILA DOS REIS CORA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.pdf	05/12/2017 17:13:46	CAMILA DOS REIS CORA	Acelto
Outros	prontuario.pdf	05/12/2017 17:13:13	CAMILA DOS REIS CORA	Acelto

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid. Universitária Pedra Branca CEP: 88.132-000
UF: SC Município: PALHOÇA
Telefone: (48)3279-1036 Fax: (48)3279-1094 E-mail: cep.contato@unisul.br



UNIVERSIDADE DO SUL DE
SANTA CATARINA - UNISUL



Continuação do Parecer: 2.449.598

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensatcle.pdf	05/12/2017 17:12:11	CAMILA DOS REIS CORA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	institulcao.pdf	05/12/2017 17:08:21	CAMILA DOS REIS CORA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALHOCA, 20 de Dezembro de 2017

Assinado por:

Josiane Somariva Prophiro
(Coordenador)

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25

Bairro: Cid. Universitária Pedra Branca

CEP: 88.132-000

UF: SC Município: PALHOCA

Telefone: (48)3279-1036

Fax: (48)3279-1094

E-mail: cep.contato@unisul.br

ANEXO 2

Instruções Redatoriais da Revista AMRIGS

I INSTRUÇÕES REDATORIAIS I

Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul

A. SUBMISSÃO ON-LINE

A submissão deverá ser feita através do endereço na internet: <http://www.revistadaamrigs.org.br>

Quando entrar neste link, o sistema irá pedir seu nome de usuário e senha, caso já esteja cadastrado. Caso contrário, clique no botão “Quero me cadastrar” e faça seu cadastro. Ou, ainda, caso tenha esquecido sua senha, use o mecanismo para lembrar sua senha, que gerará automaticamente um e-mail contendo a mesma.

O(s) autor(es) deve(m) manter uma cópia de todo o material enviado para publicação, pois os editores não se responsabilizam pelo extravio do material.

O processo de submissão é composto por oito passos, listados abaixo:

1. Informar classificação
2. Envio de imagens para o seu artigo
3. Cadastrar coautores
4. Informar título e palavras-chave
5. Informar resumo e comentários
6. Montar manuscrito
7. Transferência de copyright (cessão de direitos) e Declaração de conflitos de interesse
8. Aprovação do(s) autor(es)

Os autores devem submeter eletronicamente manuscritos preparados no Microsoft Word ou similar, pois no passo “Montar manuscrito” será exibida uma tela que simula o Word, onde é possível “copiar e colar” de qualquer editor de texto, inclusive as tabelas. O texto deverá ser digitado em espaço duplo, sendo que as margens não devem ser definidas, pois o sistema SGP as definirá automaticamente. Regras para imagens e gráficos estão descritas abaixo.

Submissão on-line passo a passo:

1º Passo: Informar classificação

Escolha uma das quatro opções: Artigo Original, Artigo de Revisão, Relato de Caso ou Carta ao Editor.

2º Passo: Envio de imagens para o seu artigo

As imagens deverão obrigatoriamente estar em formato JPG. O sistema envia grupos de até cinco imagens por vez. Para submeter mais de cinco imagens, basta clicar no botão “Enviar mais imagens”. Logo após, serão

exibidas miniaturas das imagens, onde há um ícone (📎) que deverá ser clicado para editar o título e a legenda de cada imagem submetida.

3º Passo: Cadastrar coautor(es)

Cadastre cada coautor informando nome completo, cargo e titulação obrigatoriamente. O CPF poderá ser informado posteriormente. A ordem dos coautores pode ser alterada facilmente usando as “setas” exibidas na tela.

4º Passo: Informar título e palavras-chave

Informe o título do trabalho em português e inglês e as Palavras-chave (Português) e Keywords (Inglês), 2 a 6 palavras-chave pertinentes. **ESTAS PALAVRAS DEVERÃO ESTAR CONTIDAS NO DECS E NO MESH** (em todas as telas no SGP).

5º Passo: Informar resumo e comentários

O resumo deverá obrigatoriamente conter no máximo 250 palavras, que é o limite máximo aceito pelo sistema. O excedente será cortado automaticamente pelo mesmo. O autor deverá preencher os campos: instituição, nome e endereço para correspondência, suporte financeiro (deverá ser provida qualquer informação sobre concessões ou outro apoio financeiro) e a carta ao editor (opcional). **O Abstract será redigido pelo tradutor com base no resumo.**

6º Passo: Montar manuscrito

Nesta tela é exibido um simulador do Word com todas as funcionalidades de formatação de texto necessárias. Para inserir seu texto neste campo, simplesmente selecione todo seu trabalho e copie e cole no campo de montagem do manuscrito. Somente selecione textos e tabelas, pois as imagens já deverão ter sido enviadas no 1º passo e serão inseridas no final do trabalho, automaticamente. **Importante:** Nunca coloque neste campo os nomes de autores, coautores ou qualquer outra informação que possa identificar onde o trabalho foi realizado. Tal exigência se deve ao fato de o processo de revisão transcorrer sem o conhecimento destes dados pelo(s) revisor(es). A não observância deste detalhe fará com que o trabalho seja devolvido como FORA DE PADRÃO para correções.

7º Passo: Copyright (Cessão de direitos) e Declaração de conflitos de interesse

Neste passo é exibida a tela com o termo de Copyright e outra com a Declaração de conflitos de interesse,

que devem ser impressas para que o autor colha as assinaturas e informe os dados dele e de cada coautor. A revisão do artigo será feita por pares, sendo avaliado potencial conflito de interesse que impossibilite a mesma, baseado em relação comercial, familiar, científica, institucional ou qualquer outra com o autor ou coautores e com o conteúdo do trabalho. Em caso de material já publicado ou em caso de material que possa identificar o paciente, imprima os formulários adequados e colha as assinaturas e dados conforme indicado. O SGP oferece a opção de impressão destes termos clicando nos links apropriados.

8º Passo (último passo): Aprovação do autor

Este é o último passo para completar a submissão do artigo. Nesta tela o autor terá a opção de visualizar seu trabalho no sistema e também pode salvar uma versão em PDF de seu trabalho recém-submetido. Importante: O autor deverá clicar no link “**APROVAR MANUSCRITO**” para que seu trabalho seja encaminhado à Secretaria da Revista da AMRIGS para conferência e confirmação.

Procedimentos após a submissão (Notificações via e-mail)

Ao terminar a submissão de seu trabalho, será gerado um e-mail informando se a submissão foi efetuada corretamente. Quando o trabalho for recebido e conferido, será gerado outro e-mail informando se o mesmo está dentro dos padrões solicitados. Caso o artigo esteja “fora de padrão” o autor será avisado por e-mail e poderá corrigi-lo entrando no site <http://www.revistadaamrigs.org.br/sgp/>.

O autor que submeteu o trabalho poderá acompanhar a sua tramitação a qualquer momento pelo SGP da revista, através do código de fluxo gerado automaticamente pelo SGP ou, ainda, pelo título de seu trabalho.

Como o sistema gera e-mails automaticamente, conforme seu artigo estiver tramitando é imprescindível que o autor **DESABILITE OS FILTROS DE SPAM** em seus provedores ou que **CONFIGURE SUAS CONTAS DE E-MAIL PARA ACEITAR** qualquer mensagem do domínio **REVISTADAAMRIGS.ORG.BR**.

B. REGRAS PARA REDAÇÃO DOS ARTIGOS

A revista da AMRIGS (ISSN 0102-2105) aceita para publicação artigos da comunidade científica Nacional e Internacional. Publica regularmente artigos originais de pesquisa clínica e experimental, artigos de revisão sistemática de literatura, meta-análises, artigos de opinião,

relatos de caso e cartas ao editor. A revista da AMRIGS apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (<http://www.icmje.org>). O número de identificação deverá ser informado no final do resumo.

Regras do artigo:

O artigo pode ser enviado nas seguintes línguas: português, espanhol e inglês (sempre com resumo na língua em que foi escrito). O tamanho do artigo completo não deverá exceder 24 páginas (laudas do Word) para artigos originais e de revisão, 15 páginas para relatos de caso e artigos de opinião e 2 páginas para as cartas ao editor. As margens não precisam ser definidas, pois o sistema SGP as definirá. A seleção baseia-se no princípio da avaliação pelos pares (*peer review*). Os trabalhos são encaminhados aos editores associados que selecionarão os relatores de reconhecida competência na temática abordada. Os trabalhos publicados são propriedades da Revista, sendo vedada a reprodução total ou parcial e a tradução para outros idiomas sem a autorização da mesma. Os trabalhos deverão ser acompanhados da Declaração de transferência dos direitos autorais e Declaração de conflitos de interesses assinadas pelos autores. Os conceitos emitidos nos trabalhos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Conteúdo do artigo:

– **Título do artigo:** em português e inglês, curtos e objetivos; nome dos autores com titulação mais importante de cada um; instituição à qual o trabalho está vinculado; nome, endereço, telefone, e-mail e fax do autor responsável pela correspondência; se o trabalho foi apresentado em congresso, especificar nome do evento, data e cidade; fonte de suporte ou financiamento se houver e se há alguma espécie de conflito de interesses.

– **Resumo:** O resumo dos artigos originais deve ser estruturado, isto é, apresentando as seguintes seções: a) Introdução (com objetivo); b) Métodos; c) Resultados; d) Conclusões. O resumo deve ter no máximo de 250 palavras. O resumo dos artigos de revisão não deve ser estruturado, porém, deve incluir Introdução (com objetivos), Síntese dos dados e Conclusões. Para relatos de

INSTRUÇÕES REDATORIAIS

caso o resumo também não deve ser estruturado, porém, deve incluir Introdução, o Relato resumido e Conclusões. Abaixo do resumo, fornecer dois a seis descritores em português e inglês, selecionados da lista de “Descritores em Ciências da Saúde” da BIREME, disponível no site <http://decs.bvs.br>. **O Abstract será redigido pelo tradutor com base no resumo.**

– **Artigos Originais:** a) Introdução (com objetivo); b) Métodos; c) Resultados; d) Discussão; e) Conclusões; f) Referências Bibliográficas. As informações contidas em tabelas e figuras não devem ser repetidas no texto. Estudos envolvendo seres humanos e animais devem fazer referência ao número do protocolo de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição à qual está vinculada a pesquisa. Artigos originais são definidos como relatórios de trabalho de pesquisa científica com contribuições significativas e válidas. Os leitores devem extrair de um artigo geral conclusões objetivas que vão ao encontro dos objetivos propostos.

Artigos de Revisão da Literatura: Deverão ser feitos a convite do Editor e conter na sua estrutura os seguintes itens: a) Introdução; b) Revisão de literatura; c) Comentários finais; e) Referências Bibliográficas. Artigos de revisão devem abranger a literatura existente e atual sobre um tópico específico. A revisão deve identificar, confrontar e discutir as diferenças de interpretação ou opinião.

Relato de Caso: a) Introdução; b) Relato de caso; c) Discussão; d) Comentários finais; e) Referências Bibliográficas. Relatos de caso deverão apresentar características inusitadas ou cientificamente relevantes.

Cartas ao Editor: Devem expressar de forma sucinta a opinião do autor sobre diferentes assuntos de interesse médico/profissional, com um número máximo de 350 palavras (aproximadamente uma página e meia de texto) e com número de referências bibliográficas não superiores a 10.

Artigos de Opinião: Deverão ser feitos a convite do Editor.

Referências bibliográficas – as referências devem ser apresentadas em ordem de aparecimento no texto e identificadas no texto em numerais arábicos entre parênteses. As abreviaturas dos periódicos devem ser baseadas no “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals”, disponível pelo site <http://www.icmje.org>. Todos os autores deverão ser incluídos quando houver até seis; quando houver sete ou mais, os primeiros seis devem ser listados seguidos de ‘et al.’ para os subsequentes. Serão aceitas no máximo 30 referências para artigos originais, 60 para artigos de revisão e 15 para relatos de casos.

Exemplos:

– **Periódicos:** Sobrenome do(s) Autor(es) e Iniciais. Título do Artigo. Abreviaturas do Periódico, ano, volume (edição): página inicial – página final. Ex: Prolla JC, Dietz J, da Costa LA. Geographical differences in esophageal neoplasm mortality in Rio Grande do Sul. Rev Assoc Med Bras. 1993;39(4):217-20.

– **Teses:** Sobrenome do Autor e Iniciais. Título da Tese. Cidade, ano, página (Tese de Mestrado ou Doutorado – Nome da Faculdade). Ex: Barros SGS. Detecção de lesões precursoras em indivíduos sob risco para o carcinoma epidermoide do esôfago. Tese de doutorado (1992). Porto Alegre, UFRGS.

– **Livros:** Sobrenome do(s) Autor(es) e Iniciais. Título do Livro. n.º da edição. Cidade: Editora; ano. Ex: Corrêa da Silva, LC. Condutas em Pneumologia. 1ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.

– **Capítulos de Livros:** Sobrenome do(s) Autor(es) do capítulo e Iniciais. Nome do capítulo. In: Sobrenome do(s) Autor(es) do Livro e Iniciais. Título do Livro. Número da edição. Cidade: Editora; ano, página inicial – página final. Ex: Silveira TR, Krebs S, Vieira SMG. Fibrose Cística. In Gayotto LC e Strauss EO. Hepatologia, 1ª ed. São Paulo: Ed. Rocca; 2000, 353-364.

– **Material eletrônico:** Para artigos na íntegra retirados da internet, seguir as regras prévias, acrescentando no final “disponível em: endereço do site” e data do acesso.

Abreviaturas e unidades: A revista reconhece o Sistema Internacional (SI) de unidades. As abreviaturas devem ser usadas apenas para palavras muito frequentes no texto.

Tabelas e gráficos: Cada tabela deve ser apresentada com números arábicos, por ordem de aparecimento no texto, em página separada com um título sucinto, porém explicativo, não sublinhando ou desenhando linhas dentro das tabelas. Quando houver tabelas com grande número de dados, preferir os gráficos (em preto e branco). Se houver abreviaturas, providenciar um texto explicativo na borda inferior da tabela ou gráfico.

Ilustrações: Enviar as imagens e legendas conforme instruções de envio do Sistema de Gestão de Publicações (SGP) no site www.revistadaamrigrs.org.br. Até um total de 8 figuras será publicado sem custos para os autores; fotos coloridas serão publicadas dependendo de decisão do Editor e seu custo poderá ser por conta do autor. As imagens deverão ser enviadas em 300dpi, em formato JPG sem compactação. As tabelas deverão ser colocadas no final do artigo e coladas juntamente com o conteúdo no respectivo passo. Os gráficos deverão ser convertidos em formato de imagem jpg.

Se forem usadas fotografias de pessoas, os sujeitos não devem ser identificáveis ou suas fotografias devem estar acompanhadas de consentimento escrito para publicação (ver a seção de Proteção dos Direitos de Privacidade dos Pacientes). Se uma figura já foi publicada, agradecer à fonte original e enviar a autorização escrita do detentor dos direitos autorais para reproduzir o material. A autorização é requerida, seja do autor ou da companhia editora, com exceção de documentos de domínio público.

Legenda das ilustrações: Quando símbolos, setas, números ou letras forem usados para identificar as partes de uma ilustração, identificar e explicar cada uma claramente na legenda. Explicar a escala interna e identificar o método de coloração utilizado nas microfotografias.

Declaração de conflitos de interesse: Além da declaração no Sistema de Gestão de Publicações, os autores devem informar no final do artigo a existência ou não de conflitos de interesses.

Provas: Os autores receberão as provas gráficas para revisão antes da publicação. Apenas modificações mínimas serão aceitas nesta fase, para correção de erros de impressão (05 dias úteis para revisar).

Check List

- ✓ Título em português e inglês;
- ✓ Nome e titulação dos autores;
- ✓ Instituição;
- ✓ Endereço para correspondência;
- ✓ Apresentação em congresso; fonte de financiamento;
- ✓ Resumo e palavras-chave;
- ✓ Texto do manuscrito;
- ✓ Agradecimentos;
- ✓ Referências bibliográficas;
- ✓ Tabelas e gráficos;
- ✓ Ilustrações (fotos e desenhos);
- ✓ Legendas das ilustrações;
- ✓ Declaração por escrito de todos os autores que o material não foi publicado em outros locais, permissão por escrito para reproduzir fotos/figuras/gráficos/tabelas ou qualquer material já publicado ou declaração por escrito do paciente em casos de fotografias que permitam a sua identificação;
- ✓ Declaração por escrito sobre a “Transferência dos Direitos Autorais” e sobre a “Declaração de Conflitos de Interesse”;
- ✓ Autorização da Comissão de Ética para estudos em humanos ou animais.