**Resposta as revisões do artigo:**

Notas do editor:  
- com o objectivo de optimizar a legibilidade do seu artigo e assim  
incrementar potencialmente as citações do mesmo, recomendamos que os  
conteúdos redigidos em inglês sejam revistos por um "native speaker",  
tradutor qualificado ou empresa especializada em serviços de "language  
polishing". **√**- as tabelas e as figuras (bem como os respectivos títulos e legendas)  
deverão ser todas agrupadas e apresentadas no final do manuscrito, após a  
listagem de referências. No texto, os autores deverão referir a  
colocação aproximada indicando (inserir a Fig/Tabela X aqui). **√**  
- o resumo e o abstract deverão reflectir fielmente a estrutura do artigo,  
pelo que é necessário que incluam um parágrafo independente relativo à  
secção "Discussão". **√** Coloquei Discussão e Conclusões que me parece fazer mais sentido.  
- a aprovação ética deve ser integrada na secção "Material e Métodos". **√**  
  
- os profissionais identificados na secção  
“Agradecimentos/Acknowledgements”, contribuíram de alguma forma para o  
estudo, mas não tiveram peso de autoria, deverão apresentar autorização  
escrita para que se possam publicar os seus nomes. Estas autorizações  
deverão ser carregadas na nossa plataforma electrónica pelo autor  
correspondente, sob o formato de Documento Suplementar. **√**  
- as obras consultadas online deverão referir, na listagem final, o dia,  
mês e ano do acesso. **√**  
------------------------------------------------------  
Revisor B:  
• Abstract em inglês com alguns erros de nomenclatura e linguísticos.  
Deve ser revisto. **√**  
• Não existe “formação graduada” – Será que o autor pretendeu  
referir-se a formação **pré-graduada?** **√**  
• Introdução• Já não existe o termo “Internato de Formação  
Específica” mas sim “Formação Especializada”. **√**  
• Deve ser definidos quando centros possuem idoneidade total e parcial na  
formação de neurocirurgia. **√**  
• Deve ser mais bem clarificado o processo de identificação de vagas e o  
papel dos seus intervenientes (Direção de Serviço, OM e ACSS/MS). A  
nomenclatura dos vários passos deste processo também deve ser revista. **√**  
• Referir o decreto-lei que define o programa de neurocirurgia e o  
documento que determina a idoneidade e capacidade formativa. **√**  
• O enquadramento está demasiadamente descritivo aludindo aos pontos que  
estão expostos no inquérito. Deve ser uma explicação mais sucinta. **√**  
------------------------------------------------------  
  
------------------------------------------------------  
Revisor C:  
  
Comentários gerais:  
• Sugeria homogeneizar-se número de casas decimais nas várias secções,  
nomeadamente quando se referem à mesma medida (ex: 5,95 ± 4,3; 19,36 ±  
20). **√**  
• Em geral na literatura científica a média e desvio padrão são  
reportados como por exemplo 20 ± 5, enquanto que mediana e amplitude  
interquartil habitualmente é reportada como 20 [15-25]. Assim, apesar de  
claramente definido nas várias tabelas, a nomenclatura utilizada poderá  
levar a um esforço redobrado de atenção para com o leitor, especialmente  
no texto dado que ao longo deste são parcas as referências ao uso de  
mediana ou média para o reporte. Sugeria que no texto usassem a convenção  
habitual de média ± desvio-padrão ou mediana [amplitude interquartil] e  
introduzir isto da seguinte forma: “20 ± 5 (média ± desvio-padrão)“  
e “20 [15-25] (mediana[ amplitude interquartil])” e a partir daí  
simplesmente reportarem os valores; **√** alterado texto  
  
   
  
Comentários específicos:  
• O texto da introdução do abstract parece indicar que há interesse em  
estudar o impacto do aumento progressivo de número de médicos de  
Neurocirurgia na formação dos mesmos, contudo este é um estudo  
transversal e não permite responder a esta pergunta. Sugeria-se reformular  
ligeiramente esta parte. **√**  
• Na introdução é mencionado numa ocasião “ministério” sem  
referir especificamente qual. Noutra ocasião é referido “Ministérios da  
Saúde” (plural). Sugeriam-se clarificação e correcção,  
respectivamente. **√**  
• No abstract em PT fala-se de “médicos de Neurocirurgia” e em  
inglês de “neurosurgical residents”. Sugeria-se uma uniformização do  
significado pretendido. **√**  
• Sugeria uma subsecção de “Caracterização do serviço” para  
agrupar nº de internos, especialistas e especialistas com doutoramentos na  
Tabela 1. Sem qualquer indicação, nº de internos poderá parecer que são  
o nº de internos que responderam, dado que alguns especialistas também  
responderam. **√** acrescentado na tabela  
• Havendo internos de 1º ano no questionário, presume-se que alguns  
timings, nomeadamente de Neurocirurgia Pediátrica, não foram ainda  
atingidos por todos. Assim, seria benéfico dizer quantos responderam a cada  
questão dos timings, dado que a pergunta foi dirigida ao interno e não  
pretendeu saber a média de cada serviço. **√** acrescentado na tabela  
• A Tabela 2 reporta a resposta à existência por número de  
participantes, e não por centro. O texto respectivo à mesma e a legenda da  
figura deverão ser mais claras para não levar à interpretação  
incorrecta. **√**  
• Sugeria-se aos autores, principalmente tendo sido o questionário e o  
artigo completo escrito em Português, que o conteúdo dos gráficos  
apresentados fossem igualmente em Português. Sugeria ainda acrescentar  
títulos a cada um deles na Figura 1 para facilitar a sua leitura e recorrer  
menos vezes à legenda. **√**  
• No 2º parágrafo da página refere-se que a satisfação com  
possibilidade de fazer investigação parece estar directamente relacionada  
com o número de horas dispensado por cada interno. De seguida é referido  
“não explicado se por maior disponilidade se por escolha pessoal”.•  
Em primeiro lugar, há pequeno erro ortográfico em “disponilidade” **√**  
• Em segundo lugar, creio que o comentário final poderá ser algo  
desnecessário e potencialmente confuso. Isto porque contratos de trabalho  
habituais de internos em Portugal são de 40h e, conforme demonstrado no  
manuscrito, o grupo dos inquiridos trabalha 70 [50; 90] horas por semana.  
Assim, > 75% desta amostra já trabalha em horas extra e, caso algum destes  
faça investigação, será difícil argumentar que os outros não o fazem  
“por escolha pessoal”. Eventualmente será por factores intrínsecos  
(ex: motivação), mais do que extrínsecos nestes últimos casos. **√**  
• Por último, directamente relacionada é algo convencionalmente  
utilizado para regressões ou correlações. Sugeria o termo  
“associação” como substituto. **√**• Na página 13 é referida uma comparação de timing de início da  
cirurgia entre internos de 1º-3º ano e 4º ano ou mais velhos e que  
haverá uma ligeira modificação recente, mas não é mencionado se este é  
no sentido de melhoria ou de pioria. Adicionalmente, esta comparação  
poderá ter uma limitação adicional relativa ao ‘recall bias’; pessoas  
que responderam o inquérito mais próximas do evento que lhe está a ser  
perguntado, terão melhor percepção de quando este terá ocorrido e de  
outros aspectos envolventes. Isto permanece uma limitação no presente  
estudo pois, mesmo que haja uma grande maioria de pessoas que entreguem  
currículos anualmente, esta não é de 100%. **√** acrescentado assim como nas limitações  
• Na página 13 falam de teste Kruskall-Wallis no parágrafo dos dados  
cirúrgicos. Este teste presume comparações de variáveis numéricas entre  
mais que 2 grupos, dado que a versão não-paramétrica para 2 grupos seria  
o Mann-Whitney. Não é claro, contudo, que grupos estão a ser comparados  
(satisfeitos vs não satisfeitos? região norte vs restantes? Outras?). Aqui está-se a falar de todos os internos no geral e não foi feita dicotomia em satisfeitos vs não satisfeitos, de modo a se tentar ter resultado com significado estatístico tentou-se sempre que possível fazer dos dois modos (dicotomizando ou não) de modo a verificar onde conseguíamos resultados estatísticos relevantes.

• Na página 13 é reportado que “(...) o que significa que os menos  
satisfeitos iniciam esse tipo de cirurgia mais tarde”. Dito desta forma  
parece que o motivo do início tardio das cirurgias é a falta de  
satisfação, quando a própria falta de satisfação pode ser o resultado  
desse início tardio. Pode haver causalidade para os 2 lados, pelo que  
sugeria falar-se em “associação”. **√**  
• Nas limitações sugeria mudar-se para “impossível de encontrar”,  
em vez de “impossível de fazer”, uma vez que o termo “fazer” pode  
ter uma conotação negativa sobre a gestão de dados ou busca de possíveis  
associações. **√**