



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2012/2013

Ana Catarina Carvalho Moura  
**Satisfação com os Cuidados Anestésicos num Hospital Central**  
Validação de um Questionário e Caracterização de uma Amostra de Conveniência

março, 2013

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Ana Catarina Carvalho Moura

Satisfação com os Cuidados Anestésicos num Hospital Central

Validação de um Questionário e Caracterização de uma Amostra de Conveniência

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Anestesiologia**

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:**

**Joana Irene de Barros Mourão**

**E sob a Coorientação de:**

**Professora Doutora Maria Amélia Ferreira**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:**

**Acta Médica Portuguesa**

março, 2013

**FMUP**

Eu, Ana Catarina Carvalho Moura, abaixo assinado, nº mecanográfico 200704774, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/03/2013

Assinatura: Ana Catarina Carvalho Moura

**Nome:** Ana Catarina Carvalho Moura

**Email:** mimed07028@med.up.pt

**Título da Dissertação:**

Satisfação com os Cuidados Anestésicos num Hospital Central – Validação de um Questionário e Caracterização de uma Amostra de Conveniência

**Orientador:**

Joana Irene de Barros Mourão

**Coorientador:**

Professora Doutora Maria Amélia Ferreira

**Ano de conclusão:** 2013

**Designação da área do projeto:**

Anestesiologia

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projetos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/03/2013

Assinatura: Ana Catarina Carvalho Moura

## **Título do Trabalho**

Satisfação com os Cuidados Anestésicos num Hospital Central

Validação de um Questionário e Caracterização de uma Amostra de Conveniência

Patient Satisfaction with Anesthesia Care in a General Hospital

Questionnaire Validation and Characterization of a Convenience Sample

## **Título Breve do Trabalho**

Satisfação com os Cuidados Anestésicos

Patient Satisfaction with Anesthesia Care

Ana Catarina Moura<sup>\*</sup>; Maria Amélia Ferreira<sup>\*\*</sup>; Joana Mourão<sup>\*\*\*</sup>

<sup>\*</sup> Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

<sup>\*\*</sup> Professora Doutora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

<sup>\*\*\*</sup> Mestre em Anestesiologia e Terapêutica da Dor; Assistente Hospitalar de Anestesiologia no Centro Hospitalar São João, Porto

## **Correspondência**

Ana Catarina Carvalho Moura

Avenida Domingos Gonçalves Sá, 398 2ºEsq/Sul

4435-213 Rio Tinto, Porto

*Email: mimed07018@med.up.pt*

# **Satisfação com os Cuidados Anestésicos num Hospital Central**

## **Validação de um Questionário e Caracterização de uma Amostra de Conveniência**

### **Resumo**

**Introdução:** O nível de satisfação com os cuidados de saúde reflete a qualidade do sistema de saúde segundo a perspetiva do doente. O instrumento “*Heidelberg Peri-anaesthetic Questionnaire*” permite uma avaliação da insatisfação com os cuidados anestésicos.

**Objetivo:** O objetivo deste estudo passa pela adaptação transcultural do questionário mencionado e a aplicação num hospital central universitário em Portugal.

**Métodos:** O questionário foi traduzido e testado segundo critérios de qualidade psicométrica numa amostra de 107 doentes submetidos a cirurgia eletiva no Hospital São João. A satisfação total e para cada dimensão foram calculadas. Analisámos as diferenças entre doentes com diferentes níveis de satisfação, identificando potenciais fatores de confundimento.

**Resultados:** A versão portuguesa do questionário é constituída por 32 itens distribuídos por três dimensões: “equipa”, “desconforto” e “medo”. Os valores médios de satisfação obtidos em cada domínio foram 83,4%; 66,8% e 65,9%, respetivamente. A consistência interna do questionário foi demonstrada através de um valor alfa de Cronbach de 0,70 para a totalidade dos itens e valores de 0,776 a 0,875 para as três dimensões. Na análise multivariada encontramos influência significativa do género na dimensão “desconforto”. Doentes insatisfeitos apresentaram uma mediana (intervalo interquartil [limites]) de 61% (55-67% [40,70]) e os satisfeitos uma mediana de 91% (88-95 [85,99]). Os dois grupos diferem nas três dimensões, com uma diferença menor na dimensão “equipa”.

**Conclusões:** O domínio “equipa”, que inclui as áreas do cuidado relativas à relação médico-doente, obteve os mais altos níveis de satisfação. Incentivamos adaptações futuras ao questionário para aprofundar este domínio e identificar insatisfação.

**Palavras-chave:** Cuidados Anestésicos, Satisfação, Questionário Psicométrico

# **Patient Satisfaction with Anesthesia Care in a General Hospital**

## **Questionnaire Validation and Characterization of a Convenience Sample**

### **Abstract**

**Background:** The satisfaction level with health care reflects the quality of a health system in the patient's point of view. "The Heidelberg Peri-anaesthetic Questionnaire" allows an evaluation of dissatisfaction with anesthesia care.

**Objective:** The aims of this study are a transcultural adaptation of the mentioned instrument and the application in a general university hospital in Portugal.

**Methods:** The questionnaire was translated and tested based on psychometric quality criteria in a sample of 107 patients submitted to elective surgery in "*Hospital de São João*". The global satisfaction and the satisfaction for each dimension of care were calculated. We analyzed the differences between patients with different levels of satisfaction and the influence of potential confounding factors was tested.

**Results:** The portuguese version of the questionnaire has 32 items distributed in three dimensions of care: "staff", "discomfort" and "fear". The mean values of satisfaction for each dimension were 83,4%; 66,8% e 65,9%, respectively. The internal consistence was demonstrated by an alpha coefficient of 0,70 for the sum score and the alpha coefficient ranged from 0,776 to 0,875 in the three dimensions. In the multivariate analysis we found significant influence of gender in the "discomfort" dimension. Dissatisfied patients had a median satisfaction (interquartile range [range]) of 61% (55-67% [40,70]) and the satisfied patients a median of 91% (88-95 [85,99]). The two groups are different in the three dimensions, with a minor difference in "staff".

**Conclusions:** The domain "staff", which includes the area of care related to the doctor-patient interaction(s), had the higher level of satisfaction. Futures adaptations of the questionnaire should be made, allowing a more profound understanding of this dimension, in an effort to identify dissatisfaction.

**Keywords:** Anesthesia Care; Satisfaction; Psychometric Questionnaire

## INTRODUÇÃO

O valor dos cuidados de saúde é definido por Michael Porter<sup>1</sup> como os resultados alcançados em relação ao custo total da prestação de cuidados. Este valor reflete o desempenho do sistema de saúde e exige que os serviços estejam interligados de acordo com as necessidades do doente. O importante a retirar do que é proposto por Porter, diz respeito ao que deve ser avaliado nos cuidados de saúde. O autor valoriza as perspetivas dos doentes e aponta para a inclusão daquilo que estes consideram mais relevante ser avaliado<sup>1</sup>. É baseado nestes pressupostos que Neuman<sup>2</sup> apresenta a avaliação da satisfação com os cuidados anestésicos. O nível de satisfação não é mais do que o resultado dos cuidados prestados segundo a perspetiva do doente. Esta medida proporciona uma base para que se possa melhorar os cuidados na anestesiologia<sup>2</sup>.

A satisfação é apresentada na literatura como um novo indicador de qualidade dos cuidados de saúde. Correlaciona-se com o comportamento do doente, nomeadamente no que refere à aderência ao tratamento e à possibilidade de seguimento<sup>3</sup>. No caso da anestesiologia, a satisfação surge da necessidade de estabelecer novas medidas de avaliação dos cuidados, uma vez que, como Fung e Cohen<sup>4</sup> sugerem, “a especialidade tornou-se vítima do seu próprio sucesso”.

Segundo a definição clássica, a satisfação é determinada a partir do grau de congruência entre a expectativa do doente e o concretizado. Assim sendo, os autores estão cientes de que se trata de uma medida subjetiva e difícil de avaliar<sup>5</sup>. No entanto, a sua importância em anestesiologia é reconhecida e vários questionários de satisfação têm sido publicados<sup>6-11</sup>. Na sua construção é fundamental a população estar envolvida, a fim de perceber o que é esperado pelo doente e de que depende realmente a sua satisfação. É uma avaliação multidimensional do cuidado, considerando que devem ser abordados aspetos específicos que se acredita contribuir para a satisfação global com a anestesiologia<sup>12</sup>. De modo a criar questionários válidos e fiáveis, devem ser aplicados testes de qualidade psicométrica<sup>4,13,14</sup>.

Schiff e seus colaboradores<sup>10</sup> consideram que mais importante que determinar o nível de satisfação com o serviço prestado, é identificar doentes insatisfeitos. Estes autores construíram e validaram um questionário que abrange diferentes fases do cuidado anestésico e que procura abordar



as possíveis causas de insatisfação dos doentes. O questionário é apresentado como sendo um instrumento válido e fiável, de fácil aplicação na prática clínica e concebido para ser usado em estudos transversais <sup>10</sup>.

O objetivo do presente estudo passa pela adaptação transcultural do questionário mencionado e a sua aplicação num hospital central universitário em Portugal. O novo questionário cumprirá a análise estatística psicométrica apresentada pelos autores do questionário original. Tal como estes, procurar-se-á analisar as diferenças entre doentes com diferentes níveis de satisfação, identificando possíveis fatores de confundimento.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **Instrumento**

O instrumento utilizado neste estudo consiste numa adaptação do questionário elaborado por Schiff e colaboradores<sup>10</sup>. Na construção e validação do “*Heidelberg Peri-anaesthetic Questionnaire*” estiveram envolvidos vários profissionais de saúde e um largo espectro de doentes de três hospitais na Alemanha. A sua tradução e aplicação num hospital português foram consentidas.

O questionário é constituído por 38 itens com os quais o doente estabelece um nível de concordância segundo uma escala de *Likert* de quatro pontos. Esta escala permite formar dois grupos de satisfação ao impossibilitar a escolha de uma resposta central. Porém, o sentido da satisfação na escala difere consoante a formulação de cada item.

Os itens estão ordenados cronologicamente de acordo com as fases do internamento e distribuem-se por cinco dimensões: confiança e atmosfera; medo; desconforto; tratamento dado pela equipa; informação e espera. A consistência interna do questionário foi demonstrada através de um valor alfa de Cronbach de 0,79. Os cinco componentes apresentam um valor alfa de Cronbach de 0,42 a 0,79 <sup>10</sup>.

## **Tradução e Adaptação Transcultural**

A metodologia usada na tradução do questionário disponibilizado, de inglês para português, baseou-se na revisão apresentada por Wild e seus colaboradores<sup>15</sup>. Em primeira instância, dois tradutores, incluindo um médico especialista em anestesiologia, produziram independentemente duas versões iniciais em português. Procuraram manter o nível de leitura e interpretação compatível com o sexto ano de escolaridade proposto no questionário original. Os resultados foram de seguida discutidos para que uma versão consenso fosse elaborada. Partindo da nova versão em português, foi efectuada uma retroversão por um tradutor bilingue que desconhecia o questionário original e os objectivos do estudo.

No final, o questionário passou por uma fase de pré-teste. Nesta fase, uma amostra da população alvo, não incluída nos passos seguintes do estudo, foi abordada após o preenchimento do questionário. Avaliou-se a compreensão dos itens e o grau de dificuldade na escolha da resposta.

## **Participantes**

A versão portuguesa do questionário foi distribuída no período de 10 de Dezembro de 2012 a 4 de Janeiro de 2013 numa amostra seleccionada por conveniência no Hospital São João no Porto. Os critérios de inclusão foram a idade superior a 18 anos, cirurgia eletiva há pelo menos 12 horas e ausência de doença neuropsiquiátrica. Os doentes com limitação na leitura ou escrita não foram excluídos do estudo.

Após obtenção do consentimento informado, o investigador principal recolheu os questionários. Para que a confidencialidade fosse garantida, procedeu-se de seguida à sua codificação. De cada paciente foram recolhidas as seguintes variáveis: idade, género, estado civil, literacia, risco cirúrgico, estado físico ASA (*American Society of Anesthesiologists*)<sup>16</sup>, cirurgia prévia, tipo e duração da anestesia.

O protocolo do estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital São João.

## **Análise Estatística**

### **Validade de Construto e Consistência Interna**

Partindo dos resultados obtidos da aplicação da versão portuguesa do questionário, a estrutura relacional dos itens foi determinada através de uma Análise Fatorial Exploratória, utilizando o método de análise de componentes principais seguida de uma rotação *varimax*. Para reforçar os dados da análise, optámos por atribuir a média aos itens não respondidos. Cargas fatoriais absolutas iguais ou superiores a 0,35 foram consideradas satisfatórias. O número de fatores a reter foi determinado através do critério *Scree Plot*.

Calculámos as comunalidades no sentido de avaliar quanta variância de cada item foi explicada por cada fator extraído. Elevados valores de comunalidades indicam que o método dos componentes principais extraiu uma grande quantidade de variância de um item particular. Decidimos excluir os itens que apresentavam comunalidades inferiores a 0,2.

Tendo em conta que o sentido da satisfação na escala de *Likert* depende da direção do item, invertemos a pontuação de alguns itens.

Avaliámos a consistência interna do questionário através do cálculo do alfa de Cronbach por dimensão e para o total dos itens.

O nível de satisfação para cada dimensão foi obtido através da soma das respostas dos seus itens e convertido em percentagem (a pontuação varia de 0 a 100).

### **Variáveis de Confundimento**

Realizámos uma análise univariada entre os valores de satisfação obtidos para cada dimensão e as características sociodemográficas e clínicas dos participantes. A associação linear foi determinada através do coeficiente de correlação de Pearson. Categorizámos as variáveis recolhidas nos casos em que se verificavam associações fracas. Conforme o mais adequado, usámos o Teste *t-Student* e a Análise de Variância para avaliar a significância da diferença entre os valores médios da satisfação e as variáveis qualitativas.

Incluimos num modelo de regressão linear múltipla as variáveis que demonstravam significância para um valor p menor que 0.2 na análise univariada. A associação entre as características dos pacientes e as dimensões foi determinada pelos coeficientes de regressão.

### **Satisfação e Insatisfação**

Estabelecemos o nível de satisfação total com os cuidados através da soma dos valores de satisfação de cada dimensão. Considerámos doentes satisfeitos aqueles que se encontravam um desvio padrão acima da média da satisfação total e doentes insatisfeitos abaixo dessa média. Os restantes doentes que não se enquadravam nestes valores, não foram incluídos em nenhum dos grupos <sup>10</sup>.

Realizámos toda a análise estatística recorrendo ao programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 18. O nível de significância foi definido como  $p < 0,05$ . Os valores apresentados correspondem à média ( $\pm$ desvio padrão).

## **RESULTADOS**

### **Versão Portuguesa do Questionário**

Considerando que avaliação da satisfação pode envolver conceitos subjetivos, a tradução conceptual parece ter um papel mais importante que a tradução literal <sup>17</sup>. Ambos os tradutores produziram duas versões mantendo esta equivalência e estabeleceram uma versão final sem dificuldades. As palavras “stress” e “staff”, para as quais não existe correspondência literal, foram substituídas por “medo” e “membros da equipa”, respetivamente.

Para além disso, resolvemos adaptar os primeiros seis itens e o item 12 para que o questionário se adequasse à situação. Relativamente aos primeiros seis itens, que se referem ao contacto do doente com o anestesiológista na fase pré-anestésica, poderia existir alguma dificuldade em diferenciar o médico contactado na consulta pré-anestésica e aquele contactado no momento antes da cirurgia. Uma vez que nem todos os doentes têm uma consulta pré-anestésica, optámos por avaliar

o segundo contacto, sendo os itens reformulados nesse sentido. Em relação ao item 12 – “*The waiting time the morning before the surgery was long*” – apresentámos como “O tempo de espera no dia da cirurgia foi longo”, visto que a cirurgia podia ser realizada no início da manhã e o doente internado no final do dia anterior. O questionário original foi comparado com a retroversão e, com excepção das adaptações referidas, não foram encontradas discrepâncias conceptuais.

Conforme o sugerido pelos autores na discussão do questionário original, acrescentámos um novo item considerado em falta referente à qualidade de sono na noite após a cirurgia<sup>10</sup>. Optámos por formular a questão da mesma forma que o item que avalia o sono antes da cirurgia e, seguindo a ordem cronológica já estabelecida, colocámos como item 37. Assim, a versão portuguesa é constituída por 39 itens avaliados segundo uma escala de *Likert* de quatro pontos (1=discordo totalmente; 2=discordo; 3=concordo; 4=concordo totalmente).

O questionário português foi estabelecido após ser testado em 15 doentes, permitindo alguns ajustes finais. A palavra “fadiga” foi substituída por “cansaço”, que era mais facilmente compreendida, e foi eliminada a palavra “algo” em “algo importante para si” por retirar objectividade. Não foram efectuadas mais alterações por não se verificar dificuldades na interpretação. Os doentes apenas referiram que a escolha da resposta exigia alguma atenção inicial, dado as frases não estarem formuladas no mesmo sentido da satisfação. Contudo, notam que no final se revelava um questionário fácil de completar, demorando em média dez minutos. Foram capazes de responder a todos os itens com a excepção de dois doentes, que não responderam aos seis itens iniciais por não saberem quem tinha sido o seu médico anestesiológico.

O conteúdo dos itens da versão portuguesa do questionário é apresentado na tabela 1.

## **Participantes**

Um total de 119 doentes foram abordados, dos quais 107 (90%) entregaram o questionário preenchido juntamente com o consentimento informado. As razões mencionadas pelos doze doentes que se recusaram a preencher foram cansaço, dor e falta de interesse.

As idades dos participantes variam entre 18 e 82 anos (mediana 50, média  $51,71 \pm 14$ ) e 32% encontram-se acima dos 60 anos. A maioria são mulheres, contando com 59% da amostra. Em relação à escolaridade, 43% tem um nível inferior ao obrigatório em Portugal (9ºano), sendo que somente um doente diz ser analfabeto e 34% completa apenas os quatro primeiros anos de ensino. Dos restantes, 12% termina após o 9º ano, 19% termina o ensino secundário e 14% o ensino superior.

Apenas 9% dos participantes foram submetidos a anestesia loco-regional, sendo que a maioria (81%) foi submetida a anestesia geral balanceada. A anestesia geral inalatória e geral endovenosa contaram com cinco doentes cada e a anestesia combinada com um doente. As restantes características clínicas recolhidas são apresentadas na tabela 2.

Os doentes completaram o questionário em 46 horas ( $\pm 55$ ) após o final da cirurgia, tendo permanecido no recobro cerca de 198 minutos ( $\pm 360$ ).

### **Análise de Itens**

O sentido da satisfação da escala *Likert* difere consoante o conteúdo do item. Para os itens 2, 6, 9, 18 a 21, 23 a 25 e 34 a 39, o número quatro (concordo totalmente) corresponde ao máximo de satisfação alcançado e o número um (discordo totalmente) ao mínimo de satisfação. Os restantes itens são classificados no sentido inverso. Na tabela 1 é apresentada a média e desvio padrão das respostas obtidas após aplicação do questionário.

Dezanove dos itens do questionário foram sempre completados pelos 107 participantes. Os restantes itens têm menos de 3% de respostas em falta, com exceção dos itens 1 a 6, 18, 21, 24 e 25. Relativamente aos primeiros seis itens, os 8% dos doentes que optaram por não responder, assim como, os 6% que não responderam ao item 18, tendem a coincidir. Estes itens referem-se ao contacto com o anestesiológista antes da cirurgia. Quanto ao item 21, que diz respeito ao acordar da anestesia, os 5% dos doentes que não responderam não foram submetidos a anestesia geral. Por fim, os doentes que não respondem ao item 14 (4%) e item 25 (14%), que se refere a alívio da dor, revelam através das perguntas anteriores que tiveram pouca ou nenhuma dor no pós-operatório.

## **Validade de Construto e Consistência Interna**

Da análise realizada resultaram três factores que explicavam 42,6% da variância total. O teste de esfericidade de Bartlett demonstrou resultados estatisticamente significativos ( $p < 0,001$ ), indicando que os itens partilhavam uma variância em comum. O teste de Kaiser-Meyer-Olkin, medida de adequação da amostra, obteve um valor de 0,755, sugerindo que as variáveis medem mais que uma componente. Os itens 2, 10, 12, 16, 17, 22 e 30 foram eliminados da análise por apresentarem comunalidades baixas, restando 32 itens (tabela 1).

De acordo com a carga fatorial encontrada (tabela 1), o primeiro componente é constituído por 14 itens (1, 3, 4, 5, 6, 18, 19, 20, 24, 25, 34, 35, 38 e 39) e explica 25,7% da variância. Já o segundo componente, com 11 itens (15, 21, 23, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 36, 37), explica 10,3% da variância. Os restantes sete itens (7, 8, 9, 11, 13, 14, 31) fazem parte do terceiro componente que explica 6,6% da variância. Os componentes têm valores próprios de 8,2; 3,3 e 2,1 respectivamente. Os itens apresentam uma baixa carga fatorial (menor que 0,35) para as dimensões a que não pertencem, com exceção dos itens 3, 4 e 36.

Em conformidade com a distribuição dos itens, a primeira dimensão foi denominada “equipa”, a segunda “desconforto” e a terceira “medo”.

Na avaliação da consistência interna, o questionário apresentou um valor alfa de Cronbach de 0,7 para a totalidade dos itens. A dimensão “equipa” apresentou um valor de 0,875; a dimensão “medo” de 0,776 e a dimensão “desconforto” de 0,796.

## **Variáveis de Confundimento**

Os valores médios de satisfação obtidos para cada dimensão são 83,4% para “equipa”, 66,8% para “desconforto” e 65,9% para “medo” (tabela 2). O valor máximo (100%) representa o máximo de satisfação com o tratamento dado pela equipa, nenhum desconforto nem medo.

Os valores de satisfação encontrados para a dimensão “equipa” são influenciados significativamente pela consulta pré-anestésica ( $p=0,040$ ). Doentes com consulta pré-anestésica antes da cirurgia têm valores mais elevados de satisfação relativamente ao tratamento dado pela equipa. Já a

dimensão “desconforto” é influenciada pela idade ( $p=0,011$ ), género ( $p=0,037$ ), risco cirúrgico ( $p=0,032$ ), tipo de anestesia ( $p=0,007$ ) e duração da anestesia ( $p=0,001$ ). Os homens, a idade superior a 60 anos, um baixo risco cirúrgico, a anestesia regional e uma duração da anestesia inferior a 120 minutos, conduzem a menos desconforto, ou seja, a valores mais elevados de satisfação. A terceira dimensão, “medo”, sofre também influência da idade ( $p=0,010$ ). Uma idade superior a 60 anos apresenta valores mais elevados de satisfação nesta dimensão, indicando menos medo. Os valores médios de satisfação de acordo com as características dos doentes estão apresentados na tabela 2.

Após análise multivariada, apenas o género manteve o efeito significativo ( $p=0,047$ ) na dimensão “desconforto”. Os homens sentiram menos desconforto que as mulheres (coeficiente de regressão=8,7; intervalo de confiança 95%: [0,1;17,3]). Em relação às dimensões “equipa” e “medo”, quando ajustado para outras variáveis, não foram encontrados efeitos significativos da consulta pré-anestésica e da idade, respectivamente.

### **Satisfação e Insatisfação**

Relativamente ao nível de satisfação total, os doentes classificados como insatisfeitos com os cuidados anestésicos apresentam uma mediana (intervalo interquartil [limites]) de 61% (55-67% [40,70]) e os doentes satisfeitos uma mediana de 91% (88-95 [85,99]). Os dois grupos diferem nas três dimensões, embora com uma diferença menor na dimensão “equipa”. Verificamos que 50% dos doentes insatisfeitos apresentam uma satisfação superior a 60% nesta dimensão (gráfico1).

### **DISCUSSÃO**

O questionário de avaliação dos cuidados peri-anestésicos disponibilizado na literatura por Schiff e seus colaboradores <sup>10</sup> foi adaptado para que pudesse ser aplicado num hospital português. Apesar de o ideal na avaliação da satisfação fosse incluir a população alvo na construção de um



questionário, é um processo moroso e que impossibilita a comparação entre populações <sup>17</sup>. Desta forma, optámos por seleccionar um questionário europeu com validade demonstrada para garantir que os aspetos abordados fossem também os mais relevantes na população a ser estudada. Embora o questionário tenha sido construído na língua alemã, a tradução partiu da versão inglesa disponível. Qualquer adaptação transcultural não garantiria que as características psicométricas fossem preservadas mas, neste contexto, tornou-se fundamental o seu teste numa amostra de 107 doentes submetidos a cirurgia eletiva.

Obtivemos uma boa taxa de resposta e os participantes preencheram o questionário quase na sua totalidade. Os autores do questionário original notam que os doentes submetidos a anestesia regional podem encontrar algumas limitações no seu preenchimento <sup>10</sup>. Ao analisarmos os itens que obtiveram um maior número de respostas em falta, concluímos que de facto os 5% dos doentes que não responderam ao item 21, relativo ao acordar da anestesia, foram submetidos a anestesia regional. Consideramos que item não deva ser contabilizado neste grupo. Importa ainda salientar no final desta análise de itens, os doentes que não avaliaram o contacto com o médico anestesiológista antes da cirurgia. Já na fase pré-teste de adaptação do questionário verificámos que parte dos doentes não foi capaz de identificar o seu médico na equipa. Embora a percentagem seja baixa, fica a incerteza das respostas dadas pelos restantes doentes quando se trata de avaliar a equipa médica. O reconhecimento do papel do médico anestesiológista pelos doentes é um tema que esteve sempre presente ao longo dos anos da existência da especialidade <sup>18</sup>. Le May e seus colaboradores <sup>19</sup> verificaram que 22% dos doentes envolvidos na construção do seu questionário não se recordavam do contacto prévio com o médico ou não o distinguiam de outros. Neste sentido, propomos a inclusão de uma questão inicial para que seja possível identificar e avaliar estes doentes separadamente.

Os itens da versão portuguesa do questionário foram distribuídos por três dimensões diferentes após a análise estatística, ao contrário das cinco dimensões determinadas no questionário original. No presente estudo, a dimensão denominada “equipa” inclui os itens pertencentes a três dimensões do estudo original (Schiff, comunicação pessoal): itens 1 a 6 de “informação e espera”; itens 18 a 20, 38 e 39 de “confiança e atmosfera”; itens 24, 25, 34 e 35 de “tratamento dado pela equipa”. Já os itens que foram incluídos nas dimensões “medo” e “desconforto” foram igualmente

agrupados pelos autores do questionário original, com a exceção dos itens 21, 31 e 36. Em relação ao item 31, referente à sensação de frio ou tremor após anestesia, os participantes associaram à dimensão “medo” e não a “desconforto”, que acreditamos ser a verdadeira intenção da formulação do item. Inversamente, os itens 21 (acordar da anestesia) e 36 (recuperação) foram incluídos em “desconforto” e não em “tratamento dado pela equipa” segundo os autores. De acordo com a versão inglesa disponibilizada, a frase parece apoiar a inclusão do item na primeira dimensão. Por fim, o novo item criado com a intenção de avaliar a qualidade de sono na noite após a cirurgia (item 37), apesar de formulado da mesma forma que o item 9 incluído na dimensão “medo”, correlacionou-se com os itens pertencentes à dimensão “desconforto”. Concluímos que a noite após a cirurgia é dominada pela dor ou outro tipo de desconforto físico resultante da cirurgia e a noite antes dominada pela ansiedade ou medo.

Eliminámos sete dos itens por apresentarem comunalidades baixas (tabela 2). Dois destes itens referem-se ao tempo de espera, no entanto, parecem ser duas situações pouco relevantes na satisfação. Caso a cirurgia seja adiada (item 10) ou o tempo de espera seja longo (item 12), o doente geralmente é avisado antes do seu internamento. Já o item 17 trata dois conceitos em simultâneo: dor e ansiedade. Acreditamos que o aumento do tamanho da amostra possa criar um modelo mais estável, com comunalidades mais elevadas, capaz de incluir os itens excluídos.

A dimensionalidade do questionário está dependente da população em que é aplicado. Na amostra estudada não foi possível estabelecer diferentes escalas para as várias vertentes do serviço prestado pela equipa, domínio para o qual se verificou o mais alto nível de satisfação. Contudo, verificamos que a versão portuguesa do questionário é um instrumento multidimensional e que os seus itens demonstram independência das dimensões a que não pertencem. No que refere à homogeneidade dos itens, determinámos em cada dimensão valores alfa de Cronbach maiores que 0,7, que são considerados suficientes por diversos autores <sup>20</sup>.

Na literatura, o efeito das características dos doentes na satisfação são contraditórios. No entanto, parece existir alguma tendência para doentes mais velhos e mulheres apresentarem níveis mais altos de satisfação <sup>21</sup>. Na análise multivariada encontramos apenas influência significativa do género na dimensão “desconforto”, contudo foram os homens que revelaram níveis mais altos de

satisfação. Somente na análise univariada verificamos maior satisfação de uma idade mais avançada nas dimensões “ desconforto” e “medo”. Num estudo europeu deste ano, relativo ao medo e ansiedade com a experiência anestésica, as diferenças observadas para género, idade, literacia e anestesia prévia não foram significativas <sup>22</sup>.

A satisfação total do grupo de doentes satisfeitos e insatisfeitos foi ligeiramente inferior à encontrada pelos autores do questionário original, sobretudo no segundo grupo <sup>10</sup>. Ambos diferem nas três dimensões do cuidado, no entanto, a dimensão “equipa” apresenta também valores elevados nos doentes insatisfeitos. Portanto, a sua insatisfação reflete-se sobretudo nos valores mais baixos das dimensões “medo” e “desconforto”. O controlo da dor e tranquilização do doente para o procedimento é parte da responsabilidade do médico anestesiológico. Contudo, tal como Schiff <sup>10</sup> deixa claro, o contexto cirúrgico pode influenciar a mera avaliação das atitudes da equipa perante a situação em que o doente se encontra. Apesar do desconforto e do medo, os doentes insatisfeitos avaliam positivamente o restante cuidado.

Sabemos que valores altos de satisfação são resultados consistentemente encontrados em estudos prévios. Os doentes tendem a aceitar e aprovar os cuidados que recebem <sup>23,24</sup>. Já Fung <sup>4</sup> referia que satisfação pode ser dominada por um sentido de gratidão para com os médicos ou o hospital. Em estudos recentes de aplicação de questionários, continua presente o viés de desejabilidade social, ou seja, a tendência para responder de forma socialmente aceitável ou positiva <sup>7,11,14</sup>. Este viés foi minimizado com a entrega do questionário, não pelo médico anestesiológico, mas pelo investigador principal, que garantiu a confidencialidade e não esteve presente durante o preenchimento. Neste caso, fica a dúvida do verdadeiro significado do nível elevado de satisfação da dimensão “equipa”, que inclui as áreas do cuidado relativas à comunicação e da relação de confiança médico doente. Diversos autores salientam a importância desta área, procurando demonstrar ser o domínio que mais contribui para a satisfação com os cuidados anestésicos <sup>7,25,26</sup>. Hepner e colaboradores <sup>27</sup> abordam a consulta pré-anestésica neste sentido e demonstram a sua contribuição na satisfação global. Assim sendo, notamos a importância de distinguir os seus diferentes componentes para uma compreensão mais detalhada do significado e veracidade dos valores obtidos.

Deixamos a versão portuguesa do questionário para futuras adaptações e alertar a especialidade para esta nova abordagem da avaliação da qualidade dos cuidados anestésicos. Para além disso, segundo Vuori <sup>28</sup> “mais importante do que avaliar a competência do médico ou dos cuidados de saúde, o verdadeiro objetivo da Medicina não será alcançado se o doente não estiver satisfeito.” O grande objetivo dos cuidados é o alcance das expectativas dos doentes<sup>28</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med.* 2010;363:2477-2481.
2. Neuman MD. Patient satisfaction and value in anesthesia care. *Anesthesiology.* 2011;114:1019-1020.
3. Klock PA, Roizen MF. More or better-educating the patient about the anesthesiologist's role as perioperative physician. *Anesth Analg.* 1996;83:671-672.
4. Fung D, Cohen MM. Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anesth Analgesia.* 1998;87:1089-1098.
5. Capuzzo M, Alvisi R. Is it possible to measure and improve patient satisfaction with anesthesia? *Anesthesiol Clinics.* 2008;26:613-626.
6. Dexter F, Aker J, Wright WA. Development of a measure of patient satisfaction with monitored anesthesia care: the Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale. *Anesthesiology.* 1997;87:865-873.
7. Heidegger T, Husemann Y, Nuebling M, Morf D, Sieber T, Huth A, et al. Patient satisfaction with anaesthesia care: development of a psychometric questionnaire and benchmarking among six hospitals in Switzerland and Austria. *Br J Anaesth.* 2002;89:863-872.
8. Auquier P, Pernoud N, Bruder N, Simeoni MC, Auffray JP, Colavolpe C, et al. Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. *Anesthesiology.* 2005;102:1116-1123.
9. Caljouw MA, van Beuzekom M, Boer F. Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire. *Br J Anaesth.* 2008;100:637-644.
10. Schiff JH, Fornaschon AS, Frankenhauser S, Schiff M, Snyder-Ramos SA, Martin E, et al. The Heidelberg Peri-anaesthetic Questionnaire-development of a new refined psychometric questionnaire. *Anaesthesia.* 2008;63:1096-1104.
11. Mui WC, Chang CM, Cheng KF, Lee TY, Ng KO, Tsau KR, et al. Development and validation of the questionnaire of satisfaction with perioperative anesthetic care for general and regional anesthesia in Taiwanese patients. *Anesthesiology.* 2011;114:1064-1075.
12. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health care.* 2002;11:335-339.

13. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care*. 1999;11:319-328.
14. Le May S, Hardy JF, Taillefer MC, Dupuis G. Patient satisfaction with anesthesia services. *Canadian J Anaesth*. 2001;48:153-161.
15. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in health*. 2005;8:94-104.
16. Aronson WL, McAuliffe MS, Miller K. Variability in the American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification Scale. *AANA J*. 2003;71:265-274.
17. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25:3186-3191.
18. Klapfta JM, Roizen MF. Current understanding of patients' attitudes toward and preparation for anesthesia: a review. *Anesth Analgesia*. 1996;83:1314-1321.
19. Le May S, Hardy JF, Harel F, Taillefer MC, Dupuis G. Patients' perceptions of cardiac anesthesia services: a pilot study. *Can J Anaesth*. 2001;48:1127-1142.
20. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007;60:34-42.
21. Rahmqvist M. Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *Int J Qual Health Care*. 2001;13:385-390.
22. Mavridou P, Dimitriou V, Manataki A, Arnaoutoglou E, Papadopoulos G. Patient's anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *J Anesth*. 2013;27:104-108.
23. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med*. 1997;45:1829-1843.
24. Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Soc Sci Med*. 1998;47:1351-1359.

25. Capuzzo M, Landi F, Bassani A, Grassi L, Volta CA, Alvisi R. Emotional and interpersonal factors are most important for patient satisfaction with anaesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2005;49:735-742.
26. Kopp VJ, Shafer A. Anesthesiologists and perioperative communication. *Anesthesiology.* 2000;93:548-555.
27. Hepner DL, Bader AM, Hurwitz S, Gustafson M, Tsen LC. Patient satisfaction with preoperative assessment in a preoperative assessment testing clinic. *Anesth Analg.* 2004;98:1099-1105.
28. Heidegger T, Nuebling M, Saal D, Kreienbuhl G. Patient-centred outcomes in clinical research: does it really matter? *Br J Anaesth.* 2008;100:1-3.

## TABELAS

Tabela 1: Versão Portuguesa do Questionário: análise descritiva, dimensionalidade e consistência interna.

Itens: conteúdo	Média (DP)	Dimensões – carga fatorial		
		Equipa	Desconforto	Medo
1. Antes da cirurgia, o tempo de espera pelo anestesiológico foi longo.	1,62 (0,87)	- 0,439	---	---
2. Antes da cirurgia, o contacto com o anestesiológico foi efetuado num ambiente agradável.	3,57 (0,54)	-	-	-
3. O anestesiológico, que o contactou antes da cirurgia, deveria ser mais simpático.	1,42 (0,70)	- 0,461	0,398	---
4. O anestesiológico, que o contactou antes da cirurgia, parecia estar com pressa.	1,23 (0,47)	- 0,537	0,371	---
5. O anestesiológico, que o contactou antes da cirurgia, não deu informação suficiente.	1,67 (0,82)	- 0,549	---	---
6. A informação dada pelo anestesiológico, que o contactou antes da cirurgia, foi fácil de perceber.	3,62 (0,53)	0,607	---	---
7. O medo da anestesia foi importante para si.	2,07 (1,03)	---	---	0,622
8. O medo da cirurgia foi importante para si.	2,57 (1,00)	---	---	0,798
9. Na noite antes da cirurgia sentiu-se calmo.	2,56 (1,10)	---	---	- 0,515
10. A cirurgia foi adiada para outro dia.	1,37 (0,91)	-	-	-
11. Antes da cirurgia sentiu um medo incontável.	1,78 (0,95)	---	---	0,753
12. O tempo de espera no dia da cirurgia foi longo.	2,03 (1,04)	-	-	-
13. Sentir-se sozinho/a incomodou-o/a.	1,52 (0,72)	---	---	0,416
14. O medo ou agitação no momento antes da anestesia foi importante	2,11 (0,99)	---	---	0,802
15. A sede antes da anestesia foi um problema para si.	2,01 (1,05)	---	0,354	---
16. Sentiu frio ou tremor na sala onde foi anestesiado/a.	1,84 (1,01)	-	-	-
17. Dor antes da anestesia causou-lhe ansiedade.	1,52 (0,81)	-	-	-
18. A anestesia decorreu exatamente como o anestesiológico lhe tinha explicado.	3,29 (0,81)	0,723	---	---
19. O ambiente na sala onde foi anestesiado/a era agradável.	3,20 (0,67)	0,454	---	---
20. Os membros da equipa cuidaram bem de si e foram prestáveis enquanto era anestesiado/a.	3,62 (0,55)	0,651	---	---



21. O acordar da anestesia foi confortável.	3,11 (0,80)	---	- 0,577	---
22. Depois de acordar da anestesia, sentiu dor na zona onde foi operado/a.	2,67 (1,03)	-	-	-
23. Não teve dor nenhuma ou quase nenhuma noutras áreas do corpo após a cirurgia (por exemplo, cabeça).	2,97 (1,04)	---	- 0,363	---
24. Os membros da equipa mostraram que estavam verdadeiramente preocupados com a sua dor.	3,41 (0,73)	0,726	---	---
25. Os membros da equipa rapidamente aliviaram a sua dor.	3,41 (0,64)	0,683	---	---
26. As náuseas ou vômitos foram um problema após a anestesia.	1,93 (1,14)	---	0,655	---
27. A rouquidão ou dor de garganta foi um problema após a anestesia.	2,33 (1,10)	---	0,466	---
28. A fraqueza muscular foi um problema após a anestesia.	2,12 (1,04)	---	0,580	---
29. A sede foi um problema após a anestesia.	2,56 (1,20)	---	0,532	---
30. Uma necessidade urgente de urinar foi um problema para si.	1,91 (1,10)	-	-	-
31. A sensação de frio ou tremor foi um problema após a anestesia.	1,78 (0,99)	---	---	0,383
32. Foi difícil respirar após a anestesia.	1,65 (0,86)	---	0,412	---
33. O cansaço ou a incapacidade de concentração foi um problema após a anestesia.	2,09 (1,01)	---	0,658	---
34. Imediatamente após acordar da anestesia, os membros da equipa estavam disponíveis para o/a ajudarem.	3,64 (0,54)	0,690	---	---
35. Os membros do recobro ou unidade de cuidados intensivos eram simpáticos.	3,69 (0,47)	0,614	---	---
36. A recuperação após a anestesia correu bem.	3,41 (0,57)	0,471	- 0,523	---
37. Na noite após a cirurgia sentiu-se calmo.	3,18 (0,87)	---	- 0,563	---
38. Sentiu que podia confiar na equipa de anestesia.	3,58 (0,54)	0,794	---	---
39. Pôde ter a certeza que o anestesiológista tomava as decisões tendo em conta o melhor interesse do doente.	3,59 (0,55)	0,752	---	---
<b>Variância</b>		25,7 %	10,3 %	6,6 %
<b>Alfa de Cronbach</b>		0,875	0,776	0,796

Média e desvio padrão (DP) da classificação de cada item na escala de *Likert* (1=discordo totalmente e 4=concordo totalmente); (---) = carga fatorial < 0,35; (-) = comunalidade < 0,2

Tabela 2: Satisfação de acordo com variáveis sociodemográficas e clínicas.

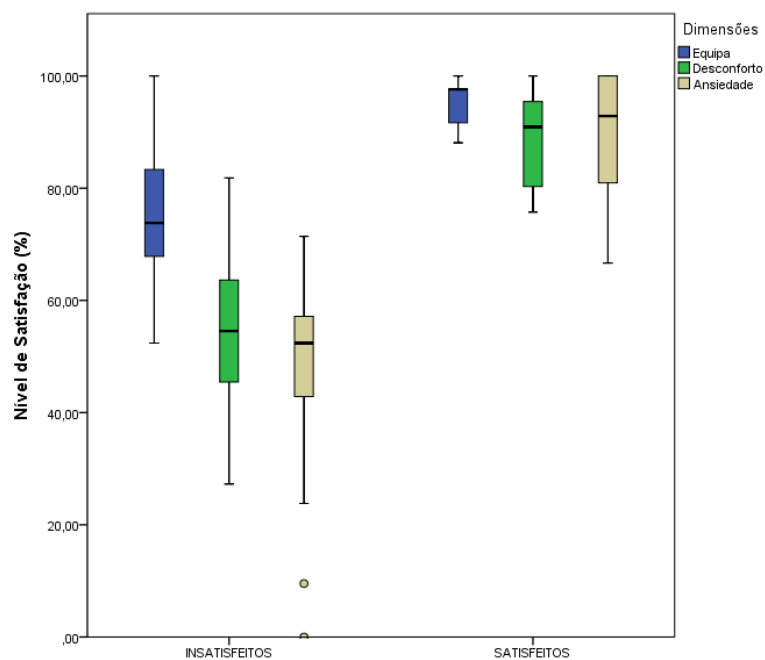
			Dimensões					
			Equipa		Desconforto		Medo	
Variáveis		n	Média (DP)	valor p	Média (DP)	valor p	Média (DP)	valor p
Grupo de idades (n=107)	≤ 60 anos	73	81,9 (13,4)	0,108	63,9 (16,8)	0,011*	62,0 (19,7)	0,010*
	> 60 anos	34	86,3 (12,7)		73,4 (19,2)		73,5 (23,5)	
Género (n=107)	homens	44	84,2 (12,8)	0,567	71,5 (20,2)	0,037*	67,9 (23,5)	0,364
	mulheres	63	82,7 (13,7)		63,8 (15,7)		64,1 (20,2)	
Estado civil (n=90)	solteiro/divorciado/viúvo	31	85,8 (14,1)	0,140	69,2 (18,2)	0,380	71,9 (22,0)	0,074
	casado/união de facto	59	81,4 (12,7)		65,7 (17,5)		63,4 (20,9)	
Escolaridade (n=102)	≤ 4 anos	38	86,3 (13,2)	0,248	72,2 (17,9)	0,131	70,2 (25,6)	0,158
	5-9 anos	21	84,4 (12,4)		66,1 (16,1)		69,4 (16,7)	
	10-12 anos	28	82,3 (13,2)		65,5 (19,1)		63,6 (18,4)	
	> 12 anos	15	78,4 (14,5)		60,2 (15,3)		56,2 (22,6)	
ASA (n=106)	I	21	79,3 (12,3)	0,194	66,4 (17,7)	0,313	62,1 (19,3)	0,554
	II	65	85,2 (13,2)		65,8 (18,1)		65,9 (22,1)	
	III	20	82,6 (13,8)		72,7 (17,1)		69,5 (22,9)	
Risco cirúrgico (n=107)	baixo	69	82,1 (13,3)	0,317	69,7 (17,9)	0,032*	63,7 (22,2)	0,436
	intermédio	29	84,4 (14,1)		64,6 (16,8)		69,6 (19,7)	
	alto	9	88,9 (9,6)		53,8 (17,2)		68,2 (23,1)	
Tipo de Anestesia (n=105)	regional	9	82,0 (14,7)	0,770	82,2 (14,1)	0,007*	64,0 (19,6)	0,803
	geral	96	83,4 (13,3)		65,2 (17,8)		65,9 (21,9)	
Duração da anestesia (n=106)	≤120minutos	56	85,0 (13,1)	0,445	72,1 (18,2)	0,001*	66,2 (23,0)	0,714
	>120minutos	44	83,0 (13,2)		59,9 (16,2)		64,6 (20,7)	
Consulta pré-anestésica (n=100)	com consulta	43	86,4 (13,1)	0,040*	66,4 (17,5)	0,822	66,7 (19,6)	0,604
	sem consulta	63	80,9 (13,1)		67,2 (18,6)		64,5 (22,9)	

Cirurgia prévia (n=107)	0	48	82,4 (13,5)	0,316	66,2 (18,7)	0,671	63,4 (23,7)	0,549
	1-2	37	85,9 (12,6)		69,0 (19,7)		68,6 (21,6)	
	> 2	22	80,9 (14,0)		65,2 (13,6)		65,8 (16,2)	
<b>Total (n=107)</b>								
Média (DP)/Mediana			83,4 (13,3) /86,9		66,8 (18,1) /66,7		65,9 (21,6) /66,7	

Média e desvio padrão (DP) para cada dimensão, sendo 0 o valor mínimo e 100 o valor máximo de satisfação. \* valor  $p < 0,05$

## GRÁFICO

Gráfico 1: Dimensões em doentes Satisfeitos e Insatisfeitos



Caixa representa intervalo interquartil, linha horizontal a mediana e linha vertical os limites mínimo e máximo. Nível de satisfação para cada dimensão, sendo 100% o máximo de satisfação.

# NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA ACTA MÉDICA PORTUGUESA

26 de Fevereiro de 2013

## 1. Missão

Publicar trabalhos científicos originais e de revisão na área biomédica da mais elevada qualidade, abrangendo várias áreas do conhecimento médico, e ajudar os médicos a tomar melhores decisões.

Para atingir estes objectivos a Acta Médica Portuguesa publica artigos originais, artigos de revisão, casos clínicos, editoriais, entre outros, comentando sobre os factores clínicos, científicos, sociais, políticos e económicos que afectam a saúde. A Acta Médica Portuguesa pode considerar artigos para publicação de autores de qualquer país.

## 2. Valores

Promover a qualidade científica.

Promover o conhecimento e actualidade científica.

Independência e imparcialidade editorial.

Ética e respeito pela dignidade humana.

Responsabilidade social.

## 3. Visão

Ser reconhecida como uma revista médica portuguesa de grande impacto internacional.

Promover a publicação científica da mais elevada qualidade privilegiando o trabalho original de investigação (clínico, epidemiológico, multicêntrico, ciência básica).

Constituir o fórum de publicação de normas de orientação.

Ampliar a divulgação internacional.

**Lema:** “Primum non nocere, primeiro a Acta Médica Portuguesa”

## 4. Informação Geral

A Acta Médica Portuguesa é a revista científica com revisão pelos pares (*peer-review*) da Ordem dos Médicos. É publicada continuamente desde 1979, estando indexada na PubMed / Medline desde o primeiro número. Desde 2010 tem Factor de Impacto atribuído pelo Journal Citation Reports - Thomson Reuters.

A Acta Médica Portuguesa segue a política do livre acesso. Todos os seus artigos estão disponíveis de forma integral, aberta e gratuita desde 1999 no seu *site* e através da Medline com interface PubMed.

A taxa de aceitação da Acta Médica Portuguesa é aproximadamente de 55% dos mais de 300 manuscritos recebidos anualmente.

Os manuscritos devem ser submetidos *online* via “Submissões Online”

A Acta Médica Portuguesa rege-se de acordo com as boas normas de edição biomédica do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), do Committee on Publication Ethics (COPE), e do EQUATOR Network Resource Centre Guidance on Good Research Report (desenho de estudos).

A política editorial da Revista incorpora no processo de revisão e publicação as Recomendações de Política Editorial (*Editorial Policy Statements*) emitidas pelo Conselho de Editores Científicos (Council of Science Editors), que cobre responsabilidades e direitos dos editores das revistas com arbitragem científica.

Os artigos propostos não podem ter sido objecto de qualquer outro tipo de publicação. As opiniões expressas são da inteira responsabilidade dos autores. Os artigos publicados ficarão propriedade conjunta da Acta Médica Portuguesa e dos autores.

A Acta Médica Portuguesa reserva-se o direito de comercialização do artigo enquanto parte integrante da revista (na elaboração de separatas, por exemplo). O autor deverá acompanhar a carta de submissão com a declaração de cedência de direitos de autor para fins comerciais.

Relativamente à utilização por terceiros a Acta Médica Portuguesa rege-se pelos termos da licença *Creative Commons* ‘Atribuição – Uso Não-Comercial – Proibição de Realização de Obras Derivadas (by-nc-nd)’.

Após publicação na Acta Médica Portuguesa, os autores ficam autorizados a disponibilizar os seus artigos em repositórios das suas instituições de origem, desde que mencionem sempre onde foram publicados.

#### 5. **Critério de Autoria**

A revista segue os critérios de autoria do “International Committee of Medical Journal Editors” (ICMJE).

Todos designados como autores devem ter participado significativamente no trabalho para tomar responsabilidade pública sobre o conteúdo e o crédito da autoria.

Autores são todos que:

1. Têm uma contribuição intelectual substancial, directa, no desenho e elaboração do artigo
2. Participam na análise e interpretação dos dados
3. Participam na escrita do manuscrito, revendo os rascunhos; ou na revisão crítica do conteúdo; ou na aprovação da versão final

As condições 1, 2 e 3 têm de ser reunidas.

Autoria requer uma contribuição substancial para o manuscrito, sendo pois necessário especificar em carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho.

Ser listado como autor, quando não cumpre os critérios de elegibilidade, é considerado fraude.

Todos os que contribuíram para o artigo, mas que não encaixam nos critérios de autoria, devem ser listados nos agradecimentos.

Todos os autores, (isto é, o autor correspondente e cada um dos autores) terão de preencher e assinar o “Formulário de Autoria” com a responsabilidade da autoria, critérios e contribuições; conflitos de interesse e financiamento e transferência de direitos autorais / *copyright*.

O autor Correspondente deve ser o intermediário em nome de todos os co-autores em todos os contactos com a Acta Médica Portuguesa, durante todo o processo de submissão e de revisão. O autor correspondente é responsável por garantir que todos os potenciais conflitos de interesse mencionados são correctos. O autor correspondente deve atestar, ainda, em nome de todos os co-autores, a originalidade do trabalho e obter a permissão escrita de cada pessoa mencionada na secção “Agradecimentos”.

#### 6. **Copyright / Direitos Autorais**

Quando o artigo é aceite para publicação é mandatário o envio via *e-mail* de documento digitalizado, assinado por todos os Autores, com a partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa. O(s) Autor(es) deve(m) assinar uma cópia de partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa quando submetem o manuscrito, conforme minuta publicada em anexo.

Nota: Este documento assinado só deverá ser enviado quando o manuscrito for aceite para publicação.

#### 7. **Conflitos de Interesse**

O rigor e a exactidão dos conteúdos, assim como as opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos Autores. Os Autores devem declarar potenciais conflitos de interesse. Os autores são obrigados a divulgar todas as relações financeiras e pessoais que possam enviesar o trabalho.

Para prevenir ambiguidade, os autores têm que explicitamente mencionar se existe ou não conflitos de interesse.

Essa informação não influenciará a decisão editorial mas antes da submissão do manuscrito, os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

Se os autores têm dúvidas sobre o que constitui um relevante interesse financeiro ou pessoal, devem contactar o editor.

#### 8. **Consentimento Informado e Aprovação Ética**

Todos os doentes (ou seus representantes legais) que possam ser identificados nas descrições escritas, fotografias e vídeos deverão assinar um formulário de consentimento informado para descrição de doentes, fotografia e vídeos. Estes formulários devem ser submetidos com o manuscrito.

A Acta Médica Portuguesa considera aceitável a omissão de dados ou a apresentação de dados menos específicos para identificação dos doentes. Contudo, não aceitaremos a alteração de quaisquer dados.

Os autores devem informar se o trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição de acordo com a declaração de Helsínquia.

## 9. Língua

Os artigos devem ser redigidos em português ou em inglês. Os títulos e os resumos têm de ser sempre em português e em inglês.

## 10. Processo Editorial

O autor correspondente receberá notificação da recepção do manuscrito e decisões editoriais por *email*. Todos os manuscritos submetidos são inicialmente revistos pelo editor da Acta Médica Portuguesa. Os manuscritos são avaliados de acordo com os seguintes critérios: originalidade, actualidade, clareza de escrita, método de estudo apropriado, dados válidos, conclusões adequadas e apoiadas pelos dados, importância, com significância e contribuição científica para o conhecimento da área, e não tenham sido publicados, na íntegra ou em parte, nem submetidos para publicação noutros locais. A Acta Médica Portuguesa segue um rigoroso processo cego (*single-blind*) de revisão por pares (*peer-review*, externos à revista). Os manuscritos recebidos serão enviados a peritos das diversas áreas, os quais deverão fazer os seus comentários, incluindo a sugestão de aceitação, aceitação condicionada a pequenas ou grandes modificações ou rejeição. Na avaliação, os artigos poderão ser:

- a) aceites sem alterações;
- b) aceites após modificações propostas pelos consultores científicos;
- c) recusados.

Estipula-se para esse processo o seguinte plano temporal:

- Após a recepção do artigo, o Editor-Chefe, ou um dos Editores Associados, enviará o manuscrito a, no mínimo, dois revisores, caso esteja de acordo com as normas de publicação e se enquadre na política editorial. Poderá ser recusado nesta fase, sem envio a revisores.
- Quando receberem a comunicação de aceitação, os Autores devem remeter de imediato, por correio electrónico, o formulário de partilha de direitos que se encontra no *site* da Acta Médica Portuguesa, devidamente preenchido e assinado por todos os Autores.
- No prazo máximo de quatro semanas, o revisor deverá responder ao editor indicando os seus comentários relativos ao manuscrito sujeito a revisão, e a sua sugestão de quanto à aceitação ou rejeição do trabalho. O Conselho Editorial tomará, num prazo de 15 dias, uma primeira decisão que poderá incluir a aceitação do artigo sem modificações, o envio dos comentários dos revisores para que os Autores procedam de acordo com o indicado, ou a rejeição do artigo. Os Autores dispõem de 20 dias para submeter a nova versão revista do manuscrito, contemplando as modificações recomendadas pelos peritos e pelo Conselho Editorial. Quando são propostas alterações, o autor deverá enviar, no prazo máximo de vinte dias, um *e-mail* ao editor respondendo a todas as questões colocadas e anexando uma versão revista do artigo com as alterações inseridas destacadas com cor diferente.
- O Editor-Chefe dispõe de 15 dias para tomar a decisão sobre a nova versão: rejeitar ou aceitar o artigo na nova versão, ou submetê-lo a um ou mais revisores externos cujo parecer poderá, ou não, coincidir com os resultantes da primeira revisão.
- Caso o manuscrito seja reenviado para revisão externa, os peritos dispõem de quatro semanas para o envio dos seus comentários e da sua sugestão quanto à aceitação ou recusa para publicação do mesmo.
- Atendendo às sugestões dos revisores, o Editor-Chefe poderá aceitar o artigo nesta nova versão, rejeitá-lo ou voltar a solicitar modificações. Neste último caso, os Autores dispõem de um mês para submeter uma versão revista, a qual poderá, caso o Editor-Chefe assim o determine, voltar a passar por um processo de revisão por peritos externos.
- No caso da aceitação, em qualquer das fases anteriores, a mesma será comunicada ao Autor principal. Num prazo inferior a um mês, o Conselho Editorial enviará o artigo para revisão dos Autores já com a formatação final, mas sem a numeração definitiva. Os Autores dispõem de cinco dias para a revisão do texto e comunicação de quaisquer erros tipográficos. Nesta fase, os Autores não podem fazer qualquer modificação de fundo ao artigo, para além das correcções de erros tipográficos e/ou ortográficos de pequenos erros. Não são permitidas, nomeadamente, alterações a dados de tabelas ou gráficos, alterações de fundo do texto, etc.
- Após a resposta dos Autores, ou na ausência de resposta, após o decurso dos cinco dias, o artigo considera-se concluído.

- Na fase de revisão de provas tipográficas, alterações de fundo aos artigos não serão aceites e poderão implicar a sua rejeição posterior por decisão do Editor-Chefe.  
Chama-se a atenção que a transcrição de imagens, quadros ou gráficos de outras publicações deverá ter a prévia autorização dos respectivos autores para dar cumprimentos às normas que regem os direitos de autor.

#### 11. **Publicação *Fast-track***

A Acta Médica Portuguesa dispõe do sistema de publicação *Fast-Track* para manuscritos urgentes e importantes desde que cumpram os requisitos da Acta Médica Portuguesa para o *Fast-Track*.

#### 12. **Regras de ouro da Acta Médica Portuguesa**

- a. O editor é responsável por garantir a qualidade da revista e que o que publica é ético, actual e relevante para os leitores
- b. A gestão de reclamações passa obrigatoriamente pelo editor-chefe e não pelo bastonário
- c. O peer review deve envolver a avaliação de revisores externos
- d. A submissão do manuscrito e todos os detalhes associados são mantidos confidenciais pelo corpo editorial e por todas as pessoas envolvidas no processo de peer-review
- e. A identidade dos revisores é confidencial
- f. Os revisores aconselham e fazem recomendações; o editor toma decisões
- g. O editor-chefe tem total independência editorial
- h. A Ordem dos Médicos não interfere directamente na avaliação, selecção e edição de artigos específicos, nem directamente nem por influência indirecta nas decisões editoriais
- i. As decisões editoriais são baseadas no mérito de trabalho submetido e adequação à revista
- j. As decisões do editor-chefe não são influenciadas pela origem do manuscrito nem determinadas por agentes exteriores.
- k. As razões para rejeição imediata sem peer review externo são: falta de originalidade; interesse limitado para os leitores da Acta Médica Portuguesa; conter graves falhas científicas ou metodológicas; o tópico não é coberto com a profundidade necessária; é preliminar de mais e/ou especulativo; informação desactualizada.
- l. Todos os elementos envolvidos no processo de peer review devem actuar de acordo com os mais elevados padrões éticos
- m. Todas as partes envolvidas no processo de peer review devem declarar qualquer potencial conflito de interesses e solicitar escusa de rever manuscritos que sintam que não conseguirão rever objectivamente.

#### 13. **Normas Gerais**

##### **Estilo**

Todos os manuscritos devem ser preparados de acordo com o “AMA Manual of Style”, 10th ed. e/ou “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals”.

Escreva num estilo claro, directo e activo. Geralmente, escreva usando a primeira pessoa, voz activa, por exemplo, "Analisámos dados", e não "Os dados foram analisados". Os agradecimentos são as excepções a essa directriz, e deve ser escrito na terceira pessoa, voz activa; "Os autores gostariam de agradecer". Palavras em latim ou noutra língua que não seja a do texto deverão ser colocadas em itálico.

Os componentes do manuscrito são: Página de Título, Resumo, Texto, Referências, e se apropriado, legendas de figuras. Inicie cada uma dessas secções em uma nova página, numeradas consecutivamente, começando com a página de título.

Os formatos de arquivo dos manuscritos autorizados incluem o *Word* e o *WordPerfect*. Não submeta o manuscrito em formato PDF.

##### **Submissão**

Os manuscritos devem ser submetidos online, via “Submissão Online” da Acta Médica Portuguesa. Todos os campos solicitados no sistema de submissão *online* terão de ser respondidos. Após submissão do manuscrito o autor receberá a confirmação de recepção e um número para o manuscrito.

### **Na primeira página/ página de título:**

- a) Título em **português e inglês**, conciso e descritivo
- b) Na linha da autoria, liste o Nome de todos os Autores (primeiro e último nome) com os títulos académicos e/ou profissionais e respectiva afiliação (departamento, instituição, cidade, país)
- c) Subsídio(s) ou bolsa(s) que contribuíram para a realização do trabalho
- d) Morada e *e-mail* do Autor responsável pela correspondência relativa ao manuscrito
- e) Título breve para cabeçalho

### **Na segunda página**

- a) Título (sem autores)
- b) Resumo em **português e inglês**. Nenhuma informação que não conste no manuscrito pode ser mencionada no resumo. Os resumos não podem remeter para o texto, não podendo conter citações nem referências a figuras.
- c) Palavras-chave (*Keywords*). Um máximo de 5 *Keywords* em inglês utilizando a terminologia que consta no Medical Subject Headings (MeSH), devem seguir-se ao resumo.

### **Na terceira página e seguintes:**

**Artigos Originais:** O texto deve ser apresentado com as seguintes secções: Introdução (incluindo Objectivos), Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos (se aplicável), Referências, Tabelas e Figuras.

Os Artigos Originais não deverão exceder as 4.000 palavras, excluindo referências e ilustrações. Deve ser acompanhado de ilustrações, com um máximo de 6 figuras/tabelas e 60 referências bibliográficas.

O resumo dos artigos originais não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

A Acta Médica Portuguesa, como membro do ICMJE, exige como condição para publicação, o registo de todos os ensaios num registo público de ensaios aceite pelo ICMJE (ou seja, propriedade de uma instituição sem fins lucrativos e publicamente acessível, por ex. [clinicaltrials.gov](http://clinicaltrials.gov)). Todos os manuscritos reportando ensaios clínicos têm de seguir o CONSORT.

Numa revisão sistemática ou meta-análise de estudos randomizados siga as PRISMA *guidelines*.

Numa meta-análise de estudos observacionais, siga as MOOSE *guidelines* e apresente como um ficheiro complementar o protocolo do estudo, se houver um.

Num estudo de precisão de diagnóstico, siga as STARD *guidelines*.

Num estudo observacional, siga as STROBE *guidelines*.

Num *Guideline* clínico incentivamos os autores a seguir a GRADE *guidance* para classificar a evidência.

### **Imagens em Medicina (Imagem Médica)**

A Imagem em Medicina é um contributo importante da aprendizagem e da prática médica. Poderão ser aceites imagens clínicas, de imagiologia, histopatologia, cirurgia, etc. Podem ser enviadas até duas imagens por caso.

Deve incluir um título com um máximo de oito palavras e um texto com um máximo de 150 palavras onde se dê informação clínica relevante, incluindo um breve resumo do historial do doente, dados laboratoriais, terapêutica e condição actual. Não pode ter mais do que três autores e cinco referências bibliográficas. Não precisa de resumo.

Só são aceites fotografias originais, de alta qualidade, que não tenham sido submetidas a prévia publicação. Devem ser enviados dois ficheiros: um com a qualidade exigida para a publicação de imagens e outra que serve apenas para referência em que o topo da fotografia deve vir indicado com uma seta. Para informação sobre o envio de imagens digitais, consulte as «Normas técnicas para a submissão de figuras, tabelas ou fotografias».

### **Abreviaturas**

Não use abreviaturas ou acrónimos no título nem no resumo, e limite o seu uso no texto. O uso de acrónimos deve ser evitado, assim como o uso excessivo e desnecessário de abreviaturas. Se for imprescindível recorrer a abreviaturas não consagradas, devem ser definidas na primeira utilização,



por extenso, logo seguido pela abreviatura entre parênteses. Não coloque pontos finais nas abreviaturas.

### **Unidades de Medida**

As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico (metro, quilograma ou litro) ou seus múltiplos decimais.

As temperaturas devem ser dadas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mm Hg). Para mais informação consulte a tabela de conversão “Units of Measure” no *website* da AMA Manual Style.

### **Nomes de Medicamentos, Dispositivos ou outros Produtos**

Use o nome não comercial de medicamentos, dispositivos ou de outros produtos, a menos que o nome comercial seja essencial para a discussão.

### **Imagens**

Numere todas as imagens (figuras, gráficos, tabelas, fotografias, ilustrações) pela ordem de citação no texto. Inclua um título/legenda para cada imagem (uma frase breve, de preferência com não mais do que 10 a 15 palavras). A publicação de imagens a cores é gratuita.

No manuscrito, são aceitáveis os seguintes formatos: AI, BMP, EMF, EPS, JPG, PDF, PSD e TIF, com 300 dpis de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As Tabelas/Figuras devem ser numeradas na ordem em que são citadas no texto e assinaladas em numeração árabe e com identificação, figura/tabela. Tabelas e figuras devem ter numeração árabe e legenda. Cada Figura e Tabela incluídas no trabalho têm de ser referidas no texto, da forma que passamos a exemplificar:

Figura: Quando referida no texto é abreviada para Fig., enquanto a palavra Tabela não é abreviada. Nas legendas ambas as palavras são escritas por extenso.

Figuras e tabelas serão numeradas com numeração árabe independentemente e na sequência em que são referidas no texto.

**Legendas:** Após as referências bibliográficas, ainda no ficheiro de texto do manuscrito, deverá ser enviada legenda detalhada (sem abreviaturas) para cada imagem. A imagem tem que ser referenciada no texto e indicada a sua localização aproximada com o comentário “Inserir Figura nº 1... aqui”.

**Tabelas:** É obrigatório o envio das tabelas a preto e branco no final do ficheiro. As tabelas devem ser elaboradas e submetidas em documento *word*, em formato de tabela simples (*simple grid*), sem utilização de tabuladores, nem modificações tipográficas. Todas as tabelas devem ser mencionadas no texto do artigo e numeradas pela ordem que surgem no texto. Indique a sua localização aproximada no corpo do texto com o comentário “Inserir Tabela nº 1... aqui”. Neste caso os autores autorizam uma reorganização das tabelas caso seja necessário.

As tabelas devem ser acompanhadas da respectiva legenda/título, elaborada de forma sucinta e clara.

Legendas devem ser auto-explicativas (sem necessidade de recorrer ao texto) – é uma declaração descritiva.

Legenda/Título das Tabelas: Colocada por cima do corpo da tabela e justificada à esquerda. Tabelas são lidas de cima para baixo. Na parte inferior serão colocadas todas as notas informativas – notas de rodapé (abreviaturas, significado estatístico, etc.) As notas de rodapé para conteúdo que não caiba no título ou nas células de dados devem conter estes símbolos \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡, §§, |||, ¶¶,

### **Figuras**

Os ficheiros «figura» podem ser tantos quantas imagens tiver o artigo. Cada um destes elementos deverá ser submetido em ficheiro separado, obrigatoriamente em versão electrónica, pronto para publicação. As figuras (fotografias, desenhos e gráficos) não são aceites em ficheiros *word*.

Em formato TIF, JPG, AI, BMP, EMF, EPS, PDF e PSD com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As legendas têm que ser colocadas no ficheiro de texto do manuscrito.

Caso a figura esteja sujeita a direitos de autor, é responsabilidade dos autores do artigo adquirir esses direitos antes do envio do ficheiro à Acta Médica Portuguesa.

Legenda das Figuras: Colocada por baixo da figura, gráfico e justificada à esquerda. Gráficos e outras figuras são habitualmente lidos de baixo para cima.

Só são aceites imagens de doentes quando necessárias para a compreensão do artigo. Se for usada uma figura em que o doente seja identificável deve ser obtida e remetida à Acta Médica Portuguesa a devida autorização. Se a fotografia permitir de forma óbvia a identificação do doente, esta poderá não ser aceite. Em caso de dúvida, a decisão final será do Editor-Chefe.

### **Fotografias**

Em formato TIF, JPG, BMP, PDF E PSD com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixeis* de largura e altura proporcional.

### **Desenhos e gráficos**

Os desenhos e gráficos devem ser enviados em formato vectorial (AI, EPS) ou em ficheiro bitmap com uma resolução mínima de 600 dpi. A fonte a utilizar em desenhos e gráficos será obrigatoriamente Arial. As imagens devem ser apresentadas em ficheiros separados submetidos como documentos suplementares, em condições de reprodução, de acordo com a ordem em que são discutidas no texto. As imagens devem ser fornecidas independentemente do texto.

### **Agradecimentos** (facultativo):

Devem vir após o texto, tendo como objectivo agradecer a todos os que contribuíram para o estudo mas não têm peso de autoria. Nesta secção é possível agradecer a todas as fontes de apoio, quer financeiro, quer tecnológico ou de consultoria, assim como contribuições individuais. Cada pessoa citada nesta secção de agradecimentos deve enviar uma carta autorizando a inclusão do seu nome.

### **Referências:**

Os autores são responsáveis pela exactidão e rigor das suas referências e pela sua correcta citação no texto.

As referências bibliográficas devem ser citadas numericamente (algarismos árabes formatados sobrescritos) por ordem de entrada no texto e ser identificadas no texto com algarismos árabes. Se forem citados mais de duas referências em sequência, apenas a primeira e a última devem ser indicadas, sendo separadas por traço<sup>5-9</sup>. Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula<sup>12,15,18</sup>. As referências são alinhadas à esquerda.

Não deverão ser incluídos na lista de referências quaisquer artigos ainda em preparação ou observações não publicadas, comunicações pessoais, etc. Tais inclusões só são permitidas no corpo do manuscrito (ex: P. Andrade, comunicação pessoal).

As abreviaturas usadas na nomeação das revistas devem ser as utilizadas pelo National Library of Medicine (NLM) *Title Journals Abbreviations*

Notas: Não indicar mês da publicação. Nas referências com 6 ou menos Autores devem ser nomeados todos. Nas referências com 7 ou mais autores devem ser nomeados os 6 primeiros seguidos de “et al”. Seguem-se alguns exemplos de como devem constar os vários tipos de referências.

### **Artigo:**

Apelido Iniciais do(s) Autor(es). Título do artigo. Título das revistas [abreviado]. Ano de publicação; Volume: páginas.

### **Monografia:**

Autor/Editor AA. Título: completo. Edição (se não for a primeira). Vol.(se for trabalho em vários volumes). Local de publicação: Editor comercial; ano.

### **Capítulo de monografia:**

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

**Relatório Científico/Técnico:**

Lugg DJ. Physiological adaptation and health of an expedition in Antarctica: with comment on behavioural adaptation. Canberra: A.G.P.S.; 1977. Australian Government Department of Science, Antarctic Division. ANARE scientific reports. Series B(4), Medical science No. 0126

**Provas tipográficas:**

Serão da responsabilidade do Conselho Editorial, se os Autores não indicarem o contrário. Neste caso elas deverão ser feitas no prazo determinado pelo Conselho Editorial, em função das necessidades editoriais da Revista. Os autores receberão as provas para publicação em formato PDF para correção e deverão devolvê-las num prazo de 48 horas.

**Errata e Retracções:**

A Acta Médica Portuguesa publica alterações, emendas ou retracções a um artigo anteriormente publicado. Alterações posteriores à publicação assumirão a forma de errata.

**Nota final:**

Para um mais completo esclarecimento sobre este assunto aconselha-se a leitura do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* do International Committee of Medical Journal Editors), disponível em <http://www.ICMJE.org>

***International Committee of Medical Journal Editors***

*“Double-spacing all portions of the manuscript and generous margins make it possible for editors and reviewers to edit the text line by line and add comments and queries directly on the paper copy. If manuscripts are submitted electronically, the files should be double-spaced to facilitate printing for reviewing and editing.”*