

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM REABILITAÇÃO
FÍSICO-MOTORA**

**FUNCIONALIDADE E DOR EM MULHERES
SUBMETIDAS A CIRURGIAS PARA O
TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

RAFAELA OLIVEIRA MACHADO GUERRA PAIM

SANTA MARIA, RS, BRASIL.

2015

CERFM/UFSM, RS

PAIM, Rafaela Oliveira Machado Guerra

Especialista

2015

FUNCIONALIDADE E DOR EM MULHERES SUBMETIDAS A CIRURGIAS PARA O TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

RAFAELA OLIVEIRA MACHADO GUERRA PAIM

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora, Área de concentração Abordagem Integralizadora da Postura Corporal, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Reabilitação Físico-Motora.**

Orientador: Prof.^a Dr. MELISSA MEDEIROS BRAZ

Santa Maria, RS, Brasil.

2015

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Monografia de Especialização

**FUNCIONALIDADE E DOR EM MULHERES SUBMETIDAS A
CIRURGIAS PARA O TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA**

elaborada por
Rafaela Oliveira Machado Guerra Paim

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Reabilitação Físico-Motora

Comissão Examinadora

Melissa Medeiros Braz, Dr.
(Presidente/Orientador)

Hedioneia Maria Foletto Pivetta, Dr.
(UFSM)

Jefferson Potiguara de Moraes, Ms.
(UFSM)

Santa Maria, 09 de julho de 2015.

RESUMO

Monografia de Especialização em Reabilitação Físico-Motora
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

FUNCIONALIDADE E DOR EM MULHERES SUBMETIDAS A CIRURGIAS PARA O TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

AUTOR (A): RAFAELA OLIVEIRA MACHADO GUERRA PAIM

ORIENTADOR (A): PROF^a. DR^a. MELISSA MEDEIROS BRAZ

Local e data da defesa: Santa Maria, 09 de julho de 2015.

O tratamento para o câncer de mama engloba procedimentos cirúrgicos e tratamentos adjuvantes como, quimioterapia, radioterapia e/ou hormonioterapia. A partir desses tratamentos surgem diversas complicações como comprometimento funcional e dor. Essas alterações apresentam um significativo impacto na qualidade de vida dessas mulheres. O objetivo desse trabalho foi avaliar os efeitos das cirurgias para o tratamento do câncer de mama sobre a funcionalidade do membro superior e sua relação com a dor. Os Métodos utilizados foram o questionário *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH)* e para avaliação e localização da Dor foram utilizadas a Escala Visual Analógica (EVA) e Mapa Corporal, respectivamente. Foram avaliadas 28 mulheres, sendo que 12 realizavam acompanhamento fisioterapêutico e 16 que não recebiam atendimento fisioterapêutico no momento da coleta de dados. Conclui-se esse trabalho relatando que houve relação entre dor e diminuição de funcionalidade para o grupo estudado.

Palavras-chave: fisioterapia, dor, funcionalidade, membro superior.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	07
2	ARTIGO.....	09
	Resumo.....	09
	Abstract / Resumen.....	10
	Introdução.....	11
	Metodologia.....	12
	Resultados.....	15
	Discussão.....	19
	Considerações Finais.....	23
	Referências.....	24
3	CONCLUSÃO.....	26
4	REFERÊNCIAS.....	27
	APÊNDICE.....	28
	ANEXOS.....	32

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão da Especialização em Reabilitação Físico-Motora pela Universidade Federal de Santa Maria será apresentado sob a forma de uma Monografia intitulada: Funcionalidade e dor em mulheres submetidas a cirurgias para o tratamento do câncer de mama.

O câncer consiste em uma enfermidade crônica, caracterizada pelo crescimento celular desordenado, o qual é resultante de alterações no código genético. A neoplasia mais comum entre as mulheres constitui-se do câncer de mama, sendo que sua incidência vem aumentando ao decorrer do tempo e é responsável por cerca de 14% do total de mortes associadas às neoplasias entre as mulheres (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011).

Existem muitas complicações em decorrência tanto da cirurgia para o tratamento do câncer de mama, bem como dos tratamentos adjuvantes como quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Em muitos casos, aumentam os riscos de sequelas e outros agravos entre eles: dor e diminuição da funcionalidade do membro superior homolateral à cirurgia (BERGMANN et al., 2000).

Atualmente também há muitos estudos que afirmam quanto ao comprometimento funcional do membro superior homolateral à cirurgia de câncer de mama influenciando diretamente o bem-estar psicossocial e a qualidade de vida destas mulheres (ASSIS et al., 2013; KAYA et al., 2010; LACOMBA et al., 2009).

O fisioterapeuta, enquanto profissional da saúde, pode contribuir no tratamento de pacientes com câncer, já que, está apto a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Trabalha de forma direta com o paciente oncológico, além do processo de reabilitação contribui também na fase paliativa da doença (SAMPAIO, MOURA, RESENDE, 2005).

O programa de fisioterapia deve ser realizado em todas as fases do câncer de mama: pré-tratamento (diagnóstico e avaliação); durante o tratamento (quimioterapia, radioterapia, cirurgia, e hormonioterapia); após o tratamento (período de seguimento);

na recorrência da doença e nos cuidados paliativos (MARTINO, 2002; MCANAW, HARRIS, 2002; BERGMANN, 2006).

Ao ser iniciada precocemente, a Fisioterapia surge como uma alternativa para amenizar e/ou prevenir complicações advindas do tratamento do câncer de mama, favorecendo o retorno às atividades de vida diária, e dessa forma, melhor qualidade de vida, reduzindo a dor e melhorando a funcionalidade (GOSSELINK et al., 2003; KAYA et al., 2010, ASSIS et al, 2013).

O presente estudo visa investigar a funcionalidade do membro superior e sua relação com a dor em mulheres submetidas a cirurgias para o tratamento do câncer de mama. avaliar os efeitos das cirurgias para o tratamento do câncer de mama sobre a funcionalidade do membro superior e sua relação com a dor.

Desta forma, foi realizada uma pesquisa observacional com mulheres submetidas a cirurgias para o tratamento de câncer de mama, divididas em grupo 1 (que realiza fisioterapia) e grupo 2 (que não realiza fisioterapia). O trabalho constitui-se em emenda de pesquisa registrada no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde sob número 037574 (ANEXO A) e aprovado pelo Comitê de Ética sob número de protocolo 928.492 (ANEXO B). As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Estas foram investigadas através dos seguintes instrumentos: *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand* (ANEXO C) para avaliação da funcionalidade de membro superior e para a avaliação da dor e sua localização utilizou-se a Escala Visual Analógica (EVA) e o Mapa Corporal (ANEXO D).

A partir do exposto, será apresentado o artigo: "Relação da Funcionalidade e Dor em Mulheres submetidas a cirurgias para o tratamento do câncer de mama", o qual está formatado conforme as normas da Revista Brasileira de Cancerologia (ANEXO E). É necessário salientar que este artigo apresenta apenas alguns dados e que posteriormente outros serão relatados em novos artigos.

2 ARTIGO

Relação da Funcionalidade e Dor em Mulheres submetidas a cirurgias para o tratamento do câncer de mama.

Relation between functionality and pain in woman undergoing surgery for the treatment of breast cancer.

Relación Funcionalidad y Dolor en pacientes sometidos a cirugía para el tratamiento de cáncer de mama.

Rafaela Oliveira Machado Guerra Paim¹; Melissa Medeiros Braz²

Resumo

Introdução: O tratamento do câncer de mama pode levar a dor e alterações como perda de funcionalidade no membro superior homolateral à cirurgia. **Objetivo:** investigar a dor e funcionalidade do membro superior homolateral a cirurgia para o tratamento para o câncer de mama. **Método:** Caracteriza-se como estudo observacional do tipo prospectivo. Investigou-se mulheres submetidas às cirurgias para o tratamento de câncer de mama, divididas em dois grupos: sendo que um com 12 indivíduos realizava fisioterapia e outro com 16 mulheres que no momento da coleta de dados não realizava procedimentos fisioterapêuticos. Foram utilizados o questionário *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH)* e Escala Visual Analógica (EVA) e o Mapa Corporal. Foi realizada uma análise descritiva das variáveis do estudo. **Resultados:** Foram avaliadas 28 mulheres. Na avaliação da dor a média foi de 3,92 e 2,88 no primeiro e segundo grupo respectivamente. A média do escore total da funcionalidade foi de 27,29 no grupo 1 e 20,1 no grupo 2, quanto à localização da dor em membro superior o maior número de queixas foi no lado direito. **Conclusão:** Observou-se que há correlação moderada entre o aumento de dor em relação à diminuição da funcionalidade.

Palavras-chave: funcionalidade, dor, câncer de mama, membro superior e fisioterapia.

¹ Pós - graduanda do curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

² Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

Abstract

Introduction: Breast cancer treatment can lead to pain and changes such as loss of functionality in the ipsilateral upper limb to surgery. **Objective:** To investigate the pain and the functionality of the ipsilateral upper limb to surgery for the treatment of breast cancer. **Method:** It is characterized as a prospective observational study. Women who underwent surgery for the treatment of breast cancer were divided into two groups: the first, with 12 subjects, performed physiotherapy and the second, with 16 women, at the time of data collection did not perform physiotherapeutic procedures. The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) questionnaire, the Visual Analogue Scale (VAS) and the Body Map were used. A descriptive analysis of the study variables was performed. **Results:** 28 women were studied. In the assessment of pain, the average was 3.92 and 2.88 for the first and second group, respectively. The average of the total score of functionality was 27.29 in group 1 and 20.1 in group 2, as regards the location of pain in upper limb, the largest number of complaints was on the right side. **Conclusion:** It was observed that there is a moderate correlation between the increase in pain in relation to the decrease in functionality. **Keywords:** functionality, pain, breast cancer, upper limb and physiotherapy.

Resumen

Introducción: El tratamiento del cáncer de mama puede causar dolor y cambios tales como la pérdida de funcionalidad en el brazo ipsilateral a la cirugía **Objetivo:** Para investigar el dolor y la funcionalidad de la cirugía del miembro superior ipsilateral para el tratamiento de cáncer de mama. **Método:** Se caracteriza por ser un estudio observacional prospectivo. Investigado si las mujeres sometidas a tipos de cirugías para el tratamiento de cáncer de mama se dividieron en dos grupos y uno de 12 sujetos realizaron terapia física y otra con 16 mujeres en el momento de la recogida de datos no realizar procedimientos de terapia física. Se utilizó el cuestionario *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand*, Escala visual analógica y el Mapa de Apelación. Se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio Se evaluaron 28 mujeres. En la evaluación del dolor la media fue 3,92 y 2,88 en el primer y segundo grupo, respectivamente. La puntuación total media fue de 27,29 funcionalidad en el grupo 1 y de 20,1 en el grupo 2, como la ubicación del dolor en la extremidad superior el mayor número de quejas fue en el lado derecho. **Conclusión:** Se observó que existe una correlación moderada entre el aumento del dolor en relación a la funcionalidad disminuida.

Palabras Clave: funcionalidad, dolor, , cáncer de mama, miembro superior y fisioterapia.

Introdução

O câncer compreende o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se e produzir metástases em diversas regiões do corpo¹.

O câncer de mama consiste em uma neoplasia maligna que acomete principalmente indivíduos do sexo feminino, sendo uma das principais causas de morte de mulheres no mundo. No Brasil, o câncer de mama feminino constitui-se na patologia maligna mais incidente na população^{2,3}.

Caracteriza-se por ser um tumor maligno, derivado das alterações genéticas das células, as quais se multiplicam descontroladamente⁴. Segundo o Instituto Nacional de Câncer⁵, é um tipo de neoplasia relativamente raro antes dos 35 anos, porém acima desta faixa etária sua incidência é acelerada e progressiva.

Atualmente, segundo a literatura, o tratamento padrão para esta patologia em estágios iniciais é composto por cirurgia conservadora e abordagem axilar seguida de radioterapia⁶, conforme avanço da doença se utiliza o tratamento sistêmico com quimioterapia e a hormonioterapia para que de alguma forma se possibilite controlar a doença na extensão de todo o organismo⁷.

O tratamento desta patologia é considerado agressivo e pode levar à diminuição da imunidade, aumento dos níveis de fadiga e efeitos colaterais com repercussões físicas. Dentre essas, a dor encontra-se presente em 80% dos procedimentos terapêuticos e dos diagnósticos⁸.

A partir do tratamento do câncer de mama, as mulheres relatam apresentar fadiga e desgaste físico, o que influencia na função de órgãos e sistemas. A perda de funcionalidade também é umas das possíveis consequências dessa doença, e devido a sua relação com as atividades desempenhadas na vida diária suas complicações decorrentes do tratamento como: linfedema, dor, parestesia, diminuição da força muscular e redução da amplitude de movimento (ADM) do membro acometido podem dificultar e acarretar limitações no cotidiano dessas mulheres^{9, 10}.

A fisioterapia aplicada à oncologia surge como opção de terapia não farmacológica, com objetivo de preservar, manter e restaurar a integridade cinético funcional dos órgãos e sistemas, bem como prevenir os distúrbios causados pelo tratamento do câncer¹¹.

Desse modo, o presente estudo tem por objetivo investigar a dor e a funcionalidade do membro superior de mulheres submetidas às cirurgias para o tratamento de câncer de mama.

Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como observacional, do tipo prospectivo. A pesquisa iniciou-se após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria sob número de protocolo 928.492.

A população do estudo compreendeu indivíduos do sexo feminino, com idade a partir dos 35 anos, com diagnóstico de câncer de mama pós-realização do procedimento cirúrgico. A amostra do estudo abrangeu vinte e oito mulheres, sendo do tipo não probabilística acidental. Foram excluídas do estudo mulheres que realizaram apenas a retirada de linfonodos, que previamente foram diagnosticadas com doença

osteomuscular do membro superior homolateral à cirurgia, doenças pulmonares e problemas neurológicos, como confusão mental ou incapacidade de compreender as questões abordadas e/ou respondê-las.

Foram avaliadas todas as mulheres que se enquadraram nos critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa através da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados no Hospital Universitário da Santa Maria (HUSM), e no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) no período de abril a maio de 2015, na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul.

Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi aplicada a ficha de avaliação elaborada pelos pesquisadores, na qual constava dados pessoais e histórico clínico da paciente, que teve por objetivo realizar uma caracterização da amostra.

A mensuração da dor da paciente no momento da realização da pesquisa ocorreu por meio da Escala Visual Analógica (EVA), constituída de uma linha de 10 cm com âncoras em ambas as extremidades. Foi questionado à pesquisada quanto ao seu grau de dor sendo que 0 significa ausência total de dor e 10 o nível de dor máxima suportável. Pacientes ou sujeitos experimentais indicam a magnitude da dor simplesmente marcando a linha, e uma régua é usada para quantificar a mensuração numa escala de 0-100 mm.

O mapa corporal foi utilizado como a representação gráfica da anatomia feminina, nas vistas anterior e posterior, onde foi solicitado que as mulheres assinalem com um “X” o(s) local (ais) de dor referida no momento, sendo assim, cada mulher poderia referir mais do que um local de dor.

Para a avaliação de funcionalidade do membro superior homolateral à cirurgia foi utilizado o questionário *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand* (DASH), o qual consta de 30 questões autoaplicáveis e dois módulos opcionais, sendo um para atividades esportivas e musicais e outro para atividades de trabalho. O presente estudo utilizou as 30 primeiras questões e não realizou o módulo opcional referente às atividades de trabalho.

Os itens informam sobre o grau de dificuldade no desempenho de atividades; a intensidade dos sintomas de dor, fraqueza, rigidez e parestesia; o comprometimento de atividades sociais; a dificuldade para dormir e o comprometimento psicológico, tendo como referência a semana anterior à aplicação do instrumento. O DASH utiliza uma escala de Likert de 5 pontos e o escore total varia de 0 (sem disfunção) a 100 (disfunção severa). O cálculo do escore total é feito através da soma das 30 primeiras questões, do valor encontrado subtrai-se 30 e divide-se por 1,2.

Após a conclusão das entrevistas, os pesquisadores dividiram o grupo inicial em dois grupos: Grupo 1, mulheres que no momento da pesquisa realizavam fisioterapia (n=12) e Grupo 2 (n=16), constituído por mulheres que nunca realizaram ou não recebem atendimento fisioterapêutico atualmente. Os resultados obtidos foram comparados para que se possa perceber se há diferenças estatísticas entre os grupos.

A análise dos dados foi feita por meio de estatística descritiva, por se tratar de um estudo observacional. Para a análise dos dados foi realizado o teste de normalidade, com a finalidade de avaliar se o conjunto de dados de uma dada variável aleatória é bem delineado ou não. Para as variáveis com distribuição simétrica utilizou-se o teste *t* não-pareado, que se trata de um modelo de distribuição contínua utilizado para

interferências estatísticas quando se tem a amostra inferior a 30 elementos, para as variáveis com distribuição assimétrica foi usado o teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

Os dados referentes à ficha de avaliação, questionário DASH e a escala visual analógica foram tabulados no programa *Excel* versão 2010 e analisados através do software *GraphPad Prism 5*, sendo apresentados na forma de gráficos e tabelas.

Resultados

As entrevistas foram realizadas com 30 mulheres, porém duas foram excluídas por não se enquadrarem nos critérios de inclusão. A amostra final foi composta por vinte e oito mulheres com diagnóstico de Câncer de Mama, sendo que destas 12 mulheres (G1) realizavam atendimento fisioterapêutico e 16 (G2) não recebiam tratamento atualmente.

Os grupos estavam pareados quanto à idade, etnia, estado civil, tipo e de cirurgia, tempo de cirurgia, lado da cirurgia, realização de reconstrução mamária e tratamento adjuvante (Quadro 1).

Quanto às características cirúrgicas, a maior parte foi submetida à mastectomia e ao considerar-se as modalidades terapêuticas adjuvantes para o câncer de mama, a quimioterapia foi maior no Grupo 1 com 25% e no Grupo 2 a hormonioterapia caracterizou-se como maioria com 25% de mulheres que realizavam no momento da coleta de dados (Quadro 1).

Ao aplicarmos o questionário para avaliação da funcionalidade (DASH), a média do escore total foi de 27,29 (DP \pm 27,47) no Grupo 1 e 20,1 (DP \pm 14,9) no Grupo 2, enquanto que a Escala Visual Analógica apresentou como escores 3,92 (DP \pm 3,18) e 2,88 (DP \pm 2,60), respectivamente (Tabela 1).

Quadro 1. Características pessoais e clínico-cirúrgicas (n=28).

Características Pessoais e Clínico-Cirúrgicas		Grupo 1 (n=12)	Grupo 2 (n=16)	Valor de p
Idade (anos)		59,67 \pm 12,67	61,69 \pm 10,77	0,561 ^a
Etnia	Branca	8	10	1000 ^c
	Parda	4	6	
Estado Civil	Casadas	6	9	0,625 ^b
	Viúvas	2	5	
	Solteiras e Divorciadas	4	2	
Tipo de Cirurgia	Mastectomia	12*	13	0,479 ^c
	Quadrantectomia	1	3	
Tempo de Cirurgia (meses)		44,9 (21,5-44,5)	84 (21-65,5)	0,300 ^a
Lado da Cirurgia	Direito	4	5	
	Esquerdo	9*	11	
Reconstrução Mamária	Sim	2	2	
	Não	10	14	
Tratamento Adjuvante	Quimioterapia (QT)	3	1	
	Radioterapia (RT)	0	1	
	Hormonioterapia	2	3	

Valores expressos em média \pm DP ou mediana (percentil 25-75). ^a Teste *T*; ^b Teste *Chi-Square Test for Trend*; ^c Teste Exato de *Fisher*.

*A mesma paciente passou por dois procedimentos (Quadrantectomia a Direita e Mastectomia a Esquerda).

Tabela 1 Valores referentes à EVA e DASH.

Variáveis	Grupo 1	Grupo 2	Valor de p	Valor de r
EVA	3,92 \pm 3,18	2,88 \pm 2,60	0,403 ^a	0,007
DASH	27,29 \pm 27,47	20,1 \pm 14,9	0,229 ^a	-0,237

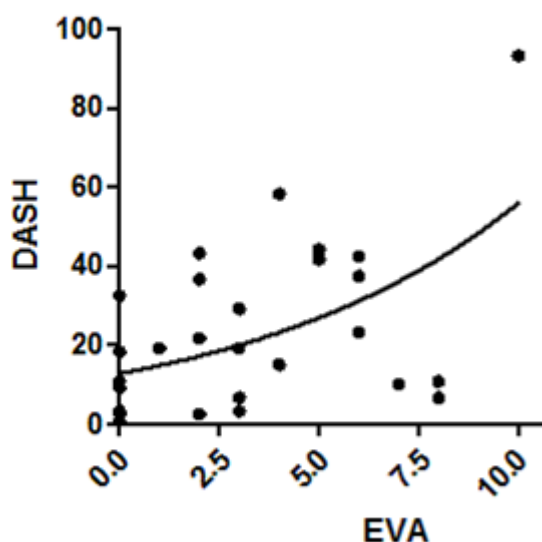
Valores expressos em média \pm DP. ^a Teste *T*. Resultados não foram significantes.

Para que se pudesse perceber se há relação entre funcionalidade e queixas de dor foi realizada análise estatística correlacionando os dados obtidos a partir da EVA e o questionário DASH. Com isso, observou-se que há correlação moderada entre esses fatores, já que, quanto maior é o valor da EVA, direta e proporcionalmente há um declínio da funcionalidade no membro superior acometido pelas cirurgias (Figura 1).

Figura 1. Correlação entre DASH X EVA.

valor de $p = 0,013$

valor de $r = 0,436$



Através do Mapa Corporal foi realizada a análise do local com maior número de queixas de dor entre os dois grupos, sendo representada na Tabela 2. Dessa forma, observa-se que há no Grupo 1 uma igualdade em relação ao número de queixas, porém analisando os MMSS há 16,6% de queixas em MSD e 13,88% em MSE, sendo que a maior parte das mulheres (75%) desse grupo realizaram a cirurgia de Mastectomia radical à esquerda.

No Grupo 2 o número de queixas é maior no lado direito do que no esquerdo, em relação aos MMSS, corresponde também a 16,6% em MSD e 13,88% em MSE. A maior parte das mulheres (68.75%) também realizou mastectomia radical à esquerda.

Tabela 2. Valores referentes ao Local de Dor.

Local de Dor	Grupo 1		Grupo 2	
	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
MMSS	0	1	2	1
Ombro	3	3	3	3
Cotovelo	2	1	0	1
Punho	1	0	1	0
Região Cervical		2		1
Região Axilar	0	0	3	0
Região Escapulo-Torácica	2	2	1	0
Região de Hemitórax	0	5	3	0
Região Lombo-Sacra	3	1	2	0
MMII	7	5	8	10
Não Refere Dor em nenhum Local		2		2

Para análise do Questionário DASH, são apresentadas as questões com maior número de respostas entre 4 ou 5 que correspondem a “Conseguiu fazer com muita dificuldade” ou “Não conseguiu fazer”. Dessa forma, são apresentadas na Tabela 3 as questões que obtiveram os escores com maior número de respostas negativas no grupo geral e assim apresentou-se na forma de Média e DP.

As mulheres relataram ter muita dificuldade ou não conseguir realizar as seguintes atividades: abrir um vidro novo com uma tampa muito apertada, abrir uma porta pesada, colocar algo em uma prateleira acima de sua cabeça, fazer tarefas domésticas pesadas, exercer trabalho de jardinagem, carregar uma sacola ou maleta, carregar um objeto pesado, trocar uma lâmpada acima da cabeça, participar de atividades recreativas que exijam força, atividades sexuais e desconforto na pele em braço, ombro ou mão.

Tabela 3. Escore do DASH de acordo com a habilidade em fazer as atividades.

Habilidade	Grupo 1	Grupo 2
Abrir um vidro novo ou com tampa muito apertada	2,4±1,6	3,1±1,7
Abrir uma porta pesada	2,33±1,56	2,1±1,3
Colocar algo em uma prateleira acima de sua cabeça	2,17±1,64	2,4±1,6
Fazer tarefas domésticas pesadas	2,25±1,22	2,7±1,7
Fazer trabalho de jardinagem	1,83±1,53	2,4±1,8
Carregar uma sacola ou uma maleta	2,25±1,86	2,3±1,7
Carregar um objeto pesado	3,25±1,76	2,4±1,7
Trocar uma lâmpada acima da cabeça	2,75±1,82	2,6±1,9
Atividades recreativas que exigem força ou impacto nos braços, ombros ou mãos	2,25±1,71	3,3±1,8
Atividades sexuais	2,58±1,98	1,5±1,4
Desconforto na pele (alfinetadas) em braço, ombro ou mão	2,17±1,47	1,8±1,8

Valores expressos em média ± DP.

Discussão

O presente estudo incluiu mulheres com câncer de mama, sendo que 42,85% realizavam fisioterapia e 57,15% não recebiam atendimento fisioterapêutico no momento da coleta de dados. Em relação à idade e estado civil, as mulheres estudadas apresentam perfil similar aos achados já publicados por outros autores¹².

Bezerra e colaboradores¹³ trouxeram em seu estudo que a mastectomia foi o tipo cirúrgico mais prevalente em sua pesquisa, cerca de 60%, o que corrobora com nossos achados, já que em nossa amostra em ambos os grupos a mastectomia foi o procedimento mais prevalente com 100% no grupo de mulheres que realizaram fisioterapia e 81,25% no grupo sem intervenção de fisioterapia. A literatura apresenta que uma possível justificativa para a opção pela cirurgia de mastectomia depende das características do tumor, da paciente e da fase em que a doença é diagnosticada¹⁴.

Para os outros procedimentos adjuvantes a mastectomia a literatura refere que a retirada dos linfonodos ainda é o procedimento que causa mais complicações no pós-

operatório, sobre tudo relacionados a distúrbios sensitivos, dor e redução da mobilidade do MS¹⁵. Ao ser realizada a radioterapia, esta acaba incidindo também nas regiões de tecido normal, e pode causar efeitos colaterais como dor, fadiga, alterações sensitivas e cutâneas¹³. Na quimioterapia podem ocorrer como efeitos colaterais do tratamento fadiga, náuseas e vômito também, podendo causar constipação ou desidratação, acúmulo de gases e dor abdominal¹⁶.

A dor é uma das principais causas do sofrimento humano, suscitando incapacidades, comprometimento da qualidade de vida. Atualmente, são considerados tão importantes quanto os sinais vitais: temperatura, pulso, pressão arterial e respiração. Sendo que em muitos locais de atendimento, a dor já é considerada como o quinto sinal vital, podendo ser descrita quanto à intensidade, qualidade e localização no corpo¹⁷. Em nosso artigo buscou-se analisar a intensidade e a sua localização e unindo-se a isso a funcionalidade referente ao MS acometido pela cirurgia de mastectomia.

Como resultados da intensidade de dor nosso estudo apresenta que a dor relatada teve intensidade baixa com média de 3,92 no Grupo 1 e 2,88 no Grupo 2. Sousa et al¹², em estudo realizado com 105 mulheres submetidas à cirurgia para tratamento do câncer de mama no estado do Rio de Janeiro, apresentam resultados semelhantes aos nossos achados, com 85, 71% das mulheres com queixas de dor de intensidade fraca e média, já que, em sua amostra 51,6% relataram presença de dor, sendo que a dor intensa menos prevalente.

Já em um estudo transversal com 182 mulheres com o propósito de avaliar a prevalência de dor e fadiga, Lamino et al.¹⁸ relataram ocorrência de dor em 47,2% das mulheres participantes de sua pesquisa, sendo classificada como moderada e intensa, o

que também é encontrado no estudo de Fabro ¹⁹ e colaboradores em que 52,9% das 174 mulheres examinadas apresentaram incidência de dor.

O tratamento da dor oncológica é complexo, devido a isso se salienta a importância da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade. A abordagem medicamentosa é a forma mais utilizada para o controle da dor, porém outras formas de terapia também oferecem meios para a melhora deste sintoma, entre estas há a fisioterapia, a qual busca a reabilitação plena do indivíduo a partir da minimização de seus sintomas²⁰.

A funcionalidade está diretamente relacionada com as atividades desempenhadas no cotidiano de cada indivíduo, sendo assim, as complicações decorrentes do tratamento oncológico para o câncer de mama, como: diminuição da força muscular e redução da amplitude de movimento (ADM) do membro envolvido podem comprometer a qualidade de vida das pacientes ²¹.

Neste estudo para a avaliação da funcionalidade do membro homolateral o escore médio do DASH em nosso estudo foi de 27,29 no Grupo 1 e 20,1 no Grupo 2 indica assim que a amostra estudada é capaz de realizar as tarefas de rotina, porém com algum grau de dificuldade.

Em estudo semelhante, Sousa et al ¹², apresentam a média do escore total 27,07, como atividades que as mulheres relataram não conseguir realizar tarefas pesadas em 51,4% dos casos, exercer trabalho de jardinagem em 49,0%, carregar um objeto pesado em 42,9%, participar de atividades recreativas que exijam força ou impacto nos braços, ombro ou mãos (41,0%) e abrir um vidro novo com uma tampa muito apertada (29,5%), o que confirma com os achados de nosso estudo, já que, nos dois grupos as questões que as entrevistadas mais referiram dificuldades foram nessas questões.

Assis et al.²² realizaram estudo cujo objetivo foi verificar a relação entre o comprometimento funcional tardio do membro superior e a qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia do câncer de mama, e trouxeram como métodos de avaliação DASH e o questionário *European Organization for Research and Treatment of Cancer*, e como resultados perceberam que a funcionalidade do membro superior, avaliada por meio do DASH, que demonstrou que 53,5% do nível da disfunção dependeu da dor e limitação da amplitude dos movimentos, bem como, o tempo da cirurgia.

Assim, percebe-se que há uma necessidade do fisioterapeuta inserir-se na reabilitação de mulheres em tratamento de câncer de mama para que se possa reduzir ou minimizar a incapacidade funcional de membros superiores, dando prioridade à independência desses pacientes, sendo que a atuação da fisioterapia deve ser o mais precoce possível, estendendo durante todas as fases do tratamento do câncer de mama^{21, 23}.

Na literatura também há relatos sobre a fisioterapia no acompanhamento de mulheres em tratamento com radioterapia, demonstraram que exercícios auxiliaram para melhorar a amplitude de movimento e diminuir dor, tanto durante quanto aos o tratamento²¹.

Nesse contexto, percebe-se que a dor pode vir a ser uma causa principal para a perda de funcionalidade e deficiência de membros superiores, podendo gerar, a partir da limitação de movimento, uma associação entre dor e comprometimento funcional²⁴.

Por fim, com os resultados encontrados apresentam que o grupo em que é realizada a fisioterapia, as mulheres apresentam um escore no DASH melhor do que o grupo em que não há intervenção. Todavia, com relação à dor o Grupo 1 apresentou

maior número de queixas. Tais achados ratificam a necessidade de novos estudos, com maior amostra. Através da literatura encontrada e das respostas ao questionário nas atividades em que as mulheres obtiveram maiores dificuldades em realizar, percebe-se a necessidade da intervenção fisioterapêutica em todos os níveis, principalmente, na prevenção das sequelas do tratamento oncológico.

Considerações Finais

Ao término do presente estudo, torna-se importante salientar que os resultados dessa pesquisa não podem ser generalizados por se tratar de um estudo com reduzido número de amostra. Todavia, após as análises realizadas foi possível observar resultados interessantes que podem auxiliar em estudos futuros.

O aumento da queixa de dor em relação à diminuição da funcionalidade em ambos os grupos demonstra que se deve ampliar a busca por melhores resultados, através de novas pesquisas com uma amostra maior.

Dessa forma, observa-se a necessidade de estudos com enfoque em como a fisioterapia pode ser contribuinte para o tratamento de mulheres em relação a exercícios que auxiliem a reduzir dor e assim consequentemente diminuir a perda de funcionalidade, bem como, deve haver mais pesquisas que apresentem a importância da fisioterapia em todas as fases do tratamento.

Referências

- 1 Palacio VG et al. Leucemia linfóide aguda: estudo citogenético em niños atendidos em el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín no período 1998 -2001. *Iatreia*. 2002; 15 (4): 217-225.
- 2 Bushatsky M. et al. Educação em Saúde: Uma Estratégia de Intervenção frente ao Câncer De Mama. *Rev Ciê Cui Saú*. 2015 Jan/Mar; 14 (1): 870-878.
- 3 Abreu E, Koifman S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. *Rev Bras Canc*. 2002; 48(1): 113-31.
- 4 Marsciano SR et al. Survivin expression in patients with breast cancer during chemotherapy. *Tumor Biology*. 2015 maio; 36 (5): 3441-3445.
- 5 INCA. Mama. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; Acesso em 23/07/2015. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>
- 6 Majewski JM et al. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. *Ciê Saú Col*. 2012; 17 (3):707-716.
- 7 Sousa E. et al. Funcionalidade de Membro Superior em Mulheres Submetidas ao Tratamento do Câncer de Mama. *Rev Bras Canc*. 2013; 59 (3): 409-417.
- 8 Campos S. Câncer e dor. *Medicina avançada*. 2005. Acesso em 2 jun 2015. Disponível: <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/14094>.
- 9 Ganz PA. Quality of Life Across the Continuum of Breast Cancer Care. *The Breast Journal*. 2000; 6(5): 324-330.
- 10 Avis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of life among younger women with breast cancer. *J of Clin Oncol*. 2005; 23 (15): 3322-30.
- 11 Marcucci FCI. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Rev Bras de Canc*. 2005; 51(1): 67-77.
- 12 Sousa E et al. Funcionalidade de Membro Superior em Mulheres Submetidas ao Tratamento do Câncer de Mama. *Rev Bras Canc*. 2013; 59(3): 409-417.
- 13 Bezerra TS et al. Hypoesthesia, pain and disability of upper limb after adjuvant radiotherapy for breast cancer. *Revista Dor*. 2012; 13(4): 320-6.
- 14 Brasil. Ministério da Saúde. Controle do Câncer de Mama – Documento de Consenso, 2004. Acesso em: 30 jun 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>.

- 15 Lee TS et al. Prognosis of the upper limb following surgery and radiation for breast cancer. *Brea Canc Resea Treatm.* 2008; 110 (1):19-37.
- 16 Battaglini CL et al. Atividade física e níveis de fadiga em pacientes portadores de câncer. *Rev Bras Med Esp.* 2004; 10 (2):98-104.
- 17 Bottega FH et al. A dor como quinto sinal vital: Utilização da Escala de avaliação por enfermeiros de um Hospital Geral. *Tex Contex Enferm.* 2010; 19(2): 283-90.
- 18 Lamino M, Pimenta CAM. Prevalência e comorbidade de dor e fadiga em mulheres com câncer de mama. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45 (2): 508–14.
- 19 Fabro EAN et al. Post-mastectomy pain syndrome: Incidence and risks. *The Breast.* 2012; 21(1): 321-325.
- 20 Sampaio, LR.; Moura, CV.; Resende, MA. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão da literatura. *Rev. Bras. de Canc.*2005; 51(4):339-346
- 21 Bergmann A et al. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III/INCA. *Rev Bras Canc.* 2006; 52(1): 97-109.
- 22 Assis MR et al. Late morbidity in upper limb function and quality of life in women after breast cancer surgery. *Braz J of Phys Ther.* 2013; 17(3): 236-243.
- 23 Magaldi CM et al. Avaliação da morbidade e funcionalidade do membro superior em mulheres submetidas à linfadenectomia axilar total e biópsia de linfonodo sentinela por câncer de mama. *Rev Bras Mast.* 2005; 15(1): 9-14.
- 24 Engel J et al. Axillary surgery severely affects quality of life: results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. *Breast Canc Resea Treatm.* 2003; 79(1): 47–57

3 CONCLUSÃO

A partir do desejo de proporcionar ao paciente oncológico uma visão mais integral do indivíduo, os autores perceberam que a fisioterapia aplicada à oncologia pode vir a contribuir com os tratamentos convencionais, já que, inclui-se nos recursos não farmacológicos, e inserir-se enquanto parte de uma equipe multiprofissional que busca melhorar a qualidade de vida e bem-estar do paciente.

Percebe-se que ainda há muitos obstáculos a serem vencidos e mais estudos devem surgir a partir dos dados coletados nessa pesquisa para que ocorra uma correlação maior entre a funcionalidade e a dor de mulheres submetidas a procedimentos cirúrgicos e o tratamento adjuvante para o câncer de mama.

Dessa forma, salienta-se a importância desse trabalho para que novas pesquisas surjam com a finalidade de proporcionar aos pacientes oncológicos, subsídios para tratar os sintomas comuns da doença como a dor, diminuição de funcionalidade do membro superior, assim como, a redução de gastos com medicamentos.

Por fim, faz-se necessários novos estudos com maiores enfoques na aplicabilidade, riscos e benefícios da intervenção e acompanhamento do fisioterapeuta no pré-operatório e pós-operatório, na tentativa de prevenir, reduzir e/ou amenizar as alterações funcionais e auxiliar no bem-estar geral das mulheres que realizaram procedimentos cirúrgicos.

4 REFERÊNCIAS

ASSIS, M. R. et al. Late morbidity in upper limb function and quality of life in women after breast cancer surgery. **Brazilian Journal of Physical Therapy**. V. 17, n.3, p. 236-243, 2013.

BERGMANN, A. et al. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III/INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**. V. 52, n.1, p. 97-109, 2006.

BERGMANN, A. Prevalência de linfedema subsequente ao tratamento cirúrgico do câncer de mama [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): **Escola Nacional de Saúde Pública**, Fundação Oswaldo Cruz; 142 p., 2000.

GOSELINK, R. et al. Recovery of upper limb function after axillary dissection. **Journal of Surgical Oncology**. V. 83, n.1, p. 204-211. 2003.

INUMARU, L; SILVEIRA, E. A.; NAVES, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**. V.27, n. 7, p.1259-1270, 2011

KAYA, T. et al, Disability and Health-Related Quality of Life after breast Cancer Surgery: Relation to Impairments. **Southern Medical Journal**. V. 103, n.1, p. 37-41, 2010.

LACOMBA, M.T. et al. Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoma after surgery for breast cancer: randomised, single blinded, clinical trial. **BMJ**. V. 340, p. 1-8, 2010.

MARTINO, G. Prevenção e terapia das complicações. In: Veronesi U. Mastologia Oncológica. Rio de Janeiro: **Editora Medsi**. S/v, s/n, p. 536-37, 2002.

MCANAW, M.B.; HARRIS, K.W. The role of physical therapy in the rehabilitation of patients with mastectomy and breast reconstruction. **Breast Disease**. V. 16, n. 1, p. 163-174, 2002.

SAMPAIO, L. R.; MOURA, C. V.; RESENDE, M. A. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**. V. 51, n.4, p. 339-346, 2005.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do estudo: Autoimagem e função sexual de mulheres mastectomizadas com ou sem reconstrução mamária.

Pesquisadores responsáveis: Prof^o Dr. Melissa Medeiros Braz

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/
Departamento de Fisioterapia e Reabilitação

Você está sendo convidada a participar voluntariamente de uma pesquisa sobre a autoimagem e a função sexual de mulheres que fizeram cirurgia de mastectomia, com ou sem reconstrução mamária. Sendo a mama um símbolo de feminilidade, o câncer de mama, bem como seu tratamento cirúrgico, podem acarretar alterações na resposta sexual e, conseqüentemente, estar relacionado com o aparecimento de disfunções sexuais.

O projeto de pesquisa será desenvolvido com o objetivo de avaliar a função sexual de mulheres mastectomizadas.

Será aplicada uma ficha de avaliação da sexualidade feminina contendo dados pessoais, um questionário de Fundamento Sexual Feminino e avaliação da autoimagem através de uma escala.

É importante ressaltar que riscos existem, embora sejam pequenos. Você pode se sentir constrangida ao responder os questionamentos da pesquisa e desconfortável pela lembrança de situações desagradáveis e cansaço, pela extensão dos questionários a serem aplicados. Para minimizar esse constrangimento, na sala onde serão aplicados os instrumentos estarão presentes somente você e um pesquisador. Você não precisa responder a todas as perguntas caso não queira e pode desistir da pesquisa em qualquer momento.

Como benefícios, você poderá conhecer melhor sobre sua resposta sexual e, caso a considere insatisfatória, receberá orientações e será encaminhada para o Serviço Ambulatorial de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Você não será identificada em nenhum momento. Os resultados obtidos serão divulgados para você e, depois, serão enviados para publicação em revista científica na forma de artigo. Sua participação não envolve custos nem ressarcimento de despesas.

Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade. Os pesquisadores estarão sempre à disposição para esclarecer dúvidas, antes e no decorrer dos procedimentos. E antes de concordar em participar desta pesquisa e responder a ficha de avaliação, o questionário e participar das medidas e dos testes é muito importante que você compreenda estas informações e instruções.

Eu _____,

RG nº _____, declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada.

Declarei aos pesquisadores sobre minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do projeto, os procedimentos a serem realizados, seus riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar desde estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades,

prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido durante os procedimentos.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e esclarecido deste sujeito de pesquisa.

Santa Maria, _____ de _____ de _____.

Assinatura da responsável pelo estudo

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM

Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar - Sala 702.

Cidade Universitária - Bairro Camobi

97105-900 - Santa Maria - RS

Telefones: (55)32209362 - Fax: (55)32208009

E-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Endereço Amanda de Souza Brondani:

Avenida Oy Pavão da Silva, 485. Pé de Plátano, Santa Maria, RS.

Telefones: (55) 9119-9877; (55)9678-2679; (55)3311-7880

E-mail: mandabrondani@gmail.com

Endereço Bruna Elise da Silva Messias:

Rua Augusto Ribas, 455, João Goulart, Santa Maria, RS

Telefones: (55) 91213845; (55) 33171360

E-mail: bruh.elise93@gmail.com

Endereço Gustavo da Silva da Costa:

Rua das Videiras, 108. Juscelino Kubitschek, Santa Maria, RS.

Telefones: (55) 9672-6372 e (55)3212-6569

E-mail: gustavodsdc@gmail.com

Endereço Julia Bueno Macedo:

Oswaldo Aranha, 110. Nossa Senhora de Lourdes, Santa Maria, RS.

Telefones: (55) 8442-4441 e (55)3025-5253

E-mail: juliabuenomacedo@hotmail.com

Endereço Lara Letícia Dotto Nardi:

Rua AlvaroHoppe, 95. Camobi. Santa Maria, Rio Grande do Sul.

Telefones: (55)99973039; (55)84551345

E-mail: laaradn@hotmail.com

Endereço Melissa Medeiros Braz:

Rua dos Andradas, 602, ap. 702 – Centro. Santa Maria, Rio Grande do Sul.

Telefones: (55)99757026; (55) 33061177

E-mail: melissabraz@hotmail.com

Endereço Hedioneia Maria Foletto Pivetta:

Rua 1, casa 5, Loteamento Santos Dumont – Camobi. Santa Maria, Rio Grande do Sul.

Telefones: (55)99716183; (55) 32261116

E-mail: hedioneia@yahoo.com.br

ANEXOS

ANEXO A – REGISTRO DO GAP

Data: 19/03/2015
 Hora: 09:21

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
 1.2.1.20.1.01 Projetos na Inteira

Título: Repercussões do tratamento cirúrgico do câncer de mama sobre a propriocepção, sensibilidade e funcionalidade

Número do Projeto: 037574 **Classificação Principal:** Pesquisa

Registrado em: 15/05/2014 **Situação:** Em andamento

Fundação: Não necessita contratar fundação

Supervisor Financeiro:

Pagamento de Bolsa: Não paga nenhum tipo de bolsa

Bolsas Pagas Pelo Projeto:

Não se aplica

Proteção do Conhecimento: Projeto não gera conhecimento passível de proteção.

Tipo de Evento: Não se aplica

Palavras-chave: Propriocepção, Efeitos adversos, Reabilitação, Mastectomia

Resumo: O tratamento de primeira linha para o câncer de mama é cirúrgico, sendo mais atualmente utilizada a mastectomia radical modificada, que pode comprometer a funcionalidade, propriocepção e sensibilidade do membro superior homolateral a cirurgia. Esta pesquisa tem por objetivo avaliar as repercussões do tratamento cirúrgico do câncer de mama sobre a propriocepção, sensibilidade e funcionalidade do membro superior da mulher submetida a mastectomia radical modificada. Será realizada no junto ao serviço de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria e na Unidade Santária de Saúde da Mulher, junto ao Centro de diagnóstico Nossa Senhora do Rosário. Terá como população mulheres que serão submetidas a mastectomia radical modificada bem no pós-operatório. A amostra será constituída por todas as mulheres diagnosticadas com câncer de mama no período de julho de 2014 a junho de 2015 que serão submetidas a mastectomia radical modificada e que estejam na faixa etária de 35 a 59 anos. A análise dos dados será realizada mediante teste de normalidade. Para variável independente com subdivisão em mais de duas categorias com distribuição simétrica será utilizado ANOVA de medidas repetidas. Para as variáveis com distribuição assimétrica será utilizado o teste de Friedman. Para correlação das variáveis contínuas serão utilizados os testes de correlação de Pearson, se for distribuição simétrica, e o teste de correlação de Spearman para distribuição assimétrica.

Data Final: 15/06/2015

Última Avaliação: 16/03/2015

Avaliação: Avaliado

Nº do Projeto na Fundação:

Valor Previsto:

Valor Máximo da Bolsa: 0,00

Alunos Concluintes: Não se aplica

Alunos Matriculados: Não se aplica

Tipo de Proteção: Não se aplica

Matrícula Nome	Vínculo Institucional	Função	Bolsa	C. Horária (semanal)	Data Inicial	Data Final
201130090 GIANA BERLEZE PERNA	Aluno de Graduação	Participante		4 horas	19/05/2014	15/06/2015
1935715 HEDONEA MARIA COLETTI PIVETTA	Docente	Orientador		1 hora	19/05/2014	15/06/2015
1929880 MELISSA MEDEIROS BRAZ	Docente	Co-orientador		1 hora	19/05/2014	15/06/2015
201470685 RAFAELA OLIVEIRA MACHA DO GUERRA PAIM	Aluno de Pós-graduação	Participante		4 horas	18/03/2015	15/06/2015
201470527 THOMAZ DA CUNHA FIGUEIREDO	Aluno de Pós-graduação	Co-autor		4 horas	11/08/2014	15/06/2015

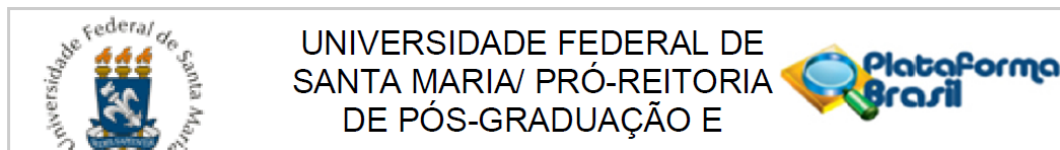
Observação:

Unidade	Função	Valor	Data Inicial	Data Final
04/37.00 - DEPTO. FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO - FSR	Responsável		19/05/2014	15/06/2015

Página: 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM		Data: 19/05/2015 Hora: 09:21	
146284 - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA	15/06/2015	19/05/2014	15/06/2015
15618 - PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA	15/06/2015	19/05/2014	15/06/2015
1.2.1.20.1.01 Projetos na Integra			
Participante		Participante	
Item da classificação		Item da classificação	
4.00.00.00-1 - CIÊNCIAS DA SAÚDE		4.00.00.00-1 - CIÊNCIAS DA SAÚDE	
02.00.00 - SAÚDE		02.00.00 - SAÚDE	
2.01 - Projeto de Pesquisa Pura		2.01 - Projeto de Pesquisa Pura	
Tipo		Tipo	
Relatório de Avaliação Anual		Relatório de Avaliação Anual	
Incluído em		Incluído em	
15/05/2014		15/05/2014	
26/01/2015		26/01/2015	
Data Inicial		Data Inicial	
19/05/2014		19/05/2014	
Data Final		Data Final	
15/06/2015		15/06/2015	
UF		País	
RS		Brasil	
Atividades		Atividades	
Projeto de pesquisa vinculado ao Curso de graduação de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria		Projeto de pesquisa vinculado ao Curso de graduação de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria	
Início previsto		Início efetivo	
19/05/2014		01/07/2014	
Final previsto		Final efetivo	
15/06/2015		15/06/2015	
Final efetivo		Final efetivo	
15/06/2015		15/06/2015	
Página: 3			

ANEXO B – FOLHA DE ROSTO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPERCUSSÕES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE MAMA SOBRE A PROPRIOCEPÇÃO, SENSIBILIDADE E FUNCIONALIDADE

Pesquisador: Hedionéia Maria Foletto Pivetta

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 32531814.3.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 925.612

Data da Relatoria: 12/01/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se da solicitação de uma emenda ao projeto com o título "REPERCUSSÕES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE MAMA SOBRE A PROPRIOCEPÇÃO, SENSIBILIDADE E FUNCIONALIDADE" CAAE: 32531814.3.0000.5346, sob responsabilidade da pesquisadora Hedionéia M F Pivetta.

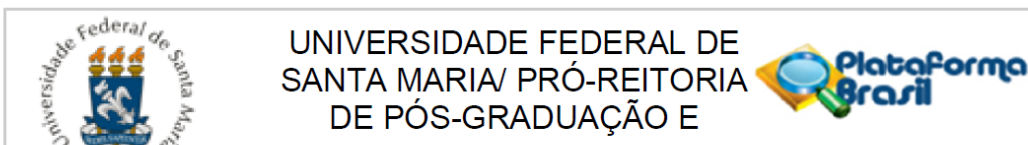
A amostra será constituída por todas as mulheres diagnosticadas com câncer de mama no período de julho de 2014 a junho de 2015 que serão submetidas a mastectomia radical modificada e que estejam na faixa etária de 35 a 59 anos atendidas no ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria e na Unidade Sanitária de Saúde da Mulher, junto ao Centro de Diagnóstico Nossa Senhora do Rosário.

Para atingir o novo objetivo serão inseridos novos instrumentos: aplicado o "questionário de Imagem Corporal após o Câncer de Mama"; realizada a avaliação postural através de fotografia; utilizando baropodômetro.

Objetivo da Pesquisa:

-Avaliar a propriocepção, sensibilidade e funcionalidade do membro superior no pré e pós

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 925.612

mastectomia radical modificada unilateral.

- Relacionar sensibilidade e propriocepção do membro superior homolateral à cirurgia.
- Comparar as alterações da sensibilidade, propriocepção e funcionalidade no pré e pós operatório

OBJETIVOS INCLUÍDOS PELA EMENDA:

- Relacionar as variáveis baropodométricas, a postura corporal e a percepção da imagem corporal em mulheres mastectomizadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS : Da ordem física, os riscos resumem-se a incidentes e durante a realização dos testes, como a sensação de dor ou desconforto no membro superior. Se ocorrer, será controlado/auxiliado pelos pesquisadores e, se necessário, suprime-se o teste. De ordem emocional poderá haver constrangimento ao precisar retirar a roupa ou ao apresentar dificuldade na realização de algum teste, além do cansaço devido ao tempo de coleta dos dados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta adequadamente o novo TCLE a ser aplicado, bem como a descrição dos métodos que serão utilizados para atingir os novos objetivos.

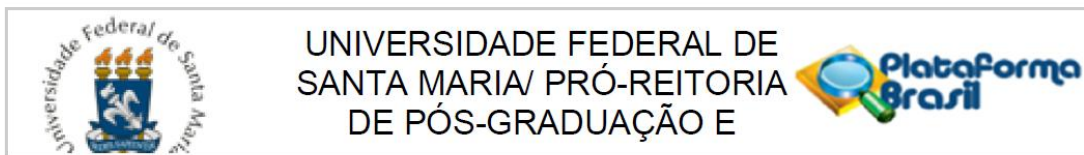
Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 925.612

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 22 de Dezembro de 2014

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

ANEXO C – DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND (DASH)

Anexo A - Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH)

NOME:

TELEFONE:

DATA:

Instruções

Esse questionário é sobre seus sintomas, assim como suas habilidades para fazer certas atividades.

Por favor, responda a todas as questões baseando-se na sua condição na semana passada.

Se você não teve a oportunidade de fazer uma das atividades na semana passada, por favor, tente estimar qual resposta seria a mais correta.

Não importa qual mão ou braço você usa para fazer a atividade; por favor, responda baseando-se na sua habilidade independentemente da forma como você faz a tarefa.

Meça a sua habilidade em fazer as seguintes atividades na semana passada circulando a resposta apropriada abaixo:

	Não houve dificuldade	Houve pouca dificuldade	Houve dificuldade média	Houve muita dificuldade	Não conseguiu fazer
1. Abrir um vidro novo ou com a tampa muito apertada	1	2	3	4	5
2. Escrever	1	2	3	4	5
3. Virar uma chave	1	2	3	4	5
4. Preparar uma refeição	1	2	3	4	5
5. Abrir uma porta pesada	1	2	3	4	5
6. Colocar algo em uma prateleira acima de sua cabeça	1	2	3	4	5
7. Fazer tarefas domésticas pesadas (por exemplo: lavar lavar o chão)	1	2	3	4	5
8. Fazer trabalho de jardinagem	1	2	3	4	5
9. Arrumar a cama	1	2	3	4	5
10. Carregar uma sacola ou uma maleta	1	2	3	4	5
11. Carregar um objeto pesado (mais de 5 kg)	1	2	3	4	5
12. Trocar uma lâmpada acima da cabeça	1	2	3	4	5
13. Lavar ou secar o cabelo	1	2	3	4	5
14. Lavar suas costas	1	2	3	4	5
15. Vestir uma blusa fechada	1	2	3	4	5
16. Usar uma faca para cortar alimentos	1	2	3	4	5
17. Atividades recreativas que exigem pouco esforço (por exemplo: jogar cartas, tricotar)	1	2	3	4	5
18. Atividades recreativas que exigem força ou impacto nos braços, ombros ou mãos (por exemplo: jogar vôlei, martela)	1	2	3	4	5
19. Atividades recreativas nas quais você move seu braço livremente (como pescar, jogar peteca)	1	2	3	4	5
20. Transportar-se de um lugar a outro (ir de um lugar a outro)	1	2	3	4	5
21. Atividades sexuais	1	2	3	4	5
	Não afetou	Afetou pouco	Afetou medianamente	Afetou muito	Afetou extremament
22. Na semana passada, em que ponto o seu problema com braço, ombro ou mão afetou suas atividades normais com família, amigos, vizinhos ou colegas?	1	2	3	4	5
	Não limitou	Limitou pouco	Limitou medianamente	Limitou muito	Não conseguiu fazer
23. Durante a semana passada, o seu trabalho ou atividades diárias normais foram limitadas devido ao seu problema com braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
Meça a gravidade dos seguintes sintomas na semana passada:	Nenhuma	Pouca	Mediana	Muita	Extrema
24. Dor no braço, ombro ou mão	1	2	3	4	5
25. Dor no braço, ombro ou mão quando você fazia atividades específicas	1	2	3	4	5
26. Desconforto na pele (alfinetadas) no braço, ombro ou mão	1	2	3	4	5

27. Fraqueza no braço, ombro ou mão	1	2	3	4	5
28. Dificuldade em mover braço, ombro ou mão	1	2	3	4	5
	Não houve dificuldade	Pouca dificuldade	Média dificuldade	Muita dificuldade	Tão difícil que você não pôde dormir
29. Durante a semana passada, qual a dificuldade que você teve para dormir por causa da dor no seu braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
	Discordo totalment	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalment
30. Eu me sinto menos capaz, menos confiante e menos útil por causa do meu problema com braço, ombro ou mão	1	2	3	4	5

As questões que se seguem são a respeito do impacto causado no braço ombro ou mão quando você toca um instrumento musical, pratica esporte ou ambos.

Se você toca mais de um instrumento, pratica mais de um esporte ou ambos, por favor, responda com relação ao que é mais importante para você. Por favor, indique o esporte ou instrumento que é mais importante para você: _____

Eu não toco instrumentos ou pratico esportes (você pode pular essa parte)

Por favor circule o número que melhor descreve sua habilidade física na semana passada. Você teve alguma dificuldade para:	Fácil	Pouco difícil	Dificuldade média	Muito difícil	Não conseguiu fazer
1. Uso de sua técnica habitual para tocar instrumento ou praticar esporte?	1	2	3	4	5
2. Tocar o instrumento ou praticar o esporte por causa de dor no braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. Tocar seu instrumento ou praticar o esporte tão bem quanto você gostaria?	1	2	3	4	5
4. Usar a mesma quantidade de tempo tocando seu instrumento ou praticando o esporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o impacto do seu problema no braço, ombro ou mão em sua habilidade em trabalhar (incluindo tarefas domésticas se este é seu principal trabalho).

Por favor, indique qual é o seu trabalho: _____

Eu não trabalho (você pode pular essa parte)

Por favor, circule o número que melhor descreve sua habilidade física na semana passada. Você teve alguma dificuldade para:	Fácil	Pouco difícil	Dificuldade média	Muito difícil	Não conseguiu fazer
1. Uso de sua técnica habitual para seu trabalho?	1	2	3	4	5
2. Fazer seu trabalho usual por causa de dor em seu braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. Fazer seu trabalho tão bem quanto você gostaria?	1	2	3	4	5
4. Usar a mesma quantidade de tempo fazendo seu trabalho?	1	2	3	4	5

Cálculo do escore do DASH

Para se calcular o escore das 30 primeiras questões, deverá ser utilizada a seguinte fórmula:

(Soma dos valores das 30 primeiras questões - 30)/1,2

Para o cálculo dos escores dos módulos opcionais, estes deverão ser calculados separadamente, utilizando a seguinte

fórmula: (Soma dos valores - 4)/0,16

ANEXO D – ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) E O MAPA CORPORAL**Identificação:**

Data da Entrevista: ____ / ____ / ____

Nome: _____ Idade: _____

Nascimento: ____ / ____ / ____ Estado Civil: _____

História da Doença Atual (HDA):

Tipo de cirurgia: _____

Lado da cirurgia: D() E() Bilateral().

Data da cirurgia: ____ / ____ / ____ Tempo de cirurgia: ____ anos ____ meses.

Tempo de diagnóstico do câncer: _____

Tratamento coadjuvante: Quimioterapia () n° sessões ____.

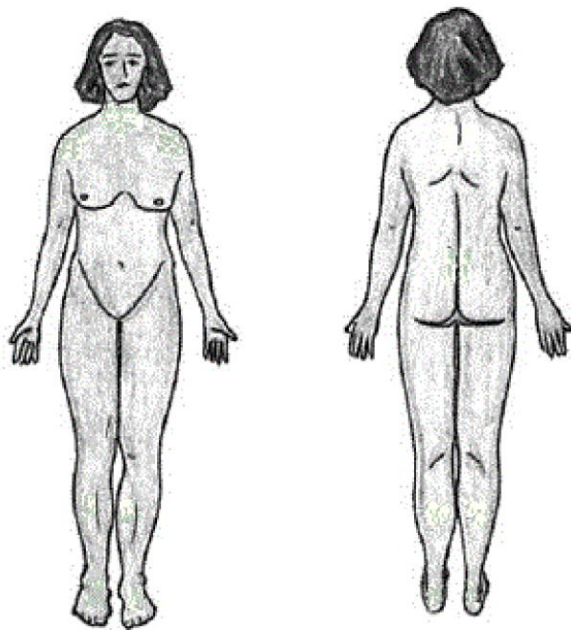
Radioterapia () n° sessões _____.

Hormonioterapia: _____.

Reconstrução Mamária: () SIM () NÃO

Tratamento de Fisioterapia () SIM () NÃO

Tempo de tratamento com Fisioterapia: _____



Neste momento qual é a intensidade da dor que você está sentindo, sendo que zero se refere a nenhuma dor e dez a pior dor possível?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

↙ Nenhuma dor Pior dor possível ↘

Anotações: _____

ANEXO E – NORMAS DA REVISTA

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

INFORMAÇÕES GERAIS

A Revista Brasileira de Cancerologia (RBC) é uma publicação trimestral que tem por finalidade divulgar trabalhos relacionados a todas as áreas da Cancerologia. São aceitos para publicação textos em português, inglês e espanhol.

A RBC adota os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication" do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (<http://www.icmje.org>). O original, incluindo tabelas, ilustrações e referências, deve seguir esses requisitos.

Os manuscritos devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente a RBC, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações, são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es). Manuscritos que se referem a partes de uma mesma pesquisa têm a submissão desencorajada por essa Revista.

Os manuscritos publicados passarão a ser propriedade da RBC, sendo vedada tanto sua reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, como sua tradução para publicação em outros idiomas, sem prévia autorização desta.

Os manuscritos aceitos para publicação poderão ser modificados para se adequar ao estilo editorial-gráfico da Revista, sem que, entretanto, nada de seu conteúdo técnico-científico seja alterado.

No caso de o manuscrito incluir tabelas e ilustrações previamente publicadas por outros autores e em outros veículos, é dever do autor fornecer comprovante de autorização de reprodução, assinado pelos detentores dos direitos autorais dos mesmos.

Os leitores de periódicos biomédicos merecem ter a confiança de que o que estão lendo é original, a menos que exista uma declaração clara de que o artigo está sendo republicado por escolha do autor e do editor. As bases para essa posição são as leis internacionais de direito autoral, a conduta ética e o uso de recursos, obedecendo a uma lógica de custo efetividade.

Quando parte do material do manuscrito já tiver sido apresentada em uma comunicação preliminar, em simpósio, congresso etc., esse fato deve ser citado como nota de rodapé na página de título, e uma cópia do texto da apresentação deve acompanhar a submissão do manuscrito.

Na submissão de manuscritos ou resumos de pesquisa clínica, ensaios clínicos, pesquisa básica, pesquisa aplicada, pesquisa de tradução; estudos laboratoriais, estudos epidemiológicos (prospectivos ou retrospectivos); utilização de dados de prontuários, pesquisa em banco de dados; relatos de casos; entrevistas, questionários, inquéritos populacionais; é obrigatória a inclusão de documento, com o número de protocolo, de que todos os procedimentos propostos tenham sido avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por um outro CEP indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.

Os pacientes têm direito à privacidade, fato que não deve ser infringido sem um consentimento informado. As informações de identificação pessoal não devem ser publicadas em descrições escritas, fotografias, genealogias e relatos de caso, a menos que a informação seja essencial para propósitos científicos e que o paciente (ou seus pais ou tutores) outorgue um consentimento informado por escrito, autorizando a publicação.

Devem omitir-se detalhes de identificação se não forem essenciais, mas os dados do paciente nunca deverão ser alterados ou falsificados numa tentativa de conseguir o anonimato. O anonimato completo é difícil de conseguir, devendo-se obter o consentimento informado se houver alguma dúvida. Por exemplo, mascarar a região ocular em fotografias de pacientes é uma proteção inadequada para o anonimato.

A RBC, ao reconhecer a importância do registro e divulgação internacional, em acesso aberto, de informações sobre estudos clínicos, apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do ICMJE. Desta forma, serão aceitos para publicação apenas 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 sítio do ICMJE (<http://www.icmje.org>).

Conflitos de interesses devem ser reconhecidos e mencionados pelos autores. Entre essas situações, menciona-se a participação societária nas empresas produtoras das drogas ou equipamentos citados ou utilizados no trabalho, assim como em concorrentes da mesma. São também consideradas fontes de conflito os auxílios recebidos, as relações de subordinação no trabalho, consultorias etc.

A submissão do manuscrito à RBC deve ser por e-mail para rbc@inca.gov.br, com o texto integral, tabelas, gráficos, figuras, imagens, CEP e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável) e de acordo com as normas da Revista. A “Carta de Submissão” individual e assinada por cada um dos autores (modelo disponível em <http://www.inca.gov.br/rbc>) deve também ser enviada nesta oportunidade.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A publicação dos trabalhos dependerá da observância das normas da RBC e da decisão do seu Conselho Editorial. O processo de avaliação inicia-se com o editor científico que avalia se o artigo recebido traz contribuições para a área da Cancerologia e se é de interesse para os leitores. Avalia também se o original está elaborado de acordo com as instruções recomendadas pela Revista. Os manuscritos considerados pertinentes, mas, em desacordo com essas instruções, serão devolvidos aos autores para as adaptações necessárias, antes da avaliação pelo Conselho Editorial.

O manuscrito aceito é encaminhado para análise e emissão de parecer dos membros do Conselho Editorial e/ou Conselho *Ad Hoc*, ambos formados por profissionais de notório saber nas diversas áreas da Oncologia. Nesse processo, o sigilo e o anonimato serão adotados para autor(es) e pareceristas. A análise dos pareceristas é realizada com base no formulário “Parecer do Conselho Editorial” disponível nas instruções para publicação na RBC em <http://www.inca.gov.br/rbc>.

Após emissão do parecer, o manuscrito é enviado ao editor científico que toma ciência dos pareceres emitidos e os analisa em relação ao cumprimento das normas de publicação da Revista e decide sobre a aceitação ou não do artigo, assim como das alterações solicitadas, processo sobre o qual tem plena autoridade de decisão. O parecer é então enviado para os autores por e-mail.

Após avaliação os manuscritos, poderão ser classificados em: manuscrito aprovado sem restrições, que será encaminhado ao revisor técnico para revisão e posterior publicação; manuscrito aprovado com restrição, que será encaminhado ao(s) autor(es) com as solicitações de ajuste por e-mail. O manuscrito revisado deve ser reapresentado pelo(s) autor(es) à RBC, por e-mail, acompanhado de carta informando as alterações realizadas ou, quando não realizadas, apresentando as devidas justificativas. Não havendo retorno do trabalho em quarenta e cinco (45) dias, será considerado que os autores não têm mais interesse na publicação; manuscrito não aprovado, nesse caso o autor receberá notificação de recusa por e-mail.

O manuscrito aprovado será publicado de acordo com o fluxo e o cronograma editorial da Revista.

CATEGORIA DOS MANUSCRITOS

São considerados para publicação os seguintes tipos de manuscritos:

- Artigos Originais – são artigos nos quais são informados os resultados obtidos em pesquisas de natureza empírica ou experimental original cujos resultados possam ser replicados e/ou generalizados. Também são considerados originais as pesquisas de metodologia qualitativa, de conteúdo histórico e as formulações discursivas de efeito teorizante. Como estrutura devem apresentar: introdução, método, resultados, discussão e conclusão. O máximo de laudas é 20, incluindo figuras, tabelas, gráfico, etc. que não devem ultrapassar 5.
- Revisão da Literatura – trata-se de revisão sistematizada e atualizada da literatura sobre um tema específico e que deve dar ao leitor uma cobertura geral de um assunto. Não serão aceitas revisões narrativas. Devem ser descritos os tipos de revisão (integrativa, sistemática, metanálise), os métodos e procedimentos adotados para a realização do trabalho. A interpretação e conclusão dos autores devem estar presentes. Como estrutura devem apresentar: introdução, método, resultados, discussão e conclusão. O máximo de laudas é 20, incluindo figuras, tabelas, gráfico, etc. que não devem ultrapassar 5.
- Relato de Casos/ Série de Casos - é a descrição detalhada e análise crítica de um ou mais casos, típicos ou atípicos, baseado em revisão bibliográfica ampla e atual sobre o tema. O autor deve apresentar um problema em seus múltiplos aspectos, sua relevância. O máximo de laudas é 15, incluindo figuras, tabelas, gráfico etc. que não devem ultrapassar 4.
- Artigo de Opinião – trata-se de opinião qualificada sobre tema específico em oncologia. Não necessita de resumo. O máximo de laudas é 10, incluindo tabelas, gráfico, etc. que não devem ultrapassar 2.
- Resenha – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático da Cancerologia, publicado no último ano. O máximo é de 4 laudas.
- Resumos de dissertações, teses, de trabalhos que mereçam destaque ou apresentados em eventos de oncologia nos últimos 12 meses, contados da data de envio do resumo - trata-se da informação sob a forma sucinta de trabalho

realizado. Portanto, deve conter a natureza e os propósitos da pesquisa e um comentário sobre a metodologia, resultados e conclusões mais importantes. Seu objetivo é a transmissão aos pesquisadores de maneira rápida e fácil da natureza do trabalho, suas características básicas de realização e alcance científico afirmado. Devem conter no mínimo 150 até 250 palavras e seguir as normas da Revista quanto à estruturação, à forma e ao conteúdo, inclusive no que se refere aos descritores.

- Cartas ao Editor – podem estar relacionadas à matéria editorial ou não, mas devem conter informações relevantes ao leitor. No caso de críticas a trabalhos publicados em fascículo anterior da Revista, a carta é enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente. As cartas podem ser resumidas pela editoria, mas serão mantidos os pontos principais. O máximo é de 4 laudas.

PREPARO DO MANUSCRITO

O original deve ser escrito na terceira pessoa do singular com o verbo na voz ativa (ABNT.NBR-6028, 2003, p.2).

O processador de textos utilizado deve ser o Microsoft Word 6.0 ou 7.0, fonte Times New Roman tamanho 12, margens de 30mm em ambos os lados, espaço duplo em todas as seções, tamanho do papel A4 (210 x 297mm) e páginas numeradas.

Para permitir maior clareza na exposição do assunto e localização direta de cada item, divide-se o texto em partes lógicas, ordenadas por assuntos considerados afins.

Exemplo:

INTRODUÇÃO (SEÇÃO PRIMÁRIA)

MATERIAL E MÉTODO (SEÇÃO PRIMÁRIA)

Coleta de dados (Seção secundária)

Variáveis (Seção terciária)

Na apresentação dos títulos das seções, deve-se dar destaque gradativo ao tipo e corpo das letras, observando que todas as seções primárias devem estar escritas da mesma maneira, assim como todas as secundárias e assim por diante.

O texto de cada seção de um documento pode incluir uma série de alíneas, que devem ser caracterizadas pelas letras minúsculas do alfabeto (a, b, c,...) seguidas de parênteses e que precedam imediatamente à primeira palavra de seu texto.

Exemplo:

a) escrever um artigo científico.

b) ilustrar o texto.

PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES SOBRE CADA SEÇÃO

1. Página de título ou folha de rosto

Deve conter: a) título do artigo, alternando letras maiúsculas e minúsculas, em português, inglês e espanhol; b) título abreviado com até 40 caracteres; c) nome(s) por extenso do(s) autor(es). A designação de autoria deve ser baseada nas deliberações do ICMJE, que considera autor aquele que contribui substancialmente na concepção ou no planejamento do estudo; na obtenção, na análise e/ou interpretação dos dados; assim como na redação e/ou revisão crítica e aprovação final da versão publicada. Em estudos institucionais (de autoria coletiva) e estudos multicêntricos, os responsáveis devem ter seus nomes especificados e todos considerados autores devem cumprir os critérios acima mencionados; d) indicar para cada autor, em nota de rodapé, a categoria profissional, o mais alto grau acadêmico, o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e instituição(ões) a que o trabalho deverá ser atribuído, endereço eletrônico, cidade, estado e país; e) nome, endereço e telefone do autor responsável pela correspondência sobre o manuscrito; f) descrição da contribuição individual de cada autor no manuscrito (ex: trabalhou na concepção e na redação final e na pesquisa e na metodologia); g) agradecimentos: os demais colaboradores, que não se enquadram nos critérios de autoria acima descritos, devem ter seus nomes referidos nesse item especificando o tipo de colaboração. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, já que se pode inferir que as mesmas concordam com o teor do trabalho; h) declaração de conflito de interesses (escrever “nada a declarar” ou revelar quaisquer conflitos); i) para trabalhos subvencionados, identificar o patrocinador e número de processo (se houver).

2. Resumo e descritores (palavras-chave)

Todos os artigos deverão conter resumos **estruturados** em português, inglês e espanhol, acompanhados dos descritores nos respectivos idiomas. A terminologia para os descritores deve ser denominada no artigo como a seguir:

palavras-chave, *key words* e *palabras clave*. Cada resumo deverá conter no mínimo 150 palavras e no máximo 250, objetivo(s), metodologia, resultados, conclusão e vir acompanhado de no mínimo três e no máximo seis descritores. Os descritores são palavras fundamentais que auxiliam na indexação dos artigos em bases de dados nacionais e internacionais. Para determinar os descritores, deve-se consultar a lista de "Descritores em Ciências da Saúde" (DECS-LILACS- <http://decs.bvs.br>) elaborada pela Bireme.

No resumo, não devem ser feitas citações de referências, nem se devem incluir abreviaturas e/ou siglas, bem como quadros, tabelas ou figuras.

No caso de resumos de trabalhos apresentados em eventos de oncologia ou que mereçam destaque e que foram aceitos para publicação na RBC, caberá aos autores proceder à adequação às normas da Revista antes de encaminhá-los, sendo de sua inteira responsabilidade a precisão e correção da linguagem.

3. Introdução

Deve ser objetiva com definição clara do problema estudado destacando sua importância e as lacunas do conhecimento; a revisão de literatura deve ser estritamente pertinente ao assunto tratado no estudo, de modo a proporcionar os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre o tema e evidenciar a importância do novo estudo. Deve conter o(s) objetivo(s) do estudo.

4. Métodos

Deve indicar de forma objetiva o tipo de estudo (prospectivo, retrospectivo; ensaio clínico ou experimental; se a distribuição dos casos foi aleatória ou não; qualitativo etc), os métodos empregados, a população estudada (descrever claramente a seleção dos indivíduos dos estudos observacionais ou experimentais - pacientes ou animais de laboratório, incluindo controles, bem como dos estudos qualitativos), a fonte de dados e os critérios de seleção ou grupo experimental, inclusive dos controles. Identificar os equipamentos e reagentes empregados. Descrever também os métodos estatísticos empregados e as comparações para as quais cada teste foi empregado.

Os relatos de ensaios clínicos devem apresentar informação de todos os elementos principais do estudo, incluindo o protocolo (população estudada, intervenções ou exposições, resultados - e a lógica da análise estatística), atributos das intervenções (métodos de aleatorização, indicação dos grupos de tratamento) e os métodos de mascaramento.

Os autores que enviarem artigos de revisão deverão apresentar os procedimentos adotados para localizar, selecionar, obter, classificar e sintetizar as informações além de definir os critérios de inclusão e exclusão dos estudos selecionados para a revisão.

Quando forem relatados experimentos com seres humanos, indicar se os procedimentos seguidos estiveram de acordo com os padrões éticos do Comitê de Pesquisa em Seres Humanos Institucional, com a Declaração de *Helsinki* (última versão de 2000) e com a resolução 196/96 (Res. CNS 196/96). Não usar os nomes dos pacientes, iniciais ou números de registro, especialmente no material ilustrativo. No caso de experimentos envolvendo animais, indicar se foram seguidas as normas das Instituições, dos Conselhos Nacionais de Pesquisa ou de alguma lei nacional sobre uso e cuidado com animais de laboratório.

Dessa seção, também faz parte a menção do documento, indicando o número de protocolo, do CEP da Instituição a que se vinculam os autores e que aprovou o estudo realizado.

5. Resultados

Apresentar os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que serão discutidos. Devem ser descritos somente os resultados encontrados, sem incluir interpretações ou comparações. Apresentar os resultados, tabelas e ilustrações em sequência lógica, atentando para que o texto complemente e não repita o que está descrito em tabelas e ilustrações. Restringir tabelas e ilustrações àquelas necessárias para explicar o argumento do artigo e para sustentá-lo. Usar gráficos como uma alternativa às tabelas com muitas entradas; não duplicar os dados em gráficos e tabelas. Evitar uso de termos técnicos de estatística, tais como: "random" (que implica uma fonte de aleatorização), "normal", "significante", "correlação" e "amostra" de forma não técnica. Definir os termos estatísticos, abreviações e símbolos. Nos relatos de casos, as seções "métodos" e "resultados" são substituídas pela descrição do caso.

6. Discussão

Deve conter a interpretação dos autores, comparar os resultados com a literatura, relacionar as observações a outros estudos relevantes, apontar as limitações do estudo, enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas, incluindo sugestões para pesquisas futuras.

A discussão pode ser redigida junto com os resultados se for de preferência do autor.

Não repetir em detalhe dados ou outros materiais colocados nas seções de “introdução” ou “resultados”.

7. Conclusão

Deve ser fundamentada nos resultados encontrados e vinculada aos objetivos do estudo. Afirmações não qualificadas e conclusões não apoiadas por completo pelos dados não devem constar dessa seção. Evitar fazer alusão a estudos que não tenham sido concluídos. Estabelecer novas hipóteses, quando estiverem justificadas claramente como tais. Recomendações, quando apropriadas, poderão ser incluídas.

8. Referências

Devem ser numeradas no texto por números arábicos, em sobrescrito (ex: A extensão da sobrevivência, entre outros¹), de forma consecutiva, de acordo com a ordem que são mencionadas pela primeira vez no texto e sem menção aos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas. No caso de citação sequencial, separar os números por traço (ex: 1-2); quando intercalados, use vírgula (ex.: 1,3,7).

As referências não podem ultrapassar o número de 25, salvo as revisões de literatura, nas quais serão aceitas até 35.

Não devem ser incluídas referências no resumo. Deve-se constar apenas referências relevantes e que realmente foram utilizadas no estudo.

As referências devem ser verificadas nos documentos originais. Quando se tratar de citação de uma referência citada por outro autor deverá ser utilizado o termo “apud”.

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

As orientações abaixo objetivam trazer para os autores exemplos de referências apresentadas em seus trabalhos informando sobre a padronização das mesmas. Estão baseadas nas Normas para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas: escrever e editar para Publicações Biomédicas, estilo Vancouver, formuladas pelo ICMJE. Serão apresentadas as ocorrências mais comuns de referências por tipos de material referenciado. Algumas observações listadas abaixo são fruto de ocorrências em artigos de periódicos submetidos à publicação.

Para a padronização dos títulos dos periódicos nas referências é utilizado como guia o *LocatorPlus*¹, fonte de consulta da *National Library of Medicine*, que disponibiliza, na opção *Journal Title*, o título e/ou a abreviatura utilizada. Em algumas fontes, o título já vem padronizado (PubMed, Lilacs e Medline). Caso não seja utilizada a forma padrão de preferência, informá-lo por extenso evitando utilizar uma abreviatura não padronizada que dificulte sua identificação.

Para a indicação de autoria, incluem-se os nomes na ordem em que aparecem na publicação até seis autores, iniciando-se pelo sobrenome seguido de todas as iniciais dos pré-nomes separando cada autor por vírgula (1). No caso da publicação apresentar mais de seis autores, são citados os seis primeiros; utiliza-se vírgula seguida da expressão et al. (2). Quando o sobrenome do autor incluir grau de parentesco – Filho, Sobrinho, Júnior, Neto - este deve ser subsequente ao último sobrenome: João dos Santos de Almeida Filho - Almeida Filho JS, José Rodrigues Junior - Rodrigues Junior J.

Para padronização de títulos de trabalhos, utilizam-se letras minúsculas em todo o período, com exceção da primeira palavra que começa, sempre, com letra maiúscula. Fogem à regra nomes próprios: nomes de pessoas, nomes de ciências ou disciplinas, instituições de ensino, países, cidades ou afins, e nomes de estabelecimentos públicos ou particulares.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS EM PERIÓDICOS

1. Artigo com até seis autores

Kakuda JT, Stuntz M, Trivedi V, Klein SR, Vargas HI. Objective assessment of axillary morbidity in breast cancer treatment. *Am Surg* 1999; 65: 995-8. obs.: usar 995-8, não usar 995-998.

2. Artigo com mais de seis autores

Zheng H, Takahashi H, Murai Y, Cui Z, Nomoto K, Miwa S, et al. Pathobiological characteristics of intestinal and diffuse-type gastric carcinoma in Japan: an immunostaining study on the tissue microarray. *J Clin Pathol* 2007 Mar;60(3):273-7.

¹Disponível em: (<http://locatorplus.gov/cgi-bin/Pwebrecon.cgi?DB=local&PAGE=First>).

3. Artigo cujo autor é uma Instituição

Utilizar o nome da Instituição indicando entre parênteses o país quando for uma Instituição pública (a) no caso de uma Instituição particular utiliza-se somente o nome da Instituição. Observar a hierarquia (b) à qual a Instituição está subordinada para sua perfeita identificação (não utilizar direto: Secretaria de Atenção à Saúde. De onde?).

4. Artigo com autoria de múltiplas organizações

Incluem-se todas. (a) Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Encontro Internacional sobre Rastreamento de Câncer de Mama. Revista brasileira de cancerologia 2009 abr.-jun.; 2 (55): 99-113. (b) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004b. [acesso em abr 2004]. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/download/pdf/relatorio_sb_brasil_2003.pdf>

5. Autor com indicação de parentesco em seu nome

Mattes RD, Curram Jr WJ, Alavi J, Powlis W, Whittington R. Clinical implications of learned food aversions in patients with cancer treated with chemotherapy or radiation therapy. *Cancer* 1992; 70 (1): 192-200.

6. Artigo sem indicação de autoria

Pelvic floor exercise can reduce stress incontinence. *Health News* 2005 Apr;11(4):11.

7. Artigo com indicação de seu tipo (revisão, abstract, editorial)

Facchini Luiz Augusto. ABRASCO 30 anos: ciência, educação e prática com compromisso social. [Editorial] *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2010 Jan [citado 2010 Ago 23]; 26(1): 4-4. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000100001&lng=pt>. doi: 10.1590/S0102-311X2010000100001>.

8. Artigo publicado num suplemento de periódico

Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Rev Saude Publica* 2009; 43 suppl.1: 8-15.

9. Artigo publicado na parte de um número

Fukuzawa M, Oguchi S, Saida T. Kaposi's varicelliform eruption of an elderly patient with multiple myeloma. *J Am Acad Dermatol.* 2000 May;42(5 Pt 2):921-2.

10. Artigo publicado sem indicação de volume ou número do fascículo

Schwartz-Cassell T. Feeding assistants: based on logic or way off base? *Contemp Longterm Care.* 2005 Jan:26-8.

11. Artigo publicado com paginação indicada em algarismos romanos

Nagpal S. An orphan meets family members in skin. *J Invest Dermatol.* 2003;120(2):viii-x.

12. Artigo contendo retratação ou errata publicadas, a referência deve conter a indicação da publicação das mesmas

Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Correction: actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA.* 2005 Jan 19;293(3):293-4. Erratum for: *JAMA.* 2004 Mar 10;291(10):1238-45.

13. Artigo com publicação eletrônica anterior à versão impressa

Bicalho PG, Hallal PC, Gazzinelli A, Knuth AG, Velásquez-Meléndez G. Atividade física e fatores associados em adultos de área rural em Minas Gerais, Brasil. *Rev Saude Publica* [acesso 2010 Ago 23]. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010005000023&lng=pt> Publicado 2010. Epub 30-Jul-2010. doi: 10.1590/S0034-89102010005000023.

14. Artigo provido de DOI

Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN de. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. *Rev Saúde Pública* 2008;42(6):1027-1233. doi: 10.1590/S0034-89102008005000057.

15. Artigo no prelo

Barroso T, Mendes A, Barbosa A. Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: study carried out with adolescents in intermediate public education. *Rev Latino-am Enfermagem.* In press 2009.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS EM LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS

16. Livro

Hoppenfeld S. Propedêutica ortopédica: coluna e extremidades. Rio de Janeiro: Atheneu; 1993. 294 p.

17. Livro com indicação de editor, organizador, coordenador

Bader MK, Littlejohns LR, editors. AANN core curriculum for neuroscience nursing. 4th. ed. St. Louis (MO): Saunders; c2004. 1038 p.

18. Livro editado por uma Instituição

World Cancer Research Fund (USA). Food, nutrition, physical activity and prevention of cancer: A global perspective. Washington (DC): American Institute for Cancer Research; 2007.

19. Quando o autor do capítulo é o autor do livro, referência de capítulo de livro

Ferreira SA. Nervos proximais do membro superior. In: _____. Lesões nervosas periféricas diagnóstico e tratamento. São Paulo: Santos; 2001. p. 35-48.

20. Livro sem indicação de autoria

HIV/AIDS resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.

21. Anais de conferências

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

22. Trabalho apresentado em conferências

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

23. Legislação

Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem. Lei No. 7.498, 25 de junho de 1986. Diário Oficial da União. Seção I, fls. 9.273-9.275 (Jun 26, 1986). 1986.

24. Teses e dissertações

Verde SMML. Impacto do tratamento quimioterápico no estado nutricional e no comportamento alimentar de pacientes com neoplasia mamária e suas consequências na qualidade de vida [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.

9. Tabelas

As tabelas deverão constar em folhas separadas. Não enviar as tabelas em forma de imagem, de forma a permitir sua edição. Numerar as tabelas em ordem consecutiva de acordo com a primeira citação no texto e dar um título curto a cada uma. Definir para cada coluna um cabeçalho abreviado ou curto. Colocar as explicações em rodapés, não no cabeçalho. Explicar, em notas de rodapé, todas as abreviações não padronizadas usadas em cada tabela. Para notas de rodapé, utilizar numeração romana.

Identificar medidas estatísticas de variações, tais como: desvio-padrão e erro-padrão.

Não usar linhas internas, horizontais ou verticais.

Constatar que cada tabela esteja citada no texto por sua numeração e não por citação como: tabela a seguir, tabela abaixo.

Se forem usados dados de outra fonte, publicada ou não, obter autorização e agradecer por extenso.

O uso de tabelas grandes ou em excesso, em relação ao texto, pode produzir dificuldade na forma de apresentação das páginas.

10. Ilustrações

Enviar o número requerido de ilustrações ou "figuras". Não são aceitáveis desenhos à mão livre ou legendas datilografadas. As fotos devem ser digitalizadas, em branco e preto, usualmente de 12 x 17cm, não maiores do que 20 x 25 cm, filmes de raios X ou outros materiais. As letras, os números e símbolos devem ser claros e de tamanho suficiente, de tal forma que, quando reduzidas para a publicação, ainda sejam legíveis. Colocar os títulos e explicações abaixo das legendas e não nas próprias ilustrações.

Se forem usadas fotografias de pessoas, os sujeitos não devem ser identificáveis ou suas fotografias devem estar acompanhadas por consentimento escrito para publicação.

As figuras devem ser numeradas de acordo com a ordem em que foram citadas no texto. 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.

A RBC é uma publicação em preto e branco e por isso todas as ilustrações serão reproduzidas em preto e branco.

As ilustrações devem ser fornecidas da seguinte forma:

- Arquivo digital em formato .TIFF, .JPG, .EPS, com resolução mínima de:
300 dpi para fotografias comuns
600 dpi para fotografias que contenham linhas finas, setas, legendas etc.
1.200 dpi para desenhos e gráficos

11. Nomenclatura

Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biomédica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Os originais em língua portuguesa deverão estar em conformidade com o Acordo Ortográfico datado de 1º de Janeiro de 2009.

RESUMO DOS REQUISITOS TÉCNICOS PARA A APRESENTAÇÃO DE MANUSCRITOS

Antes de enviar o manuscrito por e-mail, para rbc@inca.gov.br, confira se as “Instruções para Autores” disponível em www.inca.gov.br/rbc foram seguidas e verifique o atendimento dos itens listados a seguir:

- Submeter o arquivo integral do manuscrito em Microsoft Word 6.0 ou 7.0.
- Usar espaço duplo em todas as partes do documento.
- Começar cada seção ou componente em uma nova página.
- Revisar a sequência: página-título/folha de rosto – título em português, inglês e espanhol; título abreviado; autoria; resumo e palavras-chave, abstract e key words, resumen e palabras clave; agradecimentos; declaração de conflito de interesse; declaração de subvenção; texto; referências; tabelas, quadros, figuras com legendas (cada uma em páginas separadas).
- De três a seis palavras-chave e respectivas *key words* e palabras clave.
- Referências: numeradas, em sobrescrito, na ordem de aparecimento no texto, corretamente digitadas, e não ultrapassando o número de 25. Verificar se todos os trabalhos citados estão na lista de Referências e se todos os listados estão citados no texto.
- Apresentar ilustrações, fotos ou desenhos separados, sem montar (20 x 25 cm máximo).
- Incluir carta de submissão disponível nas “Instruções para Autores”. Caso o manuscrito tenha mais que um autor, cada um deles deverá preencher e assinar a carta e o autor responsável pela submissão deve enviar a mesma digitalizada em formato .JPG junto com o arquivo do manuscrito para rbc@inca.gov.br.
- Incluir permissão para reproduzir material previamente publicado ou para usar ilustrações que possam identificar indivíduos.
- Incluir autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, quando aplicável.
- Incluir documento comprovando a aprovação do trabalho por CEP ou TCLE, quando aplicável.

Carta de Submissão à Revista Brasileira de Cancerologia

Por favor, preencha e envie este formulário juntamente com o original do seu trabalho para o e-mail: rbc@inca.gov.br. Caso o manuscrito tenha mais que um autor, cada um deles deverá preencher, assinar e encaminhar esta carta para o autor responsável pela submissão, para digitalizar em formato .JPG e enviar à RBC em anexo, junto com o manuscrito.

Título do manuscrito _____

Classificação do manuscrito:

- Artigo Original
- Revisão Sistemática da Literatura
- Relato de Caso/Série de Casos
- Artigo de Opinião
- Resenha
- Resumo
- Carta ao Editor

Cada autor deve indicar suas contribuições, marcando com a letra X os campos abaixo:

1. O autor contribuiu:

- Na concepção e planejamento do projeto de pesquisa
- Na obtenção e/ou análise e interpretação dos dados
- Na redação e revisão crítica

2. Conflito de interesses:

O autor não tem conflitos de interesse, incluindo interesses financeiros específicos e relacionamentos e afiliações relevantes ao tema ou materiais discutidos no manuscrito.

O autor confirma que todos os financiamentos, outros apoios financeiros, e apoio material/humano para esta pesquisa e/ou trabalho estão claramente identificados no manuscrito enviado para avaliação do “Conselho Editorial da RBC”.

3. Agradecimentos:

O autor confirma que as pessoas que contribuíram substancialmente ao trabalho desenvolvido neste texto, mas que não atendem aos critérios para autoria, foram mencionadas nos “Agradecimentos” do manuscrito com a descrição de suas contribuições específicas.

O autor confirma que todos que foram mencionados nos “Agradecimentos” deram sua permissão por escrito para serem incluídos no mesmo.

O autor confirma que, se os “Agradecimentos” não foram incluídos no texto submetido, foi porque não houve nenhuma contribuição substancial de outros ao manuscrito além dos autores.

4. Transferência de Direitos Autorais/Publicação

Declaro que em caso de aceitação do manuscrito para publicação, concordo que os direitos autorais a ele passarão a ser propriedade da RBC, sendo vedada tanto sua reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, sejam eles impressos ou eletrônicos, assim como sua tradução para publicação em outros idiomas, sem prévia autorização desta e, que no caso de obtenção do mesmo, farei constar o competente agradecimento à Revista.

Autor _____ Assinatura _____

Data _____ E-mail _____