


FERNANDA STELLUTTI MAGRINI PACHIONI

**A TERAPIA MORFOANALÍTICA COMO RECURSO
TERAPÊUTICO EM MULHERES PÓS-CIRURGIA DE
CÂNCER DE MAMA**

Presidente Prudente

2014

FERNANDA STELLUTTI MAGRINI PACHIONI



**A TERAPIA MORFOANALÍTICA COMO RECURSO
TERAPÊUTICO EM MULHERES PÓS-CIRURGIA DE
CÂNCER DE MAMA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Tecnologia - FCT/UNESP, campus de Presidente Prudente, para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Elena Prado Teles Fregonesi

Presidente Prudente

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

P123t Pachioni, Fernanda Stellutti Magrini.
A terapia morfoanalítica como recurso terapêutico em mulheres pós-cirurgia de câncer de mama / Fernanda Stellutti Magrini Pachioni.
- Presidente Prudente : [s.n.], 2014
68 f.

Orientadora: Cristina Elena Prado Teles Fregonesi
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista,
Faculdade de Ciências e Tecnologia
Inclui bibliografia

1. Terapias complementares. 2. Neoplasias mamárias. 3. Qualidade de vida. I. Fregonesi, Cristina Elena Prado Teles. II. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Tecnologia. III. Título.

BANCA EXAMINADORA

Cristina Elena Prado Teles Fregonesi

PROF. DRA. CRISTINA ELENA PRADO TELES FREGONESI
(ORIENTADORA)

Dalva M. Albuquerqure Ferreira

PROF. DRA. DALVA MINONROZE ALBUQUERQUE FERREIRA
(FCT/UNESP)

Angélica Mércia Pascon Barbosa

PROF. DRA. ANGÉLICA MÉRCIA PASCON BARBOSA
(UNESP/MARÍLIA)

Fernanda S.M. Pachioni

FERNANDA STELLUTTI MAGRINI PACHIONI

PRESIDENTE PRUDENTE (SP), 14 DE FEVEREIRO DE 2014.

RESULTADO: APROVADO

-Dedicatória-

Dedico este trabalho, especialmente, ao meu namorado e futuro marido Diogo Luis Pernas, aos meus pais Carlos Eduardo Magrini Pachioni e Célia Aparecida Stellutti Pachioni, ao meu irmão Eduardo Stellutti Magrini Pachioni. Vocês, além de me apoiarem quando mais precisei, sempre foram minha fonte de sabedoria e inspiração.

-Agradecimentos-

Eu sou uma pessoa de sorte, mesmo com tantos obstáculos, tive muitas alegrias e muitas conquistas durante o período do mestrado e sempre estive apoiada por pessoas especiais.

Agradeço a **Deus** por me permitir esta conquista e por nunca me abandonar. Nada seria possível sem a presença e a fé em Deus.

Agradeço muito à minha família. Aos meus pais, **Carlos Eduardo Magrini Pachioni e Célia Aparecida Stellutti Pachioni**, que sempre me apoiaram e me incentivaram a seguir nessa linda profissão que é a fisioterapia, bem como, a me dedicar a ela. Em especial à minha mãe por ser esse exemplo de profissional a seguir, dedicada e competente. Agradeço ao meu irmão que mesmo de longe esteve sempre presente comigo.

Agradeço imensamente ao grande amor da minha vida, meu eterno namorado **Diogo Luis Pernas**, pela compreensão, paciência e respeito às minhas escolhas. Pessoa que sempre me apoiou e me levantou sempre me mostrando que no caminho sempre há uma luz e que não podemos perder a fé. Você sempre será meu porto seguro.

Agradeço à **Professora Cristina Elena Prado Teles Fregonesi** pelo acolhimento, confiança, orientação e apoio nos momentos difíceis. Além disso, obrigada por aceitar o desafio de trabalhar com a Terapia Morfoanalítica cientificamente, ajudando a divulgar esse recurso terapêutico.

Agradeço á todos os mestres e amigos desde a minha infância pertencente ao Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da FCT/UNESP por serem apoios e exemplos. Em especial agradeço aos membros da banca de qualificação composta pelas professoras **Profa Dra. Dalva Minonroze Albuquerque Ferreira e Profa Dra. Edna Maria do Carmo**. Da mesma forma, agradeço a disponibilidade e contribuição da banca de defesa na pessoa das professoras **Profa**

Dra. Dalva Minonroze Albuquerque Ferreira e Profa. Dra. Angélica Mércia Pascon Barbosa pelo apoio e por fundamentais contribuições com o presente trabalho.

Agradeço ao querido amigo **Serge Peyrot** pelos inúmeros ensinamentos e por criar e dividir comigo a Terapia Morfoanalítica a qual mudou minha vida pessoal e profissional. À **Ana Rita Mira, Márcia Castanho Lavaqui Gonçalves, Aparecida Livorato e Vera Cardozo Henriques** que também me ensinaram muito no caminho da Terapia Morfoanalítica.

Agradeço às companheiras do mestrado **Nathalia Ulices Savian, Alessandra Madia Mantovani, Elisa Bizetti Pelai, Mariana de Carvalho**, as especializandas **Lara Nery Peixoto, Andressa Viscone, Mariana Romanholi Palma**. Além disso, agradeço as alunas da graduação que me acompanharam no grupo de Consciência Corporal, **Ana Beatriz Salvatori, Thais Delgado Volpe, Larissa Borba André e Isabela Pentado Novaes**. Obrigada pela ajuda e dedicação nas mais diversas tarefas executadas e pela confiança. Aprendi muito com cada uma de vocês.

Em especial, agradeço as **voluntárias** desta pesquisa que depositaram confiança e respeito à abordagem desta investigação e compareceram a todas as sessões e me deram a oportunidade de conhecê-las intimamente.

Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para esta realização.

-Epígrafe-

“Um fisioterapeuta pode ficar surpreso em descobrir quão importante o relacionamento humano se torna, quando o que foi aprendido como técnica está sendo colocado em prática. Como acontece em toda terapia, o terapeuta recebe um pouco do relacionamento temporário e especial de dependência, amor, desconfiança e até mesmo ódio que o psicanalista chama de transferência”.

Donald Winnicott

“Quando a dor de SER não encontra palavras para se expressar, fala através do corpo. Quando as palavras se apóiam e se organizam num corpo que sente, a dor pode ser vivida, compreendida e reparada.”

Serge Peyrot

-Sumário-

SUMÁRIO

Apresentação.....	13
Resumo Geral.....	15
Abstract.....	18
Introdução.....	20
Artigo I: A Terapia Morfoanalítica na qualidade de vida, estresse e flexibilidade de mulheres pós-cirurgia de câncer de mama.....	23
Artigo II: A Terapia Morfoanalítica como recurso terapêutico na ansiedade, depressão e autoestima de mulheres pós-cirurgia de câncer de mama.....	39
Conclusão Geral.....	54
Referências Bibliográficas da Introdução.....	56
Anexos:	
Normas da Revista Fisioterapia em Movimento (ISSN 0103-5150).....	58
Normas da Revista Terapia Manual (ISSN 1677-5937).....	65

-Apresentação-

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é composta de resumo geral, introdução, conclusão, dois artigos científicos e anexos provenientes da pesquisa “A Terapia Morfoanalítica como recurso terapêutico em mulheres pós-cirurgia de câncer de mama”, desenvolvida no Laboratório de Estudos Clínicos em Fisioterapia (LECFisio) do Departamento de Fisioterapia da Faculdade de Ciências e Tecnologia - Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho – Campus Presidente Prudente.

Em consonância com as normas do Programa de Pós-graduação em Fisioterapia desta instituição, o artigo foi redigido de acordo com as normas dos periódicos: Revista Fisioterapia em Movimento (ISSN 0103-5150) e Revista Terapia Manual (ISSN 1677-5937), respectivamente, correspondentes aos artigos I e II.

Artigo I: Fernanda Stellutti Magrini Pachioni, Cristina Elena Prado Teles Fregonesi. A Terapia Morfoanalítica na qualidade de vida, estresse e flexibilidade de mulheres pós-cirurgia de câncer de mama. A ser submetido no periódico: Revista Fisioterapia em Movimento (ISSN 0103-5150).

Artigo II: Fernanda Stellutti Magrini Pachioni, Cristina Elena Prado Teles Fregonesi. A Terapia Morfoanalítica como recurso terapêutico em mulheres pós-cirurgia de câncer de mama. A ser submetido no periódico: Revista Terapia Manual (ISSN 1677-5937).

-Resumo Geral-

RESUMO GERAL

A partir do diagnóstico de câncer de mama, a mulher vivencia graves repercussões físicas e emocionais. Com o aumento do número de casos de câncer de mama, torna-se necessária a implantação de mais recursos terapêuticos no processo de recuperação dessas mulheres. A Terapia Morfoanalítica (TM), por sua atuação psicocorporal, integra a harmonização das tensões musculares, o ajustamento das cadeias musculares de compensação e o desenvolvimento da consciência corporal e sensorial, exteroceptiva e propioceptiva, com o trabalho verbal analítico, em todas as fases da sessão. Diante disso o objetivo desta dissertação foi verificar o efeito da TM sobre a qualidade de vida, estresse, flexibilidade, ansiedade, depressão e autoestima, de mulheres pós-cirurgia de câncer de mama. Assim, a dissertação foi dividida em dois artigos. Em ambos os estudos participaram 10 mulheres pós-cirurgia de câncer de mama com idade média de $53,2 \pm 7,72$ anos. No primeiro estudo, foram realizadas coletas de dados pessoais e antropométricos. Em seguida, foram convidadas a responder os questionários de qualidade de vida – SF-36 e o inventário de sintomas de estresse (ISS) de Lipp. Além disso, foram aplicados os testes funcionais para avaliação da flexibilidade - banco de Wells e inclinação lateral do tronco. Já no segundo estudo, as mulheres passaram por avaliação inicial e foram convidadas a responder o questionário de ansiedade e depressão– HAD e a escala de autoestima de Rosenberg. Todos os procedimentos metodológicos foram realizados antes e após o período de intervenção, com 16 sessões individuais de TM, uma vez por semana, com duração de 60 minutos. Foi observado, no primeiro estudo, uma modificação significativa após o tratamento com TM nos domínios, aspectos físicos ($p=0,0301$) e estado geral de saúde ($p=0,0378$) do questionário SF-36. Quanto ao estresse ocorreu melhora significativa na fase 1 ($p=0,0424$) e fase 3 ($p=0,0348$). Também houve a melhora significativa da flexibilidade a partir dos testes do banco de Wells ($p=0,0024$) e inclinação lateral homolateral ($p=0,0130$) e contralateral ($p=0,0039$) a cirurgia. No segundo estudo, foi identificada diminuição significativa da depressão ($p=0,0418$) após o tratamento com a TM e aumento significativo da autoestima ($p=0,0020$). Por fim, conclui-se que a intervenção com a TM apresenta efeitos positivos em alguns domínios da qualidade de vida, estresse, flexibilidade, depressão e autoestima de mulheres pós-cirurgia de câncer de mama.

Palavras-chave: Ansiedade; Depressão; Estresse Psicológico; Neoplasias Mamárias; Qualidade de Vida; Terapias Complementares;

-Abstract-

ABSTRACT

From the diagnosis of breast cancer, women experience severe physical and emotional repercussions. With the increasing number of cases of breast cancer, it is necessary to introduce more therapeutic resources in the recovery process of these women. The Morfoanalítica Therapy (TM), in psicocorporal performance, integrates the harmonization of muscular tensions, the adjustment of muscular chains compensation and development of the body and sensory exteroceptive and proprioceptive awareness, verbal working with the analytical, in all phases of the session . Therefore the aim of this thesis was to investigate the effect of TM on the quality of life, stress, flexibility, anxiety, depression and self-esteem , post- surgery for breast cancer women . Thus, the dissertation was divided into two items. In both studies involved 10 post- surgery breast cancer with a mean age of 53.2 ± 7.72 years women. In the first study, collections of personal and anthropometric data were performed. Then we were invited to answer the questionnaires on quality of life - SF - 36 and the inventory of symptoms of stress (ISS) Lipp. Wells stock and side inclination of the torso - In addition, the functional test for the evaluation of flexibility were carried out. In the second study, women underwent initial evaluation and were asked to complete the questionnaire, HAD anxiety and depression scale and the Rosenberg self-esteem. All methodological procedures were performed before and after the intervention period, with 16 individual sessions of TM, once a week, lasting 60 minutes. In the first study, a significant change was observed after treatment with the TM domains, physical ($p = 0.0301$) and general health ($p = 0.0378$) of the SF -36 . As the stress was significant improvement in stage 1 ($p = 0.0424$) and phase 3 ($p = 0.0348$). There were also significant improvements in flexibility from the test bank Wells ($p = 0.0024$) and ipsilateral lateral bending ($p = 0.0130$) and contralateral ($p = 0.0039$) surgery. In the second study, we identified a significant decrease in depression ($p = 0.0418$) after treatment with TM and significant increase in self-esteem ($p = 0.0020$). Finally, it is concluded that the intervention with the TM has positive effects in some domains of quality of life, stress, flexibility, depression and self-esteem in women after surgery for breast cancer.

Keywords: Anxiety, Depression, Stress, Psychological, Breast Neoplasms, Quality of Life, Complementary Therapies.

-Introdução-

INTRODUÇÃO

A partir do diagnóstico de câncer de mama a mulher pode vivenciar graves repercussões físicas e emocionais¹. O impacto psicológico causado diminui a autoestima e influencia negativamente a construção de sua autoimagem e pode desencadear sintomas de estresse, ansiedade e depressão². Ademais, os comprometimentos físicos, como complicações cicatriciais, fibrose, alterações posturais, algias principalmente na coluna cervical e membros superiores, encurtamentos musculares, diminuição da força muscular da cintura escapular e ombro, perda ou redução da capacidade funcional e diminuição ou perda da amplitude de movimento da cintura escapular e ombro, também acarretam alterações na autoimagem e consciência do corpo³.

Com o aumento do número de casos de câncer de mama, torna-se necessária a implantação de mais recursos terapêuticos que possam diminuir o sofrimento, melhorar a qualidade de vida e acelerar o processo de recuperação dessas mulheres⁴.

Na década de 50 a fisioterapeuta francesa Françoise Mézières elaborou uma proposta de atuação que revolucionou a forma de trabalhar, introduzindo o princípio terapêutico da globalidade do corpo, a partir dos conceitos das cadeias musculares^{5,6,7}. Neste contexto, surgiram métodos neo-mezieristas, tanto de natureza ortopédica, como a Reeducação Postural Global (RPG), quanto de natureza psicossomática, como a Terapia Morfoanalítica (TM)⁵.

Serge Peyrot, fisioterapeuta francês, após formação direta com Mezières e a partir de vivências clínicas em que os pacientes expressavam emoções e sentimentos, observou que as características exclusivamente biomecânicas não eram suficientes para compreender e analisar os sinais e sintomas consequentes aos desequilíbrios posturais e buscou um trabalho que pudesse abranger diversos aspectos do indivíduo que estão envolvidos na manifestação dos referidos sinais e sintomas. Então, a partir dessa premissa ele propôs complementar as intervenções biomecânicas com o trabalho analítico, a fim de atender a demanda dos pacientes, em 1982 criou a TM, que integra o trabalho verbal, corporal, emocional e sensorial^{6,8,9}.

A TM integra a harmonização das tensões musculares, o ajuste das cadeias musculares de compensação e o desenvolvimento da consciência corporal e sensorial, exteroceptiva e proprioceptiva, com o trabalho verbal analítico, em todas

as fases da sessão ^{6,8}. Esta perspectiva global permite compreender, por um lado o componente psíquico da manifestação física e, por outro, a somatização do fenômeno psíquico. Ambas as realidades, física e psíquica, ocorrem simultaneamente, independente do veículo por meio do qual se exteriorizam ⁸.

As técnicas deste método atuam, concomitantemente, em três pilares que integram a unidade psicopostural: as que trabalham o corpo real, o corpo vivenciado ou sensorial e o corpo emocional ^{8,9,10}.

Todas as técnicas usadas têm em comum o toque e a empatia: elementos fundamentais da construção do EU, parte da comunicação infraverbal. O toque no paciente exerce a função de materializar a presença do terapeuta e abre a possibilidade de evocar as memórias afetivas arcaicas, e a expressão de sensações e sentimentos¹¹. A empatia é a capacidade de ser um com o outro, de se colocar no lugar do outro, se identificar com o que este sente e dar sentido às vivências sensoriais sem medo⁶. Assim, a qualidade empática é veículo indispensável para que a TM atue eficazmente em todos os níveis do ser ^{8,9,12}.

Sendo assim, a avaliação dos efeitos da TM nos aspectos físicos e emocionais de mulheres pós-cirurgia de câncer de mama torna-se importante para complementar o tratamento fisioterapêutico convencional.

-Artigo I-

O EFEITO DA TERAPIA MORFOANALÍTICA NA QUALIDADE DE VIDA, ESTRESSE E FLEXIBILIDADE DE MULHERES PÓS-CIRURGIA DE CÂNCER DE MAMA.

Morfoanalítica Therapy in quality of life, stress and flexibility of women after surgery for breast cancer.

Fernanda Stellutti Magrini Pachioni¹ ; Cristina Elena Prado Teles Fregonesi²

1- Aluna do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* (mestrado) em Fisioterapia da Faculdade de Ciência e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, FCT/UNESP, Presidente Prudente – SP, Brasil. E-mail: fesmp@hotmail.com

2- Professora Doutora do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, FCT/UNESP – Presidente Prudente, Brasil. E-mail: cristina@fct.unesp.br

Endereço para correspondência:

Fernanda Stellutti Magrini Pachioni

Rua Fagundes Varela, 426 apto 901 Presidente Prudente-SP

Fone: (18) 981214484

Email: fesmp@hotmail.com

Resumo

Introdução: O câncer de mama é doença de causa multifatorial. A partir do diagnóstico até o tratamento cirúrgico, a mulher com câncer de mama vivencia graves repercussões físicas e emocionais, que podem ter consequências na sua qualidade de vida, estresse e flexibilidade. Assim, o presente estudo teve como objetivo verificar o efeito da Terapia Morfoanalítica (TM) na qualidade de vida, estresse e flexibilidade de mulheres pós-cirurgia de câncer de mama. **Materiais e Métodos:** Participaram do estudo 10 mulheres pós-cirurgia de câncer de mama, com avaliação de dados pessoais e antropométricos. Em seguida, foram convidadas a responder os questionários de qualidade de vida – SF-36 e o inventário de sintomas de estresse (ISS) de Lipp. Além disso, foram aplicados os testes funcionais para avaliação da flexibilidade - banco de Wells e inclinação lateral do tronco. Os questionários e os testes funcionais foram realizados antes e após o período de intervenção, com 16 sessões individuais de TM, uma vez por semana, com duração de 60 minutos. **Resultados:** Encontrou-se modificação significativa após o tratamento com TM nos domínios, aspectos físicos ($p=0,0301$) e estado geral de saúde ($p=0,0378$) do questionário SF-36. Quanto ao estresse ocorreu melhora significativa na fase 1 ($p=0,0424$) e fase 3 ($p=0,0348$). Também houve a melhora significativa da flexibilidade a partir dos testes do banco de Wells ($p=0,0024$) e inclinação lateral homolateral ($p=0,0130$) e contralateral ($p=0,0039$) a cirurgia. **Conclusão:** A intervenção com a TM apresentou efeitos significativos nos domínios aspectos físicos e estado geral da saúde da qualidade de vida, estresse e flexibilidade de mulheres pós-cirurgia de câncer de mama.

Palavras Chaves: Estresse Psicológico; Neoplasias Mamárias; Qualidade de Vida; Terapias Complementares.

Abstract

Introduction: Breast cancer is a multifactorial disease causes. From diagnosis to surgical treatment, women with breast cancer experienced severe physical and emotional repercussions that may have an impact on their quality of life, stress and flexibility. Thus, the present study aimed to verify the effect of Morfoanalítica Therapy (TM) on quality of life, stress and flexibility after surgery for breast cancer women. **Materials and Methods:** The study included 10 post- surgery breast cancer women with review of personal and anthropometric data . Then we were invited to answer the questionnaires on quality of life - SF -36 and the inventory of symptoms of stress (ISS) Lipp . Wells stock and side inclination of the torso - In addition, the functional test for the evaluation of flexibility were carried out. The questionnaires and functional tests were performed before and after the intervention period , with 16 individual sessions of TM , once a week , lasting 60 minutes. **Results:** We found significant change after treatment with TM fields, physical ($p = 0.0301$) and general health ($p = 0.0378$) of the SF -36 . As the stress was a significant improvement in phase 1 ($p = 0.0424$) and phase 3 ($p = 0.0348$). There were also significant improvements in flexibility from the test bank Wells ($p = 0.0024$) and ipsilateral lateral slope ($p = 0.0130$) and contralateral ($p = 0.0039$) surgery . **Conclusion:** The intervention with the TM domains showed significant effects on physical aspects and general health quality of life , stress and flexibility of women after surgery for breast cancer .

Key words: Psychological Stress; Breast Neoplasms; Quality of Life; Complementary Therapies.

Introdução

O câncer de mama é doença de causa multifatorial. Do diagnóstico ao tratamento cirúrgico, a mulher com câncer de mama vivencia graves repercussões físicas e emocionais, que podem contribuir negativamente na sua qualidade de vida¹.

Dentre as principais alterações físicas pós-cirúrgicas, como mastectomia e quadrantectomia, encontram-se linfedema, fibrose, aderência cicatricial, retrações miofasciais, alterações posturais², encurtamentos musculares³ e restrição da amplitude de movimento de ombro e cintura escapular⁴, e pode comprometer a flexibilidade muscular⁵.

As consequências emocionais se iniciam a partir do diagnóstico, com o medo da morte e dos procedimentos que esta irá enfrentar. A cirurgia e os tratamentos coadjuvantes são procedimentos agressivos que causam um profundo impacto psicossocial nas pacientes e em seus familiares⁶. A mama além de desempenhar papel fisiológico é símbolo de feminilidade, sexualidade e maternidade⁷. Assim, destacam-se a sensação de impotência diante da mutilação física, a diminuição da autoestima, as alterações da imagem corporal^{8,9,10,11} e a sensação de sua feminilidade ameaçada¹². O estresse pós-cirurgia também pode surgir em decorrência da maior vulnerabilidade e da contínua necessidade de cuidados e enfrentamentos em direção a sua completa reabilitação¹³.

Com o aumento do número de casos de câncer de mama, torna-se necessária a implantação de mais recursos terapêuticos que possam diminuir o sofrimento, melhorar a qualidade de vida e acelerar o processo de recuperação dessas mulheres¹⁴.

Algumas práticas mente-corpo são utilizadas em mulheres pós-mastectomia, como Yoga¹⁵, Tai Chi Chuan¹⁶ e indiretamente o Pilates^{17,18}. Essa integração torna-se indispensável para o indivíduo tomar consciência do seu corpo e apropriar-se do processo de cura¹⁹. Esses recursos, de um modo geral, se traduzem na busca do ser humano por bem-estar físico e mental, e atuam diretamente no estado físico dessas mulheres e, geralmente, de forma indireta no emocional.

Uma das técnicas que trabalha de forma direta no físico/emocional é a Terapia Morfoanalítica (TM), que integra o ajustamento das cadeias musculares de compensação e o desenvolvimento da consciência corporal e sensorial, com o trabalho verbal analítico, em todas as fases da sessão. Essa perspectiva global

permite compreender, por um lado o componente psíquico da manifestação física e, por outro, a somatização do fenômeno psíquico²⁰.

Apesar da prática clínica demonstrar os benefícios da TM, a comprovação científica, fundamental para sua utilização como alternativa de tratamento, ainda é escassa. Por integrar o trabalho verbal, corporal, emocional e sensorial, a TM pode atender a demanda dessas mulheres em sua globalidade. Desta forma, o presente estudo teve como objetivo verificar o efeito da TM na qualidade de vida, estresse e flexibilidade de mulheres pós-cirurgia de câncer de mama.

Materiais e Métodos

Desenho e aspectos éticos

Trata-se de um ensaio clínico controlado não-aleatório realizado de setembro de 2012 a outubro de 2013, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCT/UNESP (CAAE: 03195912.7.0000.5402). Todas as participantes do estudo receberam esclarecimentos sobre os objetivos e procedimentos do mesmo, assinando o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.

População e critérios de seleção

Foram convidadas aproximadamente 40 mulheres e participaram deste estudo dez mulheres submetidas à cirurgia para retirada de câncer de mama encaminhadas ao Setor de Ginecologia e Obstetrícia do Centro de Estudos e Atendimentos em Fisioterapia e Reabilitação (CEAFIR) da Faculdade de Ciências e Tecnologia (FCT-UNESP). Os critérios de inclusão foram: mulheres pós-cirúrgica de câncer de mama, independente do tipo de cirurgia (mastectomia ou quadrantectomia), entre zero a 10 anos de pós-operatório, com consentimento médico, sem metástase diagnosticada e fora da fase de tratamentos de quimioterapia ou radioterapia. As participantes não podiam estar em tratamento psicológico e nem fisioterapêutico durante as intervenções.

Procedimentos

Todas as participantes passaram por uma avaliação inicial com coleta de dados pessoais e antropométricos. A seguir estas foram convidadas a responder a versão brasileira do questionário de qualidade de vida (QV) - *Medical Outcomes*

*Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)*²¹, ao inventário de sintomas de estresse (ISS) de Lipp²². Em seguida foram aplicados os testes funcionais para avaliação da flexibilidade - o teste com o banco de Wells²³ e o teste de inclinação lateral do tronco^{24,25}. Os questionários e os testes funcionais foram realizados antes e após o período de intervenção. Todos os questionários utilizados são validados.

O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, multidimensional, formado por 36 itens subdivididos em oito domínios: capacidade funcional; aspectos físicos; dor; estado geral de saúde; vitalidade; aspectos sociais; aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta pontuação de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde²¹.

O ISS de Lipp visa identificar o nível de estresse e presença de sintomas físicos e/ou psicológicos. É composto por três quadros, cada um se referindo a uma das fases do processo de estresse. O primeiro quadro (fase de alerta) tem 15 itens e referem-se aos sintomas das últimas 24 horas. O segundo (fase de resistência) tem 15 itens referentes à última semana. E o terceiro quadro (fase de exaustão) tem 23 itens correspondentes ao último mês. Os sintomas podem se repetir em outros quadros, porém com intensidades diferentes. Caso o respondente marque sete itens ou mais na fase um, significa que se encontra em fase de alerta; se marcar quatro itens ou mais na fase dois, significa que se encontra na fase de resistência e se marcar nove itens ou mais na fase três o respondente encontra-se em fase de exaustão²².

O banco de Wells Sanny[®], gradação até 68 cm foi estabilizado contra uma parede para permitir sua utilização. Para o teste, as participantes permaneceram sentadas, com os joelhos estendidos, os pés descalços apoiados no banco de Wells, e as mãos sobrepostas sobre a superfície horizontal do banco. Foi solicitada as participantes a flexão anterior da coluna vertebral, com a cabeça entre os braços, sem fletir os joelhos, mantendo-se estático a partir do momento em que conseguisse a posição de máximo alcance do movimento²³. Foram coletadas três medidas, sendo utilizada para análise de dados a medida de maior valor.

A inclinação lateral do tronco foi realizada com o objetivo de mensurar a distância do dedo médio deslizando sobre a coxa, durante a inclinação lateral da coluna vertebral, em ambos os lados. A participante ficou em pé, com os joelhos em extensão, com os pés na posição nominal²⁵. Primeiramente o avaliador fixou a crista ilíaca da participante para evitar movimentos no quadril. A posição inicial do dedo

médio apoiado na coxa foi marcada com uma caneta e em seguida foi solicitado a participante para realizar uma inclinação lateral máxima para um dos lados, deslizando seu dedo médio sobre a coxa, a nova posição do dedo foi marcada. Em seguida foi mensurada, por meio de fita métrica, e registrada a distância em centímetros da posição inicial em relação a posição final do dedo médio na coxa ⁽²⁴⁾. As participantes foram submetidas a 16 sessões individuais de TM, uma vez por semana, com duração de 60 minutos.

Essas sessões, organizadas por meio de quadro terapêutico estruturado, não se constituem em um modelo fixo e repetitivo, permitindo variações de acordo com o processo terapêutico de cada um. São incluídos aos trabalhos corporais, os toques empáticos de contato e a análise das estruturas corporais da paciente, enquanto a paciente verbaliza o que sente.

No decorrer da sessão, o primeiro contato entre terapeuta e paciente recebe a denominação de Leitura Espontânea. Essa leitura permite uma consciência corporal, inicialmente sem toques, com contato de olhar e verbal da paciente, e, posteriormente, com toques. Primeiro com o toque mão-ombro, após com o inventário das zonas de tensão muscular no corpo objetivo, em toda musculatura corporal posterior, finalizando com o toque mão-abdomem, um lugar de muitos simbolismos arcaicos e muito pouco tocado.

Após, a paciente foi convidada a estar em decúbito dorsal e sentir e relatar as suas sensações, agora com o toque do chão. A proposta do trabalho corporal foi escolhida em função da queixa física e/ou psíquica naquela sessão específica, pois as sessões apresentam o ritmo e dinâmica em função do momento que a paciente atravessa dentro do seu processo terapêutico.

Foram realizados trabalhos posturais, objetivando alongamento das cadeias musculares de compensação, associados à respiração diafragmática, massagens

superficiais e do tecido conjuntivo, vivências de consciência corporal e sensorial, concomitante com o trabalho verbal analítico, em todas as fases da sessão²⁰.

A respiração diafragmática objetiva o desbloqueio respiratório, com consciência corporal e mobilização das costelas, a fim de recuperar a flexibilidade do tórax e da região dorsal, além do alongamento da cadeia muscular inspiratória. A paciente é convidada a fazer inspiração diafragmática seguida de expiração espontânea prolongada. O trabalho postural global, associado ao respiratório, permite alongar sinergicamente todos os músculos da cadeia posterior. Durante a realização dessa postura, a terapeuta utiliza-se de comandos verbais, solicitando a manutenção do alinhamento e das correções posturais necessárias.

Ao final em pé, a paciente é convidado a perceber as novas referências corporais e é realizada a análise dos aspectos psíquicos relatados pela paciente.

Todos os atendimentos foram realizados apenas pela pesquisadora com formação completa em TM.

Análise estatística

Em todos os questionários utilizados foi testada a distribuição da amostra quanto à normalidade por meio do teste de Kolmogorov - Smirnov. Para comparação intra-grupo (antes e após tratamento) foi realizado Teste T-Student, quando os dados foram paramétricos, e Teste de Wilcoxon, quando os dados foram não-paramétricos. As análises foram realizadas utilizando-se o software GraphPad Prism 5.0 e o nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados

A amostra foi composta por dez mulheres pós-cirurgia de câncer de mama. Cinco realizaram mastectomia radical, sendo duas do lado direito e três do esquerdo e cinco realizaram quadrantectomia, sendo três do lado direito e duas do esquerdo. Duas mulheres não realizaram previamente quimioterapia e radioterapia.

Quanto ao estado civil, 80% casadas e 20% divorciadas. Em relação à escolaridade, 20% concluiu o ensino fundamental, 50% o ensino médio completo e 30% o ensino superior completo.

A caracterização das mulheres foi realizada por estatística descritiva por média e desvio padrão (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra por meio de média±desvio-padrão de mulheres pós-cirurgia de câncer de mama, antes e depois de 16 sessões com a Terapia Morfoanalítica. n=10

Variáveis	média±desvio-padrão
Idade (anos)	53,2±7,72
IMC (kg/m ²)	25,99±2,59
Tempo de cirurgia (anos)	5,7±2,94

IMC: Índice de Massa Corporal

Com relação ao questionário SF-36, os escores dos oito domínios do questionário de qualidade de vida estão apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Média±desvio-padrão e p-valor dos domínios do questionário SF-36 de mulheres pós- cirurgia de câncer de mama antes e depois de 16 sessões com a Terapia Morfoanalítica. n=10

Domínios	Antes	Depois	p-valor
CF	74±25,91	77±26,06	0,2650
AF	47,5±43,22	77,5±34,25	0,0301*
Dor	50,4±23,26	64,4±19,39	0,1609
EGS	62,6±18,02	75,9±20,42	0,0378*
Vit	59±18,97	64±27,86	0,4163
AS	68,75±27,16	70±33,43	0,8326
AE	43,33±49,81	50±52,70	0,8646
SM	69,2±13,34	60,4±28,06	0,2572

Nota: *p<0,05 (diferença significativa). **CF**: capacidade funcional; **AF**: aspectos físicos; **EGS**: estado geral de saúde; **Vit**: vitalidade; **AS**: aspectos sociais; **AE**: aspectos emocionais; **SM**: saúde mental.

A partir dos dados da tabela 3, pode-se observar a média dos escores do inventário de sintomas de estresse de LIPP das participantes em cada fase analisada.

Tabela 3. Média±desvio-padrão e p-valor dos escores do inventário de sintomas de estresse de Lipp de mulheres pós-cirurgia de câncer de mama, antes e depois de 16 sessões com Terapia Morfoanalítica. n=10

	Antes	n	Depois	n	p-valor
Sem estresse		2		6	
Fase 1	4,7±2,9	–	2,8±1,6	–	0,0424*
Fase 2	6,0±3,5	5	3,8±3,3	2	0,1092
Fase 3	6,0±4,7	3	4,9±3,5	2	0,0348*

*p<0,05

Cabe enfatizar que as participantes que estavam nas fases mais avançadas também pontuavam as fases iniciais. Quando analisadas individualmente, a partir da fase em que elas se encontravam, pode-se verificar que antes da intervenção duas participantes não apresentavam estresse, cinco se encontravam na fase 2 e três na fase 3. Após as intervenções seis não apresentavam estresse, duas estavam na fase 2 e duas na fase 3.

Os dados da flexibilidade pelo banco de Wells e inclinação lateral estão demonstrados na tabela 4.

Tabela 4. Média±desvio-padrão e p-valor dos testes do Banco de Wells e Inclinação Lateral, expresso em centímetros (cm), antes e depois de 16 sessões de Terapia Morfoanalítica. n=10

	Banco de Wells	Inclinação Lateral	
		Homolateral	Contralateral
Antes	22,06±6,9	13,2±1,61	13,85±1,65
Depois	24,09±6,67	14,45±2	15±1,92
p-valor	0,0024*	0,0130*	0,0039*

*Valores significativos (p<0,05)

Discussão

Este estudo teve como objetivo verificar o efeito da TM nos aspectos físicos e emocionais de mulheres pós-cirurgia de câncer de mama, por meio da avaliação da qualidade de vida, estresse e flexibilidade, sendo observado melhora.

Existem vários instrumentos para avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer. O SF-36 é um instrumento genérico capaz de avaliar a qualidade de vida em diferentes patologias. Ademais, o SF-36 combina boas propriedades psicométricas e boa responsividade²⁶.

O interesse pelo questionário SF-36 no presente estudo deve-se ao fato de o questionário ser centrado no impacto da patologia sobre a qualidade de vida e não na patologia ou nos sinais clínicos²⁷, e ainda é utilizado como o padrão ouro²⁸.

Na avaliação inicial de qualidade de vida, os domínios aspectos físicos e aspectos emocionais ficaram abaixo do escore 50, corroborando com um estudo que observaram valores semelhantes para esta população²⁹.

Neste estudo encontrou-se modificação positiva após o tratamento com TM nos domínios do questionário SF-36: aspectos físicos, que avalia as limitações quanto ao tipo e quantidade de trabalho, bem como quanto essas limitações dificultam a realização do trabalho e das atividades de vida diária, e estado geral de saúde, que avalia como o paciente se sente em relação a sua saúde global. Acredita-se que as sessões de TM ajudaram nesses domínios, pois atuou constantemente no físico e no estado geral de saúde com o alongamento postural global, atuando na flexibilidade dos músculos da cadeia posterior e consequentemente na estabilidade da coluna vertebral auxiliando na melhor realização do trabalho e atividades de vida diária das mesmas.

Até o presente momento não foram encontrados na literatura estudos com avaliação da qualidade de vida após intervenção com TM. Entretanto, foram encontrados estudos avaliando qualidade de vida no câncer de mama após intervenção com atividade física, com efeitos positivos nos domínios estado geral de saúde e dor³⁰, pós hidroterapia³¹ e após aplicação de protocolo de exercícios³², sem observar melhora significativa na qualidade de vida. A diferença principal desses e do protocolo proposto no presente estudo é que a intervenção com a TM além de trabalhar o aspecto físico da paciente convida a mulher a falar da sua história de vida e elaborar os conteúdos emocionais.

As mulheres pós-cirurgia de câncer de mama mostraram-se vulneráveis ao estresse na avaliação inicial, com 50% dessas na fase de resistência ao estresse e 30% na fase de exaustão. Após o tratamento com TM, 60% das mulheres apresentou ausência de estresse.

O estresse agrega os domínios físicos e emocionais e pode ser benéfico em doses moderadas³³, porém no presente estudo, foram observadas que 80% das participantes estavam em fase avançadas de estresse. Valores semelhantes foram encontrados para esta população, com 40% na fase de resistência e 20% na de exaustão³⁴.

Observou-se diminuição do estresse com a TM, tanto em valores percentuais, quanto na média dos escores do inventário de sintomas de estresse de LIPP das participantes em todas as fases, sendo significativa na fase 1 e na 3. Cabe enfatizar que as participantes que estavam nas fases mais avançadas também pontuavam as fases iniciais.

A TM, pelo seu enfoque terapêutico psicopostural e analítico, permite adaptar e acolher as demandas emergentes das patologias atuais, integrando as queixas físicas com a história de vida do paciente³⁵. Um estudo analisou o estresse em mulheres mastectomizadas frequentadoras de um programa de reabilitação e relacionaram o nível de estresse dessas com a influência de sua história e modo de vida, de sua personalidade e com a geração do câncer³⁶. Outro estudo observou diminuição significativa dos níveis de estresse, com intervenção de Hatha-Yoga, em 44 mulheres mastectomizadas¹⁹.

Com relação à flexibilidade, o presente estudo observou melhora significativa após as sessões de TM das mulheres pós-cirurgia de câncer de mama a partir dos testes do banco de Wells e inclinação lateral homolateral e contralateral à cirurgia. Em concordância com estes dados, estudo realizado com 40 mulheres pós-retirada de câncer de mama, após realização de exercícios físicos por 16 semanas, observaram melhora significativa ($p < 0,001$) da flexibilidade da cadeia posterior³⁷.

O aumento da flexibilidade relatado neste estudo demonstra melhora do alongamento muscular. No Brasil, a terapia complementar mente-corpo ainda é pouco difundida. Porém, estudos epidemiológicos nos EUA e nos países europeus apontam que mais de 40% das pacientes com câncer de mama referiu usar terapias complementares^{38,39}. No presente estudo foi possível observar melhora significativa tanto nos aspectos físicos, quanto nos emocionais de mulheres pós-cirurgia de

câncer de mama indicando sua efetividade e, talvez, justificando o interesse dessas pacientes por terapias complementares.

Cabe ressaltar que, após o término da pesquisa, as mesmas foram encaminhadas para um grupo terapêutico específico para mulheres pós-cirurgia de câncer de mama, conduzido pela mesma Terapeuta.

Como limitação deste estudo destaca-se a escassez de fundamentação teórica. Dessa maneira, sugerem-se estudos futuros, com cálculo amostral, que investiguem a atuação da TM nesta e em outras populações.

Conclusão

A intervenção com TM foi efetiva na diminuição do estresse, aumento da flexibilidade de flexão de tronco e inclinação lateral de tronco e em alguns aspectos da qualidade de vida.

Referências

1. Petito EL, Gutiérrez MGR. Elaboração e validação de um programa de exercício para mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. *Rev.bras.cancerol.* 2008; 54 (3): 275-287.
2. Cardozo CT, Abud MCC, Matheus JPC. Atuação Fisioterapêutica na Reabilitação de Pacientes Mastectomizadas. *Prática hospitalar. Oncologia*, 2008.
3. Faria L. As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos.* 2010; 17 (1): 69-87.
4. Petito EL, Nazário ACP, Martinelli SE, Facina G, Gutiérrez MGR. Aplicação de programa de exercícios domiciliares na reabilitação do ombro pós-cirurgia por câncer de mama. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. 2012; 20 (1): 1-9.
5. Rett MT, Mesquita PJ, Mendonça ARC, Moura DP, DeSantana JM. A cinesioterapia reduz a dor no membro superior de mulheres submetidas à mastectomia ou quadrantectomia. *Rev. Dor.* 2012; 13 (3): 201-207.
6. Makluf ASD, Dias RC, Barra AA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *RevBrasCancerol.* 2006; 52(1): 49-58.
7. Menezes NNT, Schultz VL, Peres RS. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. *Estud Psicol.* 2012; 17(2): 233-40.
8. Arroyo JMG, López MLD. Psychological Problems Derived from Mastectomy: A Qualitative Study. *Intern J Surg Oncol.* 2011:1-8.

9. Gonçalves CO, Tavares MCGCF, Campana ANNB, Cabello C, Shimo AKK. Instrumentos para avaliar a imagem corporal de mulheres com câncer de mama. *Psicologia: teoria e prática*. 2012; 14(2): 43-55.
10. Majewski JM, Lopes ADF, Davoglio T, de Carvalho Leite JC. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(3): 707-16.
11. Moura FMJSP, Silva MG, Oliveira SC, Moura LJSP. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. *Esc. Anna Nery*. 2010; 14 (3): 477-84.
12. Azevedo RF, Lopes RLM. Concepção de corpo em Merleau-Ponty e mulheres mastectomizadas. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63 (6): 1067-70.
13. Silva G, Santos MA. “Será que não vai acabar nunca?”: perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17 (3): 561-8.
14. Spadacio C, Barros NF. Uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer:revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(1):158-64.
15. Mustian KM, Palesh O, Sprod L et al. Effect of yoga on sleep, fatigue, and quality of life: a randomized, controlled clinical trial among 410 cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*. 2010; 28(15).
16. Lee MS, Choi TY, Ernst E. Tai chi for breast cancer patients: a systematic review. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2010; 120 (2): 309–16.
17. Keyas KS, Harris SR, Lucyshy JM, Macintyre DL. Effects of pilates exercises on shoulder range of motion, pain, mood, and upper-extremity function in women living with breast cancer: a pilot study. *Physical Therapy*. 2008; 88 (4):494–510.
18. Eyigor S, Karapolat H, Yesil H, Uslu R, Durmaz B. Effects of pilates exercises on functional capacity, flexibility, fatigue, depression and quality of life in female breast cancer patients: a randomized controlled study. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2010; 46 (4):481–87.
19. Bernardi MLD, Amorim MHC, Zandonade E, Santaella DF, Barbosa JAN. Efeitos da intervenção Hatha-Yoga nos níveis de estresse e ansiedade em mulheres mastectomizadas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18 (12): 3621-32.
20. Diefenbach N. O “Eu corporal” em Terapia Morfoanalítica. *Fisioterapia em Movimento*. 2003; 16 (2): 73-82.
21. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999; 39(3): 143-52.
22. Lipp MEN, Guevara AJH. Validação empírica do inventário de sintomas de stress. *Estudos de Psicologia*. 1994; 11(3): 43-9.

23. Faria Jr JC, Barros MVG. Flexibilidade e Aptidão Física Relacionada à Saúde. *Revista Corporis*. 1998; 3(3).
24. Danielsson AJ, Romberg K, Nachemson AL. Spinal Range of Motion, Muscle Endurance, and Back Pain and Function at Least 20 Years After Fusion or Brace Treatment for Adolescent Idiopathic Scoliosis: A Case-Control Study. *Spine*. 2006; 31 (3): 275–83.
25. Ferreira DMA, Fernandes CG, Camargo MR, Pachioni CAS, Fregonesi CEPT, Faria CRS. Avaliação da coluna vertebral: relação entre gibosidade e curvas sagitais por método não-invasivo. *Rev Bras Cineantropom Desemp Humano*. 2010; 12 (4): 282-89.
26. Bouchet C, Guillemin F, Paul-Dauphin A, Briançon S. Selection of quality-of-life measures for a prevention trial: a psychometric analysis. *Control Clin Trials*. 2000; 21(1): 30-43.
27. Simeão SFAP, Landro ICR, De Conti MHS, Gatti MAN, Delgallo WD, De Vitta A. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. *Cienc Saud Colet*. 2013; 18(3):779-88.
28. Michels FAZ, Latorre MRDO, Maciel MS. Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 and EORTC-BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. *Rev Bras Epidemiol*. 2013; 16 (2): 352-63.
29. Franceschini J, Santos AA, Mouallem IE, Jamnik S, Uehara C, Fernandes ALG, Santoro IL. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de pulmão através da aplicação do questionário Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey. *J Bras Pneumol*. 2008; 34 (6):387-393.
30. Basen-Engquist K, Taylor CL, Rosenblum C, Smith MA, Shinn EH, Greisinger A, Gregg X, Massey P, Valero V, Rivera E. Randomized pilot test of a lifestyle physical activity intervention for breast cancer survivors. *Patient Education and Counseling*. 2006; 64(1-3):225-234.
31. Elsner VR, Trentin RP, Horn CC. Efeito da Hidroterapia na Qualidade de Vida de Mulheres Mastectomizadas. *Arq Ciênc Saud*. 2009; 16 (2): 67-71.
32. Leites GT *et al*. Fisioterapia em oncologia mamária: qualidade de vida e evolução clínico funcional. *Rev Ciênc Saúd*. 2010; 3(1): 14-21.
33. Peres RS, Santos MA. Personalidade e Câncer de Mama: Produção Científica em Psico-Oncologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2009; 25(4): 611-20.
34. Barbosa MR, Santos FU, Barbosa MR. Fontes estressoras no paciente com diagnóstico de neoplasia mamária maligna. *Rev. bras.ter. cogn*. 2012; 8 (1):10-8.
35. Mignard P. Da sensação de verticalidade ao sentimento de prumo na vida. *Revista Brasileira de Terapia Morfoanalítica: movimento morfoanalítico*. 2010; 1: 9-15.

36. Paraguassú TC, Nogueira TP. Stress Symptoms in Mastectomized Women. VII Conference global. Network of WHO Collaborating Centers for Nursing and Midwifery. 2010.
37. Kolden GG, Strauman TJ, Ward A, Kuta J, Woods TE, Schneider KL, et al. A pilot study of group exercise training (GET) for women with primary breast cancer: feasibility and health benefits. *Psychooncology* 2002; 11: 447-56
38. Cassileth B, Heitzer M, Gubili J. Integrative Oncology: Complementary Therapies in cancer care. *Cancer Chemother Rev.* 2008; 3(4): 204-11.
39. Zandonai AP, Cardozo FMC, Nieto ING, Sawada NO. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Rev. Eletr. Enf. [Internet].* 2010; 12(3): 554-61.

-Artigo II-

A Terapia Morfoanalítica como recurso terapêutico em mulheres pós-cirurgia de câncer de mama.

The Morfoanalítica Therapy as a therapeutic resource in women after surgery for breast cancer.

Terapia Morfoanalítica pós-cirurgia de câncer de mama

Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Fisioterapia – Faculdade de Ciência e Tecnologia/Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, São Paulo, Brasil.

Fernanda Stellutti Magrini Pachioni ¹; Cristina Elena Prado Teles Fregonesi².

¹Discente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Fisioterapia – Faculdade de Ciência e Tecnologia/Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, São Paulo, Brasil

²Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Fisioterapia – Faculdade de Ciência e Tecnologia/Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, São Paulo, Brasil

Endereço para correspondência:

Autor correspondente: Fernanda Stellutti Magrini Pachioni

Rua Fagundes Varela, 426 apto 901 Presidente Prudente-SP Brasil CEP:19020-620

Telefone: +55 18 981214484

e-mail: fesmp@hotmail.com

Conflito de interesse

Declaramos não haver nenhum tipo de conflito de interesse envolvendo o presente estudo.

Resumo

A fisioterapia normalmente não considera a dialogia corpo-mente, com implicação direta na relação fisioterapeuta-paciente e na compreensão dos fenômenos psíquicos presentes no comportamento dos pacientes, principalmente quando se trata de patologias com grande repercussão nos aspectos bio-psicossociais, como o câncer de mama. O presente estudo teve como objetivo verificar o efeito da Terapia Morfoanalítica(TM) no tratamento de aspectos emocionais de mulheres pós-cirurgia de câncer de mama. Além disso, expõe alguns relatos verbais das pacientes durante as sessões. Participaram do estudo 10 mulheres pós-cirurgia de câncer de mama, que foram convidadas a responder o questionário de ansiedade e depressão – HAD e a escala de autoestima de Rosenberg. Os questionários foram respondidos antes e após 16 sessões individuais de TM, uma vez por semana, com duração de 60 minutos. Após o tratamento com a TM, no questionário de ansiedade e depressão houve diferença significativa na pontuação da depressão ($p=0,0418$), com diminuição desta. O estudo também observou diferença significativa na escala de autoestima ($p=0,0020$), com aumento da mesma. No decorrer das sessões, com a evolução do trabalho corporal e o aumento na sincronicidade da dupla terapeuta-paciente, essas mulheres puderam experimentar a expressão de sentimentos como raiva, medo e rejeição, além do despertar de sua consciência corporal. Assim conclui-se que a TM teve efeito significativo na diminuição da depressão e aumento da autoestima de mulheres pós-cirurgia de câncer de mama.

Palavras Chaves: Ansiedade; Depressão; Neoplasias Mamárias; Terapias Complementares.

Abstract

Physical therapy usually does not consider the body-mind dialogy , with direct implications for physical therapist - patient relationship and understanding of psychic phenomena present in patient behavior , particularly when it comes to diseases with major impact on bio - psychosocial aspects , such as cancer breast . The present study aimed to verify the effect of Morfoanalitica Therapy (TM) in the treatment of emotional aspects of women after surgery for breast cancer. Moreover, exposes a verbal reports of patients during sessions. The study included 10 post- surgery breast cancer women with the collection of personal and anthropometric data. Then we were invited to answer the questionnaire of anxiety and depression - HAD scale and the Rosenberg self-esteem. The questionnaires were completed before and after the intervention period, 16 individual sessions of TM, once a week, lasting 60 minutes. After treatment with TM in anxiety and depression questionnaire was no significant difference in depression scores ($p = 0,0418$), with this decrease . The study also noted significant differences in the scale of self-esteem ($p = 0,0020$), with an increase of the same . Throughout the sessions, with the evolution of body work and increased synchronicity of double therapist-patient, these women were able to experience the expression of feelings such as anger, fear and rejection and the awakening of your body awareness. Thus it is concluded that the TM had a positive effect on the emotional aspects of women after surgery for breast cancer.

Key Words: Anxiety; Depression; Breast Neoplasms; Complementary Therapies.

Introdução

O cartesianismo pressupõe o corpo máquina e não o sujeito humano¹. Esta filosofia influenciou o pensamento médico-científico ocidental, com a concepção do corpo fragmentado: fisiológico e psicológico^{2,3}, que ignora a totalidade e globalidade do ser humano.

Porém, é sabido que o ser humano é por si só, indivisível. A fim de suprir essa divisão, surge a Medicina Integrativa, a qual usa práticas baseadas em evidências associadas à medicina convencional, sendo a Oncologia Integrativa um ramo desta. Os tratamentos oncológicos convencionais são acompanhados por alternativos e complementares, como: práticas baseadas na biologia, técnicas mente-corpo, práticas de manipulação corporal, terapias energéticas, sistemas médicos tradicionais, como medicina tradicional chinesa e medicina ayurvédica⁴.

Neste contexto, na fisioterapia não é usual a consideração da dialogia corporeamente, com implicação direta na relação fisioterapeuta-paciente³ e na compreensão dos fenômenos psíquicos presentes no comportamento dos pacientes⁵, principalmente quando se trata de patologias com grande repercussão nos aspectos bio-psicossociais, como o câncer de mama⁶. Mulheres com essa patologia podem apresentar alterações dos aspectos emocionais como ansiedade, depressão e diminuição de sua autoestima⁷.

Com isso, vêm surgindo na fisioterapia, terapias de natureza psicossomática, como as Cadeias musculares e articulares de Godelieve Denys-Struyf (GDS) e a Terapia Morfoanalítica (TM) de Serge Peyrot⁸.

A TM integra os aspectos corporais, sensoriais, emocionais e verbais e utiliza principalmente conceitos das cadeias musculares de Françoise Mezieres^{8,9} e da psicanálise baseado nos autores Jean Sarkisoff, Freud, Winnicott e Melaine Klein⁹.

O presente estudo teve como objetivo verificar o efeito da Terapia Morfoanalítica no tratamento de aspectos emocionais como ansiedade, depressão e autoestima de mulheres pós-cirurgia de câncer de mama. Além disso, expõe alguns relatos verbais das sessões com as contribuições da TM.

Importante ressaltar, que a presente pesquisa não tem o propósito de discutir e refletir os efeitos e as causas do câncer, mas sim relatar as sensações e sentimentos dessas mulheres e reconhecer, além dos elementos objetivos, os subjetivos como parte integrante das histórias humanas.

Materiais e Métodos

Trata-se de ensaio clínico controlado não-aleatório. As participantes foram encaminhadas ao Setor de Ginecologia e Obstetrícia do Centro de Estudos e Atendimentos em Fisioterapia e Reabilitação (CEAFIR) da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista (FCT/UNESP). Foram convidadas aproximadamente 40 mulheres e participaram deste estudo dez mulheres pós-cirurgia de câncer de mama.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCT/UNESP (CAAE: 03195912.7.0000.5402). Todas as participantes do estudo receberam esclarecimentos sobre os objetivos e procedimentos do mesmo, assinando o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.

Os critérios de inclusão foram: mulheres submetidas a tratamento cirúrgico de câncer de mama, independente do tipo de cirurgia, entre zero a 10 anos de pós-operatório, com consentimento médico, sem metástase diagnosticada, fora da fase de tratamentos de quimioterapia ou radioterapia. Nenhuma paciente foi excluída do estudo.

Todas as participantes passaram por uma coleta de dados pessoais. A seguir estas foram convidadas a responder a escala de ansiedade e depressão - Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Esta é composta por 14 itens de múltipla escolha: sete se referem à subescala de depressão e os restantes a de ansiedade. Cada questão pode receber de zero a três pontos, assim a pontuação global de cada subescala pode variar de zero a 21. Caso o respondente obtenha um valor maior ou igual a nove pontos em cada subescala significa que o mesmo possui ansiedade e/ou depressão¹⁰.

A seguir responderam à escala de autoestima de Rosenberg^{11,12,13}. Esta é uma medida unidimensional constituída por 10 afirmações relacionadas a um conjunto de sentimentos de autoestima e autoaceitação, que avalia a autoestima global. A metade dos itens está enunciada positivamente e a outra metade negativamente, cuja pontuação total oscila entre 10 e 40. A obtenção de uma pontuação alta reflete autoestima elevada^{11,12}.

As participantes foram submetidas a 16 sessões individuais de TM, uma vez por semana, com duração de 60 minutos.

As sessões de TM foram organizadas por meio de quadro terapêutico estruturado, porém não foi um modelo fixo e repetitivo, pois há variações de acordo

com o processo terapêutico de cada participante. Em todas as sessões são incluídos aos trabalhos corporais, os toques empáticos de contato e a análise das estruturas corporais da paciente. Assim, a paciente verbaliza o que sente.

A leitura espontânea é o primeiro contato entre terapeuta e paciente. Essa leitura permite uma consciência corporal, inicialmente sem toques, com contato de olhar e verbal da paciente. Na sequência é possível estimular a consciência corporal a partir dos toques, primeiro com o toque mão-ombro e após com o inventário das zonas de tensão muscular no corpo objetivo, em toda musculatura corporal posterior.

Ainda em pé, a paciente é convidada a sentir o toque mão-ventre, um lugar de muitos simbolismos arcaicos e muito pouco tocado. Após, a paciente é convidada a estar em decúbito dorsal e sentir e relatar as suas sensações agora com o toque do chão. A terapeuta pede permissão para tocar o ventre e abre mais um espaço verbal. A proposta do trabalho corporal foi escolhida em função da queixa física e/ou psíquica naquela sessão específica, pois as sessões apresentam o ritmo e dinâmica em função do momento que a paciente atravessa dentro do seu processo terapêutico.

Foram realizados alongamentos globais das cadeias musculares de compensação, associados à respiração diafragmática, massagens superficiais e do tecido conjuntivo, vivências de consciência corporal e sensorial, concomitante com o trabalho verbal analítico, em todas as fases da sessão²⁰.

A respiração diafragmática tem o objetivo de desbloquear o diafragma, com consciência corporal e mobilização das costelas. Nesse trabalho são realizadas pressões suaves e deslizantes com as pontas dos dedos sobre a pele, aplicadas, bilateralmente, desde o ângulo costo-xifoideano até as últimas costelas, a fim de recuperar a flexibilidade do tórax e da região dorsal. A paciente é convidada a fazer uma inspiração diafragmática e uma expiração espontânea.

O trabalho postural global permite alongar sinergicamente todos os músculos da cadeia posterior. Durante a realização dessa postura, a terapeuta utiliza-se de comandos verbais, solicitando a manutenção do alinhamento e das correções posturais necessárias. Concomitantemente, a paciente é solicitada a realizar inspirações suaves, seguidas de expirações prolongadas, visando o alongamento da cadeia muscular inspiratória, enquanto a terapeuta corrige as compensações.

Nas sessões também podem ser realizadas diversas progressões no trabalho postural global, manobras de lifting cervical, de membros superiores e inferiores, além de massagens superficiais (massagem sensitiva), profundas (massagem de tecido conjuntivo) e massagens para mobilização de líquidos corporais (massagem golfinho).

Ao final em pé, a paciente é convidado a perceber as novas referências corporais e é realizada a análise dos aspectos psíquicos relatados pela paciente.

Todos os atendimentos foram realizados apenas pela pesquisadora, com formação completa em TM.

Os relatos verbais das pacientes durante os atendimentos, quando diretamente relacionados às variáveis propostas, foram transcritos, por demonstrarem mais claramente a relação dessas com sentimentos como raiva, medo e rejeição. As pacientes foram identificadas por números, a fim de garantir o sigilo de sua identidade.

Análise estatística

Nas escalas utilizadas foi testada a distribuição da amostra quanto à normalidade, por meio do teste de Kolmogorov – Smirnov. Para comparação intra-grupo (antes e após tratamento) foi realizado Teste T-Student, quando os dados foram paramétricos, e Teste de Wilcoxon, quando os dados foram não-paramétricos. As análises foram realizadas utilizando-se o software GraphPad Prism 5.0 e o nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados

A amostra foi composta de dez mulheres, com idade média de $53,2 \pm 7,72$ anos e tempo médio de cirurgia de $5,7 \pm 2,94$ anos. Destas, cinco realizaram mastectomia radical (duas direita e três esquerda) e cinco quadrantectomia (três direita e duas esquerda). Apenas duas mulheres não realizaram quimioterapia e radioterapia. Quanto ao estado civil, 80% delas são casadas e 20% divorciadas.

Na Tabela 1 podem ser observados os valores médios obtidos no questionário de ansiedade e depressão (HAD) após intervenção com TM.

Tabela 1. Média e desvio-padrão e p-valor da pontuação do questionário de depressão e ansiedade (HAD) de mulheres pós-cirurgia de câncer de mama, antes e depois de 16 sessões de Terapia Morfoanalítica. n=10

	Antes	Depois	p-valor
HAD - depressão	7,5±3,3	6,1±4,1	0,0418*
HAD - ansiedade	8,1±3,2	7,4±3,9	0,3185

Nota: *p<0,05 (diferença significativa).

A seguir na Tabela 2 estão descritos os valores obtidos no questionário de autoestima de Rosenberg.

Tabela 2. Média e desvio-padrão e p-valor dos escores do questionário de autoestima de Rosenberg de mulheres pós-cirurgia de câncer de mama, antes e depois de 16 sessões de Terapia Morfoanalítica. n=10

	Antes	Depois	p-valor
Auto-estima	31,1±4,48	32,9±5,53	0,0020*

Nota: *p<0,05(diferença significativa).

Discussão

Esta pesquisa teve como objetivo verificar o efeito da TM nos aspectos emocionais de mulheres pós-cirurgia de câncer de mama, por meio da avaliação da ansiedade, depressão e autoestima e de relatos verbais qualitativos.

Observou-se, no presente estudo, redução significativa da pontuação de depressão após intervenção com TM. Cabe ressaltar que, normalmente, a depressão é pouco diagnosticada e subtratada nessa população. Ademais, acredita-se que o fator causal da depressão nessas mulheres estaria mais relacionado com a paciente do que com a doença ou seu tratamento¹⁵. Neste contexto, o fato da TM proporcionar tratamento individualizado, com atuação integrada dos aspectos corporais e verbais analíticos, pode ter favorecido essa melhora, por permitir a livre expressão tanto de fatores relacionados com a doença e seu tratamento, quanto aos conteúdos de sua história pessoal.

Corroborando com os resultados encontrados, estudo com a mesma população, participantes de um programa com objetivo na redução de estresse, por seis semanas, obtiveram redução dos valores de depressão¹⁶.

Com relação a pontuação da ansiedade, após a intervenção com a TM, embora não tenha sido estatisticamente significativa, as pontuações individuais diminuíram. A não significância pode estar relacionada com a ansiedade gerada no

período próximo as finalizações das sessões. Isto pode ser exemplificado com o relato da paciente quatro em sua última sessão, após trabalho postural: “Eu lembrei que era muito pobre na infância e que cheguei a passar fome. Tive que comer uma batata que era jogada para os animais para eu não morrer de fome”. A Terapeuta/Pesquisadora (T/P) interpreta que, simbolicamente, ela possa ter medo de ficar com fome sem as sessões, mas que esse é um alimento que ficará dentro dela. Ela concorda e chora.

A maioria dos estudos que abordam a presença de ansiedade em mulheres pós-câncer de mama não apresenta intervenções com terapias complementares¹⁷,¹⁸. Porém, um estudo verificou diminuição nos níveis de ansiedade após intervenções com a Hatha-Yoga¹⁹.

Em relação à autoestima, embora não fosse baixa nas avaliações iniciais, observou-se aumento significativo após intervenção com TM e pode estar relacionado a paciente se sentir valorizada com os cuidados recebidos. Concordando com o presente estudo, foi verificado melhora significativa da autoestima, em mulheres com câncer de mama, após intervenção com Yoga²⁰.

De modo geral, os resultados com as sessões de TM em mulheres pós-cirurgia de câncer de mama foram satisfatórios, uma vez que o estado depressivo diminuiu e sua autoestima aumentou. Porém existem mais informações de caráter qualitativo que podem refletir os efeitos da TM na vida dessas mulheres. No decorrer das sessões, com a evolução do trabalho corporal e o aumento na sincronia da dupla terapeuta-paciente, essas mulheres puderam experimentar a expressão de sentimentos como raiva, medo e rejeição, além do despertar de sua consciência corporal.

Paim e Kruef⁵ afirmam que o paciente, ao procurar tratamento fisioterapêutico para o alívio de sua dor física, também procura no fisioterapeuta alguém que o escute e o profissional, ao compreender a importância da fala do paciente como algo relevante para o processo de cura, passa a escutar esse discurso não como empecilho para a aplicação da técnica, mas como um facilitador da relação terapeuta-paciente, gera, assim, uma efetiva intervenção.

A expressão de sentimentos como raiva, pode ser interpretada em uma sessão da paciente **um**. No início dessa sessão, ela fala que seu tio comprou objetos em uma farmácia na conta de sua mãe, porém levou o filho desta paciente para assinar a caderneta, sem prévio consentimento da mesma. Sua mãe levou um

susto quando viu a conta e ligou na sua casa para tirar satisfação com o neto. No decorrer da sessão, após realização de trabalho postural, com enfoque no alinhamento corporal, ela diz: “Eu me sinto muito estranha e torta. Eu sempre aprendi que não posso sentir raiva, é muito difícil eu ter uma postura agressiva nas situações”. Na sessão seguinte ela chega totalmente sem voz, dizendo que estava surda de um ouvido durante toda semana e associou com a última sessão e com o fato de nunca expressar sua raiva.

Os sentimentos são difíceis de serem avaliados, porém há evidências de que, em pacientes com câncer de mama, certos traços de personalidade são freqüentes, como a tendência para suprimir emoções, especialmente a raiva, e a forma de resposta ao estresse, com estilo repressivo²¹.

Silva²² relata que mulheres que tiveram câncer de mama manifestam intenso medo de rejeição, seja ele em relação ao companheiro, aos filhos ou a outros familiares e amigos. Para essas mulheres, ao vivenciarem a experiência de serem ou de se sentirem rejeitadas, é como se fossem aniquiladas. O autor afirma ainda que não é o câncer que mata, mas sim a rejeição.

A maioria das mulheres deste estudo relatou em suas sessões medo de rejeição, pois se sentiram abaladas quando se viram sem uma mama. Acreditavam que poderiam ser abandonadas por seus companheiros por se sentirem menos atraentes e incapazes de satisfazê-los. A paciente **um** foi concretamente abandonada pelo marido quando recebeu o diagnóstico de câncer de mama e retomou o casamento quando estava curada. A paciente **dois** relata que nunca mais ficou sem sutiã perto do marido, inclusive nas relações sexuais e sente que ele tem vergonha de sair com ela socialmente.

A paciente **oito** divorciada antes da cirurgia do câncer de mama. Após o trabalho postural, lembra-se do momento que seu ex-marido lhe fala que, mesmo "sem peito", ele poderia voltar a ficar com ela e diz: *“Senti muito ódio! Eu sou um ser humano e não um seio! Depois disso nunca mais consegui me relacionar sexualmente com outro homem. Não sabia que ainda guardava tanta raiva dentro de mim e que me sentia tão rejeitada”*.

O sentimento de rejeição pode, também, ser anterior à cirurgia de câncer de mama. Isso pode ser exemplificado na sessão da paciente **dez** que, após massagem em seus pés, diz: *“Eu estou com dor no braço direito e sentindo um formigamento na boca e sinto-me incomodada, pois o pé é sujo”*. A T/P, a partir dos

conhecimentos sobre a história da vida da paciente, interpreta e responde: *“É muito difícil se entregar aos cuidados e aos toques quando você nunca recebeu da sua mãe”*. Ela se emociona, chora e diz: *“A minha mãe nunca tocou em meus pés. Eu só queria o colo dela, mas ela só reza e sempre me rejeitou”*.

Nas sessões iniciais, foi verificada dificuldade na consciência corporal e na expressão de sentimentos em todas as participantes. As vivências com as sessões de TM proporcionaram o despertar da consciência corporal. Concordando com Mendonça²³ ao descrever que quando o fisioterapeuta solicita participação ativa do paciente, no sentido de presença e consciência corporal, constata muitas vezes, estranhamento entre o indivíduo e seu corpo, como se não houvesse nenhuma relação entre o sintoma da dor e seu modo de organizar-se sob a ação da gravidade e de se mover.

Portanto, pacientes submetidos a trabalhos de consciência corporal são estimulados a buscar o aprendizado para expressar emoções e aumentar a autoconsciência, mobilizando recursos próprios para se ajudar. Assim, podem recuperar o contato com dimensões sensoriais e motoras de seu próprio corpo, restaurar o equilíbrio e compreender a unidade corpo-mente²⁴. Neste estudo, as mulheres puderam iniciar um processo de estar mais em contato com o sentir, percebendo, não de forma intelectual ou racional, o que acontece dentro e fora de si. A paciente **seis** em uma das sessões percebe que está sentindo mais o seu corpo e que, mesmo divorciada há 20 anos, até hoje ocupava apenas uma metade da cama e agora consegue ocupar todo o espaço.

Foi observada, também, a manifestação da consciência de sentimentos reprimidos. A paciente **seis** chega relatando muita dor no pescoço, depois do trabalho postural, começa a chorar e diz: *“Eu me lembrei em nossa última sessão que minha filha foi abusada sexualmente por um vizinho quando ela tinha quatro anos. Eu a levei ao médico e foi confirmado o abuso. Eu apaguei isso da minha memória”*. Ela chora muito e continua: *“Eu me sinto muito culpada de não ter a defendido, queria muito xingar, bater e mandar esse homem para a prisão”*. A paciente sai sem dor no pescoço e diz que tirou o maior peso dos ombros. Ao final da sessão diz: *“Eu estou bem. Por que me reprimi tanto?”*.

É interessante enfatizar que, desde o início, houve adesão ao tratamento, sem desistências, por todas as participantes, com manifestação de receptividade. Essas demonstraram verbalmente a satisfação por terem um espaço onde alguém

cuidasse ao mesmo tempo de suas dores físicas e emocionais. Uma limitação do estudo foi que, ao perceberem que as sessões seriam finalizadas, várias delas relatavam piora, além de dificuldade em se despedir da T/P. Cabe ressaltar que, após o término da pesquisa, as mesmas foram encaminhadas para um grupo terapêutico específico para mulheres pós-cirurgia de câncer de mama, conduzido pela mesma T/P.

Conclusão

As mulheres pós-cirurgia de câncer de mama desse estudo obtiveram melhora nos aspectos emocionais, depressão e autoestima, com as intervenções da TM. Assim, espera-se com o presente estudo, que tal recurso terapêutico seja aplicado em maior escala para mulheres pós-cirurgia de câncer de mama e em outras populações.

Referências

1. Gouvêia EC, Ávila LA. Aspectos emocionais associados a disfunções gastroenterológicas. *Psicologia em Estudo*. 2010; 15(2): 265-73.
2. Carvalho MM. Psico-oncologia: história, características e desafios. *Psicologia USP*. 2002; 13(1): 151-66.
3. Canto CREM, Simão LM. Relação Fisioterapeuta-Paciente e a Integração Corporeamente: um Estudo de Caso. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2009; 29(2): 306-17.
4. Siegel P, Barros NF. O que é a oncologia integrativa? *Cad Saúde Colet*. 2013; 21(3): 348-54.
5. Paim FF, Krueel CS. Interlocução entre Psicanálise e Fisioterapia: Conceito de Corpo, Imagem Corporal e Esquema Corporal. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2012; 32(1): 158-73.
6. Moura FMJSP, Silva MG, Oliveira SC, Moura LJSP. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. *Esc Anna Nery (impr.)* 2010; 14 (3): 477-84.
7. Santos DB, Vieira EM. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(5): 2511-22.
8. Coelho L. O método Mezieres ou a revolução na ginástica ortopédica: o manifesto anti-desportivo ou a nova metodologia de treino. *Motricidade*. 2008, 4 (2): 22-40.

9. Mignard P. Da sensação de verticalidade ao sentimento de prumo na vida. *Revista Brasileira de Terapia Morfoanalítica: movimento morfoanalítico*. 2010; 1: 9-15.
10. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*. 1995; 29(5): 359-63.
11. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press. 1989.
12. Hutz CS, Zanon C. Revisão da Adaptação, Validação e Normatização da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Avaliação Psicológica*. 2011; 10(1): 41-9.
13. Gomes NS, Silva SR. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(2): 509-16.
14. Diefenbach N. O “Eu corporal” em Terapia Morfoanalítica. *Fisioterapia em Movimento*. 2003; 16 (2):73-82.
15. Reich M, Lesur A, Perdrizet-Chevallier C. Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat*. 2008; 110(1):9-17.
16. Lengacher CA, Johnson-Mallard V, Post-White J, Moscoso MS, Jacobsen PB, Klein TW, Widen RH, Fitzgerald SG, Shelton MM, Barta M, Goodman M, Cox CE, Kip KE. Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psychooncology*. 2009; 18(12): 1261-72.
17. Avelar AMA, Derchain SFM, Camargo CPP, Lourenço LS, Sarian LOZ, Yoshida A. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após cirurgia. *Rev Cienc Med*. 2006; 15 (1): 11-20.
18. Alves MLM, Pimentel AJ, Guaratini AA, Marcolino JAM, Gozzani JL, Mathias LAST. Ansiedade no período pré-operatório de cirurgias de mama: estudo comparativo entre pacientes com suspeita de câncer e a serem submetidas a procedimentos cirúrgicos estéticos. *Rev. Bras. Anestesiol*. 2007; 57(2): 147-156.
19. Bernardi MLD, Amorim MHC, Zandonade E, Santaella DF, Barbosa JAN. Efeitos da intervenção Hatha-Yoga nos níveis de estresse e ansiedade em mulheres mastectomizadas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18 (12): 3621-32.
20. Kovacic T, Kovacic M. Impact of relaxation training according to Yoga In Daily Life® system on self-esteem after breast cancer surgery. *J Altern Complement Med*. 2011; 17 (12): 1157-64.
21. Peres RS, Santos MA. Câncer de mama, pobreza e saúde mental: resposta emocional à doença em mulheres de camadas populares. *Rev Latino-Am Enferm* 2007, 15: 786-91.
22. Silva LC. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*. 2008; 13(2): 231-37.

23. Mendonça ME. A teoria do amadurecimento pessoal de DW Winnicott e a fisioterapia. Winnicott e-prints. 2008; 3 (1): 1-30.

24. Gard G. Body awareness therapy for patients with fibromyalgia and chronic pain. Disabil Rehabil. 2005; 27:725–28.

- Conclusão Geral –

CONCLUSÃO GERAL

Sabendo das importantes alterações que a mulher vivencia pós-cirurgia de câncer de mama, a TM teve efeitos benéficos nos aspectos físicos e emocionais tais como: flexibilidade muscular, estresse, alguns domínios da qualidade de vida, depressão e autoestima, além de favorecer a expressão de sentimentos baseado nos relatos das pacientes. A TM possibilita aos fisioterapeutas mais um recurso terapêutico a ser associado com a fisioterapia convencional para o tratamento dessa população.

**-Referências Bibliográficas da
Introdução-**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA INTRODUÇÃO

1. Petito EL, Gutiérrez MGR. Elaboração e validação de um programa de exercício para mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. *Rev.bras.cancerol.* 2008; 54(3),275-287.
2. Santos DB, Vieira EM. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciênc Saúde Colet.* 2011; 16(5): 2511-22.
3. Alves PC, Silva APS, Santos MCL, Fernandes AFC. Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(4): 989-95.
4. Spadacio C, Barros NF. Uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(1): 158-64.
5. Coelho L. O método Mezieres ou a revolução na ginástica ortopédica: o manifesto anti-desportivo ou a nova metodologia de treino. *Motricidade.* 2008, 4 (2): 22-40.
6. Peyrot S. Tensões musculares, postura e historia emocional. In: *Movimento Morfoanalítico: Revista Brasileira de Terapia Morfoanalítica.* 2006, 3 (1): 11-26.
7. Teodori RM, Negri JR, Cruz MC, Marques AP. Reeducação postural global: uma revisão da literatura. *Rev Bras Fisioter.* 2011,15(3): 185-9.
8. Diefenbach N. O “Eu corporal” em Terapia Morfoanalítica. *Fisioterapia em Movimento.* 2003, 16 (2): 73-82.
9. Peyrot S, Mignard P, Albuquerque L. Terapia Morfoanalítica. In: *Catalogo de Abordagens Corporais.* 2005.
10. Hirashima C. Comunicação à flor da pele. In: *Sentir as palavras, pensar com o corpo: Compilacao das palestras do IV Congresso Internacional de Terapia Morfoanalítica.* 2012; 1: 111-122.
11. Peyrot S. Se você não me toca não consigo pensar. In: *Sentir as palavras, pensar com o corpo: Compilacao das palestras do IV Congresso Internacional de Terapia Morfoanalítica.* 2012; 1: 171-183.
12. Livorato A. Corpo, coração e consciência. *Terapia morfoanalítica.* In: *Congresso brasileiro e encontro paranaense de psicoterapias corporais.* 2004.

-Anexo I-

Instruções aos autores – Revista Fisioterapia em Movimento (ISSN 0103-5150)

Os manuscritos deverão ser submetidos à Revista Fisioterapia em Movimento por meio do site na seção “submissão de artigos”. Todos os artigos devem ser inéditos e não podem ter sido submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos. As revisões para este periódico são aceitas apenas na modalidade Revisão Sistemática nos moldes da COCHRANE. Para tanto acessar o site <http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise/>. É obrigatório anexar uma declaração assinada por todos os autores quanto à exclusividade do artigo, na qual constará endereço completo, telefone, fax e e-mail. Na carta de pedido de publicação, é obrigatório transferir os direitos autorais para a Revista Fisioterapia em Movimento. Afirmações, opiniões e conceitos expressados nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores. Trabalhos que contenham resultados de estudos humanos e/ou animais somente serão aceitos para publicação se estiver claro que todos os princípios de ética foram utilizados na investigação (enviar cópia do parecer do comitê de ética). Esses trabalhos devem obrigatoriamente incluir uma afirmação de que o protocolo de pesquisa foi aprovado por um comitê de ética institucional. (Reporte-se à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata do Código de Ética da Pesquisa envolvendo Seres Humanos). Para experimentos com animais, considere as diretrizes internacionais Pain, publicada em: PAIN, 16: 109-110, 1983. Quando utilizados estudos/atividades envolvendo pessoas, deverá ser encaminhada uma autorização assinada e datada pelo envolvido no estudo, ou seu responsável legal, autorizando a publicação da imagem. Os pacientes têm o direito à privacidade, o qual não pode ser infringido sem um consentimento esclarecido. Em caso de utilização de fotografias de pessoas/pacientes, estas não podem ser identificáveis ou as fotografias devem estar acompanhadas de permissão específica escrita para uso e divulgação das imagens. O uso de máscaras oculares não é considerado proteção adequada para o anonimato. É imprescindível o envio da declaração de responsabilidade de conflitos de interesse manifestando a não existência de eventuais conflitos de interesse que possam interferir no resultado da pesquisa. Contato Revista Fisioterapia em Movimento Clínica de Fisioterapia Pontifícia Universidade Católica do Paraná Rua Imaculada Conceição, 1155, Prado

Velho CEP 80215-901, Curitiba, PR, Brasil e-mail: revista.fisioterapia@pucpr.br
telefone: +55(41) 3271-1608

Forma e preparação dos manuscritos

A Revista Fisioterapia em Movimento recebe artigos das seguintes categorias: Artigos Originais: oriundos de resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual, sua estrutura deve conter: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências. O texto deve ser elaborado com, no máximo, 6.000 palavras e conter até 5 ilustrações. Artigos de Revisão: oriundos de estudos com delineamento definido e baseado em pesquisa bibliográfica consistente com análise crítica e considerações que possam contribuir com o estado da arte (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). Os manuscritos devem ser submetidos pelo site na seção “submissão de artigos”. Os trabalhos devem ser digitados em Word for Windows, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5 respeitando o número de palavras de cada manuscrito, incluindo referências, ilustrações, quadros, tabelas e gráficos. O número máximo permitido de autores por artigo é seis. As ilustrações (figuras, gráficos, quadros e tabelas) devem ser limitadas ao número máximo de cinco (5), inseridas no corpo do texto, identificadas e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos. A arte final, figuras e gráficos devem estar em formato .tiff. Envio de ilustrações com baixa resolução (menos de 300 DPIs) pode acarretar atraso na aceitação e publicação do artigo. Os trabalhos podem ser encaminhados em português ou inglês. Abreviações oficiais poderão ser empregadas somente após uma primeira menção completa. Deve ser priorizada a linguagem científica. Deverão constar, no final dos trabalhos, o endereço completo de todos os autores, afiliação, telefone, fax e e-mail (atualizar sempre que necessário) para encaminhamento de correspondência pela comissão editorial.

Outras considerações:

- sugere-se acessar um artigo já publicado para verificar a formatação dos artigos publicados pela revista;
- todos os artigos devem ser inéditos e não podem ter sido submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos (anexar carta, assinada por todos os

autores, na qual será declarado tratar-se de artigo inédito, transferindo os direitos autorais e assumindo a responsabilidade sobre aprovação em comitê de ética, quando for o caso.);

- afirmações, opiniões e conceitos expressados nos artigos são de responsabilidade dos autores;
- todos os artigos serão submetidos ao Comitê Editorial da revista e, caso pertinente, à área da Fisioterapia para avaliação dos pares;
- não serão publicadas fotos coloridas, a não ser em caso de absoluta necessidade e a critério do Comitê Editorial. No preparo do original, deverá ser observada a seguinte estrutura:

Cabeçalho

Título do artigo em português (LETRAS MAIÚSCULAS em negrito, fonte Times New Roman, tamanho 14, parágrafo centralizado), subtítulo em letras minúsculas (exceção para nomes próprios) e em inglês (somente a primeira letra do título em maiúscula, as demais palavras em letras minúsculas – exceção para nomes próprios), em itálico, fonte Times New Roman, tamanho 12, parágrafo centralizado. O título deve conter no máximo 12 palavras, sendo suficientemente específico e descritivo.

Apresentação dos autores do trabalho

Nome completo, titulação, afiliação institucional (nome da instituição para a qual trabalha), vínculo (se é docente, professor ou está vinculado a alguma linha de pesquisa), cidade, estado, país e e-mail.

Resumo estruturado / Structured Abstract

O resumo estruturado deve contemplar os tópicos apresentados na publicação. Exemplo: Introdução, Desenvolvimento, Materiais e métodos, Discussão, Resultados, Considerações finais. Deve conter no mínimo 150 e máximo 250 palavras, em português/inglês, fonte Times New Roman, tamanho 11, espaçamento simples e parágrafo justificado. Na última linha, deverão ser indicados os descritores

(palavras-chave/keywords). Para padronizar os descritores, solicitamos utilizar os Thesaurus da área de saúde (DeCS) (). O número de descritores desejado é de no mínimo 3 e no máximo 5, sendo representativos do conteúdo do trabalho.

Corpo do Texto

- **Introdução:** Deve apontar o propósito do estudo, de maneira concisa, e descrever quais os avanços que foram alcançados com a pesquisa. A introdução não deve incluir dados ou conclusões do trabalho em questão.
- **Materiais e métodos:** Deve ofertar, de forma resumida e objetiva, informações que permitam que o estudo seja replicado por outros pesquisadores. Referenciar as técnicas padronizadas.
- **Resultados:** Devem oferecer uma descrição sintética das novas descobertas, com pouco parecer pessoal.
- **Discussão:** Interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos existentes, principalmente os que foram indicados anteriormente na introdução. Esta parte deve ser apresentada separadamente dos resultados.
- **Conclusão ou Considerações finais:** Devem limitar-se ao propósito das novas descobertas, relacionando-as ao conhecimento já existente. Utilizar apenas citações indispensáveis para embasar o estudo.
- **Agradecimentos:** Sintéticos e concisos, quando houver.
- **Referências:** Devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que são primeiramente mencionadas no texto.
- **Citações:** Devem ser apresentadas no texto, tabelas e legendas por números arábicos entre parênteses. Exemplos: “o caso apresentado é exceção quando comparado a relatos da prevalência das lesões hemangiomatosas no sexo feminino (6, 7)” ou “Segundo Levy (3), há mitos a respeito dos idosos que precisam ser recuperados”.

Referências

Todas as instruções estão de acordo com o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Vancouver), incluindo as referências. As informações encontram-se disponíveis em: (). Recomenda-se fortemente o número mínimo de referências de 30 para artigos originais e de 40 para artigos de revisão. As referências deverão originar-se de periódicos que tenham no mínimo o Qualis desta revista ou equivalente.

Artigos em Revistas

Até seis autores Naylor CD, Williams JI, Guyatt G. Structured abstracts of proposal for clinical and epidemiological studies. *J Clin Epidemiol.* 1991;44:731-37. - Mais de seis autores Listar os seis primeiros autores seguidos de et al. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer.* 1996;73:1006-12. - Suplemento de volume Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect.* 1994; 102 Suppl 1:275-82. - Suplemento de número Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol.* 1996;23(1 Suppl 2):89-97. - Artigos em formato eletrônico Al-Balkhi K. Orthodontic treatment planning: do orthodontists treat to cephalometric norms. *J Contemp Dent Pract.* [serial on the internet] 2003 [cited 2003 Nov. 4]. Available from: URL: www.thejcdp.com.

Livros e monografias

Livro Berkovitz BKB, Holland GR, Moxham BJ. Color atlas & textbook of oral anatomy. Chicago:Year Book Medical Publishers; 1978. - Capítulo de livro Israel HA. Synovial fluid analysis. In: Merrill RG, editor. Disorders of the temporomandibular joint I: diagnosis and arthroscopy. Philadelphia: Saunders; 1989. p. 85-92. - Editor, Compilador como Autor Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996. - Livros/Monografias em CD-ROM CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM], Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2 nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995. - Anais de congressos, conferências congêneres Damante JH, Lara VS, Ferreira Jr O, Giglio FPM. Valor das informações clínicas e radiográficas no

diagnóstico final. Anais X Congresso Brasileiro de Estomatologia; 1-5 de julho 2002; Curitiba, Brasil. Curitiba, SOBE; 2002. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress of Medical Informatics;1992 Sept 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam:North-Holland; 1992. p. 1561-5. Trabalhos acadêmicos (Teses e Dissertações) Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis: Washington Univ.; 1995.

- É importante que, durante a execução do trabalho, o autor consulte a página da revista online (http://www.pucpr.br/pesquisa_cientifica/revistas_cientificas.php) e verifique a apresentação dos artigos publicados, adotando o mesmo formato. Além de revisar cuidadosamente o trabalho com relação às normas solicitadas: tamanho da fonte em cada item do trabalho, numeração de página, notas em número arábico, a legenda de tabelas e quadros, formatação da página e dos parágrafos, citação no corpo do texto e referências conforme solicitado. O português e/ou inglês do trabalho. E, por fim, se todos os autores citados constam nas Referências e no final do trabalho. NOTA: Fica a critério da revista a seleção dos artigos que deverão compor os fascículos, sem nenhuma obrigatoriedade de publicá-los, salvo os selecionados pelos pares .

-Anexo II-

Diretrizes para Autores: Revista Terapia Manual - Posturologia ISSN 1677-5937 /

ISSNe 22365435

É um periódico Open Access especializado que utiliza o sistema peer review (revisão externa cega por pares). É publicado trimestralmente, divulgando contribuições científicas originais nacionais e internacionais sobre temas relevantes para a área da terapia manual, fisioterapia, posturologia, ciências da saúde e reabilitação.

As publicações podem ser artigos originais, revisões, atualizações, comunicações breves, relatos de caso e cartas ao editor.

APRESENTAÇÃO E SUBMISSÃO DOS MANUSCRITOS

Esta revista segue as normas propostas pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), disponível em www.icmje.org e cuja tradução encontra-se disponível integralmente em *Ter Man* 2009;7(33):323-344. Os artigos poderão ser submetidos em português, inglês, espanhol, italiano ou francês. Os manuscritos deverão ser encaminhados via eletrônica, no formato Microsoft Word®, obrigatoriamente através do e-mail editorial@revistaterapiamanual.com.br ou do site <http://www.revistatm.com.br>.

Com o intuito de facilitar o processo de revisão, o texto deverá ser digitado na fonte Verdana, tamanho 10, espaço duplo em todas as partes do manuscrito, alinhamento justificado, mantendo as margens esquerda e superior de 3cm; direita e inferior de 2cm e numeração no canto superior direito desde a primeira página.

O manuscrito deve ser estruturado na seguinte ordem, cada item em uma página:

1. Página de título: Deve conter as seguintes informações, consecutivamente, em uma mesma página: 1.a. Título do artigo em português, máximo de 120 caracteres com espaço, sua versão em inglês (em itálico) e uma versão abreviada com até 40 caracteres (running head) a ser descrito na legenda das páginas impressas do manuscrito. Somente a primeira letra da sentença deve estar com letra maiúscula, com exceção de siglas ou nomes próprios. 1.b. Nome do departamento e/ou instituição a qual o trabalho deve ser atribuído. 1.c. Nome completo e por extenso dos autores, consecutivamente e separados por vírgulas, com números arábicos sobrescritos e entre parênteses. 1.d. Legenda para os autores, contendo apenas a titulação máxima e as instituições as quais cada autor é afiliado - por extenso, seguido da sigla, cidade, estado e país (exemplo: 1 discente e bolsista de iniciação científica do CNPq, Universidade Nove de Julho (UNINOVE), São Paulo (SP), Brasil); MSc ou PhD, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (MG), Brasil. 1.e. Endereço completo do autor correspondente, contendo nome, endereço, números de fax, telefone e endereço eletrônico, a ser publicado caso o

manuscrito seja aceito. 1.f. Declaração de conflito de interesses e/ou fontes de suporte.

É de responsabilidade do autor correspondente manter contato com todos os outros autores para atualizá-los sobre o processo de submissão e para intercambiar possíveis solicitações como, por exemplo, envio e recebimento de documentos, entre outros.

2. Resumo: Deve apresentar o contexto do trabalho, contendo uma breve introdução, os objetivos, os procedimentos básicos, principais resultados e conclusão, sendo estruturado da seguinte forma: Introdução / Objetivo / Método / Resultados / Conclusão, num mesmo parágrafo contendo entre 250 e 300 palavras. As palavras-chave em português devem ser baseadas no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), publicados pela BIREME e disponíveis em <http://decs.bvs.br>.

Abstract: Deve ser estruturado como mesmo conteúdo da versão em português: Introduction / Objective / Method / Results / Conclusion. As palavras-chave em inglês (keywords) devem ser baseadas no MeSH (Medical Subject Headings) do Index Medicus, disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/mbrowser.html>.

3. Manuscrito: Os artigos originais deverão conter as seguintes sessões: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões.

Introdução: Conter somente a natureza do problema e a sua significância clínica, hipóteses se houver e finalizar com os objetivos da pesquisa.

Método: Deve conter somente as informações sobre o protocolo utilizado, seleção e descrição dos participantes, informações técnicas e estatísticas. Toda pesquisa relacionada a seres humanos deve mencionar o número do protocolo de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa, segundo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, constantes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 e Declaração de Helsinky de 1975, revisada em 2000. Para os experimentos realizados com animais, mencionar o número do protocolo de aceite, considerando as diretrizes internacionais Pain, publicadas em: PAIN, 16:109-110, 1983 e a Lei nº 11.794, de 08/10/2008, da Constituição Federal Brasileira, que estabelece procedimentos para o uso científico de animais e cria o Conselho Nacional de Controle e Experimentação Animal (CONCEA) e as Comissões de Ética no Uso de Animais (CEUAs).

Resultados: Devem ser apresentados numa sequência lógica, com números referentes às tabelas/figuras em ordem de citação no texto, entre parênteses e em números arábicos. Limitar o número de tabelas e/ou figuras a 5 (cinco).

Discussão: Deve enfatizar os aspectos mais novos e importantes do estudo, comparando-o a estudos prévios e explorando novas hipóteses para pesquisas futuras. Ao longo do texto, evitar a menção a nomes de autores, dando sempre preferência às citações numéricas.

Conclusão: Apresentar de forma sucinta apenas as conclusões baseadas nos achados da pesquisa.

Referências: É preconizada a citação de 20 a 30 referências, sendo somente artigos originais atualizados, evitando utilizar teses e monografias, trabalhos não publicados ou comunicação pessoal como referência. No texto, devem estar sobrescritas, entre parênteses e em números arábicos, aparecendo depois da pontuação. Nas referências, devem ser numeradas consecutivamente conforme são mencionadas no texto. Os títulos dos periódicos devem estar abreviados de acordo com o redigido no documento do ICMJE (citado acima).

Exemplo de citação: “(...) o que explicaria a maior incidência de DPOC entre os homens.(19,23,30)”

“(...) pelos efeitos da gravidade.(2-4)”

Exemplo de formatação: Liposcki DB, Neto FR. Prevalência de artrose, quedas e a relação com o equilíbrio dos idosos. Ter Man. 2008;6(26):235-8.

Agradecimentos: Colocar apenas as contribuições consideráveis, colaboradores, agências de fomento e serviços técnicos. É responsabilidade do(s) autor(es) possuir(em) a autorização das instituições ou pessoas para citação nos agradecimentos.

Anexos: As tabelas e figuras devem estar no mesmo documento, mas separadas da redação, cada uma em uma página, seguindo as respectivas chamadas no texto, contendo um breve título escrito com fonte menor (8), em espaço duplo – no caso das tabelas, o título deve aparecer acima da tabela, no caso das figuras, o título deve aparecer abaixo. Gráficos e ilustrações devem ser chamados de figuras. Em relação às tabelas, não utilizar linhas horizontais e verticais internas; em relação às ilustrações, devem estar em formato JPEG, com alta qualidade e, se houver pessoas, estas não devem ser identificadas. Além disso, todas as abreviaturas e siglas empregadas nas figuras e tabelas devem ser definidas por extenso em nota abaixo do mesmo. Todas as figuras, tabelas e gráficos devem ser enviados em preto e branco.

A não observância das instruções editoriais implicará na devolução do manuscrito pelo Editorial da revista para que os autores façam as correções pertinentes antes de submetê-lo aos revisores. A revista reserva o direito de efetuar adaptações gramaticais e de estilo. Os manuscritos encaminhados à revista Terapia Manual Posturologia que atenderem às normas para publicação de artigos serão enviados a dois revisores científicos de reconhecimento da competência na temática abordada, os quais julgarão de forma cega o valor científico da contribuição. O anonimato ocorre durante todo o processo de julgamento (peer review). Os artigos que não apresentarem mérito científico, que tenham erros significativos de metodologia e que não coadunem com a política editorial da revista serão rejeitados diretamente pelo conselho editorial, não cabendo recurso. Os artigos recusados serão devolvidos aos autores e os que forem aceitos serão encaminhados à publicação, após o preenchimento e envio do formulário de autoria da revista Terapia Manual e a concordância de pagamento da taxa de publicação (Business Model) por todos os autores para o e-mail: editorial@revistaterapiamanual.com.br.

Situações não contempladas pelas Instruções aos Autores deverão seguir as recomendações contidas no documento supracitado – ICMJE, e informações detalhadas no site: www.revistatm.com.br (Instruções aos autores).

Os autores são inteiramente responsáveis por eventuais prejuízos a pessoas ou propriedades ligadas à confiabilidade de métodos, produtos, resultados ou ideais expostas no material publicado.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word.
3. URLs para as referências foram informadas quando possível.
4. O texto está em espaço duplo; usa uma fonte de 10-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.
6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.