

REABILITAÇÃO EM ONCOLOGIA

M.S.V. FERNANDES, J.M. JORDÃO

Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital de Santa Maria. Lisboa

RESUMO

Neste trabalho chama-se a atenção para a importância fundamental da Medicina Física e de Reabilitação no tratamento oncológico. Revêem-se os aspectos mais importantes desta terapêutica nas seguintes situações: cancro da mama, tumores dos ossos das extremidades e imobilidade em doentes com cancro. Com base nestes exemplos sugere-se que este tipo de abordagem se pode generalizar a muitas formas de doença oncológica.

SUMMARY

Rehabilitation in Oncology

The A.A. emphasize the importance of Physical Medicine and Rehabilitation in oncologic treatment. The most significant aspects of physiatric therapy were analyzed in a special group on oncologic diseases, such as breast cancer, malignant tumors of the limb bones and in the inactivity-desuse syndrome. It is concluded that rehabilitation treatment could be generalized to a larger group of oncologic situations.

INTRODUÇÃO

A doença oncológica constitui um dos problemas de maior importância médica e social da actualidade¹. Nos E.U.A. são referidos cerca de 855 000 novos casos por ano de cancro, a que se juntam os 1 500 000 que são considerados¹. No grupo dos países desenvolvidos em que Portugal se inclui, a situação é semelhante, com a devida correcção proporcional para o número de habitantes^{2,3}. Avanços na detecção precoce e nos programas terapêuticos permitiram que a quantidade ou sobrevida destes doentes fosse significativamente aumentada. A doença oncológica tende assim a assumir uma cronicidade que irá reflectir-se nos diferentes meios em que o doente se insere como o familiar, profissional e social. A qualidade de vida que lhes é necessária e devida, vai depender, em grande parte, da capacidade da equipa médica para rentabilizar o potencial de reabilitação desses doentes, o que torna a Medicina Física e de Reabilitação uma especialidade médica fundamental e indispensável na Equipa Oncológica. As vantagens da aplicação de adequados programas específicos nestes doentes, tem vindo a suscitar recentemente um reconhecimento geral^{4,5}. A dificuldade na generalizada aplicação destes programas entre nós a todos os doentes deste foro, resulta do nosso reconhecido atraso organizativo e do desconhecimento pela maioria dos médicos da sua importância, eficácia e exequibilidade.

Numa tentativa de chamar a atenção para a importância desta problemática, apresentaremos a seguir algumas *situações tipo* que elegemos como exemplos paradigmáticos em que a reabilitação desempenha um papel significativo no tra-

tamento. Referir-nos-emos ao cancro da mama, tumores dos ossos das extremidades e às situações de imobilidade prolongada nos doentes oncológicos.

CANCRO DA MAMA

A dimensão geral deste problema pode ser facilmente avaliada se recordarmos que de todos os novos casos de tumores, 9% são tumores da mama⁶ os quais nos países desenvolvidos constituem 23% das neoplasias das mulheres⁶. Calcula-se ainda que uma em cada onze mulheres desenvolverão tumor de uma das mamas⁷. Os tumores diagnosticados numa fase localizada terão uma sobrevida de 87% aos 5 anos e 47% os diagnosticados numa fase de maior generalização.

Presentemente e no seu conjunto todas estas doentes necessitam ou virão a necessitar de cuidados de reabilitação. Como consequência das medidas de carácter curativo ou paliativo utilizadas no tratamento destes tumores, (cirurgia, radioterapia, quimioterapia) podem surgir várias complicações (articulares, cicatrizes viciosas, alterações neurológicas e posturais, linfedema). Qualquer delas isoladamente ou em conjunto podem provocar alterações com grau variável de repercussão sintomática e funcional, que são susceptíveis de melhorar significativamente com a instituição de programas de reabilitação.

Nos tumores da mama com diagnóstico precoce, submetidos a cirurgia e especialmente se esta é complementada com radioterapia, torna-se obrigatório o cumprimento sistemático de medidas como as que se referem no Quadro I.

QUADRO 1-Medidas de Reabilitação no Cancro da Mama Tratado Precocemente

1 Pré-operatório:

- Avaliação da função do ombro;
- Cinesiterapia respiratória;
- Treino e correcção posturais;
- Treino e fortalecimento do membro superior;

2 Post-operatório imediato (3.º ao 6.º dia):

- Contensão elástica do membro;
- Posicionamento do membro com o ombro em abdução e rotação externa;
- Fortalecimento isométrico do membro;
- Manutenção das amplitudes articulares do cotovelo, punho e dedos através de exercícios assistidos;
- Cinesiterapia respiratória;

3 Post-operatório tardio:

- Manutenção das amplitudes articulares e fortalecimento muscular através de exercícios activos;
- Massagem para libertação das cicatrizes;
- Posicionamento correcto e regular observação para a detecção precoce de complicações;

As doentes tratadas numa fase avançada e a quem é feita paliativamente radioterapia e quimioterapia, têm tendência a desenvolver especialmente dois tipos de complicações locais. Umas, são resultado da própria acção directa das radiações sobre as estruturas regionais como ulceração cutânea e a nevrite dos ramos do plexo braquial. Outras, são consequência da acção indesejavelmente fibrosante da radioterapia e dela resultam lesões tróficas da articulação do ombro com fibrose periarticular a que se associam frequentemente alterações músculo-esqueléticas de toda a cintura escapular, assim como fibrose do parênquima pulmonar e da própria parede torácica, e ainda lesões dos nervos periféricos e linfedema. Todas estas situações podem ainda ser mais agravadas pela própria imobilização regional o que inevitavelmente exagera a limitação articular, o desequilíbrio postural e a diminuição funcional.

A aplicação precoce de um programa de exercícios para mobilização activa da região, associado à aplicação de Ondas-curtas ou Ultra-sons, caso não haja contraindicação para a sua aplicação local, serão medidas de escolha que permitirão prevenir estas complicações.

A massagem com consequente melhoria circulatória local e acção mecânica de deslocamento tem indicação nestes casos, podendo igualmente evitar ou ajudar a resolver os problemas cutâneos, de que a manifestação mais desagradável é a ulceração.

As alterações ventilatórias, devem ser contrariadas e compensadas através da instituição precoce de cinesiterapia respiratória.

As lesões dos nervos periféricos, neste caso ramos do plexo braquial do lado afectado, são o resultado do envolvimento dos feixes nervosos por tecido fibroso com compressão dos axónios e eventual lesão vascular. Será provavelmente este o mecanismo do estabelecimento das lesões de degenerescência walleriana, encontradas em estudos necrópsicos nestes casos⁸. Estas alterações estarão na origem dos quadros clínicos de compromisso do segundo neurónio, que aparece entre 4 a 30 meses em 70% das mulheres após o tratamento com altas doses⁸. Nestes casos, o programa de reabilitação destina-se a tratar o edema, a rigidez articular, as atrofia musculares, as posições e atitudes vicio-

sas assim como a dor e as alterações cutâneas de modo a conseguir-se a melhor adaptação possível. Tais objectivos são atingidos através de posicionamentos adequados, massagem evacuadora, aplicação de correntes excitomotoras, cinesiterapia e uso de ortóteses apropriadas. Estas podem ser de uso transitório e nesse caso destinam-se à protecção da extremidade ou posicionamento segmentar adequado. Se são de carácter definitivo servem então, não só para proporcionar posicionamentos correctos mas também para permitir o aproveitamento total das funções remanescentes, particularmente as dos segmentos distais dos membros superiores. Todas elas deverão obedecer à norma genérica de serem leves, confortáveis e esteticamente aceitáveis. Preenchem estes requisitos vários tipos de ortóteses sendo as mais usadas as de tipo helicoidal desenvolvida pela escola de Nancy⁹, as ortóteses de Wardlow muito utilizadas por Wynn-Parry¹⁰ e a ortótese de Hammonet que permite a preensão distal através de um comando mioeléctrico¹¹.

De todas as complicações, o linfedema, pela incidência e incapacidade que provoca, merece uma referência especial. O seu aparecimento oscila entre 6,7% e 62,5% conforme o tipo de cirurgia e se esta é ou não associada a radioterapia. Os casos de edema muito grave do membro (aumento superior 35% do volume) são 10% do total. No domínio da terapêutica fisiátrica, ao programa classicamente seguido e que inclui posicionamentos adequados, exercícios isométricos, pressoterapia, e contensão elástica precoce, contrapõe-se mais recentemente um outro esquema¹². Este fundamenta-se na convicção de que a fibrose que envolve a raiz do membro será responsável pela dificuldade da drenagem da linfa. Deste modo todas as tentativas que visem apenas forçar o esvaziamento da parte distal do membro, manterão a situação, pois não farão mais do que recircular um líquido no interior de uma área fechada. A eliminação do bloqueio fibrótico proximal será a condição para iniciar e conseguir eficazmente a drenagem distal. Tal desideratum poderá ser obtido com a ultrassonoterapia em aplicação pulsátil sobre a raiz do membro. Esta terapêutica pela sua acção mecânica sobre os tecidos e quando coadjuvada pela massagem e posicionamento, pode também estimular a revascularização linfática. Em ambos os programas terapêuticos, naturalmente deve ser advogado o uso de diuréticos, a restrição de sal e o tratamento das eventuais infecções locais.

A colocação de uma prótese mamária e/ou a reconstrução mamária, completam a integração destas doentes. Seja qual for a fase da sua doença o acompanhamento por grupos de mastectomizadas é fundamental para que estas doentes consigam ultrapassar as suas próprias dificuldades de adaptação psicológica, familiar e social.

CANCRO DOS OSSOS DAS EXTREMIDADES

Estes tumores correspondem a cerca de 2% dos tumores em geral, embora a sua incidência seja maior (6,5%) abaixo dos 15 anos. É o quinto tumor em frequência e ocupa o quinto lugar nas causas de morte nestas idades¹³.

Os últimos 15 anos caracterizaram-se por um importante progresso na abordagem dos tumores malignos primitivos dos ossos. A introdução de novos meios auxiliares de diagnóstico que permitem uma detecção mais precoce e as inovações a nível terapêutico (cirurgia e quimioterapia) permitiram a obtenção de resultados significativamente mais positivos em termos de capacidade funcional e tempos de sobrevivência¹⁴.

A valorização dos resultados da quimioterapia tem-se mostrado difícil pela sua variabilidade, provavelmente pela não homogeneização de critérios de selecção e *staging*, oscilando entre 25% e 90%^{15,16} a sobrevida aos 2-3 anos nas

várias estatísticas. É no entanto um consenso actual que é possível curar 50-60% dos doentes com osteosarcomas operáveis que não tenham metástases na altura de diagnóstico, quando submetidos a cirurgia e quimioterapia intensiva peroperatória^{17,18}.

a) Princípios Gerais de Tratamento

Todos os doentes deverão ser submetidos a adequados programas de reabilitação, usufruindo da influência benéfica daquela na solução dos seus problemas específicos. Estes dependem não só de factores individuais como a idade, profissão, perfil psicológico, etc., mas também do tipo de solução médico-cirúrgica adoptada. Esta escolha deverá orientar-se segundo conceitos de carácter médico e funcional. A este propósito será útil ter presente que nos membros superiores as funções principais estão relacionadas com a mão e o cotovelo, sendo de menor importância as do ombro. A nível do membro inferior, cuja função principal é de suporte, a estabilidade é fundamental, sendo a fixação articular preferível à presença de articulações não controladas. Outra noção a reter é a de que a manutenção da articulação do joelho é fundamental por duas ordens de razões. A primeira resulta do facto que as cartilagens de conjugação proximais ao joelho serem responsáveis pelo crescimento de cerca de 60% do membro inferior. Daí que as crianças submetidas a ressecção do joelho, por exemplo aos 8 e 10 anos apresentem no final do período de crescimento um encurtamento de cerca de 15 e 10 cm respectivamente¹⁹, dos quais apenas cerca de 6 a 8 cm podem ser razoavelmente compensados. Consequentemente a conservação daquela região proporciona uma importante diminuição dos problemas relacionados com o crescimento. A segunda razão para a escolha de soluções que permitam conservar o joelho, resulta da importância daquela articulação a nível de economia de marcha. Nestes casos haverá sempre menores gastos energéticos, maior velocidade e mais adequadas largura e cadência de passo.

b) Reabilitação e terapêutica conservadora

Relativamente ao tratamento cirúrgico, verifica-se ter havido nesta última década, uma marcada tendência no sentido da conservação dos membros, modificação resultante dos avanços nos conceitos e nas técnicas de *limb-sparing*²⁰. Ao método clássico de amputação dos membros como única solução para a completa e eficiente remoção da região tumoral, surgiram novas alternativas de ressecção cirúrgica em bloco, seguidas ou não de reconstrução da região. A utilização de auto e alo-enxertos ósseos²¹ implantes metálicos, próteses endógenas de crescimento, a execução de plastias de rotação com aproveitamento da articulação tibio-társica²², a ressecção segmentar óssea com irradiação extra corporal e reimplantação com conservação total do membro²³ são algumas das soluções actualmente possíveis, e cuja escolha depende das disponibilidades técnicas e humanas existentes e também das características individuais de cada caso. São indicações para o uso destas técnicas o não envolvimento do pedículo neuro-vascular, pele e tecidos moles e a boa colaboração dos doentes.

A reabilitação nestes casos, visa a manutenção ou melhoria das amplitudes articulares e força muscular, o controle do edema e da dor, sendo frequentemente necessário a adaptação de prótese e ortóteses. Nestas situações as ortóteses destinam-se a permitir um bom alinhamento dos segmentos e também a diminuir o peso exercido sobre determinadas zonas, usando-se para o conseguir nos membros inferiores, pontos de descarga como o isquion ou o tendão rotuliano.

c) Reabilitação e terapêutica de amputação

No que diz respeito às amputações, será vantajoso lembrar que, mesmo considerando as situações mais mutiladoras, como sejam as desarticulações das cinturas, o potencial de reabilitação existe e é significativo. Assim o demonstraram Liernard e Lejeune²⁴ num estudo envolvendo vinte e um doentes que sofreram desarticulações das cinturas escapular ou pélvica, em quem verificaram médias de sobrevida de 21 meses, 16 dos quais sem doença, tendo 6 doentes voltado a trabalhar, 9 a praticar desporto, 6 a guiar automóvel e 19 retomando a sua vida social. Os problemas que surgem na reabilitação destes doentes não são significativamente diferentes dos existentes perante outros amputados. O objectivo primordial é sempre a obtenção de um elevado grau de função, independência e capacidade, a nível individual, familiar, profissional e social²⁵. Para o conseguir é necessário rentabilizar o potencial funcional que todo o amputado possui. A noção de que amputação é sinónimo de prótese, desde que o doente a aceite e a adaptação seja exequível, tem aqui a sua mais significativa e apropriada aplicação.

As amputações por tumores dos ossos são sempre processos programados e por isso apresentam-se com a enorme vantagem de proporcionarem ao doente um período de adaptação à sua futura condição de amputado, permitindo a sua familiarização com as exigências que o uso de uma prótese acarreta e a realização de treinos pré-operatórios como o de marcha e equilíbrio com dispositivos auxiliares.

Devemos também ter presente que a localização da lesão condiciona desfavoravelmente a escolha do nível de amputação pois limita-a a certas zonas, que poderão não ser as mais favoráveis para uma boa protecção em termos de confecção da prótese, adaptação, gastos energéticos na marcha e harmonia estética²⁶.

Referem-se em seguida as principais medidas a aplicar nestes doentes (Quadro 2 e 3) para a obtenção dos objectivos atrás referidos.

QUADRO 2 - Medidas de Reabilitação nas Amputações por Tumores dos Ossos dos Membros

Pré-Operatórias:

- Cinesioterapia respiratória;
- Cinesioterapia correctiva postural;
- Fortalecimento muscular;
- Treino de equilíbrio e marcha com auxiliares (amput. m. inf.);
- Treino do membro contralateral (amput. do m. sup. dominante);

QUADRO 3 - Medidas de Reabilitação nas Amputações por Tumores dos Ossos dos Membros

Post-Operatório:

- Programa idêntico ao pré-operatório;
- Preparação do coto;
- Treino de marcha c/ prótese provisória;
- Adaptação à prótese definitiva (A.V.D.);

IMOBILIDADE NOS DOENTES ONCOLÓGICOS

Estudos realizados em voluntários saudáveis, demonstram que a inactividade e imobilização podem provocar alterações profundas a nível de diferentes órgãos e sistemas⁴. Os doentes oncológicos, em consequência da própria doença e das

terapêuticas usadas estão sujeitos frequentemente a longos períodos de imobilidade e acamamento com múltiplas consequências patológicas. No Quadro 4 estão resumidas as principais complicações da imobilidade e as medidas de Medicina Física e Reabilitação mais adequadas e eficazes para as prevenir ou tratar.

Naturalmente que está fora do âmbito deste trabalho analisar pormenorizadamente cada item do quadro referido, dada a variedade e multiplicidade de estruturas e funções que podem ser afectadas. Gostaríamos, no entanto de relevar a importância, quer no diagnóstico quer na terapêutica da abordagem simultaneamente multidisciplinar e integrativa destes doentes.

APRECIACÃO FINAL

A doença oncológica é actualmente um problema da maior relevância médica e social.

Como se mostrou pela apresentação de algumas *Situações tipo*, a própria doença ou as terapêuticas usadas determinam o aparecimento de uma grande variedade e polimorfismo de problemas. Todos eles têm de comum o provocarem graus

variados de incapacidade que se repercutem sempre negativamente sobre a qualidade de vida destes doentes.

A maior parte destas situações pode ser resolvida com o recurso a meios e técnicas de Medicina Física e Reabilitação.

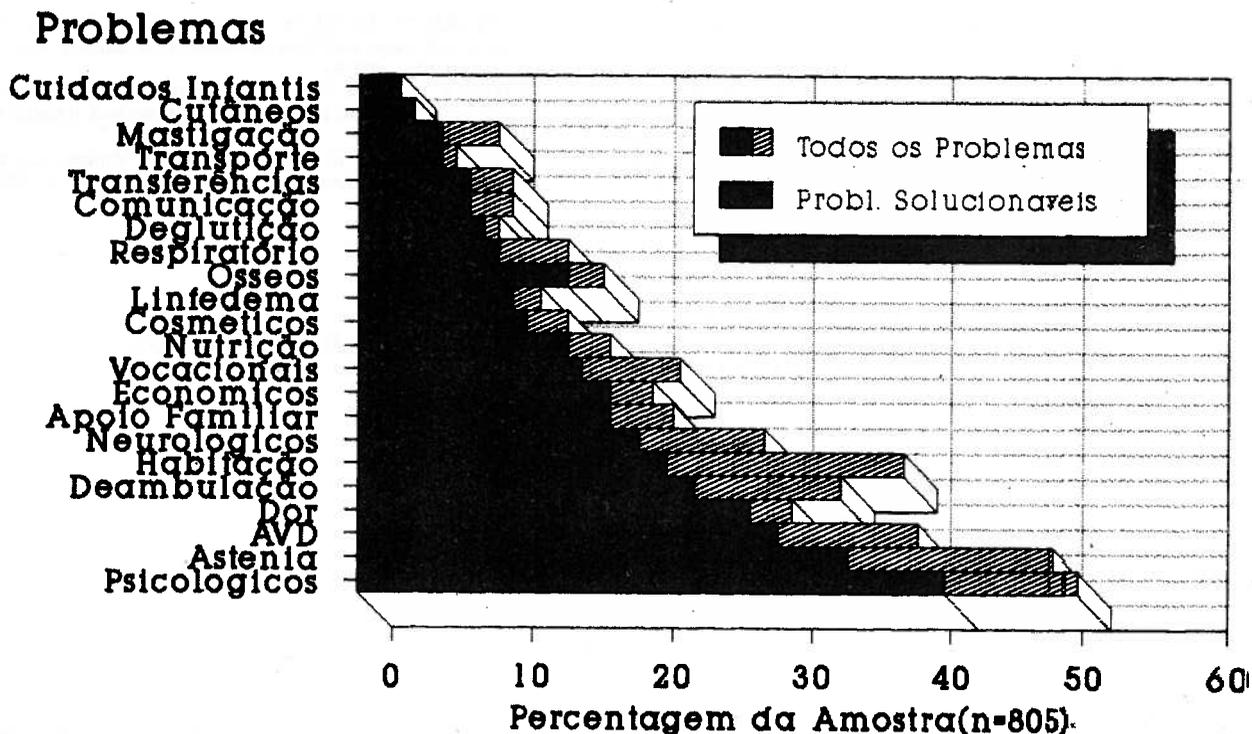
A contribuição genérica da Fisiatria para a solução desta problemática, tem sido analisada por múltiplos autores^{4,5,24} e foi-o de uma maneira que podemos considerar paradigmática e inequívoca por Leheman⁵ (Fig. 1) ao estudar 805 casos de uma grande variedade de doenças oncológicas.

As conclusões que se podem tirar desta abordagem global, e que se tornou clássico citar, demonstram que uma grande percentagem destes problemas pode ser susceptível de ser melhorada ou até eliminada através de meios de reabilitação.

O papel insubstituível do Fisiatra como especialista a funcionar em interligação com a Equipa Oncológica de Médicos e Cirurgiões, e como chefe da própria Equipa de Reabilitação, que inclui Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais e da Fala, Ortoprotésicos etc., deve ser realçado neste conjunto multidisciplinar. Através da acção conjunta de todos, será possível somar ao êxito do tratamento médico e cirúrgico o sucesso da reabilitação, e conseguir em conjunto proporcionar a estes doentes não só uma vida mais longa mas principalmente da mais elevada qualidade.

QUADRO 4 — Imobilidade Prolongada

Sistemas	Complicações	Prevenção e/ou Tratamento
Músculo-Esquelético	Contracturas ↓ Força Muscular — 3 a 5% dia ↓ Resistência Física Osteoporose	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de enfermagem e posicionamento • Mobilização articular global 2× dia (passiva e activa assistida) • Exercícios isométricos de 20 a 30% dia força máxima, vários segundos, vários × dia
Cardio-vascular	† Frequência cardíaca ↓ Pressão sistólica — hipotensão ortostática † Viscosidade sanguínea — fenómenos trombo-embólicos	<ul style="list-style-type: none"> • Restabelecimento dos reflexos ortostáticos e o retorno das condições cardio-circulatórias leva 3 a 4 semanas; • Mobilização articular precoce; • Levante progressivos com meias elásticas • Exercícios isométricos; NOTA: O uso de anti-coagulantes > risco quimioterápico.
Respiratório	↓ Capacidade vital Alterações da ventilação/perfusão Perturbação do mecanismo da tosse	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilização e mudanças de decúbito frequentes; • Drenagem brônquica; • Tosse assistida;
Endócrino	† Catabolismo proteico Balanço negativo de cálcio	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios activos; • Dieta apropriada;
Urinário	Retenção urinária Calculose renal Infecção aparelho urinário	<ul style="list-style-type: none"> • Hidratação adequada; • Acidificação da urina; • Esvaziamento completo da bexiga (manobras)
Digestivo	Anorexia Obstipação	<ul style="list-style-type: none"> • Exercício; • Vigilância da dieta; • Estabelecimento horário intestinal; • Lactulose;
Pele	Úlceras de decúbito	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento factores de risco; • Correção nutricional; • Educação do doente e familiares; • Protecção das zonas de risco; • Correção nutricional;



Adapt. Lehmann Arch. Phys. Med. Rehabil. Vol. 59 1978

Fig. 1—Doentes oncológicos. Problemas específicos solucionáveis por medidas de reabilitação.

BIBLIOGRAFIA

1. Cancer Facts and Figures: American Cancer Society, 1982;
2. Saúde em números, vol. 1, N.º 2, Outubro 1986 Serviço de Informação de Saúde Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários;
3. CAYOLLA DA MOTA L, FALCÃO J.M.: Atlas do cancro em Portugal 1980/82. Public. Ministério da Saúde Departamento e Planeamento da Saúde 1987;
4. DELISA J.A., MILLER R.M., MELNIK R.R., MIKULIK H.A., GERBER L.H.. Rehabilitation of the cancer patients: Cancer Principles and Practice of Oncology. Edit. DeVita Chp. 57—2.ª ed. Lippincot 1985.
5. LEHMAM J.F., DELISA J.A., WARREN C.G., DELATEUR B.J., BRYANT P.L.S., NICHOLSON C.G., Cancer Rehabilitation: assessment of need, development and evaluation of a model of care Arch. Phys. Med. Rehab.—vol. 59, Sept. 1978; 410-419.
6. STANLEY K., STERNWARD J., Koroltchark V. Women and cancer. Wld. Lith statist. quart. 40, 1987.
7. FISCHER. B: of the breast—Cancer, Principles and Practice of Oncology. Edit. DeVita chp. 34—2.ª Ed. Lippincot 1985.
8. ADAMS R.D., VICTOR M.: Principles of Neurology—2.ª ed.—Chp. 45.
9. BOUCHÉ-CHAILLY C. et al Plexus Brachial et Medicina de Rééducation—Edt. L. Simon at Allien, Masson, Paris 1982; 116-122.
10. WYNN-PARRY C.b., Management of periohereal nerve injuries and traction lesios of brachial plexus Inter. Rehab. Med. 1978-1979; 1, 9-20.
11. JESEL M.: Paralyssies Périphériques: Médecine de Rééducation—Médecine de Rééducation—Cap. 24. Edit. A. Grossiord et J.P. Held.
12. FOLDI, MICHAEL Lymphedema. Edema Edit. N.c. Staub et A.E. Taylor Raven Press, New York 1984.
13. MALAWER M.M., ABELSON H.T., SUIT H.D., Sarcomas of Bone: Cancer, Principles and Practice of Oncology—Edit. DeVita Chp. 37—2.ª ed. Liffencot 1985.
14. SOUHAMI R., CRAFT A., Progress in management of malignant bone tumors J. Bone Joint Surg. (Br) 1988, 70-B: 345-7.
15. M.R.C. Working Party, A trial of chemotherapy in patients with osteosarcoma: a report to the Medical Research Council by their Working Party on Bone Sarcoma Br. J. Cancer 1986, 53-513.
16. ROSEN G., CAPARROS B., HUVOS A.G., et al: Preoperative chemotherapy for osteogenic sarcoma: selection of postoperative adjuvant chemotherapy based on the response of the primary tumour to preoperative chemotherapy Cancer 1982; 49: 1221-0.
17. WINKLER, K., BERON G., KOTZ R., et al. Neoadjuvant chemotherapy for osteogenic sarcoma: results of a cooperative German-Austrian study J. Clin. Oncol. 1984; 2: 217-24.
18. LINK M.P., GOORIN A.M., MISER A.W. et al. The effect of adjuvant chemotherapy on replase-free survival in patient mith

- osteosarcoma of the extremity *New Engl. J. Med.* 1986; 134: 1600-6.
19. VAN DER EIJKEN J.W., Limb Salvage in Sarcomas in Children *W.J. Surgery* Vol. 12, N.º 3, June 1988; 318-25.
 20. GEBHART M.J., LANE J.M. Management of Bone Sarcomas in Children *W.J. Surgery* vol. 12, N.º 3, June 1988; 299-306
 21. SHUIND, F., BURNY F., LEJEUNE G.J.: Microsurgical free fibular Bone transfer: A technique for reconstruction of large skeletal defects following resection of high-grade malignant tumors *W.J. Surgery* vol. 12, N.º 3, June 1988, 301-17
 22. KOTZ, R., SALZER, M., Rotation plasty for childhood osteosarcoma of the distal part of the femur; *J. Bone Joint Surg.* 64 A: 959; 1982.
 23. UYTENDAELE, D., SCHRYVER A., et al. Limb conservation in primary bone tumors by resection, extracorporeal irradiation and reimplantation; *J. Bone Joint Surg. (Br)* 1988; 70; 348-53
 24. LIENARD D., LEJEUNE F.J. Upper lower limb desarticulation in soft tissue and bone sarcomas *W.J. Surgery*, vol. 12, N.º 3; June 1988; 340-44.
 25. STONER E.K., in *The Management of the lower extremity amputee; Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation*; Ed. Krusen 1982.
 26. ROCHA A.D., et al.; Da Amputação à Prótese (na doença isquémica do membro inferior) *Arq. Reumt.* Vol. 7: 1985; 151-60

Pedido de Separatas:
M.S.V. Fernandes
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação
Hospital de Santa Maria
1699 Lisboa Codex

COMENTÁRIO

A MEDICINA DE REABILITAÇÃO

Ao lermos o artigo intitulado *Reabilitação em Oncologia*, da autoria dos Drs. M.S.V. Fernandes e J.M. Jordão, interrogamo-nos sobre o porquê de em tão importante matéria tão pouco se ter escrito.

Não serão os doentes do foro oncológico candidatos a usufruir algo dos benefícios que a Medicina Física e de Reabilitação lhes pode conceder?

Longe disso.

Creemos que a resposta a esta interrogação se alicerça sobretudo no facto da Medicina Física e de Reabilitação continuar ainda, entre nós, a ser muitas vezes deficientemente compreendida porque desconhecido o seu valor intrínseco e a sua projecção científica, humanitária, social e económica.

As instituições hospitalares, intensamente preocupadas com os problemas curativos da Medicina e da Cirurgia, quase têm ignorado a importância da prevenção que caracteriza um dos objectivos da Reabilitação.

Muitas vezes, sobretudo nos casos de prolongada imobilidade ou de cronicidade das doenças, a reabilitação tardia de complicações não resultantes da patologia básica determina grandes consumos de tempo a elevados dispêndios económicos.

Lenta e progressivamente, porém, os Médicos deste específico ramo da Medicina, isto é, os Fisiatras, vêm demonstrando a razão de ser da sua especialidade e da importância de se tratar todo e qualquer doente em perfeito diálogo e mútua colaboração com os colegas de outros ramos da Medicina.

A Reabilitação reveste uma forma pluridimensional actuando não só no aspecto preventivo das complicações como e sobretudo na análise e valorização das potencialidades do doente.

São essas potencialidades que fazem com que todo o Ser Humano valha pelas capacidades que lhe restam e não por tudo aquilo que a doença ou o acidente lhe fez perder.

A precocidade do diagnóstico, do prognóstico e do programa terapêutico elaborados pelo Fisiatra contemplando, de igual modo, a especificidade de características de cada doente, da sua contínua evolução física, psicológica e vocacional bem como a análise da receptividade que a Sociedade lhe oferece, são factores relevantes para o estudo da sua integração na vida familiar, profissional e social com características de dignidade pessoal e com o máximo de felicidade, independência e de produtividade.

De um modo especial, o doente oncológico, com a vastidão de problemas que encerra e com o aumento da esperança de vida que a evolução da ciência lhe vem permitindo, constitui um foco polarizador dos cuidados da Medicina Física e de Reabilitação.

Grato nos é registar o interesse despertado pelos autores do artigo a que nos referimos, que tão esclarecidamente demonstram o valor da reabilitação em oncologia.

Evaristo da Fonseca