

Artigo original

Perfil dos pacientes atendidos em fisioterapia dermatofuncional

Profile of patients treated in integumentary physical therapy

Pascale Mutti Tacani*, Camila dos Santos Arcas, Ft.***, Fernanda Ferreira Duarte da Silva, Ft.***, Marina Carasco, Ft.***, Aline Fernanda Perez Machado**, Rogerio Eduardo Tacani***

.....
*Docente do Centro Universitário São Camilo, Departamento de Fisioterapia, **Centro Universitário São Camilo, ***Docente da Universidade Cidade de São Paulo, Pós-Graduação em Fisioterapia Dermatofuncional

Resumo

Introdução: Por ser uma das áreas mais recentes da fisioterapia, muitos serviços públicos ainda não dispõem da especialidade dermatofuncional, dificultando traçar o seu perfil populacional. **Objetivo:** Identificar o perfil dos pacientes atendidos em fisioterapia dermatofuncional, no âmbito hospitalar e ambulatorial, em São Paulo – SP, Brasil. **Métodos:** Estudo retrospectivo por análise de 421 prontuários dos pacientes atendidos no estágio do Centro Universitário São Camilo. As variáveis foram analisadas pelo teste de Igualdade de Duas Proporções ou *Mann-Whitney*. **Resultados:** O gênero feminino prevaleceu (73,1%), com idade de 51,1 ± 16 anos, IMC de 27,5 ± 5,7 kg/m² e escolaridade entre ensino médio completo e fundamental incompleto (p = 0,616). Neoplasia da mama (60,8%), tempo de evolução de 2 a 5 anos (20,2%) e tratamento cirúrgico (80,1%) foram os mais encontrados. Assim como as queixas de dor (44%) e edema nos membros (39,1%) juntamente com diagnóstico fisioterapêutico de alteração vascular (75,1%). **Conclusão:** A população estudada foi caracterizada pela prevalência de mulheres, por volta dos 50 anos, com sobrepeso, grau de escolaridade entre médio e fundamental, com diagnóstico de câncer de mama, tempo de evolução de 2 a 5 anos, com predomínio de tratamento cirúrgico, diagnóstico fisioterapêutico de alterações vasculares e queixas de dor e edema.

Palavras-chave: perfil de saúde, serviço hospitalar de fisioterapia, neoplasias da mama, cirurgia plástica, complicações pós-operatórias.

Abstract

Introduction: As one of the newest areas of physical therapy, many public services do not yet have the dermatofuncional specialty, making it difficult to trace their population profile. **Objective:** To identify the profile of patients treated in integumentary physical therapy at the Hospital and outpatient units, in Sao Paulo/SP. **Methods:** Retrospective study through the analysis of 421 medical records of patients treated at São Camilo University Centre. The variables were analyzed using the Test for Equality of Two proportions or *Mann-Whitney*. **Results:** Female gender was the most prevalent (73.1%), mean age 51.1 ± 16 years, BMI 27.5 ± 5.7 kg/m² and schooling level between complete high school and incomplete elementary school (p = 0.616). Breast cancer (60.8%), time of disease progression from 2-5 years (20.2%) and surgical treatment (80.1%) were the most prevalent information, as complaint of pain (44%), swelling in the limbs (39.1%) and physiotherapeutic diagnosis of vascular dysfunction (75.1%). **Conclusion:** The study population was characterized by the prevalence of women aged ≥ 50, overweighted, with elementary and high school schooling levels, with a diagnosis of breast cancer, time of disease progression 2-5 years, prevalence of surgical treatment, physiotherapeutic diagnosis associated with vascular dysfunction and complaints of pain and swelling in the limbs.

Key-words: health profile, physical therapy department, hospital, breast neoplasms, surgery, plastic, postoperative complications.

Recebido em 28 de novembro de 2012; aceito em 15 de abril de 2013.

Endereço de correspondência: Pascale Mutti Tacani, Av. Nazaré, 1501, Ipiranga, 04263-100 São Paulo SP, E-mail: pascale.tacani@hotmail.com

Introdução

Atualmente, a fisioterapia enquanto ciência mantém o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades como seu objeto de estudo, porém vem ampliando seus objetivos, perspectivas e áreas de atuação. Inseriu-se na promoção de saúde, na prevenção de doenças e manteve seu caráter reabilitativo. Dentro desse contexto, cresceram diversas subáreas, as quais primam pela isenção de doença e qualidade de vida condizente com o bem-estar psico-físico-social, acrescentando-se autoimagem, beleza e harmonia das formas como umas das mais recentes necessidades do homem [1,2].

Dentre as especialidades reconhecidas recentemente pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito), destaca-se a fisioterapia dermatofuncional (Resolução Coffito nº. 362/2009) a qual objetiva prevenir, promover e/ou restaurar o sistema tegumentar (e correlatos) perante distúrbios endócrino, metabólico, dermatológico, linfático, circulatório, osteomioarticular e/ou neurológico (Resolução Coffito nº. 394/2011), atuando na capacidade funcional e na qualidade de vida do indivíduo.

Os pacientes com tais distúrbios podem apresentar dores, parestesias, limitações funcionais, pruridos, edemas importantes, feridas abertas que favorecem infecções, além de alterações psicoemocionais. O fisioterapeuta pode utilizar uma série de recursos próprios, objetivando a reabilitação e retorno às atividades de vida diária o mais precoce possível, mesmo quando se trata de alterações estéticas [1-4].

Porém, por ser uma das áreas mais recentes da fisioterapia, muitos serviços públicos ainda não dispõem desta especialidade, dificultando o acesso da população mais carente aos tratamentos oferecidos, observando-se na prática clínica que a maioria dos pacientes os buscam em clínicas particulares, dificultando ao profissional traçar o perfil populacional daqueles que também necessitam, mas não podem se utilizar de serviços privados [5]. A fim de ampliar esse panorama, surgiu a necessidade de se investigar o perfil desses pacientes, correlacionando com suas doenças e disfunções para se identificar como a fisioterapia dermatofuncional pode atuar com os usuários do SUS. Pouco se tem evidenciado na literatura [4-6] a respeito do perfil populacional e da atuação dessa área, denotando carência de informações à própria classe de fisioterapeutas e aos demais profissionais da saúde para que possam encaminhar os pacientes para serviços especializados [1,4,5]. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi identificar o perfil dos pacientes atendidos em fisioterapia dermatofuncional, no âmbito hospitalar e ambulatorial, em São Paulo/SP.

Material e métodos

Estudo retrospectivo por análise de prontuários, aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário São Camilo (nº 31/10) em conformidade com a resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. As informações foram

coletadas no Centro de Promoção e Reabilitação em Saúde e Integração Social (PROMOVE), no Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC) e no Hospital Ipiranga (HI), ambos em São Paulo/SP.

Selecionaram-se 421 prontuários dos pacientes atendidos no estágio de fisioterapia dermatofuncional do Centro Universitário São Camilo, no período de agosto de 2007 a julho de 2010, sendo 208 no PROMOVE, 105 no IBCC e 108 no HI, coletando-se identificação do paciente, data de nascimento, gênero, escolaridade, Índice de Massa Corporal (IMC), diagnóstico médico, tempo de evolução da doença, tratamento médico, diagnóstico fisioterapêutico e queixas. Foram excluídos os prontuários cujas informações estivessem incompletas em três ou mais itens.

A análise estatística foi descrita em porcentagem, média e desvio padrão (DP) e utilizou-se o teste de Igualdade de Duas Proporções para as variáveis: número de prontuários, gênero, escolaridade, diagnóstico médico, tempo de evolução da doença, tratamento médico, diagnóstico fisioterapêutico e queixa e *Mann-Whitney* para comparação entre gênero e faixa etária e gênero e IMC. O nível de significância foi estipulado em 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados

Dos 421 prontuários analisados, permaneceram 386 (91,7%), dos quais a descrição de gênero, faixa etária, IMC e nível de escolaridade encontram-se na Tabela I.

Os diagnósticos médicos gerais e respectivos subtipos de diagnósticos estão representados na Tabela II. Observaram-se 426 diagnósticos gerais e 447 subtipos de diagnósticos, pois em alguns casos, o mesmo paciente apresentou mais de um diagnóstico ou subtipo deste.

O tempo de evolução da doença referiu-se ao período transcorrido entre o diagnóstico até o início da fisioterapia, e foi prevalente entre 2 e 5 anos ($n = 78$; 20,2%) seguido por 1 a 2 anos ($n = 68$; 17,6%; $p = 0,358$) e 1 a 3 meses ($n = 56$; 14,5%), sem diferença significativa ($p = 0,240$) em relação a 1 e 2 anos. O tratamento médico cirúrgico ($n = 309$; 80,1%; $p < 0,001$) prevaleceu em relação ao medicamentoso ($n = 150$; 38,9%).

Os diagnósticos fisioterapêuticos ($n = 521$) e seus respectivos subtipos ($n = 567$) foram categorizados conforme Tabela III.

As queixas principais foram categorizadas de acordo com a Tabela IV.

Discussão

O estudo foi retrospectivo por meio da análise de prontuários, verificando-se o maior número de dados possíveis, a fim de compreender e analisar os fatores de exposição prévios importantes para delimitar futuros estudos prospectivos. Excluíram-se 8,3% ($n = 35$), representando

Tabela I - Perfil dos pacientes com relação às variáveis número de prontuários, gênero, faixa etária, IMC e nível de escolaridade.

Prontuários	Geral	Incluídos	Excluídos	p-valor
	n = 421	91,7% (n = 386)	8,3% (n = 35)	< 0,001*
Gênero	Geral	Feminino	Masculino	
	n = 386	73,1% (n = 282)	26,9% (n = 104)	< 0,001*
Faixa Etária (Anos)	51,1 ± 16	51,6 ± 14,9	49,8 ± 18,8	0,439**
IMC (Kg/m²)	27,5 ± 5,7	28 ± 5,8	25,9 ± 5,4	0,010**
Escolaridade (n = 386)		n	%	p-valor
	Não Informado	185	47,9	< 0,001 ¹
	Ensino médio completo	61	15,8	0,616 ²
	Ensino fundamental incompleto	56	14,5	
	Ensino fundamental completo	33	8,5	
	Ensino superior completo	27	7	
	Ensino médio incompleto	13	3,4	
	Ensino superior incompleto	7	1,8	
Analfabeto	4	1		

Valores de $p < 0,05$ considerados significantes; *Teste de Igualdade de Duas Proporções; **Teste de Mann-Whitney; ¹Valor de p na comparação com as demais variáveis de escolaridade; ²Valor de p na comparação entre Ensino médio completo e Ensino fundamental incompleto.

índice menor comparado a Moraes *et al.* [7] 11,88% (n = 34) e Tacani, Machado, Tacani [6] 37,25% (n = 19), os quais obtiveram suas variáveis pela revisão de prontuários também. A exclusão ocorreu pela falta de informações, demonstrando a relevância de se anotar dados de forma adequada para futuro uso desses.

A prevalência do gênero feminino (73,1%; n = 282), mostrou que as mulheres tem grande preocupação com a saúde, buscando tratamentos devido a insatisfação com a própria imagem e o pudor relacionado ao parceiro, podendo estar ou não associados ao desconforto físico, visando sempre o padrão de beleza imposto pela sociedade [8,6,9]. Ademais, há a predisposição para algumas doenças, como o câncer e a obesidade. O câncer de mama é o mais frequente no mundo, atingindo 28% das neoplasias malignas femininas no Brasil e é a principal causa de mortalidade feminina [10,11]. O sobrepeso e a obesidade na população brasileira é maior no gênero feminino, atingindo de 53,1% a 61,9%, com idade entre 40 e 69 anos [6,12,13]. Esses dados corroboram o presente estudo, pois o câncer de mama foi a neoplasia mais prevalente (60,5%), o IMC acima do normal ($28 \pm 5,8$ kg/m²) e idade de $51,6 \pm 14,9$ anos.

Além disso, 96% dos pacientes em cirurgia plástica são do gênero feminino [8], sendo o segundo diagnóstico médico mais frequente encontrado na população avaliada. Estudos brasileiros apontam a prevalência de mulheres (84,3% [6], 49% [14] e 62,5% [15]) em serviços de fisioterapia, tanto públicos como privados, pela carga extra de afazeres, ligada às tarefas domésticas, trabalho e sustento da família, aumentando a incidência de disfunções osteomioarticulares e pela ampliação da fisioterapia atuando em diferentes condições de saúde, atendendo as queixas femininas de forma mais adequada [14,15].

Em relação à idade, observou-se média de $51,1 \pm 16$ anos, com mínima de 1 ano e máxima de 87 anos, mostrando que tanto doenças infantis quanto geriátricas podem causar disfunções dermatológicas e/ou vasculares, como queimaduras [16], epidermólise bolhosa [17] e úlceras por pressão devido as doenças neurológicas [18]. Para cirurgia plástica nota-se uma faixa etária de adultos jovens (21 a 35 anos) [8] enquanto que o câncer [7,11] e doenças reumatológicas, como a osteoartrose [19] permeiam os 50 anos. Para doenças neurológicas, como o acidente vascular encefálico [20] e doenças vasculares, a prevalência aumenta com a idade, atingindo pessoas por volta dos 60 anos [21,22].

A maioria dos prontuários coletados não continha dados sobre a escolaridade (47,9%) e dos 52,1% restantes, 15,8% tinham completado o ensino médio e 14,5% ainda tinham o ensino fundamental incompleto, estando de acordo com Tournieux *et al.* [8], os quais avaliaram 90 pacientes submetidas à cirurgia plástica e a maioria (36%) tinham o ensino médio, mas difere de Machado e Nogueira [15], pois dos 386 pacientes atendidos em três serviços de fisioterapia (particular, municipal e estadual) 31,1% eram analfabetos. Os resultados mostraram uma heterogeneidade quanto à escolaridade, possivelmente pela diferença de idade e apesar dos locais de coleta serem afiliados ao SUS, se aceitam encaminhamentos de redes particulares.

Os diagnósticos médicos mais encontrados foram o câncer (41,3%) e pós-operatório de cirurgia plástica (28,4%), possivelmente porque nos locais de coleta se recebem encaminhamentos de serviços oncológicos e de cirurgia plástica, devido ao crescimento dessas áreas e pela demanda de pacientes que necessitam de fisioterapia especializada em oncologia e cirurgia plástica [7,10].

Tabela II - Distribuição do diagnóstico médico e respectivos subtipos.

Diagnóstico médico geral				Subtipos do diagnóstico médico geral				
(n = 426)	n	%	p-valor	(n = 447)	n	%	p-valor	
Câncer	176	41,3	<0,0011	n=177	Mama	107	60,8	<0,0012
					Cabeça e pescoço	30	17	
					Útero	21	11,9	
					Tecidos moles	7	4	
					Melanoma	6	3,4	
					Outros	6	3,4	
Pós-operatório Cirurgia Plástica	121	28,4	<0,0011	n=131	Abdominoplastia	64	52,9	<0,0012
					Blefaroplastia	21	17,3	
					Mamoplastia	16	13,2	
					Lipoaspiração	7	5,8	
					Enxerto	6	4,9	
					Outros	17	14	
Doença Cutânea	26	6,1		n=30	Úlcera por pressão	11	42,3	NS
					Úlcera Venosa	6	23,1	
					Queimadura	4	15,4	
					Hanseníase	3	11,5	
					Outros	6	23,1	
Doença Vascular e Linfática	24	5,6		n=24	Linfedema secundário	9	37,5	NS
					Insuficiência Venosa	7	29,2	
					Tromboflebite	5	20,8	
					Linfedema primário	3	12,5	
Doença Neurológica	23	5,4		n = 23	Acidente Vascular	7	30,4	NS
					Lesão Medular	4	17,4	
					ECNP	4	17,4	
					Neuropatia	3	13,0	
					Outros	5	21,7	
Doença Ortopédica	22	5,2		n = 28	Osteoartrose	15	68,2	<0,052
					Fratura	7	31,8	
					Fibromialgia	2	9,1	
					Hérnia de disco	2	9,1	
					Tendinite	2	9,1	
Pós-operatório Cirurgia Ortopédica	18	4,2		n = 18	PO fratura MMII	12	66,7	<0,052
					PO fratura MMSS	3	16,7	
					Artrodese coluna	2	11,1	
					PO LCA	1	5,6	
Outros	16	3,8		n = 16	Doença Respiratória	4	25,0	NS
					Doença Cardíaca	3	18,8	
					Doença Reumatológica	3	18,8	
					Doença Endócrina	3	18,8	
					PO de Cirurgia Geral	3	18,8	

Valores de p < 0,05 considerados significantes; Teste de Igualdade de Duas Proporções; 1 Valor de p na comparação com os demais diagnósticos; 2 Valor de p na comparação com os demais subtipos de diagnóstico;

Legenda: PO = Pós-operatório; ECNP = Encefalopatia Crônica Não Progressiva; MMII = Membros Inferiores; MMSS = Membros Superiores; LCA = Ligamento Cruzado Anterior;

Nota: Linfedema secundário não incluiu os casos de linfonodectomia.

O aumento dos procedimentos em cirurgia plástica também se refletiu neste estudo, pois foi o segundo diagnóstico mais encontrado e a abdominoplastia (48,5%) o mais prevalente, provavelmente pela crescente procura para correção das deformidades da parede abdominal

[23,8] e algumas complicações como seroma, equimose, deiscência, comuns a tal procedimento [9,22,23], podem ser minimizados pela fisioterapia dermatofuncional, a qual também pode favorecer a viabilidade de retalhos cutâneos [24].

Tabela III – Distribuição do diagnóstico fisioterapêutico e respectivos subtipos.

Diagnóstico Fisioterapêutico Geral				Subtipos do Diagnóstico Fisioterapêutico Geral				
	n	%	p-valor		n	%	p-valor	
Alterações Vasculares e Linfáticas	290	75,1	<0,0011	n=297	Linfedema MMSS	90	31	<0,0012 0,0513
					Edema PO Corporal	69	23,8	
					Linfedema MMII	46	15,9	
					Edema MMII	37	12,8	
					Edema PO Facial	30	10,3	
					Linfedema Facial	18	6,2	
					Outros	7	2,4	
Alterações Cutâneas	140	36,3		n=153	Aderência/Fibrose	85	60,7	<0,0012
					Deiscência	18	12,9	
					Fibroproliferativas	16	11,4	
					Úlcera por Pressão	11	7,9	
					Feridas/Lesões	11	7,9	
					Úlcera Venosa	6	4,3	
					Hematomas	6	4,3	
Alterações Músculo-esqueléticas	52	13,5		n=58	Limitação de ADM	42	80,8	<0,0012
					Fraqueza	16	30,8	
					Plegia/Paresia	17	73,9	
Alterações Neurológicas	23	6,0		n=43	Sensibilidade	17	73,9	
					Parestesia	9	39,1	
Não Informado	16	4,1						

Valores de $p < 0,05$ considerados significantes; Teste de Igualdade de Duas Proporções; 1Valor de p na comparação com os demais diagnósticos; 2Valor de p na comparação com os demais subtipos de diagnóstico; 3Valor de p na comparação entre Linfedema MMSS e Edema PO corporal.

Legenda: PO = Pós-operatório; ADM = Amplitude de Movimento; MMII = Membros Inferiores; MMSS = Membros Superiores; Nota: Linfedema Facial envolve a região facial e cervical; Edema de MMII inclui fleboedemas, lipedemas e edemas pós-traumáticos; Outros: edemas reumatológicos, idiopáticos e síndrome da retenção hídrica; Fibroproliferativas: se refere às cicatrizes hipertróficas e quelóides; Feridas/Lesões se refere a diversos tipos de feridas, queimaduras e úlcera de Marjolin; Sensibilidade se refere à hipostesia e anestesia devido à alteração neurológica.

Tabela IV – Queixas dos pacientes categorizadas em 5 aspectos.

Queixa relacionada (n=447)	n	%	p-valor	
Dor	170	44%	< 0,0011	0,1652
Edema	151	39,1%		
Disfunção Articular	47	12,2%	0,8243	NS
Disfunção Muscular	45	11,7%		
Disfunção Cicatricial ou Cutânea	34	8,8%		

Valores de $p < 0,05$ considerados significantes; Teste de Igualdade de Duas Proporções; 1Valor de p na comparação com as demais queixas; 2Valor de p na comparação entre Dor e Edema; 3Valor de p na comparação entre Disfunção Articular e Muscular; NS: Diferença NS entre Disfunção Cicatricial ou Cutânea e Disfunção Articular e/ou Muscular.

O diagnóstico fisioterapêutico mais observado foi o relacionado a alterações vasculares e linfáticas (75,1%) como edemas pós-operatórios, linfedema de membros e face e edemas por causas diversas nos MMII. Estima-se que existam 450 milhões de pessoas com distúrbios linfáticos, ou seja, 15% da população mundial [21] e o linfedema de MMSS devido à mastectomia e linfonodectomia teve destaque (30,3%). Sabe-se que é alta a incidência dessa complicação [11,25] e possivelmente esteve alta nesse estudo devido ao câncer de mama ser o mais prevalente. O linfedema é uma complicação severa que evolui progressivamente associado à limitação de

movimento e parestesias [11,25], também observados neste estudo (72,4% e 60,5%, respectivamente).

Dentre as alterações cutâneas (36,3%), as aderências e fibroses prevaleceram (55,5%), pois os tratamentos cirúrgicos e por radioterapia levam ao processo de cicatrização e eventuais complicações cutâneas [11,25].

A dor é o principal sintoma que leva os indivíduos a procurarem serviços de saúde e foi a queixa mais encontrada (44%) juntamente com edema (39,1%), presentes em um grande número de disfunções, pois o aumento de peso e volume do membro edemaciado comprime as estruturas nervosas e tra-

ciona as ligamentares e tendíneas, além do fator psicológico desencadeado pela deformidade estética do membro [11,25], associados a disfunções osteomioarticulares crônicas [19] e pós-operatórios, também encontrados na amostra estudada.

O caráter crônico das doenças foi marcante neste estudo, pois o tempo de evolução de 2 a 5 anos foi o período mais frequente (20,2%) e mesmo nos casos mais recentes, como nos pós-operatórios (1 e 3 meses), já tardio para reabilitação, a demora se deva pela espera no tempo de marcação das consultas, problema constante no atendimento SUS [14] ou, pelo encaminhamento tardio à fisioterapia [25].

Conclusão

Apesar de ainda não ser um trabalho completo de perfil clínico-epidemiológico dentro de todas as subáreas da fisioterapia dermatofuncional, pôde-se caracterizar os principais problemas de saúde apresentados pelos pacientes que buscam essa especialidade. Dessa forma, este estudo contribuiu para nortear os próprios fisioterapeutas e outros profissionais, esclarecendo quais pacientes podem ser encaminhados, favorecendo a qualidade do tratamento especializado para cada indivíduo.

Contudo, as possibilidades de pesquisa e informações sobre essa área ainda estão distantes de serem esgotadas, por isso sugerem-se mais estudos sobre o perfil dos pacientes que buscam a fisioterapia dermatofuncional no contexto particular e em outros estados brasileiros, a fim de favorecer seu crescimento e padronizar as ações terapêuticas para os pacientes.

Observou-se que a população estudada no âmbito hospitalar e ambulatorial, em São Paulo/SP, foi caracterizada pela prevalência de mulheres, por volta dos 50 anos, com sobrepeso, grau de escolaridade entre médio e fundamental, diagnóstico de câncer de mama, tempo de evolução de 2 a 5 anos, predomínio de tratamento cirúrgico, diagnóstico fisioterapêutico de alterações vasculares (linfedema) e queixas de dor e edema.

Referências

1. Tacani RE, Pires de Campos MSM. A fisioterapia, o profissional fisioterapeuta e seu papel em estética: Perspectivas históricas e atuais. *Rev Bras Cienc Saúde* 2004;2(4):46-9.
2. Nascimento MC, Sampaio RF, Salmela JH, Mancini MC, Figueiredo IM. A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. *Rev Bras Fisioter* 2006;2(10):241-7.
3. Guirro ECO, Guirro RRJ. *Fisioterapia Dermato-Funcional: fundamentos, recursos e patologias*. 3ª ed. São Paulo: Manole; 2002.
4. Milani GB, João SMA, Farah EA. *Fundamentos da fisioterapia dermatofuncional: Revisão de literatura*. *Fisioter Pesq* 2006;13(1):37-43.
5. Meyer PE, Medeiros JO, Oliveira SSG. O papel psicossocial do ambulatório de fisioterapia dermatofuncional na saúde da população de baixa renda. *Fisioter Mov* 2003;16(4):55-61.
6. Tacani PM, Machado AF, Tacani RE. Perfil clínico dos pacientes atendidos em fisioterapia dermatofuncional na clínica da Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS. *Rev Bras Cienc Saúde* 2009;6(21):36-43.

7. Moraes AB, Zanini RR, Turchiello MS, Riboldi J, Medeiros LR. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Publica* 2006;22(10):2219-28.
8. Tournieux TT, Aguiar LFS, Almeida MWR, Prado LFAM, Radwanski HN, Pitanguy I. Estudo prospectivo da avaliação da qualidade de vida e aspectos psicossociais em cirurgia plástica estética. *Rev Bras Cir Plast* 2009;24(3):357-61.
9. Azevedo de Brito MJ, Nahas FX, Bussolaro RA, Shinmyo LM, Barbosa MVJ, Ferreira LM. Effects of abdominoplasty on female sexuality: A pilot study. *J Sex Med* 2012;9:918-26.
10. Gouveia OEX, Melo ECP, Pinheiro RS, Noronha CP, Carvalho MS. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. *Cad Saúde Pública* 2011;27(2):317-26.
11. Khan F, Amatya B, Pallant JF, Rajapaksa I. Factors associated with long-term functional outcomes and psychological sequelae in women after breast cancer. *Breast J* 2012;21(3)314-20.
12. Abrantes MM, Lamounier JA, Colosimo EA. Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões nordeste e sudeste do Brasil. *Rev Assoc Med Bras* 2003;49(2):162-6.
13. Olinto MTA, Nacul LC, Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S. Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública* 2006;22(6):1207-15.
14. Siqueira FV, Facchini LA, Hallal PC. Epidemiology of physiotherapy utilization among adults and elderly. *Rev Saúde Pública* 2005;39(4):663-8.
15. Machado NP, Nogueira LT. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de fisioterapia. *Rev Bras Fisioter* 2008;12(5):401-8.
16. Coutinho BBA, Balbuena MB, Anbar RA, Anbar RA, Gomes AK, Gomes APYN. Perfil epidemiológico de pacientes internados na enfermaria de queimados da Associação Beneficente de Campo Grande Santa Casa/MS. *Rev Bras Cir Plast* 2010;25(4):600-3.
17. Horn HM, Priestley GC, Eady RAJ, Tidman MJ. The prevalence of epidermolysis bullosa in Scotland. *Br J Dermatol* 1997;136:560-4.
18. Samaniego IA. A sore spot in pediatrics: risk factors for pressure ulcers. *Dermatol Nurs* 2004;16(2):153-9.
19. Leite AA, Costa AJG, Matheos de Lima BA, Padilha AVL, Cavalcanti de Albuquerque E, Marques CDL. Comorbidades em pacientes com osteoartrite: frequência e impacto na dor e na função física. *Rev Bras Reumatol* 2011;51(2):113-23.
20. Jaul E. Assessment and management of pressure ulcers in the elderly: current strategies. *Drugs Aging* 2010;27(4):311-25.
21. Kafajian-Haddad AP, Sanjar FA, Hiratsuka J, Debs PGK, Fernandes MBR, Kafajian O. Análise dos pacientes portadores de linfedema em serviço público. *J Vasc Br* 2005;4(1):55-8.
22. Pereira GJM, Massari PG, Rosinha MY, Brandão RM, Casas ALF. Epidemiological data and comorbidities of 428 patients hospitalized with erysipelas. *Angiology* 2010;61(5):492-4.
23. Cintra Júnior W, Modolin M, Gobbi CIC, Gemperli R, Ferreira MC. Abdominoplastia circunferencial em pacientes após cirurgia bariátrica: avaliação da qualidade de vida pelo critério adaptativo. *Rev Bras Cir Plast* 2009;24(1):52-6.
24. Tacani PM, Liebano RE, Pinfildi CE, Gomes HC, Arias VE, Ferreira LM. Mechanical stimulation improves survival in random-pattern skin flaps in rats. *Ultrasound Med Biol* 2010;36(12):2048-56.
25. Bergmann A, Koifman RJ, Koifman S, Ribeiro MJP, Mattos IE. Upper limb lymphedema following breast cancer surgery: prevalence and associated factors. *Lymphology* 2007;40(Suppl):96-106.