

# Abordagem fisioterapêutica do Cisto de Baker

Regilane Lima Costa<sup>1</sup>

draregilane\_fisio@hotmail.com

Prof.<sup>a</sup> Ms. Dayana Priscila Maia Meija<sup>2</sup>

Pós-graduação em Reabilitação em Ortopedia e Traumatologia – Faculdade FAIPE

## Resumo

*Este artigo vem trazer o resultado de uma revisão bibliográfica acerca do tratamento fisioterapêutico do cisto de Baker, ou também chamado de cisto poplíteo, que se caracteriza por uma hipertrofia da bolsa sinovial que separa o tendão da porção medial dos gastrocnêmicos do tendão do semimembranoso. Dentro desse contexto pontuou-se como problemática o seguinte questionamento: Quais os benefícios do tratamento fisioterapêutico no Cisto de Baker? Para tanto se elencou como objetivo geral descrever via autores os benefícios do tratamento fisioterapêutico do Cisto de Baker. Com relação a metodologia trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica de caráter qualitativo com a identificação das fontes bibliográficas através da BVS, nas bases de dados da SCIELO e LILACS. O período de coleta de dados aconteceu entre abril e maio de 2015, seguindo os critérios de inclusão: artigos publicados em português no período de 2004 a 2014, disponíveis completos on-line. Foi encontrado um total de 19, e selecionados que correspondia a temática estudada. Por fim, salienta-se que o cisto de Baker consiste em um achado frequente, sendo muito prevalente em pacientes adultos com lesões meniscais ou artrose do joelho. O tratamento geralmente deve ser direcionado à patologia intra-articular. O cisto em si, geralmente, não demanda tratamento e pode regredir após o tratamento da lesão associada.*

**Palavras-chave:** Fisioterapia; Exercício; Cisto de Baker.

## 1. Introdução

Este trabalho vem apresentar o tema: “Abordagem fisioterapêutica do Cisto de Baker”, onde se pontua através dos estudos de Demange (2011, p. 630) que o cisto de Baker, ou cisto poplíteo, apresenta-se como um aumento de volume na região posterior do joelho. Estes cistos foram descritos pela primeira vez por Adams em 1840, mas se popularizaram com a descrição de Baker em 1877. Em sua descrição, Baker postulou que a formação deste cisto decorre de acúmulo de líquido na bursa do tendão do semimembranoso, havendo comunicação entre este e a articulação, porém com fluxo de líquido em um único sentido, em direção ao cisto, limitado por uma válvula. Posteriormente à descrição de Baker, diversos trabalhos descreveram os cistos poplíteos e observaram que o cisto de Baker corresponde a um cisto localizado entre a cabeça medial do músculo gastrocnêmio e o tendão do semimembranoso.

---

<sup>1</sup> Pós Graduando em Fisioterapia em Reabilitação em Ortopedia e Traumatologia

<sup>2</sup> Orientadora Doutoranda em Saúde Pública, pela Universidade de Ciências Empresariais UCES/Argentina. Mestre em Aspectos Bioéticos e Jurídicos da Saúde, pela Universidade do Museu Social Argentino, Buenos Aires. Especialista em Metodologia do Ensino Superior, pela Universidade Federal do Amazonas. Possui graduação em Fisioterapia pela Fundação Nilton Lins (2005)

Dentro desse contexto pontuou-se como problemática o seguinte questionamento: Quais os benefícios do tratamento fisioterapêutico no Cisto de Baker? Para tanto se elencou como objetivo geral descrever via autores os benefícios do tratamento fisioterapêutico do Cisto de Baker.

Para almejar a este objetivo dividiu-se este nos específicos: (01) Contextualizar acerca do contexto histórico da fisioterapia e suas principais finalidades; (02) Apresentar o conceito do Cisto de Baker; e, (03) Delinear algumas atividades que podem auxiliar no tratamento fisioterapêutico do Cisto de Baker.

Com relação à metodologia trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica de caráter qualitativo com a identificação das fontes bibliográficas através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os descritores: Fisioterapia; Exercício; Cisto de Baker.

O período de coleta de dados aconteceu entre abril e maio de 2015, seguindo os critérios de inclusão: artigos publicados em português no período de 2004 a 2014, disponíveis completos *on-line*. Foi encontrado um total de 19, e selecionados que correspondia a temática estudada.

## 2. Fundamentação Teórica

### 2.1 Fisioterapia seu contexto histórico e suas finalidades

Na antiguidade, período compreendido entre 4.000 a.C. e 395 d.C. havia uma forte preocupação com as pessoas que apresentavam as chamadas “diferenças incomodas”; este termo era então utilizado para abranger o que na época era considerado de “doença”. Havia uma preocupação em eliminar essas “diferenças incomodas” através de recursos, técnicas, instrumentos e procedimentos.

De acordo com Souto (2012, p. 39) os agentes físicos já eram utilizados para reduzir essas diferenças. Os médicos na antiguidade conheciam os agentes físicos e os empregavam em terapia. Já utilizavam a eletroterapia sob forma de choques com um peixe elétrico no tratamento de certas doenças. O hábito de utilizar as formas de movimento como recurso terapêutico remonta há vários séculos antes da era cristã.

Nessa época acreditava-se que o uso da ginástica estava unicamente nas mãos dos sacerdotes e que era empregada somente com fins terapêuticos, ou seja, os movimentos do corpo humano, quando estudados, racionalizados e planejados eram utilizados no tratamento de disfunções orgânicas já instaladas. Ainda de acordo com a autora, no ano de 2698 a.C. o imperador chinês Hoong-Ti criou um tipo de ginástica curativa que continha exercícios respiratórios e exercícios para evitar a obstrução de órgãos.

Lindman (*apud* Souto, 2012, p. 78) acrescenta que: na medicina Trácia e Grega a terapia pelo movimento constituía uma parte do tratamento médico. Galeno (130 a 199 d.C.) conseguiu através de uma ginástica planejada do tronco e dos pulmões corrigir o tórax deformado de um rapaz até chegar a condições normais.

O que se pretendia era basicamente curar os indivíduos que fossem portadores de alguma doença ou deformidade. Na idade média as “diferenças incomodas” eram consideradas como algo a ser exorcizado. Foi um período onde ocorreu uma interrupção

dos estudos na área da saúde. A interrupção desses estudos parece ter tido dois aspectos principais: o corpo humano foi considerado como algo inferior e as camadas superiores da nobreza e do clero começaram a despertar o interesse por uma atividade física dirigida para um objetivo determinado que era o aumento da potência física. As ordens eclesiásticas eram inimigas do corpo. Os hospitais da idade média tinham caráter eclesiástico, localizavam-se junto aos mosteiros e suas salas de enfermos estavam ao lado das capelas, havendo inclusive altares na sala dos enfermos, não havendo local apropriado para a realização de exercícios (LINDMAN, *apud* SOUTO, 2012).

No Renascimento volta a aparecer alguma preocupação com o corpo saudável. O humanismo e as artes desenvolveram-se e permitiram paralelamente a retomada dos estudos relativos aos cuidados com o corpo e o culto ao físico. Mercurialis apresentou princípios definidos para a ginástica médica que compreendiam:

01. Exercícios para conservar um estado saudável já existente;
02. Regularidade no exercício;
03. Exercícios para indivíduos enfermos cujo estado pode exacerbar-se;
04. Exercícios individuais especiais para convalescentes;
05. Exercícios para pessoas com ocupações sedentárias. (SOUTO, 2012).

Nessa época nota-se uma preocupação com o tratamento e os cuidados com o organismo lesado e também com a manutenção das condições normais já existentes em organismos sãos. No final do renascimento o interesse pela saúde corporal começa a especializar-se.

Conforme Lindman (*apud* Souto, 2012, p. 92), na fase de transição entre o renascimento e a fase da industrialização o uso de recursos físicos passa a ter influência no mundo ocidental. Don Francisco Y Ondeano Amorós (1779-1849) que não era médico, dividiu a ginástica em quatro pontos, e um deles era a cinesioterapia com a finalidade de manutenção de uma saúde forte, tratamento de enfermidades, reeducação de convalescentes e correção de deformidades.

Na época da industrialização volta o interesse pelas “diferenças incômodas”. O novo sistema maquinizado, otimizando a crescente produção industrial trouxe o excesso de trabalho, onde a população oprimida era submetida a exaustiva e excessivas jornadas de trabalho, as condições alimentares e sanitárias eram precárias provocando novas doenças como as epidemias de cólera, tuberculose pulmonar, alcoolismo, e os acidentes do trabalho. Surge então a preocupação das classes dominantes para não perder ou diminuir a sua fonte de riqueza e bem estar gerados pela força de trabalho das classes baixas.

Conforme escreve Souto (2012, p. 91), o exercício físico e as outras maneiras de atuar caracterizam a Fisioterapia no século XX. Klapp desenvolveu em sua técnica a posição de gato para o tratamento dos desvios laterais da coluna vertebral (escolioses) e Kohlransch (1920) situa a cinesioterapia sobre todos os métodos relaxadores e distensores e desenvolve o tratamento de enfermidades internas e ginecológicas.

Durante a guerra surgem as escolas de cinesioterapia, para tratar ou reabilitar os lesados, ou mutilados que necessitavam readquirir um mínimo de condições para retornar a uma atividade social integrada e produtiva. A Fisioterapia passa a fazer parte da chamada “Área da saúde” e foi evoluindo no decorrer da história, teve seus recursos e formas de

atuação quase que voltada exclusivamente para o atendimento do indivíduo doente, para reabilitar ou recuperar as boas condições que o organismo perdeu.

Souto (2002) descreve as formas de atuação da fisioterapia já evidenciam atuação terapêutica através:

- Do movimento (cinesioterapia);
- Da eletricidade (eletroterapia);
- Do calor (termoterapia);
- Do frio (crioterapia); e,
- Da massagem (massoterapia).

No Brasil, a utilização dos recursos físicos na assistência à saúde iniciou-se pôr volta de 1879, na época da industrialização, devido ao grande número de acidentados do trabalho, e seus objetivos eram voltados para a assistência curativa e reabilitadora. Em 1929 o médico Dr. Waldo Rolim de Moraes, instalou o serviço de fisioterapia do Instituto Radium Arnaldo Vieira para atender aos pacientes da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Posteriormente organizou o serviço de fisioterapia do Hospital das Clínicas de São Paulo. Na década de 50 a incidência de poliomielite atingia índices alarmantes e como consequência o número de indivíduos portadores de sequelas motoras e que necessitavam de uma reabilitação para a sociedade. O número de pessoas acometidas pelos acidentes de trabalho no Brasil se apresentava como um dos maiores da América do Sul, e essa expressiva faixa populacional precisava ser reabilitada para reintegrar o sistema produtivo do país (SILVA, 2009).

Em 1951 surge no Brasil o primeiro curso para a formação de técnicos em fisioterapia. Em 1956 surgiu o primeiro curso com duração de dois anos para formar fisioterapeutas que atuassem na reabilitação. Em 1969 a fisioterapia no Brasil foi regulamentada como profissão através do decreto-lei n.º (938 de 13 de outubro de 1969) (SANCHEZ, *apud* SOUTO, 2012).

## 2.2 CISTO DE BAKER

O Cisto Poplíteo, também chamado de cisto de Baker é um tecido mole, geralmente indolor que se desenvolve na parte posterior do joelho. Ele se caracteriza por uma hipertrofia da bolsa sinovial que separa o tendão da porção medial dos gastrocnêmios do tendão do semimembranoso. Um cisto nada mais é que uma coleção de líquido dentro de uma bolsa de tecido. Estes cistos surgem geralmente associados a joelhos acometidos por artrites, gota, trauma ou inflamação na linha articular (SILVA, 2013).

De acordo com material disponibilizado através da homepage do Concurso Fisioterapia, escrito por Fontes (2014) o cisto (cavidade fechada onde se acumula líquido, podendo ocorrer em qualquer parte do corpo, apesar de ser mais comum em glândulas e órgãos que secretam líquido) de Baker corresponde a um cisto localizado entre a cabeça medial do músculo gastrocnêmio e o tendão do semimembranoso. O líquido localizado em seu interior é viscoso e com alta concentração de fibrina. O interior do cisto pode apresentar lobulações e suas paredes variam de 2 a 8mm.

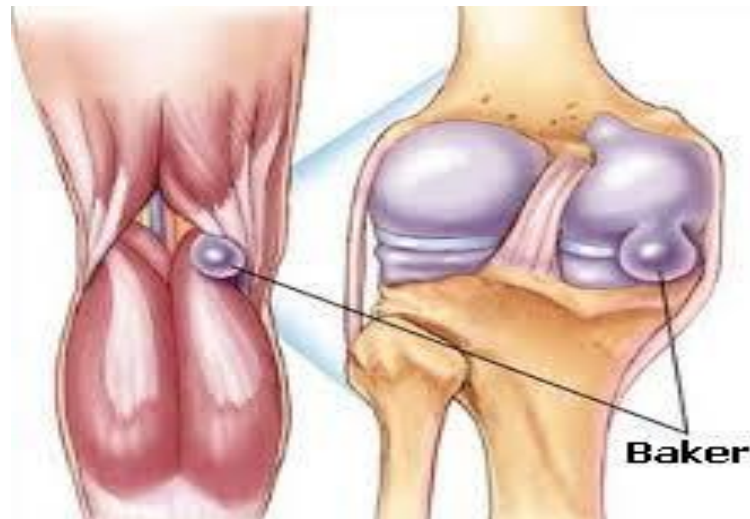


Figura 01. Cisto de Baker

Disponível em: <http://www.concursoefisioterapia.com>. Acessado em 09.mai.2015

De acordo com Ferreira (2011) a forma geométrica do joelho é, do ponto de vista ósseo, desenhada deficientemente para estabilidade. Para aumentar a estabilidade, um sistema fibroelástico ou fibrocartilaginoso do menisco repousa sobre a concha tibial, dependendo assim dos platôs tibiais. Dois meniscos fibroelásticos intra-articulares estão arranjados ao longo da borda periférica da concha tibial. Os meniscos medial e lateral estão inseridos no platô periférico da tibia pelos fortes ligamentos coronários. Os meniscos dependem do líquido sinovial para a nutrição, exceto ao nível dos cornos e na margem externa, onde não há vasos sanguíneos.

O cisto poplíteo ou de Baker é uma estrutura semelhante a uma bolsa, a qual se forma quando excesso de líquido articular é produzido. A quantidade extra de líquido pressiona a cápsula articular formando o cisto. O cisto hérnia para trás no joelho, na fossa poplíteia, entre os músculos de trás do joelho. A maioria das pessoas será capaz de palpar o cisto na depressão na parte posterior da linha articular (SILVA, 2013).

Ainda de acordo com essa autora, A musculatura em torno do joelho tem um papel importante tanto na função normal do joelho quanto na proteção contra lesão. A função da musculatura é diminuir a susceptibilidade do joelho às lesões, direta ou indiretamente. Os músculos que participam nos movimentos da articulação do joelho são:

- Músculo reto femoral (biarticular)

Origem - espinha ilíaca ântero-inferior e sulco acima do acetábulo;

Inserção - base da patela e, através do tendão patelar, na tuberosidade da tibia;

Inervação - N. femoral;

Ação - extensão do joelho.

- Músculo vasto lateral

Origem - no trocanter maior e na parte lateral da linha áspera;

Inserção - bordo lateral da patela;

Inervação - N. femoral;

Ação - extensão do joelho.

- Músculo vasto medial

Origem - linha áspera, medialmente;

Inserção - bordo lateral da patela;

Inervação - N. femoral;

Ação - extensão do joelho.

- Músculo vasto intermédio ou crural

Origem - na face anterior do corpo do fêmur;

Inserção - bordo superior da patela;

Inervação - N. femoral;

Ação - extensão do joelho.

- Músculo poplíteo

Origem - no côndilo lateral do fêmur;

Inserção - nas faces mediais e posterior da tíbia;

Inervação - N. tibial;

Ação - flexão do joelho, rotação interna, fornece estabilidade póstero-lateral e, “destrava” e estabiliza a articulação do joelho.

- Músculo plantar delgado

Origem - linha áspera do fêmur;

Inserção - região posterior do calcâneo;

Inervação - N. tibial;

Ação - auxilia na flexão do joelho.

- Músculo sartório

Origem - espinha ilíaca ântero-superior;

Inserção - parte alta da face medial da tíbia;

Inervação - N. femoral;

Ação - auxilia na flexão e rotação interna do joelho.

- Músculo tensor da fáscia lata

Origem - espinha ilíaca ântero-superior;

Inserção - tracto iliotibial, que se fixa ao côndilo lateral da tíbia;

Inervação - N. glúteo superior;

Ação - ajuda a manter o joelho estendido (estabilização lateral do joelho).

- Músculo grácil

Origem - corpo e ramo inferior do púbis;

Inserção - parte superior da face medial da tíbia;

Inervação - N. obturador;

Ação - auxilia na flexão e rotação interna do joelho.

- Músculo bíceps femoral

Origem - porção longa (P.L.): tuberosidade isquiática porção curta (P.C.): linha áspera do fêmur;

Inserção - as duas porções fundem-se distalmente e vão até a face lateral da cabeça da fíbula;

Inervação - P.L: N. tibial

P.C.: N. fibular comum;

Ação - as duas porções são motoras primárias na flexão e rotação externa do joelho.

- Músculo semitendinoso

Origem - tuberosidade isquiática;

Inserção - superfície medial da parte superior da tíbia;

Inervação - N. tibial;

Ação - flexão e rotação interna do joelho.

- Músculo semimembranoso

Origem - tuberosidade isquiática;

Inserção - parte posterior do côndilo medial da tíbia;

Inervação - N. tibial;

Ação - flexão e rotação interna do joelho.

- Músculo gastrocnêmio (porção lateral e medial)

Origem - face posterior dos côndilos femorais;

Inserção - face posterior do calcâneo, através do tendão calcâneo;

Inervação - N. tibial;

Ação - contribui na flexão do joelho.

Cisto poplíteo ou cisto de Baker (FERREIRA, 2011).



Figura 02. Formação do Cisto de Baker

Disponível em: <http://www.concursoefisioterapia.com>. Acessado em 09.mai.2015

A formação do cisto de Baker é explicada pela presença de uma conexão entre a articulação do joelho e uma bursa (é uma pequena bolsa cheia de líquido (sinóvia) entre o músculo gastrocnêmio e o tendão do semitendíneo permitindo o fluxo de líquido. Existe um efeito de válvula entre o cisto e a articulação, decorrente da ação dos músculos semitendíneo e gastrocnêmio. Durante a flexão a "válvula" se abre e durante a flexão a "válvula" se fecha pela tensão desses músculos. Além disso, a pressão intra-articular do joelho interfere na formação e no enchimento dos cistos poplíteos. A pressão intra-articular durante a flexão parcial do joelho é negativa (- 6mmHg), tornando-se positiva com a extensão do joelho (16mmHg). Assim, esses três fatores - presença da comunicação entre a articulação e a bursa, efeito de "válvula" e variação da pressão intra-articular do joelho - correspondem à explicação patofisiológica da formação dos cistos de Baker.

### **3 Metodologia**

Neste trabalho, se utilizou a pesquisa qualitativa, que Vergara (2009, p. 42) descreve como aquela que: Expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. Não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação.

No que tange à formulação dos objetivos, utilizou-se da pesquisa bibliográfica, que Vergara (2009, p. 43) define como "o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, isto é, material acessível ao público em geral". Também, foi utilizada a tipologia de pesquisa exploratória.

Beuren *et al.* (2006, p. 80-81) vinculam ao tipo de pesquisa em que há pouca disponibilidade de conhecimentos e literatura sobre o tema pesquisado, implicando que: Por meio do estudo exploratório, busca-se conhecer com maior profundidade o assunto, de modo a torná-lo mais claro ou construir questões importantes para a condução da pesquisa. [...] explorar um assunto significa reunir mais conhecimento e incorporar características inéditas, bem como buscar novas dimensões até então não conhecidas. O estudo exploratório apresenta-se como um primeiro passo no campo científico, a fim de possibilitar a realização de outros tipos de pesquisa acerca do mesmo tema, como a pesquisa descritiva e a pesquisa explicativa.

Utilizou-se o método dedutivo, porque segundo Gil (2007, p. 27), é um método que "parte de princípios reconhecidos como verdadeiros e indiscutíveis e possibilita chegar a conclusões de maneira puramente formal, isto é, em virtude unicamente de sua lógica".

### **4 Resultados**

De acordo com a literatura pesquisas, destaca-se que os pacientes com cisto de Baker podem referir a presença de massa ou tumoração na região posterior do joelho. Nas crianças, esses cistos são assintomáticos, sendo achados de exame físico na grande maioria das vezes (Damange, 2011). Nos adultos, esses cistos podem causar dor e



sensação de pressão na região posterior do joelho. Os sintomas são mais intensos ao estender a articulação ou durante a prática de atividades físicas. Na maioria das vezes, as queixas clínicas não se relacionam ao cisto, mas são direcionadas ao problema associado a ele. Assim, as queixas relacionadas à osteoartrite ou à lesão meniscal são mais frequentes (SILVA; FORTUNATO, 2007).

Quando ocorre rotura do cisto de Baker, o quadro clínico consiste em dor abrupta e intensa na região posterior do joelho e da panturrilha. Esse quadro muitas vezes se confunde com o diagnóstico de trombose venosa profunda. Em ambas as situações clínicas podem ocorrer aumento de volume e empastamento da panturrilha. Nos cistos de Baker de grande volume pode ocorrer compressão de estruturas associadas e sintomas clínicos decorrentes desta. Esse quadro é raro, mas deve ser suspeitado quando há correlação entre os sintomas compressivos e a localização do cisto (FONTES, 2012).

Para o exame físico, devemos avaliar o paciente em decúbito ventral e realizar a palpação do joelho em extensão e em flexão de 90 graus. Palpa-se uma massa arredondada, móvel, com sensação de conteúdo líquido e de bordas bem delimitadas. O cisto tende a desaparecer ou diminuir com a flexão de 45 graus do joelho (sinal de Foucher). Este teste é útil para distinguir os cistos de Baker de massas sólidas e fixas que não mudam de posição.

Os sintomas causados por um cisto geralmente são leves. Você pode ter dor ou sensibilidade com o exercício ou pode ter sensação de instabilidade, como se o joelho fosse falhar. Você pode ter dor no joelho devido à causa do cisto, como artrite, trauma ou um problema mecânico com o joelho, como uma lesão meniscal. Junto com estes sintomas você pode sentir um inchaço na parte de trás do joelho. Qualquer situação que aumente a quantidade de líquido na articulação pode aumentar o cisto. Uma situação comum é o cisto aumentar e diminuir com o passar do tempo. Às vezes um cisto surgirá repentinamente embaixo da pele, causando dor e inchaço na panturrilha. Um cisto de Baker rompido será semelhante a uma tromboflebite, por esta razão é importante determinar a correta causa de dor e inchaço na perna. Quando o cisto se romper, o líquido será espalhado e absorvido na panturrilha (SILVA, 2013).

Em geral, quanto maior for o cisto de Baker, mais provável é produzir sintomas. Algumas pessoas também sentem dor ao redor da área do joelho. Menos frequente é a sensação de estalos ou bloqueio do joelho. Este tipo de sintomas está mais relacionado com um problema primário, como a artrose do joelho. Deve-se também descartar a hipótese de uma trombose venosa profunda.

O diagnóstico é realizado através da palpação identificando um nódulo palpável, ou através de uma Ultrassonografia e/ou Ressonância Magnética. A ultrassonografia permite delimitar o tamanho e a localização do cisto de Baker. Geralmente, não há necessidade de exame subsidiário adicional. A ultrassonografia permite avaliar o conteúdo do tumor, podendo se distinguir cistos com conteúdo líquidos de massas sólidas. A radiografia não possui finalidade diagnóstica nos casos de cistos de Baker (SILVA, 2013).

## **5 Discussões**

Na grande maioria dos casos o cisto poplíteo não demanda tratamento. Na infância se faz necessário explicar aos pais da criança de sorte a diminuir a ansiedade em relação à

presença do cisto. Sabe-se que, apesar do tratamento cirúrgico, a recorrência de cisto poplíteo em crianças é de aproximadamente 40%. Além disso, nas crianças tratadas conservadoramente, em aproximadamente metade dos pacientes ocorre remissão parcial ou total da tumoração. Nos adultos, na maioria das vezes o tratamento do cisto de Baker não demanda excisão cirúrgica. O tratamento cirúrgico do cisto de Baker demanda priorizar a abordagem à lesão intra-articular associada. A ressecção isolada do cisto de Baker geralmente leva à recidiva da tumoração. Na mesma linha, a aspiração e injeção local de corticosteroides consistem em medidas temporárias, pois apresenta alta taxa de recorrência do cisto (DAMANGE, 2011).

Dessa maneira tem-se como foco principal da fisioterapia na reabilitação do Cisto de Baker é tratar a lesão primária geradora do cisto, De acordo com Fontes (2012) na fase inicial, o tratamento visa reduzir o edema e a dor, utilizando todos os recursos terapêuticos disponíveis, como por – exemplo a eletroterapia, fototerapia, crioterapia, bandagem funcional entre outras. Os alongamentos podem ser realizados com cuidado, precavendo-se sempre de que não ocorra atrito entre os músculos gastrocnêmio e semimembranoso para não haver pressão sobre o cisto.

### 5.1 Exercícios terapêuticos para cisto de Baker

Um programa de exercícios para o paciente de Cisto de Baker deve basear-se nos padrões de movimentos funcionais que envolvam prontamente diversos segmentos corporais. Devem ser enfatizados os movimentos extensores, abdutores e rotatórios. Os movimentos devem ser rítmicos e recíprocos, devendo progredir no sentido da completa amplitude de movimento. O uso de estimulação verbal, auditiva e tátil propicia reforço sensitivo e ajuda a aumentar a percepção dos movimentos por parte do paciente. Comandos verbais, música, palmas, marchas, espelhos e marcações no piso são todos exemplos de meios auxiliares efetivos para a promoção do bem-sucedido desempenho de uma atividade (O'SULLIVAN; SHIMITZ, 2013).

Deverão ser realizados 2 a 3 vezes por dia e apenas na condição de não causarem ou aumentarem os sintomas (Fig. 03-04).

Deitado, com um elástico na ponta do pé, com a coxa e joelho dobrados a 90°. Mantenha a tensão no elástico enquanto estica o mais possível o joelho, puxado a ponta do pé para si. Mantenha a posição durante 20 segundos. Repita entre 5 a 10 vezes, desde que não desperte nenhum sintoma.

Para o fortalecimento dos ísquio-tibiais (Fig. 05-06) o paciente deverá ficar deitado, com o elástico preso atrás do calcanhar. Puxe o pé para si e deixe-o voltar lentamente à posição inicial. Repita entre 8 e 12 vezes, desde que não desperte nenhum sintoma.



Figura 03. Alongamento da cadeia posterior  
Disponível em: <http://www.concursoefisioterapia.com>. Acessado em 09.mai.2015



Figura 04. Alongamento da cadeia posterior  
Disponível em: <http://www.concursoefisioterapia.com>. Acessado em 09.mai.2015



Figura 05. Fortalecimento de ísquio-tibiais  
Disponível em: <http://www.concursoefisioterapia.com>. Acessado em 09.mai.2015



Figura 06. Fortalecimento de ísquios-tibiais

Disponível em: <http://www.concursoefisioterapia.com>. Acessado em 09.mai.2015

Em pé, apoiado na perna lesada e com esse joelho ligeiramente dobrado. Com a ponta do outro pé tente desenhar um círculo no chão, com o maior diâmetro possível e em que o pé apoiado fique no seu interior (Fig. 07). Repita entre 5 a 10 vezes, desde que não desperte nenhum sintoma.



Figura 07. Propriocepção do membro inferior

Disponível em: <http://www.concursoefisioterapia.com>. Acessado em 09.mai.2015

## 6 Conclusão

Com a chegada do fim desse estudo pode-se observar que os tratamentos fisioterapêuticos adotados para o Cisto de Baker; apresentam-se eficientes, levando-se em conta os fatos de melhora dos aspectos motores.

Como visto neste trabalho, o exercício físico realizado como forma de tratamento na fisioterapia é positivo, pois fornece uma boa qualidade de vida ao paciente. O que se pode verificar no âmbito hospitalar e ambulatorial. O fisioterapeuta tem realizado avanços e contribuído na conquista do bem-estar geral dos pacientes de Cisto de Baker, tanto com ações preventivas bem como com intervenções reabilitadoras.

No presente trabalho os resultados seguem esta literatura, apresentando resultados no quadro clínico e funcional dos pacientes, sendo assim, programas de atividades físicas regulares, para os portadores do Cisto de Baker, têm sido frequentemente propostos para que possam minimizar as consequências da inatividade, favorecendo uma melhor percepção do indivíduo em relação à sua qualidade de vida.

O programa fisioterapêutico tem como objetivo desacelerar a progressão da doença impedindo o desenvolvimento de complicações e deformidades secundárias e manter ao máximo as capacidades funcionais do paciente. A capacidade funcional é um aspecto que vem sendo apontado como indicador de expectativa de vida saudável, uma vez que sua preservação permite a realização de tarefas básicas que garantem a autonomia funcional do idoso.

Por essas razões a fisioterapia se torna um excelente aliado na melhoria da qualidade de vida desses pacientes pela manutenção/melhoria da capacidade funcional, aliada a outras intervenções úteis, permitindo ao portador de Cisto de Baker desenvolver suas atividades de vida diária dentro de uma maior independência possível associado a um retardo no processo de evolução do quadro clínico.

## Referências

BEUREN, Ilse Maria (Org.) [*et al.*]. **Como Elaborar Trabalhos Monográficos**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

DAMANGE, Marcio Kawamura. **Cisto de Baker**. In: Revista Brasileira de Ortopedia. 46(06): 630-33, 2011.

FONTES, Daniela Guimarães. **Cisto de Baker e fisioterapia**. 2014. Disponível em: <<http://www.concursoefisioterapia.com>>. Acessado em 09.mai.2015.

GIL, Antonio C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

O'SULLIVAN, S.B; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia: Avaliação e Tratamento**. 2ª Edição. São Paulo: Editora Manole Ltda. 2013.

SILVA, Maria Eduarda Moraes. **Cisto Poplíteo**. 2013. Disponível em: <<http://movite.com.br>>. Acessado em: 19.abr.2015.

SILVA, PRB; FORTUNATO, JJ. **Efeito do exercício físico no Cisto de Baker**. [Dissertação]. Tubarão: UNISUL. 2007.

SOUTO, Daniela. **História da Fisioterapia**. 2012. Disponível em: <<http://chakalat.sites.uol.com.br>>. Acessado em: 20.mai.2015.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração** 10. ed. São Paulo: Atlas 2009.