

ano 1 ■ número 1

Physikos

VENCENDO A DOR

VIDA DE ATLETA

CAFU

A caminho da
quarta final de
Copa do Mundo



Vigor, força atlética e garra
marcam a história de sucesso
do menino da Vila Irene

FORMAÇÃO

Formando o especialista em medicina desportiva

PALAVRA DO ESPECIALISTA

Esporte e atividade sexual

PONTO DE VISTA

O craque e o ortopedista

achē
É do Brasil

Mirtax[®]

ciclobenzaprina cloridrato

Nos espasmos musculares associados à dor aguda.^{1,2}

Indicações:³ Espasmos musculares associados à dor aguda, e de etiologia músculo-esquelética, como nas fibromialgias, lombalgias e torcicolos.

Coadjuvante de outras medidas para alívio dos sintomas, como, fisioterapia e repouso.



5 mg e 10 mg com 15 comprimidos



5 mg e 10 mg com 30 comprimidos

Posologia:³ 10 mg a 40 mg ao dia, em dose única, ou dividida em até 4 tomadas.

Referências bibliográficas: 1) Katz WA; Dube J. Cyclobenzaprine in the treatment of acute muscle spasm: review of a decade of clinical experience. Clin Ther; 10(2):216-26, 1988. 2) Tollerit JK; Jackson JL; O Malley PG. Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: a meta-analysis. Arthritis & Rheumatism 51(1): 9-13, 2004. 3) FONTE: Bula do produto.

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: MIRTAX 5 e 10 mg, cloridrato de ciclobenzaprina. **Indicações:** Espasmos musculares associados com dor aguda e de etiologia músculo-esquelética, como nas lombalgias, torcicolos, fibromialgia, periartrite escapulohumeral, cervicobraquiálgias. Coadjuvante de outras medidas para o alívio dos sintomas, tais como fisioterapia e repouso. **Contra-Indicações:** HIPERSENSIBILIDADE A COMPONENTES DA FÓRMULA. PACIENTES QUE APRESENTAM BLOQUEIO CARDÍACO, ARRITMIA CARDÍACA, DISTÚRPIO DA CONDUÇÃO CARDÍACA, ALTERAÇÃO DE CONDUTA, FALÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA, HIPERTIREOIDISMO E INFARTO DO MIOCÁRDIO. O USO SIMULTÂNEO DE MIRTAX E INIBIDORES DA MONOAMINOXIDASE (IMAO). **Precauções e Advertências:** DEVE SER UTILIZADO COM CAUTELA EM PACIENTES COM HISTÓRIA DE RETENÇÃO URINÁRIA, GLAUCOMA DE ÂNGULO FECHADO, PRESSÃO INTRA-OCULAR ELEVADA OU NAQUELES EM TRATAMENTO COM MEDICAÇÃO ANTICOLinéRGICA. PACIENTES COM ANTECEDENTES DE TAQUICARDIA, BEM COMO OS QUE SOFREM DE HIPERTROFIA PROSTÁTICA, DEVEM SER SUBMETIDOS À CUIDADOSA AVALIAÇÃO DOS EFEITOS ADVERSOS DURANTE O TRATAMENTO. NÃO SE RECOMENDA A INGESTÃO DO MEDICAMENTO NOS PACIENTES EM FASE DE RECUPERAÇÃO DO INFARTO DO MIOCÁRDIO, NAS ARRITMIAS CARDÍACAS, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA, BLOQUEIO CARDÍACO OU OUTROS PROBLEMAS DE CONDUÇÃO, O RISCO DE ARRITMIAS PODE ESTAR AUMENTADO NOS CASOS DE HIPERTIREOIDISMO. A CAPACIDADE DE DIRIGIR VEÍCULOS OU OPERAR MÁQUINAS PERIGOSAS PODE ESTAR COMPROMETIDA DURANTE O TRATAMENTO. NÃO SE RECOMENDA A ADMINISTRAÇÃO DE MIRTAX DURANTE A GRAVIDEZ. CUIDADOS ESPECIAIS DEVEM SER TOMADOS QUANDO O PRODUTO FOR PRESCRITO A MULHERES QUE ESTEJAM AMAMENTANDO. NÃO FOI ESTABELECIDO A SEGURANÇA E A EFICÁCIA DE CICLOBENZAPRINA EM CRIANÇAS MENORES DE 15 ANOS. OS PACIENTES IDOSOS MANIFESTAM SENSIBILIDADE AUMENTADA A OUTROS ANTIMUSCARÍNICOS E É PROVÁVEL A MANIFESTAÇÃO DE REAÇÕES ADVERSAS AOS ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS RELACIONADOS ESTRUTURALMENTE COM A CICLOBENZAPRINA DO QUE OS ADULTOS JOVENS. OS EFEITOS ANTIMUSCARÍNICOS PERIFÉRICOS DA DROGA PODEM INIBIR O FLUXO SALVAR, CONTRIBUINDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE CÁRIES, DOENÇAS PERIODONTAIS, CANDIDÍASE ORAL E MAL-ESTAR. **Interações medicamentosas:** A ciclobenzaprina pode aumentar os efeitos do álcool, dos barbitúricos e dos outros depressores do SNC. Os antidepressivos tricíclicos podem bloquear a ação hipotensiva da guanilidina e de compostos semelhantes. Antidopaminérgicos e antiarrítmicos podem ter aumentada a sua ação, levando a problemas gastrointestinais e feno paraltico. Com inibidores da monoaminooxidase é necessário um intervalo mínimo de 14 dias entre a administração dos mesmos e da ciclobenzaprina, para evitar as possíveis reações. **Reações adversas:** AS REAÇÕES ADVERSAS QUE PODEM OCORRER COM MAIOR FREQUÊNCIA SÃO: SONOLÊNCIA, SECURA DA BOCA E VERTIGEM. **CARDIOVASCULARES:** TAQUICARDIA, ARRITMIAS, VASODILATAÇÃO, PALPITAÇÃO, HIPOTENSÃO. **DIGESTIVAS:** VÔMITOS, ANOREXIA, DIARRÉIA, DOR GASTRINTestinal, GASTRITE, FLATULÊNCIA, EDEMA DE LÍNGUA, ALTERAÇÃO DAS FUNÇÕES HEPÁTICAS, RARAMENTE HEPATITE, ICTERÍCA E COLESTASE. **HIPERSENSIBILIDADE:** ANAFILAXIA, ANGIOEDEMA, PRURIDO, EDEMA FACIAL, URTICÁRIA E "RASH". **MÚSCULO-ESQUELÉTICAS:** RIGIDEZ MUSCULAR. **SISTEMA NERVOSO E PSIQUIÁTRICAS:** ATAXIA, VERTIGEM, DISARTRIA, TREMORES, HIPERTONIA, CONVULSÕES, ALUCINAÇÕES, INSÔNIA, DEPRESSÃO, ANSIEDADE, AGITAÇÃO, PARESTESIA, DÍPLCPIA, PELE: SUDORESE. **SENTIDOS ESPECIAIS:** PERDA DO PALADAR, SENSÇÃO DE RUÍDOS (AGELUSIA, "TINNITUS"). **UROGENITAIS:** FREQUÊNCIA URINÁRIA E/OU RETENÇÃO. ESTAS REAÇÕES, EMBORA RARAS, REQUEREM SUPERVISÃO MÉDICA. **Posologia:** A dose usual é de 10 a 40 mg ao dia, dividida em uma, duas, três ou quatro administrações, ou conforme orientação médica. A dose máxima diária é de 60 mg. O uso do produto por períodos superiores a duas ou três semanas, deve ser feito com o devido acompanhamento médico. **Condução na superdosagem:** O tratamento é sintomático e de suporte. MS - 1.0573.0293.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

A PERSISTIR OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

CPD 23380.00

Physikos

ano 1 ■ número 1

VENCENDO A DOR

Editor

Newton Marins

Editor Científico

Claudio Gil S. Araújo

Coordenadora Editorial

Jane Castelo

Revisora-Chefe

Claudia Gouvêa

Revisores

Leila Dias

Jeová Pereira

Diretor de Arte

Hélio Malka Y Negri

Programador Visual

João Luis Guedes P. Pereira

Jornalista Responsável

Carlos Macêdo – Reg. 12.918

Editada e Produzida por



Physikos

é uma publicação patrocinada pela



Esta publicação é editada pela Diagraphic Editora. Todos os direitos reservados. As matérias assinadas, bem como suas respectivas fotos de conteúdo científico e referências, são de responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição da editora ou do patrocinador.

Toda correspondência deve ser dirigida à
Av. Paulo de Frontin 707 – Rio Comprido
CEP 20261-241 – Rio de Janeiro-RJ
Telefax: (21) 2502-7405
e-mail: editora@diagraphic.com.br
www.diagraphic.com.br

Mais uma Copa do Mundo se aproxima! Como normalmente acontece, o futebol desperta paixões e curiosidades. Todos nós julgamos entender o jogo e passamos a sugerir esquemas táticos e a escalação do time, mas e o lado médico? A revista *Physikos* tratará de temas de medicina desportiva e, nada mais apropriado neste primeiro número, discutir e priorizar temas ligados ao futebol. Começamos com uma entrevista com o futebolista-padrão Cafu, entremeada com *bits* de informações clínicas do Dr. José Luiz Runco, que o submeteu, recentemente, a uma artroscopia. Ainda da seleção brasileira de futebol, temos o Dr. Serafim Borges, discutindo o polêmico e interessante tema da atividade sexual antes das partidas. O Dr. Osmar Oliveira, experiente médico e jornalista, aborda com sua habitual clareza as peculiaridades dos desalinhamentos posturais e o desempenho dos craques de futebol.

O exercício feito em dias quentes pode trazer conseqüências maléficas para a saúde. Esse tópico é abordado pelo Dr. Carlos Eduardo Cunha, médico com grande experiência clínica no acompanhamento de eventos desportivos de rua, como meias maratonas e maratonas. Complementam este número duas matérias sobre a medicina desportiva e a sua concepção mais moderna, a medicina do exercício e do esporte. Na primeira delas procuramos saciar a curiosidade do colega sobre como é feita a formação do especialista. Na segunda temos um comentário sobre o enfoque e os principais pontos altos do último Congresso Brasileiro de Medicina do Esporte, realizado em abril de 2006, na visão do presidente da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte, Dr. Felix Drummond.

Dr. Claudio Gil S. Araújo

VIDA DE ATLETA 4

Cafu: a caminho da quarta final de Copa do Mundo

FORMAÇÃO 7

Formando o especialista em medicina desportiva
(medicina do exercício e do esporte)

PALAVRA DO ESPECIALISTA 8

Esporte e atividade sexual

FISIOLOGIA 10

Distúrbios causados pelo calor durante a atividade física

EVENTOS 12

XVIII Congresso Brasileiro de Medicina do Esporte

PONTO DE VISTA 13

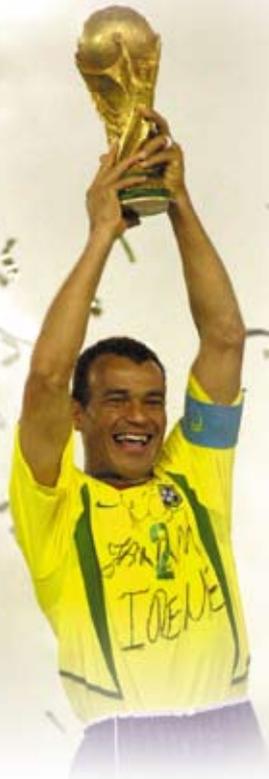
O craque e o ortopedista

Cafu

A caminho da quarta final de Copa do Mundo

Vigor, força atlética e garra marcam a história de sucesso do menino da Vila Irene

Texto de
Augusto Correa



CBFNEWS

A carreira do único jogador em todos os tempos a participar de três finais de Copa do Mundo nunca foi marcada por facilidades. Depois de ser recusado em 12 peneiras (quatro apenas no São Paulo, onde viria a se sagrar bicampeão mundial interclubes), Cafu atingiu o ápice de um jogador de futebol. Além de ter vencido duas copas, foi por mais de dez anos reconhecido mundialmente como o melhor lateral direito do planeta. Seu ponto alto sempre foi a boa condição atlética, destacada e reverenciada por técnicos, médicos e preparadores físicos de todos os continentes.

“Já trabalhei com mais de 800 jogadores ao longo da minha carreira e nunca vi ninguém igual ao Cafu. Ele tem condições de correr com eficiência tanto os 100 metros rasos quanto uma estafante maratona de 42km”, destacou certa vez o fisiologista Turíbio Leite de Barros, que trabalhou com Cafu no São Paulo na década de 1990.

No entanto, mesmo com a genética privilegiada, às vésperas de disputar sua quarta Copa do Mundo, a terceira como

titular e a segunda consecutiva como capitão da seleção brasileira, Cafu tem que brigar contra as lesões para poder jogar. Em fevereiro deste ano, o lateral de 35 anos passou por uma artroscopia no menisco medial do joelho esquerdo. Como vinha reclamando de dificuldade para respirar e de seguidas dores de garganta, Cafu aproveitou o tempo longe dos gramados para corrigir um desvio no septo nasal e retirar as amígdalas.

“Com o nariz em ordem ele vai melhorar inclusive no seu aspecto físico. O ar entrará 100% pelos dois lados e o Cafu vai conseguir correr ainda mais”, destacou o médico Augusto César Lima, do Hospital Pasteur, no Rio de Janeiro, responsável pelas cirurgias de amígdalas e desvio de septo nasal de Cafu.

Ainda em fase final de recuperação, não conseguiu recuperar a posição de titular no Milan, mas ele acredita que não terá problemas para chegar ao Mundial da Alemanha em condições ideais de jogo.

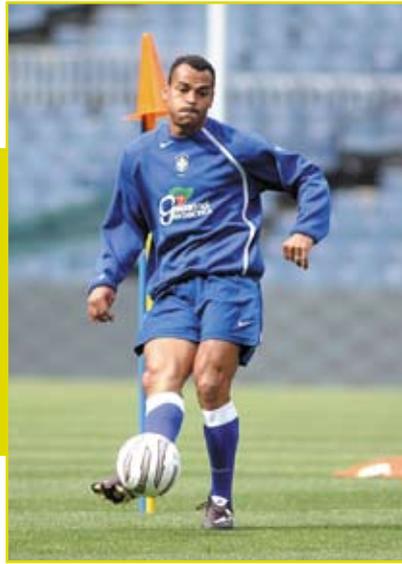
“Sofri uma pequena lesão no joelho esquerdo durante um treinamento do Milan. Com a artroscopia tudo se



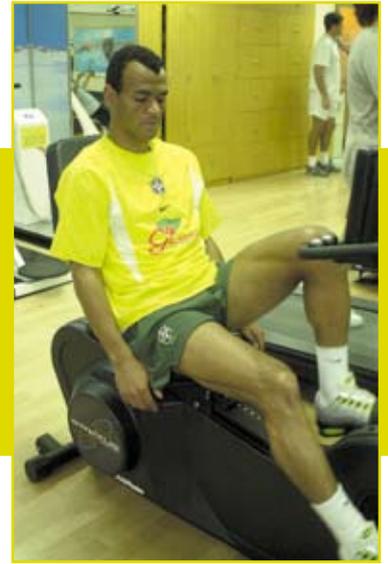
CBFNEWS



CBFNEWS



CBFNEWS



CBFNEWS

resolveu tranquilamente e já estou de volta aos campos, pronto para ajudar a minha equipe no campeonato italiano e na liga dos campeões e também a seleção brasileira. Sem dúvida nenhuma estarei bem durante a Copa do Mundo”, disse Cafu, com a consciência de quem já operou o menisco, em 1999.

Médico do Clube de Regatas Flamengo e da Seleção Brasileira de Futebol, o Dr. José Luiz Runco foi o cirurgião responsável pela recente artroscopia de Cafu. Por conhecer o atleta, a lesão e a capacidade de recuperação do jogador, Runco não tem dúvida alguma sobre a presença do jogador na Alemanha: “Em 1999, Cafu fez uma cirurgia nesse mesmo menisco, mas em outro setor. Na época ele demorou três semanas para se recuperar. Nós temos certeza de que ele disputará a Copa da Alemanha e sem problemas”.

Ainda segundo o Dr. Runco, a cirurgia era absolutamente necessária. A lesão meniscal do jogador atingia cerca de 30% do segmento, impedindo a atividade esportiva de alto nível. Para o especialista, as artroscopias são hoje um método consagrado e que impõem curtos períodos de recuperação aos atletas, mesmo diante de uma competição tão próxima como a Copa do Mundo.

“Mais especificamente no caso do Cafu, além dele ser um atleta em potencial, com força atlética e vigor físico, a lesão estava restrita a uma

área cuja correção permitirá atividade profissional no mesmo alto nível que sempre caracterizou sua história como atleta”, afirma o médico da seleção.

Quem faz coro com os dois é o técnico da seleção brasileira, Carlos Alberto Parreira. Apesar do bom momento do reserva Cicinho no Real Madrid, em todas as entrevistas que concede Parreira faz questão de afirmar que Cafu será o titular do Brasil na partida contra a Croácia, no jogo de estreia do time canarinho na Copa deste ano.

“Mais especificamente no caso do Cafu, além dele ser um atleta em potencial, com força atlética e vigor físico, a lesão estava restrita a uma área cuja correção permitirá atividade profissional no mesmo alto nível que sempre caracterizou sua história como atleta”

Dr. José Luiz Runco



CBFNEWS

“O bom trabalho dos médicos foi muito importante tanto no rápido diagnóstico feito em Milão, quanto pela cirurgia que o Dr. Runco realizou. Os médicos foram precisos e isso possibilitou uma recuperação ainda mais rápida do que todos previam”

Cafu, jogador da seleção brasileira

CBFNEWS



Carlos Alberto Parreira e Cafu durante treinamento da seleção brasileira

“Conhecendo o potencial do Cafu e a saúde que ele tem, vendo tudo o que ele realizou até hoje no futebol e a sua vontade de disputar mais uma Copa, eu aposto nele logo para o jogo de estréia. O Cafu, apesar dos seus 35 anos, é um jogador diferenciado. Ele tem uma saúde que eu jamais vi em nenhum outro jogador. Por tudo que o Cafu fez e ainda pode fazer pelo futebol brasileiro, ele tem que ser respeitado e temos que

contar com ele”, explica Parreira.

Para quem já superou tantas dificuldades desde que foi aprovado nos testes para o time de juniores do Itaquaquecetuba Atlético Clube, do interior de São Paulo, há 18 anos, não parece ser uma tarefa tão árdua a de Cafu. Mesmo já sendo considerado por muitos um jogador veterano e em curva descendente na carreira, o jogador vê pontos positivos em sua lesão.

“Ninguém acredita que um jogador de 35 anos possa fazer três cirurgias e se recuperar para uma Copa do Mundo. Isso me deu ainda mais força. Fez com que eu trabalhasse mais para provar a eles que um jogador de 35 anos pode ser titular e capitão da seleção. Além disso, essa lesão veio numa hora boa. Estou fazendo praticamente uma pré-temporada específica para a Copa do Mundo e tenho certeza que chegarei ainda mais bem preparado do que o normal na Alemanha”, destacou o jogador na entrevista concedida por e-mail, de Milão, onde tenta recuperar a sua forma física.

De acordo com Cafu, sua boa recuperação passou, necessariamente, por um eficiente tratamento fisioterápico, amparado por sua dedicação e pela vontade de retornar logo aos gramados e voltar a jogar futebol em alto nível.

“A fisioterapia foi fundamental nessa minha recuperação. Preferi fazer parte do tratamento no Brasil e, para isso, tive um apoio superimportante do São Paulo Futebol Clube e do Dr. Luiz Alberto Rosan, fisioterapeuta do clube e da seleção. Deram-me toda a estrutura e a atenção que precisei e agradeço muito a todos lá por isso”, lembrou Cafu, que também fez questão de enaltecer o trabalho dos médicos do Milan e da seleção: “O bom trabalho dos médicos foi muito importante tanto no rápido diagnóstico feito em Milão, quanto pela cirurgia que o Dr. Runco realizou. Os médicos foram precisos e isso possibilitou uma recuperação ainda mais rápida do que todos previam”.

A Copa do Mundo acompanha esse paulista da capital desde seus primeiros minutos de vida. Marcos Evangelista de Moraes, o Cafu, nasceu no Hospital Municipal de São Paulo, em 7 de junho de 1970, exatamente durante a tensa e disputada partida entre Brasil e Inglaterra. “Hoje a minha motivação em jogar futebol e servir à seleção brasileira é a mesma de quando comecei. Quero jogar e ganhar ainda mais pelo meu país. Amo o Brasil e disputar uma Copa do Mundo continua sendo o mesmo sonho que eu tinha quando era garoto e brincava nas ruas do Jardim Irene. Mas saber que posso disputar a quarta Copa e posso chegar na quarta final consecutiva sem dúvida dá um gostinho a mais”, lembrou.

Profissional ao extremo e consciente da necessidade de manter cuidados extracampo para, além de melhorar seu desempenho nos gramados, prolongar sua carreira, Cafu sabe que a preocupação com alimentação, descanso e uma vida regrada não é obrigação só de jogadores que se recuperam de lesões ou buscam recuperar a forma física ideal. Para o capitão do *penta*, a preocupação com o corpo, a ferramenta de trabalho dos atletas, é fundamental.

“Essa preocupação com saúde e alimentação nós, atletas, temos que ter sempre. Aqui no Milan conto com uma equipe muito bem preparada de nutricionistas, clínicos gerais e muitos médicos especializados em medicina esportiva para nos ajudar nisso, mas a consciência do jogador é mais importante”, destacou o lateral.

Formando o especialista em medicina desportiva (medicina do exercício e do esporte)

A medicina desportiva é uma das especialidades médicas mais antigas. A Federação Internacional de Medicina Desportiva (FIMS), com sede na Suíça, foi fundada na década de 1920 e congrega mais países do que a Organização das Nações Unidas (ONU). No Brasil, desde 1939, há um decreto-lei regulamentando a especialidade. Não obstante, a medicina desportiva ainda é relativamente desconhecida pelos demais colegas médicos.

Assim, considerando que o desporto é apenas uma das diversas formas de fazer exercício físico, termo esse muito mais abrangente (como exemplos: o homem que caminha regularmente e a mulher que frequenta uma academia), seria de se esperar que a especialidade se voltasse para essas necessidades da sociedade.

Nos últimos anos, o campo de atuação do especialista tem se ampliado consideravelmente, incorporando ações em não-atletas, sejam eles saudáveis ou não. Nesse contexto mais moderno, a expressão que melhor define a especialidade é a de medicina do exercício e do esporte (MEE).

A seguir, algumas situações nas quais esse especialista médico é, muito provavelmente, o especialista mais preparado:

- indicar o exercício físico mais apropriado a alguém que queira deixar de ser sedentário;
- supervisionar a realização de um teste cardiopulmonar de exercício máximo para diagnóstico clínico e/ou otimização do desempenho de um atleta;
- sugerir a modalidade desportiva mais adequada para pré-púberes;
- explicar aos pais as razões pelas quais uma criança asmática deve fazer exercícios regularmente e não ser liberada da educação física escolar por um atestado;

- prescrever a intensidade e a frequência cardíaca mais adequada para os exercícios de pacientes de meia-idade recém-infartados em uso de betabloqueadores;
- prescrever e supervisionar as sessões de exercícios físicos em pacientes com doenças crônico-degenerativas;
- avaliar a composição corporal e prescrever um programa de exercícios apropriado para obesos, estimando a perda calórica decorrente desses exercícios;
- sugerir o melhor protocolo de teste de exercícios para um determinado indivíduo, seja ele saudável ou não.

Se essa lista não esgota os campos de atuação do especialista em MEE, ela permite avaliar, de modo simplista, o espectro e a especificidade dessa atuação médica.

No Brasil existem cursos de especialização nessa área há várias décadas, mas foi somente nos últimos dez anos que o enfoque clínico, e não somente o desportivo, passou a ser privilegiado. Em minha experiência de dez anos como coordenador do curso de especialização em MEE, realizado pela Universidade Estácio de Sá (UNESA) em parceria com a Clínica de Medicina do Exercício (CLINIMEX), no Rio de Janeiro, tenho observado a qualidade da formação profissional e o interesse na especialidade de médicos recém-formados ou já experientes.

Nas 18 semanas de atividades teóricas e de práticas supervisionadas, perfazendo um total de 360 horas, são priorizados conhecimentos de cineantropometria, fisiologia do exercício, medicina do exercício e metodologia do treinamento físico. O curso objetiva imersão e envolvimento intensos, levando ao crescimento profissional e a um excelente resultado na formação final.

Claudio Gil S. Araújo

Diretor-médico da Clínica de Medicina do Exercício (CLINIMEX); coordenador do Curso de Especialização em Medicina do Exercício e do Esporte (MEE) da Universidade Estácio de Sá (UNESA) no Rio de Janeiro



Esporte e atividade sexual



Às vésperas da Copa do Mundo na Alemanha, o Dr. Serafim Borges, cardiologista da Seleção Brasileira de Futebol, quebra mitos e fala sobre os benefícios da atividade sexual para os jogadores, mesmo em épocas de treinamentos e competições

Serafim Borges
Cardiologista da
Seleção Brasileira
de Futebol

A atividade sexual na sua forma simples de realização além de prazerosa é responsável pelo lançamento, na corrente sanguínea, de substâncias que produzem efeitos extremamente benéficos ao sistema cardiovascular e ao cérebro, proporcionando ao indivíduo uma sensação indescritível de bem-estar.

Os estudos do comportamento, principalmente do sistema cardiovascular, durante o coito, apresentavam limitações por falta de tecnologia moderna que mantivesse a privacidade do

Estudos já mostraram frequências cardíacas algo maiores em coitos extraconjugais do que nos conjugais, o que obviamente nos leva a pensar em um grau maior de desgaste metabólico nos primeiros

casal. Com o surgimento do Holter de eletrocardiograma é possível avaliar o comportamento da frequência cardíaca e também o eventual surgimento de arritmias durante o ato sexual. Essa monitoração tem grande valor, principalmente em cardiopatas. Estudos já mostraram frequências cardíacas algo maiores em coitos extraconjugais do que nos conjugais, o que obviamente nos leva a pensar em um grau maior de desgaste metabólico nos primeiros.

Contudo, mesmo nessas circunstâncias, pode-se estimar que o pico do gasto calórico durante o coito chegue a cerca de quatro vezes o valor de repouso, ou aproximadamente o mesmo que o de uma caminhada rápida. À luz desses dados parece claro que, para um jogador de futebol profissional, é um gasto metabólico ainda muito baixo.

A não-realização de atividade sexual por atletas confinados em concentrações de longa permanência nos mostra indivíduos irritados, com insônia, muitas vezes até com queda da

motivação e desatenção aos treinamentos que lhes são ministrados, trazendo prejuízos à sua *performance*.

Entendemos como muito benéfica a realização da relação sexual pelo atleta, quer em períodos de treinamento quer de competições. Para a liberação de tal ato procuramos enquadrar na programação os dias de folga de todos os atletas, com exceção daqueles que preferem permanecer na concentração. Há muitas controvérsias acerca do tema, pois quando se fala em liberação de sexo no futebol durante os longos períodos de concentração vêm de imediato à cabeça de todos as orgias, e aí entram muitas mulheres, bebidas, noites maldormidas, etc.

Vemos como grande dificuldade o envolvimento familiar amplo durante a competição. Isso já se mostrou confuso pelo arrolamento de todos os problemas familiares trazidos àquele período em que o atleta precisa, principalmente, de grande paz de espírito e foco na competição, abandonando todos os outros problemas, pelo menos enquanto durar sua participação no evento competitivo.

Visto o exposto, não temos nenhum preconceito ou fundamento fisiológico à liberação do sexo em atletas de futebol durante a fase de preparação ou até na véspera de uma partida, por entendermos que tal proibição, como se diz na gíria, impede o atleta de ficar *levinho* com o esvaziamento do *tanque*, o que melhora, e muito, o bem-estar e o humor de cada um.

Não vemos, por exemplo, a necessidade de recomendar a posição inferior durante a relação, como fazemos com o cardiopata, pois o atleta não corre nenhum risco cardiovascular durante o ato. Tal orientação apenas levaria a menor gasto calórico, o que não é necessário, visto ser a ingestão diária do atleta em torno de 5 mil calorias. Fazemos restrição ao álcool e ao fumo, estes sim prejudiciais à *performance*.

A experiência de 25 anos como médico junto a atletas de futebol mostra que realmente há melhora emocional e de humor com a liberação da atividade sexual nesses períodos de longa permanência em concentrações extremamente extenuantes.

Finalizando, lembramos que o homem é o único ser que não busca a relação sexual na



A experiência de 25 anos como médico junto a atletas de futebol mostra que realmente há melhora emocional e de humor com a liberação da atividade sexual nesses períodos de longa permanência em concentrações extremamente extenuantes

sua plenitude para procriação, mas por prazer. Entendemos, então, que tal proibição aos atletas seria a marcação de um gol contra em nossa esperança de grandes conquistas no campo esportivo.

O assunto sexo tornou-se relevante nesta Copa do Mundo. Não há só curiosidade pelo que o atleta faz enquanto concentrado por longos períodos, mas também preocupação pela assistência, que ficará longe de casa pelo mesmo tempo. Os alemães, portanto, já sinalizaram com a participação de 400 mil prostitutas que devem oferecer seus serviços aos torcedores do Mundial, sendo que mais ou menos 40 mil delas serão destacadas para a atividade exclusivamente em razão da demanda da competição.

Distúrbios causados pelo calor durante a atividade física

Carlos Eduardo Camargo Cunha

Especialista em Medicina do Exercício e do Esporte da Associação Médica Brasileira (AMB) e em Pneumologia do Conselho Federal de Medicina (CFM)

Em nosso clima tropical, durante quase todo o ano, vivemos sob temperatura e umidade relativa do ar elevadas. A prática de exercícios, principalmente os intensos e de longa duração, requer alguns cuidados para evitar distúrbios que podem ser relativamente simples e outros gravíssimos com risco de vida.

Termorregulação

Em condições normais, nossa temperatura corporal é mantida em limites bastante estreitos, variando em torno de 36,5°C a 37,5°C. Apenas em exercício intenso e prolongado, algumas doenças, ou condições extremas de frio ou calor, a temperatura ultrapassa esses níveis. Nosso organismo pode tolerar uma queda na temperatura corporal de até 10°C, mas uma elevação de apenas 5°C. Além desses limites, vários sistemas orgânicos são afetados, podendo ocorrer não só desconfortos e/ou desmaios, como também situações extremamente graves.

Mecanismos de dissipação do calor

O aumento da temperatura corporal é sinalizado ao hipotálamo, que desencadeia um aumento do fluxo sanguíneo para a pele, de onde o calor do sangue pode ser mais facilmente dissipado para o meio externo. Ao mesmo tempo, as glândulas sudoríparas recebem a mensagem para aumentar a

produção de suor. A evaporação do suor é o mecanismo mais importante de dissipação do calor durante exercícios.

Para que a evaporação do suor ocorra em sua plenitude, é fundamental um bom estado de hidratação. As roupas também devem ser adequadas à evaporação do suor, sem que o tecido permaneça encharcado. Só o suor que *evapora* permite o resfriamento da pele. O suor que *escorre* pela pele ou pela roupa não permite uma dissipação adequada do calor.

Aclimação e treinamento

Indivíduos que realizam exercícios em ambientes quentes precisam ter seus organismos adaptados ao calor, sendo necessárias cerca de duas semanas para que essas adaptações ocorram, num processo chamado de aclimação. Os indivíduos aclimatados passam a produzir maior volume de suor e a eliminar uma menor quantidade de sal através da sudorese. Os indivíduos *destreinados* também têm uma menor capacidade de tolerar exercícios no calor.

Prevenção

Hidratação adequada antes, durante e após a prova ou exercício, juntamente com aclimação, treinamento adequado orientado por profissional capacitado e uso de vestimentas adequadas que facilitem a evapora-

Tipos de distúrbios

Os distúrbios que podem estar associados aos exercícios praticados no calor são câibras, exaustão pelo calor, hipotensão postural pós-esforço e colapso pelo calor.

Câibras

São espasmos dolorosos de grandes grupos musculares, que não são exclusivos do calor nem do exercício, podendo ocorrer até mesmo em repouso. Antigamente acreditava-se que esses espasmos eram causados por distúrbios hidroeletrólíticos, o que não se comprovou em trabalhos recentes.

Acometem indivíduos destreinados, com lesões prévias ou predispostos. Provavelmente são causadas por alterações na atividade reflexa neuroespinhal.

Exaustão pelo calor

É definida como uma incapacidade de continuar o exercício no calor. Pode ser acompanhada de desmaios, confusão mental e/ou aumento da temperatura central (retal), porém nunca além de 40°C. O cérebro, percebendo que a temperatura central começa a se elevar perigosamente, passa a mandar mensagens de *fadiga* para que o exercício seja interrompido.

O tratamento da exaustão pelo calor é a retirada imediata da atividade física e o repouso.

Hipotensão postural pós-esforço

Ocorre devido à suspensão brusca de um exercício, como uma corrida de longa duração no calor. Nessa situação o indivíduo encontra-se com intensa vasodilatação periférica, tendo na atividade muscular um verdadeiro *coração auxiliar*. A interrupção instantânea da atividade física provoca um reflexo causado pela diminuição da pressão no átrio direito. Ocorre hipotensão postural acentuada e o atleta pode sofrer uma síncope.

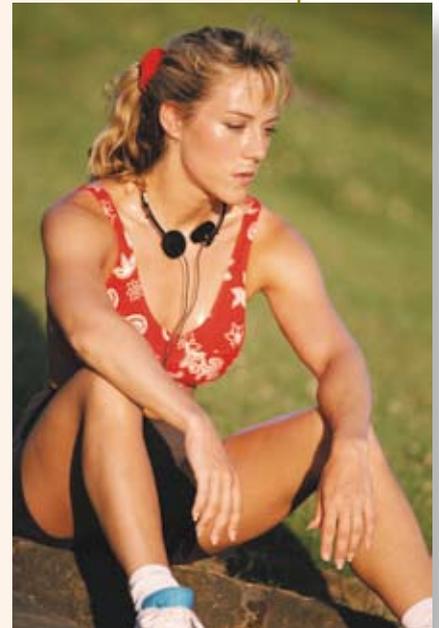
O tratamento é o decúbito na posição de Trendelenburg (decúbito dorsal com quadris e membros inferiores acima do restante do corpo).

Colapso pelo calor

Esse é o quadro mais grave, constituindo-se em uma verdadeira emergência. Resulta da falência dos mecanismos de termorregulação, quando a taxa de produção de calor excede a da dissipação. Por definição, encontramos uma temperatura central acima de 40°C (podendo chegar a mais de 43°C), associada a alterações importantes do sistema nervoso central (SNC), como delírio, convulsões, coma ou comportamento psicótico. Esse quadro pode ser fatal se não tratado a tempo.

As complicações incluem encefalopatia, rabdomiólise, insuficiência renal aguda, síndrome de angústia respiratória aguda (SARA), coagulação intravascular disseminada (CIVD) e outras.

Os primeiros socorros podem ser feitos no local, porém esses pacientes necessitam de tratamento hospitalar de emergência. Entre as medidas iniciais está o resfriamento rápido, podendo ser utilizada a aplicação de gelo em pescoço, axilas e virilhas. Assim que possível deve ser feita a remoção da vítima, preferencialmente para unidade de terapia intensiva (UTI).



ção do suor, são as bases para a prevenção dos distúrbios causados pelo calor nos exercícios.

Antes do exercício: ingestão de 400 a 600ml de água duas horas antes da prova.

Durante o exercício: ingestão de líquidos a

cada 15 a 20 minutos, não excedendo 800ml por hora.

Após o exercício: reposição feita através da ingestão de alimentos da dieta habitual de cada atleta.

XVIII Congresso Brasileiro de Medicina do Esporte



Felix Drummond
Presidente da
Sociedade Brasileira
de Medicina do
Esporte (SBME)

O XVIII Congresso Brasileiro de Medicina do Esporte (CBME), realizado em conjunto com o V Congresso Sul-Brasileiro e a 25ª Jornada Gaúcha, alcançou os seus objetivos principais de atualização e intercâmbio científico. O evento promovido pela Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (SBME) e pela Sociedade Gaúcha de Medicina do Esporte (SO-GAMEDE), apoiado pela Federação Internacional de Medicina do Esporte (FIMS), pelos Comitês Olímpico Brasileiro (COB) e Paraolímpico Brasileiro (CPB) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (CREMERS), aconteceu no período de 6 a 8 de abril de 2006, na cidade de Bento Gonçalves, na serra gaúcha. O conteúdo programático dividiu-se em dois grandes temas: *Envelhecimento saudável*, na área de medicina do exercício, e *Alto rendimento e os Jogos Pan-americanos de 2007*, na abordagem da medicina do esporte. Cabe um esclarecimento: a especialidade é reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) como *medicina esportiva*; a SBME utiliza a denominação *medicina do esporte*; e vimos que o temário contemplou *medicina do exercício*. Na verdade todas as expressões abrangem uma mesma especialidade. O fato de utilizarmos uma ou outra serve para enfatizar, às vezes, aspectos relacionados ao alto rendimento e ao desporto de competição, enquanto em outras ocasiões a ênfase é para o exercício na prevenção das doenças e na promoção da saúde. Por isso existe a tendência da mudança da especialidade para *medicina do esporte e exercício*, visto que a fisiologia do exercício é a base do conhecimento científico dessa especialidade.

No tema *Envelhecimento saudável* destacaram-se as participações dos convidados internacionais;

representantes da FIMS; o Dr. Walter Frontera, secretário-geral da FIMS e presidente da Confederação Pan-Americana de Medicina do Esporte (COPAMEDE); e o Dr. Alberto Ricart, presidente da Confederação Sul-Americana de Medicina do Esporte (COSUMED). O Dr. Walter Frontera, que é chefe do serviço de fisioterapia do Spaulding Hospital e professor da Universidade de Harvard, discorreu brilhantemente, fazendo uma atualização sobre *exercício físico, doenças crônicas e saúde*, além de participar das mesas-redondas *Envelhecimento saudável: da criança à 3ª idade* e *Educação em Medicina do Esporte*. Um dos temas mais estudados pelo Dr. Frontera, a sobrecarga muscular (musculação) é considerada por ele componente fundamental, associado ao exercício aeróbico e à flexibilidade, no treinamento de adultos e idosos, pois aumenta a força e a massa muscular, com conseqüente melhora na qualidade de vida das pessoas por determinar melhor equilíbrio corporal e mais independência nas atividades diárias. Outra contribuição foi o curso pré-congresso Team Physician, que abordou o tema de reabilitação das lesões no esporte. Essa mesa contou com a participação do Dr. Alberto Ricart e do Dr. Felix Drummond. O presidente da SBME falou sobre o modelo brasileiro de medicina do esporte, quando discorreu sobre a origem da especialidade, a conceituação e a formação do especialista no Brasil.

Os convidados nacionais deram grande contribuição à abordagem de vários temas e sua relação com o exercício: avaliação pré-participação, morte súbita no esporte, coração do atleta, função endotelial, reabilitações cardiopulmonar e metabólica, síndrome plurimetabólica, pulmonar, osteoporose, gestação e hidratação, entre outros.



O craque e o ortopedista



A ortopedia moderna é capaz de corrigir muitas anormalidades nos joelhos e pés das crianças. Palmilhas desenhadas eletronicamente, botas rígidas, órteses para joelhos e cirurgias corretivas. Mas aqui no Brasil não é bem assim... e o futebol agradece! Explico: nossas crianças mais pobres não têm acesso a essas modernidades, seja pela falta de dinheiro, seja pela estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), ou pela desinformação dos pais. Então, observe nossos grandes craques e você encontrará, na maioria deles, alguns defeitos nos membros inferiores que acabaram por conferir uma certa vantagem esportiva. É possível que, após encerrarem a carreira, tenham que conviver com dores artrósicas, mas isso é um outro problema e que também não acontece só com ex-jogadores de futebol.

O pequeno varismo (joelhos arqueados) e os pés chatos de Pelé, uma combinação muito rara, deram-lhe um extraordinário equilíbrio. Somando isso à sua inata genialidade, deu no que deu.

Os pés supinados de Luis Pereira não combinavam com a figura costumeira de um zagueiro, mas ele foi um dos melhores que vi e de seus pés tortos saíam passes com efeito como fazem os meias criativos.

A altura de Sócrates não era proporcional ao tamanho dos seus pés. Como se fosse ensinado pelas leis da física, preferia a sutileza dos toques de calcanhar para não lhe faltar o equilíbrio nos giros do corpo esguio sobre uma base pequena.

Só para citar alguns exemplos, Gil, do Cruzeiro, tem escoliose; Ricardinho, do Corinthians, tem um joelho valgo; Junior, do São Paulo, tem grande lordose lombar; Romário tem joelhos varos. Cada um deles adaptou seu desvio ao crescimento e ao jeito de bater na bola.

Claro que você está esperando o que eu vou dizer do Garrincha. O joelho direito era valgo e o esquerdo era varo, uma anomalia muito difícil de ser encontrada. Isso lhe dava um desbalanceamento do quadril e ele brincava com o seu centro de gravidade da mesma forma que brincava com seus incrédulos marcadores. Se esse defeito tivesse sido corrigido quando criança, tenha certeza de que o Brasil não teria sido campeão mundial no Chile em 1962 e talvez Pelé não tivesse conseguido levar o Brasil ao título de 1958 na Suécia. Vinícius de Moraes dizia sobre o Mané das Pernas Tortas: "vem-lhe o pressentimento e ele se lança mais rápido que o pensamento". Fosse ortopedista o poeta e não nos teria presenteado com uma frase tão inteligente e tão rimada.

Esta crônica pode servir de alívio para muitos colegas ortopedistas que muitas vezes se sentem impotentes para indicar o mais certo para essas nossas crianças pobres. Se você estiver com um caso assim e souber que o menino não faz outra coisa a não ser jogar bola o dia inteiro, diga-lhe que não há nada a fazer e, para evitar qualquer desapontamento, encerre a consulta com um oportuno conselho: "Tente ser o Pelé ou o Garrincha e deixe o resto para o destino".



Osmar de Oliveira
Médico do esporte

INFORMAÇÕES PRA PRESCRIÇÃO: NISULID®, nimesulida. MS – 1.0573.0301. **INDICAÇÕES:** Variedade de condições que requeiram atividade antiinflamatória, analgésica e anti-pirética. **CONTRA-INDICAÇÕES:** HIPERSENSIBILIDADE À NIMESULIDA OU A QUALQUER OUTRO COMPONENTE DO MEDICAMENTO; HISTÓRIA DE REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE (BRONCOESPASMO, RINITE, URTICÁRIA) EM RESPOSTA AO ÁCIDO ACETILSALICÍLICO OU A OUTROS FÁRMACOS ANTIINFLAMATÓRIOS NÃO-ESTEROIDAI; PACIENTES COM ÚLCERA PÉPTICA EM FASE ATIVA, ULCERAÇÕES RECORRENTES OU COM HEMORRAGIA GASTRINTESTINAL; PACIENTES COM DISTÚRBIOS DE COAGULAÇÃO GRAVE; PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA GRAVE; PACIENTES COM DISFUNÇÃO RENAL GRAVE; PACIENTES COM DISFUNÇÃO HEPÁTICA; CRIANÇAS MENORES DE 12 ANOS. **USO NA GRAVIDEZ E LACTAÇÃO:** A NIMESULIDA NÃO DEVE SER ADMINISTRADA DURANTE A GRAVIDEZ OU EM MULHERES QUE ESTEJAM AMAMENTANDO. **POSOLOGIA: USO PARA ADULTOS E CRIANÇAS ACIMA DE 12 ANOS. Comprimidos:** 50 - 100 mg (1/2 a 1 comprimido tomado com ½ copo de água) duas vezes ao dia, podendo alcançar até 200 mg duas vezes ao dia. A administração é por via oral. **Comprimidos dispersíveis:** 100 mg (1 comprimido) duas vezes ao dia, podendo alcançar até 200 mg duas vezes ao dia. Dissolver o comprimido em ½ copo de água (100 ml), agitar com auxílio de uma colher e ingerir após a dissolução. Caso necessário, colocar mais um pouco de água no copo, mexer com a colher e tomar em seguida, para melhor aproveitar o comprimido. Se preferir, o comprimido poderá ser deglutido inteiro, sem a necessidade de dissolução prévia. A administração é por via oral. **Granulado:** 50 a 100 mg (1/2 a 1 envelope dissolvido em um pouco de água ou suco) duas vezes ao dia, podendo alcançar até 200 mg duas vezes ao dia. A administração é por via oral. **Supositórios:** 1 supositório de 100 mg duas vezes ao dia, podendo alcançar até 200 mg (2 supositórios de 100 mg) duas vezes ao dia. Aplicar o supositório por via retal. **Gotas:** administrar 1 gota (2,5 mg) por kg de peso, duas vezes ao dia, diretamente na boca da criança ou, se preferir, diluída em um pouco de água açucarada. Lembramos que cada gota contém 2,5 mg de nimesulida e cada ml de NISULID® contém 50 mg de nimesulida. Cada ml do produto contém 20 gotas. **Suspensão:** a posologia recomendada é de 5 mg/kg/dia - fracionada a critério médico em duas administrações. Agitar antes de usar. Colocar a dose recomendada no copo-medida que acompanha o produto e pedir para a criança tomar pela boca. Lembramos que 1 ml da suspensão contém 10 mg de nimesulida. **Casos especiais: Pacientes com insuficiência da função renal:** tem sido demonstrado que a nimesulida tem o mesmo perfil cinético em voluntários saudáveis e em pacientes com insuficiência renal moderada (*clearance* de creatinina de 30 a 80 ml/min). Nestes pacientes não há necessidade de ajuste de dose. Em casos de insuficiência renal grave o medicamento é contra-indicado. **Pacientes com insuficiência hepática:** O uso de nimesulida é contra-indicado em pacientes com insuficiência hepática. **ADVERTÊNCIAS:** OS EFEITOS ADVERSOS PODEM SER REDUZIDOS UTILIZANDO-SE A MENOR DOSE EFICAZ DURANTE O MENOR PERÍODO POSSÍVEL. PACIENTES TRATADOS COM ANTIINFLAMATÓRIOS NÃO-ESTEROIDAI DURANTE LONGO PERÍODO DE TEMPO DEVEM FICAR SOB SUPERVISÃO MÉDICA REGULAR PARA MONITORAMENTO DOS EFEITOS ADVERSOS. RARAMENTE NIMESULIDA FOI RELATADA ESTAR ASSOCIADA COM REAÇÕES HEPÁTICAS SÉRIAS, INCLUINDO CASOS FATAIS MUITO RAROS. PACIENTES QUE APRESENTARAM SINTOMAS COMPATÍVEIS COM DANO HEPÁTICO DURANTE O TRATAMENTO COM NIMESULIDA (POR EXEMPLO: ANOREXIA, NÁUSEA, VÔMITOS, DOR ABDOMINAL, FADIGA, URINA ESCURA OU ICTERÍCIA) DEVEM SER CUIDADOSAMENTE MONITORADOS. A ADMINISTRAÇÃO CONCOMITANTE COM DROGAS HEPATOTÓXICAS CONHECIDAS E O ABUSO DE ÁLCOOL DEVEM SER EVITADOS DURANTE O TRATAMENTO COM NIMESULIDA, UMA VEZ QUE PODEM AUMENTAR O RISCO DE REAÇÕES HEPÁTICAS. PACIENTES QUE APRESENTARAM TESTES DE FUNÇÃO HEPÁTICA ANORMAIS DEVEM DESCONTINUAR O TRATAMENTO. ESTES PACIENTES NÃO DEVEM REINICIAR O TRATAMENTO COM A NIMESULIDA. REAÇÕES ADVERSAS HEPÁTICAS RELACIONADAS À DROGA FORAM RELATADAS APÓS PERÍODOS DE TRATAMENTO INFERIORES A UM MÊS. EM RARAS SITUAÇÕES, ONDE ULCERAÇÕES OU SANGRAMENTOS GASTRINTESTINAIS OCORREM EM PACIENTES TRATADOS COM NIMESULIDA, O MEDICAMENTO DEVE SER SUSPENSO. ASSIM COMO COM OUTROS AINES, SANGRAMENTO GASTRINTESTINAL OU ULCERAÇÃO/PERFURAÇÃO PODEM OCORRER A QUALQUER TEMPO DURANTE O TRATAMENTO COM OU SEM SINTOMAS DE ADVERTÊNCIA OU HISTÓRIA PRÉVIA DE EVENTOS GASTRINTESTINAIS. EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL OU CARDÍACA, CUIDADO É REQUERIDO, POIS O USO DE AINES PODE RESULTAR EM DETERIORAÇÃO DA FUNÇÃO RENAL. A AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RENAL DEVE SER FEITA ANTES DO INÍCIO DA TERAPIA E DEPOIS, REGULARMENTE. NO CASO DE DETERIORAÇÃO, O TRATAMENTO DEVE SER DESCONTINUADO. PACIENTES IDOSOS SÃO PARTICULARMENTE SENSÍVEIS ÀS REAÇÕES ADVERSAS DOS AINES, INCLUINDO HEMORRAGIA E PERFURAÇÃO GASTRINTESTINAL, DANO DAS FUNÇÕES RENAL, CARDÍACA E HEPÁTICA. O USO PROLONGADO DE AINES EM IDOSOS NÃO É RECOMENDADO. SE A TERAPIA PROLONGADA FOR NECESSÁRIA OS PACIENTES DEVEM SER REGULARMENTE MONITORADOS. SÓ FEBRE, ISOLADAMENTE, NÃO É INDICAÇÃO PARA USO DE NISULID® (NIMESULIDA). A NIMESULIDA DEVE SER USADA COM ATENÇÃO EM PACIENTES COM HISTÓRIA DE ULCERAÇÃO PÉPTICA OU INFLAMAÇÕES INTESTINAIS. COMO OS AINES PODEM INTERFERIR NA FUNÇÃO PLAQUETÁRIA, ELAS DEVEM SER USADAS COM CUIDADO EM PACIENTES COM HEMORRAGIA INTRACRANIANA E ALTERAÇÕES DA COAGULAÇÃO, COMO POR EXEMPLO, HEMOFILIA E PREDISPOSIÇÃO A SANGRAMENTO. AS DROGAS ANTIINFLAMATÓRIAS NÃO-ESTEROIDAI PODEM MASCARAR A FEBRE RELACIONADA A UMA INFECÇÃO BACTERIANA SUBJACENTE. O TRATAMENTO DEVE SER REVISTO A INTERVALOS REGULARES E DESCONTINUADO SE NENHUM BENEFÍCIO FOR OBSERVADO. COM RELAÇÃO AO USO DA NIMESULIDA EM CRIANÇAS, FORAM RELATADAS ALGUMAS REAÇÕES GRAVES, INCLUINDO RAROS CASOS COMPATÍVEIS COM SÍNDROME DE REYE. DURANTE A TERAPIA COM NIMESULIDA, OS PACIENTES DEVEM SER ADVERTIDOS PARA SE ABSTER DE OUTROS ANALGÉSICOS. O USO CONCOMITANTE DE OUTROS ANTIINFLAMATÓRIOS NÃO-ESTEROIDAI DURANTE A TERAPIA COM NIMESULIDA NÃO É RECOMENDADO. COMO OS OUTROS ANTIINFLAMATÓRIOS NÃO-ESTEROIDAI, A NIMESULIDA DEVE SER USADA COM CUIDADO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA, HIPERTENSÃO, PREJUÍZO DA FUNÇÃO RENAL OU DEPLEÇÃO DO VOLUME EXTRACELULAR, QUE SÃO ALTAMENTE SUSCETÍVEIS A UMA REDUÇÃO NO FLUXO SANGÜÍNEO RENAL. POR SER A ELIMINAÇÃO DO FÁRMACO PREDOMINANTEMENTE RENAL, O PRODUTO DEVE SER ADMINISTRADO COM CUIDADO A PACIENTES COM PREJUÍZO DA FUNÇÃO HEPÁTICA OU RENAL. EM PACIENTES COM *clearance* de creatinina de 30-80 mL/MIN, NÃO HÁ NECESSIDADE DE AJUSTE DE DOSE. EM CASO DE DISFUNÇÃO RENAL GRAVE O MEDICAMENTO É CONTRA-INDICADO. EM PACIENTES COM HISTÓRIA DE PERTURBAÇÕES OCULARES DEVIDO A OUTROS AINES, O TRATAMENTO DEVE SER SUSPENSO E DEVEM SER REALIZADOS EXAMES OFTALMOLÓGICOS CASO OCORRAM DISTÚRBIOS VISUAIS DURANTE O USO DA NIMESULIDA. PACIENTES COM ASMA TOLERAM BEM A NIMESULIDA, MAS A POSSIBILIDADE DE PRECIPITAÇÃO DE BRONCOESPASMO NÃO PODE SER INTEIRAMENTE EXCLUÍDA. OS RISCOS DE USO POR VIA DE ADMINISTRAÇÃO NÃO-RECOMENDADA SÃO: A NÃO-OBTENÇÃO DO EFEITO DESEJADO E A OCORRÊNCIA DE REAÇÕES ADVERSAS. **CATEGORIA DE RISCO DE GRAVIDEZ C: ESTE MEDICAMENTO NÃO DEVE SER UTILIZADO POR MULHERES GRÁVIDAS SEM ORIENTAÇÃO MÉDICA OU DO CIRURGIÃO-DENTISTA.** ATENÇÃO, DIABÉTICOS: CONTÉM AÇÚCAR (NAS APRESENTAÇÕES DA SUSPENSÃO ORAL (300 MG/ML), GRANULADO (1,774 G POR ENVELOPE) E GOTAS (300 MG/ML)). **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** As potenciais interações com glibenclâmida, teofilina, varfarina, digoxina, cimetidina e uma preparação antiácida (ou seja, uma combinação de hidróxido de magnésio e alumínio) foram estudadas *in vivo*. Nenhuma interação clínica significante foi observada. A nimesulida pode antagonizar os efeitos dos diuréticos e em particular bloquear o aumento da atividade da renina plasmática induzida pela furosemida. A análise farmacocinética da concentração de nimesulida em pacientes sob terapia concomitante com um diurético (furosemida) mostrou que há uma diferença menor neste volume de distribuição, mas não há evidências clínicas disto. A co-administração de nimesulida e furosemida resulta em uma diminuição (de cerca de 20%) da área sob a curva da concentração plasmática *versus* tempo (AUC) e excreção acumulativa de furosemida, sem afetar seu *clearance* renal. O uso concomitante de furosemida e nimesulida requer cautela em pacientes renais ou cardíacos suscetíveis. A administração concomitante de nimesulida com anticoagulantes (varfarina) ou ácido acetilsalicílico pode causar efeitos aditivos (aumento do risco de complicações de sangramento). Da mesma forma a administração com outros AINES pode levar a um aumento dos efeitos adversos gastrinestinais. Portanto, esta combinação não é recomendada e é contra-indicada em pacientes com distúrbios de coagulação graves. Se a combinação não puder ser evitada, a atividade anti-coagulante deve ser cuidadosamente monitorada. A administração concomitante de nimesulida com salicilatos ou tobutamida pode afetar os níveis séricos da nimesulida e, portanto, sua resposta terapêutica. Os medicamentos AINES têm sido reportados por reduzir o *clearance* do lítio, resultando em níveis plasmáticos elevados e toxicidade ao lítio. Se nimesulida for prescrita para um paciente sob terapia com lítio, os níveis de lítio devem ser monitorados cuidadosamente. Deve-se ter cuidado com pacientes que apresentem anormalidades hepáticas, particularmente se houver intenção de administrar nimesulida em combinação com outras drogas potencialmente hepatotóxicas. A nimesulida tem um alto nível de ligação às proteínas plasmáticas e pode ser deslocada de seus sítios de ligação pela administração concomitante de outras drogas, tais como fenofibrato, ácido salicílico, ácido valproílico e tobutamida. Além disso, a nimesulida também pode deslocar outras drogas, como o ácido acetilsalicílico e metotrexato, das proteínas plasmáticas. No entanto, não há evidência até o momento de que estas interações tenham significância clínica. Não há evidência de que a nimesulida afete a glicemia em jejum ou a tolerância à glicose em pacientes diabéticos tratados com sulfoniluréias. Pode haver potencialização da ação da fenitoína. Embora não tenham sido relatadas especificamente com a nimesulida, foram documentadas interações entre antiinflamatórios não-esteroidais e lítio, metotrexato, probenecida e nimesulida. Portanto, recomenda-se cuidado na administração concomitante de nimesulida com qualquer uma destas drogas, devido ao aumento do risco de hemorragias gastrinestinais. Devido ao seu efeito sobre as prostaglandinas renais, os inibidores da prostaglandina-sintetase como a nimesulida podem aumentar a nefrotoxicidade das ciclosporinas. Recomenda-se tomar NISULID® (nimesulida) após as refeições. Não se aconselha a ingestão de alimentos que provoquem irritação gástrica (tais como abacaxi, laranja, limão, café, etc.) durante o tratamento com NISULID® (nimesulida). Não se aconselha a ingestão de bebidas alcoólicas durante o tratamento. **REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS: PELE E TECIDOS SUBCUTÂNEOS: EVENTUAIS:** PRURIDO, RASH E SUDORESE AUMENTADA. **RARAS:** ERITEMA E DERMATITE. **GASTRINTESTINAIS: FREQUENTES:** DIARRÉIA, NÁUSEA E VÔMITO. **EVENTUAIS:** CONSTIPAÇÃO, FLATULÊNCIA E GASTRITE. **HEPATOBIAR:** ALTERAÇÕES DOS PARÂMETROS HEPÁTICOS (TRANSAMINASES), GERALMENTE TRANSITÓRIAS E REVERSÍVEIS. **SISTEMA NERVOSO: EVENTUAIS:** TONTURAS E VERTIGENS. **RARAS:** ANSIEDADE, NERVOSISMO E PESADELO. **SISTEMAS VISUAL E AUDITIVO: RARA:** VISÃO BORRADA. **SISTEMA CARDIOVASCULAR: EVENTUAL:** HIPERTENSÃO. **RAROS:** HEMORRAGIA, FLUTUAÇÃO DA PRESSÃO SANGÜÍNEA E FOGACHOS. **RENAIS: RAROS:** DISÚRIA, HEMATÚRIA E RETENÇÃO URINÁRIA. **SISTEMA SANGÜÍNEO E LINFÁTICO: RARAS:** ANEMIA E EOSINOFILIA. **SISTEMA IMUNOLÓGICO: RARA:** HIPERSENSIBILIDADE. **SISTEMA ENDOCRINO: RARA:** HIPERCALÊMIA. **DISTÚRBIOS GERAIS: EVENTUAL:** EDEMA. **RARAS:** MAL-ESTAR E ASTENIA. **SUPERDOSE:** Os pacientes devem ter tratamento sintomático (lavagem gástrica, investigação e restauração do balanço hidroeletrólítico) e de suporte após superdose com AINES. Não há antídotos específicos.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

CPD 2121604

Em campo contra a dor e a inflamação.

NISULID[®]
nimesulida



Controle multifatorial da inflamação^{1,2}

Age sobre os vários mediadores da dor e da inflamação.^{1,2}

Significativa redução da dor em 15 minutos após administração da nimesulida em osteoartrose.⁹

Boa tolerabilidade gástrica e renal.^{2,3,4,5,6,7,8}

A minibula do produto consta nesta edição.

Referências bibliográficas: 1) Rainsford KD: Nimesulide: Overview of properties and applications. Drugs of Today 2001, 37 (Suppl. B): 3-7. 2) Bennett A. Clinical importance of the multifactorial actions of nimesulida. Drugs of Today 2001, 37 (Suppl. B): 9-14. 3) Shah AA, Murray FE, Fitzgerald DJ. The in vivo assessment of nimesulida cyclooxygenase-2 selectivity. Rheumatology 1999, 38(1): 1-46. 4) Brandt KD "Non-surgical treatment of osteoarthritis: a half century of advances" Ann. Rheum. Dis. 2004; 53:117-122. 5) Porto et al. Curr. Therap Res 59 (9), 564, 1998. 6) Marini et al., Drug Invest 2(3), 162, 1990. 7) Mundo et al., Invest Med Inter, 20-28, 1993. 8) Bjarnason et al., Rheumatol, 38(1), 24, 1999. 9) Bianchi M, Broggini M. A Randomised, Double-Blind, Clinical Trial Comparing the Efficacy of Nimesulide, Celecoxib and Rofecoxib in Osteoarthritis of the knee. Drugs 63 Suppl.1:37-46. 2003.



achē
www.ache.com.br



Acheflan. Ciência e natureza contra a dor e a inflamação.

- Eficácia no tratamento de tendinites e dores miofasciais.⁽¹⁾
- Primeiro medicamento 100% pesquisado e desenvolvido no Brasil.
- Acheflan é padronizado e cientificamente comprovado.⁽¹⁻⁶⁾



acheflan
Cordia verbenacea DC. 5 mg
alfa-humuleno

achē
www.ache.com.br

Indicações: tendinite e dor miofascial. Posologia: aplicação tópica, sobre a pele íntegra, de 8 em 8 horas.

Referências Bibliográficas: 1. Retsio, C.; Brandão, D.C.; Brandão, G.C.; Keruklan, M.; Garcia, R.J.; Bonfiglioli, R.; Nery, C.A.S.; Gamba, R. "Avaliação clínica da eficácia e segurança do uso de extrato padronizado da Cordia verbenacea em pacientes portadores de tendinite e dor miofascial". Rev. Bras. Med. 2005; 62 (1-2): 40-46. 2. Calixto, JB. "Análise farmacológica "in vivo" e "in vitro" das propriedades anti-inflamatórias, antinociceptivas e imunomodulatórias da Cordia verbenacea (Erva baleeira)". Arquivo Aché, São Paulo, janeiro de 2001. 3. Calixto, JB. "Análise das propriedades anti-inflamatórias tópicas de extratos e óleo essencial obtidos da Cordia verbenacea (Erva baleeira)". Arquivo Aché, São Paulo, agosto de 2001. 4. Calixto, JB. "Caracterização das ações anti-inflamatórias e antinociceptivas do óleo essencial obtido da Cordia verbenacea". Arquivo Aché, São Paulo, janeiro de 2003. 5. Calixto, JB. "Avaliação do efeito anti-inflamatório tópico do creme da Cordia verbenacea 0,5%". Arquivo Aché, São Paulo, fevereiro de 2003. 6. Vergnanini, AL. "Estudo clínico, aberto, aleatorizado, controlado, do potencial de irritabilidade, sensibilização, fototoxicidade e fotoalergia cutânea, posada de Cordia verbenacea 0,5%". Arquivo Aché, São Paulo, novembro de 2001. 7. Vergnanini, AL. "Estudo clínico, aberto, da tolerabilidade cutânea, com aplicação tópica supervisionada e controle laboratorial do produto creme de Cordia verbenacea 0,5%". Arquivo Aché, São Paulo, abril de 2002. 8. Vergnanini, AL. "Estudo clínico, aberto, aleatorizado, controlado, do potencial de irritabilidade, sensibilização, fototoxicidade e fotoalergia cutânea, creme de Cordia verbenacea 2,5%". Arquivo Aché, São Paulo, dezembro de 2001.

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: ACHEFLAN. Cordia verbenacea DC. MS - 1.0573.0341. Indicações: Tendinites e afecções músculo-esqueléticas associadas à dor e inflamação, como dor miofascial (como dorsalgia e lombalgia). Contra-indicações: - INDIVÍDUOS SENSÍVEIS A CORDIA VERBENACEA DC. OU A QUALQUER COMPONENTE DA FÓRMULA. - OCORRÊNCIA DE SOLUÇÕES DE CONTINUIDADE (FERIDAS, QUEIMADURAS, LESÕES INFECCIONADAS, ETC). MODO DE USAR: ACHEFLAN deve ser utilizado topicamente sobre a pele íntegra. Posologia: Aplicação tópica, sobre a pele íntegra, de 8 em 8 horas. A duração do tratamento varia conforme a afecção que se pretende tratar. Advertências: ACHEFLAN É PARA USO EXTERNO E NÃO DEVE SER INGERIDO. NÃO DEVE SER UTILIZADO ASSOCIADO A OUTROS PRODUTOS DE USO TÓPICO. RECOMENDA-SE LAVAR ABUNDANTEMENTE O LOCAL COM ÁGUA EM CASO DE CONTATO COM OS OLHOS. USO EM IDOSOS, CRIANÇAS E OUTROS GRUPOS DE RISCO: Não existe experiência clínica sobre o uso de ACHEFLAN em idosos, crianças abaixo de 12 anos, gestantes e lactantes. "ESTE MEDICAMENTO NÃO DEVE SER UTILIZADO DURANTE A GESTAÇÃO OU AMAMENTAÇÃO SEM ORIENTAÇÃO MÉDICA". Interações medicamentosas: Sua associação a outros fármacos deverá ser avaliada pelo médico. Reações adversas: RARAMENTE PODE CAUSAR AUMENTO DA SENSIBILIDADE LOCAL. Superdose: Em caso de uso excessivo, medidas habituais para remoção do material não-absorvido devem ser empregadas, tais como: lavar bem o local de aplicação. Em caso de ingestão acidental, entrar imediatamente em contato com o médico ou procurar um pronto-socorro, informando a quantidade ingerida, horário da ingestão e sintomas. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. CPD 222001 03/06