

ano 1 ■ número 2

# Physikos

VENCENDO A DOR

**VIDA DE ATLETA**

**Gustavo Kuerten**

O guerreiro  
vence a dor

**ENTREVISTA**

Dr. Eduardo Henrique De Rose

**PALAVRA DO ESPECIALISTA**

Síndrome da bandeleta iliotibial

**PONTO DE VISTA**

Educação pelo futebol

**achē**

É do Brasil

# Mirtax<sup>®</sup>

## ciclobenzaprina cloridrato

Nos espasmos musculares associados à dor aguda.<sup>1,2</sup>

**Indicações:**<sup>3</sup> 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:**<sup>3</sup> 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) Toftler 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. Antidépansivos e antiarrítmicos podem ter aumentada a sua ação, levando a problemas gastrintestinais 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 PSQUIÁTRICAS:** ATAXIA, VERTIGEM, DISARTRIA, TREMORES, HIPERTONIA, CONVULSÕES, ALUCINAÇÕES, INSÔNIA, DEPRESSÃO, ANSIEDADE, AGITAÇÃO, PARESTESIA, DÍPLCPIA, PELE: SUDORESE. **SENTIDOS ESPECIAIS:** PERDA DO PALADAR, SENSACÃO 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 2

## 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



Chegamos a mais um número da revista *Physikos*. Neste segundo número, iniciamos com uma entrevista do tenista Gustavo Kuerten, o mais bem-sucedido da nossa história e que, infelizmente, vem passando por problemas do sistema locomotor que têm prejudicado sobremaneira sua trajetória desportiva. Ainda dentro da linha do trauma desportivo, temos o artigo de um colega de Fortaleza, o Dr. Gustavo Maurício de Azevedo Pires, que trata de um problema atual e cada vez mais freqüente entre os corredores profissionais e recreativos: a síndrome da bandeleta iliotibial. Seguramente um dos maiores especialistas mundiais em controle antidopagem, o brasileiro Eduardo Henrique De Rose é o médico entrevistado neste número, apresentando aspectos práticos da difícil e delicada área de atuação do especialista em medicina do esporte. Para maiores informações sobre esse tema relevante, sugerimos ao leitor consultar o manual disponível no *site* do Comitê Olímpico Brasileiro (COI [[http://www.cob.org.br/site/downloads/downloads/Modificacoes\\_do\\_livreto\\_Antidoping.pdf](http://www.cob.org.br/site/downloads/downloads/Modificacoes_do_livreto_Antidoping.pdf)]) ou escrever para o *e-mail* [antidoping@cob.org.br](mailto:antidoping@cob.org.br). Segue um artigo de minha autoria, no qual teço algumas considerações sobre serviços e clínicas de medicina do exercício, que vêm se multiplicando rapidamente no Brasil, ampliando as possibilidades de uso clínico do exercício físico pela população. Finalmente, temos mais uma vez o texto fácil e agradável do nosso colega e também jornalista Osmar de Oliveira, que versa sobre o papel educativo do futebol, tema bastante apropriado para uma leitura pós-Copa de 2006.

**Dr. Claudio Gil Soares de Araújo**

## 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](mailto:editora@diagraphic.com.br)  
[www.diagraphic.com.br](http://www.diagraphic.com.br)

### VIDA DE ATLETA 4

Gustavo Kuerten: o guerreiro vence a dor

### PALAVRA DO ESPECIALISTA 6

Síndrome da bandeleta iliotibial

### ENTREVISTA 9

Dr. Eduardo Henrique De Rose

### FORMAÇÃO 11

Serviços e clínicas de medicina do exercício

### PONTO DE VISTA 14

Educação pelo futebol



# Gustavo Kuerten

## O guerreiro vence a dor

Texto de  
Augusto Correa

Depois de algum tempo jogando com dores e com limitações claras de movimento, no início de 2002 Guga e sua equipe médica decidiram que o tenista deveria passar por uma cirurgia no quadril direito para dar fim ao tormento

**D**as salas de fisioterapia do centro de reabilitação de Nilton Petrone, em Jacarepaguá, zona oeste do Rio de Janeiro, Gustavo Kuerten viu o espanhol Rafael Nadal igualar seu feito de 2000 e 2001 e conquistar o bicampeonato do Aberto da França, em Roland Garros. Ainda em recuperação de sua segunda cirurgia no quadril, Guga preferiu não disputar, pela primeira vez desde 1997, o torneio que o apresentou ao mundo do tênis e também ao coração do povo brasileiro. No entanto, nem passa pela cabeça do maior tenista do Brasil em todos os tempos não brilhar mais no piso de saibro de Paris.

Depois de algum tempo jogando com dores e com limitações claras de movimento, no início de 2002 Guga e sua equipe médica decidiram que o tenista deveria passar por uma cirurgia no quadril direito para dar fim ao tormento. O jogador então foi operado pelo médico Thomas Bird, em Nashville, nos Estados Unidos. Depois de alguns meses de recuperação, Guga voltou a jogar bem, conquistou os títulos dos Abertos de São Petersburgo, Auckland e

da Costa do Sauípe, na Bahia. As dores, porém, não cessavam. Para evitar o desconforto, Kuerten foi modificando sua postura e fazendo movimentos errados. Com isso, os bons resultados voltaram a rarear e as dores, a incomodá-lo.

Em setembro de 2004, Guga surpreendeu a todos ao anunciar que passaria por uma nova cirurgia no local. Muitos falaram que seria o fim da carreira do tenista, mas mesmo assim Gustavo Kuerten foi operado novamente do quadril direito. Em Pittsburgh, também nos Estados Unidos, chegou-se à conclusão de que Guga apresentava um pinçamento ósseo que bloqueava a movimentação completa do quadril. O pinçamento poderia ser removido somente através de nova cirurgia, que então foi realizada pelo médico Marc Philippon, especialista em tratar atletas de alto nível com esse tipo de problema. O Dr. Philippon fez uma artroscopia e retirou alguns esporões ósseos localizados na região superior do quadril direito. Além disso, foi feito também um tensionamento da cápsula anterior do quadril, estrutura responsável pela estabilidade da articulação.

No entanto, depois da segunda cirurgia Guga não conseguiu voltar a ter o mesmo rendimento de antes. Resultado: caiu sensivelmente no *ranking* da Associação de Tenistas Profissionais (ATP), perdeu prestígio no circuito internacional e foi abandonado até por patrocinadores de longa data. Disposto a tentar voltar a ser um jogador de primeiro escalão, deixou o técnico Larri Passos – uma espécie

de faz-tudo que cuidava tanto da parte física quanto da técnica de Guga desde o início de sua carreira – e passou a ser assessorado por uma comissão técnica capitaneada pelo ex-tenista e treinador argentino Hernán Gummy.

O plano, no entanto, não funcionou como Guga e Gummy planejaram. Longe da melhor forma física, o tenista resolveu voltar aos Estados Unidos e fazer um trabalho de recuperação na clínica do Dr. Philippon, em Pittsburgh.

No retorno ao Brasil, Gustavo Kuerten resolveu desistir de disputar Roland Garros para concluir o tratamento. Além de abandonar temporariamente o sonho do tetra do maior torneio no piso de saibro do planeta, seguiu os passos de Romário e Ronaldo e convocou Nilton Petrone Vilardi Jr., conhecido como Filé, fisioterapeuta conhecido por ajudar a recuperar atletas brasileiros de alto rendimento.

“Quando eu apoiava a perna não sentia, não conseguia mudar de direção da maneira que precisava. Vou começar do começo, perder todos os vícios que eu tinha. Foram dois ou três anos de movimentos inadequados que eu estava fazendo. Arranjei um problemão para o nosso Filé, e vamos ver se ele dá um jeito”, brincou.

Certeza sobre a recuperação completa do atleta, apenas Nilton Petrone e Guga parecem ter. Apesar de não estar a par dos detalhes clínicos do caso de Kuerten e normalmente não tratar de atletas de alto rendimento, o Dr. Jorge Penedo, presidente da Sociedade Brasileira de Quadril (SBQ), diz que é difícil afirmar se o tenista se recuperará completamente da lesão no local a ponto de jogar que ele fazia antes dela. “Não sei do histórico do Guga especificamente nem do tipo de lesão que ele teve no local. Mas, certamente, a lesão foi causada pelo esforço que ele faz por ser um atleta de alto rendimento. O quadril também é uma articulação importantíssima e, como nos joelhos, hoje em dia existem tratamentos e procedimentos cirúrgicos para que o paciente possa voltar a ter uma vida normal, sem dores no local. Mas nos casos dos atletas a situação é um pouco diferente, uma vez que ele voltará a ter o desgaste que causou a lesão com o decorrer dos jogos e treinos. Não existe como afirmar que ele vai voltar a ser como era antes de sentir a lesão”, atestou o médico.

De toda maneira, Gustavo Kuerten, agora também empresário do ramo da moda, promete voltar a brilhar no mundo do tênis. Para



*Dr. Jorge Penedo, presidente da Sociedade Brasileira de Quadril (SBQ)*

ele, nem o fato de estar próximo de completar 29 anos é um impedimento. “Hoje mais do que nunca tenho certeza de que se não tivesse nenhuma limitação poderia estar entre os dez (melhores do mundo). Tirando o Nadal, que é o único que é muito jovem, todos os outros que jogavam comigo estão aí. Isso aumenta ainda mais a minha vontade. Se eu conseguir chegar próximo do que eu estava antes, em termos de mobilidade e resistência, não tem ninguém que me assuste”.

Caso o tratamento não dê os efeitos esperados, no entanto, o exigente Guga afirma que não pretende mais jogar com dores nem disputar torneios menores onde os jogadores mais bem colocados no *ranking* não participam e as conquistas ficam mais próximas.

“Eu não esperava ter essa vontade toda de jogar tênis hoje em dia, igual à que eu tinha quando tinha uns 18, 19 anos. Existe um querer muito grande, da minha parte, de passar por esse desafio. Isso só aumenta a minha vontade de voltar e superar tudo. Estou bem, estou empolgado e quero jogar mais. Todo mundo fica chocado quando digo isso e acho que acabo até contagiando as pessoas. Estou confiante e bem contente, com as pessoas certas do meu lado. Vejo que todas essas dúvidas podem se tornar uma alegria, que nem era antes. Mas, se eu continuar nessa situação daqui a um ano, pego a minha prancha e vou surfar”, encerrou, mais uma vez em tom de brincadeira.

# Síndrome da bandeleta iliotibial

(síndrome do corredor)



**Gustavo Maurício de Azevedo Pires**  
Especialista em Ortopedia e em Medicina do Esporte

O crescente engajamento da população nas diversas formas de atividades e exercícios físicos regulares, especialmente aeróbicos, como corridas de rua e ciclismo, tem sido acompanhado de maior incidência de enfermidades do sistema locomotor peculiares a essas atividades.

Atletas de corrida, ciclismo, futebol profissional, militares ou outros indivíduos que se exercitam em altas intensidades arriscam-se a experimentar desconforto ou dor intensa na face lateral do joelho, no nível do epicôndilo femoral, que pode caracterizar a condição descrita a seguir. A síndrome da bandeleta iliotibial, ou síndrome do corredor, é também conhecida na literatura internacional como *iliotibial band friction syndrome* e *syndrome de l'essuie glace (bandelette ilio-tibiale)* nas línguas inglesa e francesa, respectivamente. É considerada uma síndrome de sobrecarga (*overuse*), que geralmente apresenta bons resultados com tratamento conservador.

## Anatomia

As primeiras descrições anatômicas do trato iliotibial (TIT) se referiam a essa estrutura como um espessamento da fáscia profunda da coxa que recobre os músculos glúteo máximo e tensor da fáscia lata, dirigindo-se distalmente pela

face lateral da coxa até sua inserção final no côndilo lateral da tíbia, no nível do tubérculo de Gerdy. No entanto, estudos recentes têm demonstrado que, na verdade, o TIT apresenta maior complexidade anatômica, com múltiplas inserções no nível do joelho, conseqüentemente constituindo-se num fator importante de estabilização dinâmica dessa articulação.

## Biomecânica

O atrito excessivo entre o TIT e o epicôndilo lateral do fêmur parece ser o principal fator biomecânico no aparecimento dessa condição patológica. Quando o joelho está em extensão, o TIT dispõe-se anteriormente ao epicôndilo lateral do fêmur. Quando o joelho se flexiona, o TIT desliza sobre o epicôndilo e se posiciona posteriormente a este, sendo o arco entre 20° e 30° o momento de maior atrito entre as estruturas. Um TIT encurtado ou a associação de outros fatores biomecânicos e anatômicos que possam gerar um aumento de atrito entre essas estruturas podem, igualmente, desencadear a síndrome.

Em corredores, o momento de fricção do TIT no epicôndilo ocorre na fase de contato do pé com o solo. Corridas em declive diminuem os ângulos de flexão, aumentando as chances de

atrito excessivo, enquanto em solo plano e com maiores velocidades (*sprint*) a flexão de joelho é maior, diminuindo a probabilidade de ocorrência da síndrome.

### Etiologia

---

Muitas etiologias têm sido descritas para essa condição; no entanto, poucas com evidências científicas comprovadas. O principal fator etiológico parece ser a sobrecarga (*overuse*), mais ligada a erros de treinamento. Alterações ambientais (piso duro, irregular ou declive) e mudanças abruptas de velocidade, distância ou intensidade do treinamento também são citadas.

Fatores anatômicos são igualmente descritos: *genu varum*, hiperpronação excessiva dos pés, discrepância de membros inferiores e desequilíbrios musculares, em especial a fraqueza de abdutores do quadril. Esses fatores predisponentes apresentam mecanismos biomecânicos distintos, porém resultando todos em sobrecarga ao TIT.

### Fisiopatologia

---

O espaço entre o TIT e o epicôndilo lateral do fêmur é preenchido por uma invaginação da cápsula articular do joelho que contém tecido sinovial, formando o chamado recesso sinovial lateral.

Estudos histopatológicos de casos confirmados mostraram alterações no tecido sinovial com inflamação e hiperplasia. Por outro lado, descrições de ressonância magnética demonstraram aumento difuso de sinal no tecido conjuntivo frouxo e sinovial, porém com intensidade de sinal normal no TIT, descharacterizando a síndrome como tendinopatia, conforme era descrito anteriormente.

### Quadro clínico

---

A queixa principal é dor na face lateral do joelho, de característica intensa, descrita como em *ferroada* ou *queimação*, que em geral aparece durante a atividade física. Uma característica peculiar de corredores e ciclistas é que, em geral, eles conseguem precisar a partir de que momento (minutos ou quilômetros) da sessão de treinamento começam a apresentar

a queixa. A dor pode exibir irradiação distal e proximal até o nível do quadril. Existe uma variante da apresentação da síndrome da bandeleta iliotibial caracterizada por dor e estalidos na face lateral do quadril, fazendo diagnóstico diferencial com o quadril em ressalto.

O exame físico apresenta, na maioria dos casos, dor à palpação do TIT no nível do epicôndilo lateral, mais evidenciada com o joelho a 30° de flexão (teste de Noble). Nesse teste diagnóstico deve-se solicitar ao paciente que realize algumas flexões/extensões ativas do joelho, estando o examinador com o polegar pressionando a área do TIT nos arredores do epicôndilo lateral. Alguma crepitação pode ser palpada.

### Imagem

---

Embora a ultra-sonografia possa ajudar a reconhecer presença de edema e espessamentos no recesso sinovial lateral, o exame mais





Figura 1

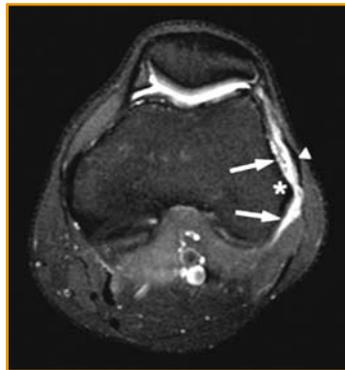


Figura 2

sensível para o diagnóstico é a ressonância nuclear magnética (RNM). O achado mais consistente depende da fase em que se faz o diagnóstico. Nas fases agudas há aumento de sinal em T2 no recesso sinovial lateral e sinal normal no TIT, enquanto em fases crônicas pode haver imagem semelhante à formação de pequenas bursas no recesso, além de espessamento do TIT.

A RNM também é importante para realizar o diagnóstico diferencial entre condições intra-articulares do joelho, como lesões ou cistos meniscais laterais, síndromes patelares, tendinite do bíceps ou poplíteo, etc.

O corte frontal em T2 da RNM é onde se visualizam as principais alterações da enfermidade (**Figura 1**). O corte transversal do terço distal femoral (**Figura 2**) serve principalmente para distinguir o aumento de sinal visto no recesso lateral de um derrame articular, pois na síndrome do corredor, em geral, não há líquido livre na articulação.

### Tratamento

O tratamento dessa síndrome consiste inicialmente em identificar e tratar os possíveis fatores predisponentes, além de outros envolvidos na etiologia de cada caso.

Controle da dor e inflamação na fase aguda podem envolver o uso de antiinflamatórios não-hormonais (AINEs), meios físicos fisioterapêuticos e modificação da atividade física com variados graus de diminuição do volume e intensidade do treinamento.

Exercícios de alongamento com ênfase na musculatura do quadril devem ser iniciados

tão logo seja alcançado efetivo controle da dor e da inflamação. Restaurar a mobilidade articular e a flexibilidade de flexores, extensores, abdutores e especialmente dos adutores do quadril é essencial para o sucesso do tratamento. Exercícios de fortalecimento são preconizados na fase final do tratamento.

Diversas técnicas manipulativas (fisioterapia) têm sido descritas na terapêutica dessa síndrome. Disfunções na sacroilíaca, anteriorização ou posteriorização do íliaco e mesmo disfunções da articulação fibulotibial proximal devem ser acessadas pelo terapeuta.

O retorno à corrida deve ser feito de maneira gradual, dando preferência a pequenas corridas de velocidade (*sprint*) em que a maior flexão do joelho inibe o reaparecimento do quadro. Aumentos progressivos de distância e tempo são encorajados desde que não haja recidiva dos sintomas. A maioria dos pacientes retorna ao treinamento numa média de quatro a seis semanas.

O tratamento cirúrgico só é empregado excepcionalmente, mais freqüentemente em casos crônicos e refratários ao tratamento conservador, e consiste na ressecção do tecido espessado do trato iliotibial em forma de elipse ao longo da borda inferior junto ao epicôndilo lateral.

### Bibliografia recomendada

1. Orchard JW, Fricker PA, Abud AT, Mason BR. Biomechanics of iliotibial band friction syndrome in runners. *Am J Sports Med.* 1996; 24(3): 375-9.
2. Nemeth WC, Sanders BL. The lateral synovial recess of the knee: anatomy and role in chronic iliotibial band friction syndrome. *Arthroscopy.* 1996; 12(5): 574-80.
3. Muhle C, Ahn JM, Yeh LR, Bergman GA, Boutin RD, Schweitzer M, et al. Iliotibial band friction syndrome: MR imaging findings in 16 patients and MR arthrographic study of six cadaveric knees. *Radiology.* 1999; 212: 103-10.
4. Fredericson M, Weir A. Practical management of iliotibial band friction syndrome in runners. *Clin J Sport Med.* 2006; 16(3): 261-8.
5. Murphy BJ, Hechtman KS, Uribe JW, et al. Iliotibial band friction syndrome: MR imaging findings. *Radiology.* 1992; 185(2): 569-71.
6. Karageanes S, Kooima C. Iliotibial band friction syndrome. Disponível em: [www.emedicine.com/orthoped/topic404.htm](http://www.emedicine.com/orthoped/topic404.htm).

# Dr. Eduardo Henrique De Rose



**E**m 2007, a cidade do Rio de Janeiro será a sede dos XV Jogos Pan-Americanos, que pela primeira vez se realizarão no Brasil. Entre os vários aspectos a serem observados em competição desse porte, a questão do controle do *doping* é tarefa para a qual certamente estaremos plenamente capacitados. Afinal, o Dr. Eduardo Henrique De Rose, especialista em antidoping do Comitê Olímpico Brasileiro (COB) e membro do Comitê Olímpico Internacional (COI) e da Organização Desportiva Pan-Americana (ODEPA), também faz parte da comissão organizadora dos jogos. Nesta entrevista, Dr. De Rose nos fala sobre o controle de dopagem no Brasil. Confira!

**Qual a avaliação que o senhor faz sobre o combate ao *doping* no Brasil? O que ainda falta para o país? E como está o esporte brasileiro em relação ao *doping*?**

**Dr. Eduardo Henrique De Rose** • Minha avaliação é de que o Brasil tem um sistema intermediário em termos internacionais. Fizemos cerca de 4 mil controles por ano, em competição e fora dela, enquanto os países de ponta fazem em torno de 10 mil. Estamos progressivamente incrementando o número de controles nos mais diversos esportes e, particularmente, neste e no próximo ano teremos um aumento normal de

controles em virtude dos Jogos Sul-Americanos e Pan-Americanos. Possuímos um laboratório credenciado no Rio, legislação adequada e pessoal altamente qualificado. Falta apenas conscientizar um maior número de dirigentes esportivos da necessidade do controle de *doping*. Casos de *doping* vêm se tornando cada vez mais frequentes em nosso país e no mundo. Ciente desse problema, a Agência Mundial Antidoping (AMA) vem realizando trabalho na conscientização e no controle de atletas de elite, com publicação anual de relatórios a respeito do controle antidoping realizado internacionalmente.

**Eduardo Henrique De Rose**

*Especialista em antidoping do Comitê Olímpico Brasileiro (COB) e membro do Comitê Olímpico Internacional (COI) e da Organização Desportiva Pan-Americana (ODEPA)*

Os atletas, técnicos e preparadores físicos no Brasil mantêm-se atualizados sobre o problema?

**Dr. Eduardo Henrique De Rose** • Embora a quantidade de casos venha aumentando, o número de controles também vem, e quanto mais controle tivermos, mais casos teremos. O que importa é o percentual de casos, que tem se mantido entre 1% e 2% na média internacional. Os especialistas brasileiros estão na AMA, e no Brasil acompanhamos todas as suas estatísticas, relatórios e informações, considerando médicos, treinadores e atletas.

A luta contra a dopagem compreende, pelo menos em tese, não só a programação de controles antidoping durante e fora de competições esportivas, mas especialmente a conscientização e orientação dos atletas a respeito dessa importante temática. De que forma o COB e o Comitê Brasileiro de Antidopagem têm trabalhado nesse sentido?

**Dr. Eduardo Henrique De Rose** • O COB mantém um material informativo sobre a luta antidopagem em sua página [www.cob.org.br](http://www.cob.org.br), numa área chamada de antidoping, e mantém um e-mail para consultar e tirar dúvidas, que é o [antidoping@cob.org.br](mailto:antidoping@cob.org.br). Além disso, estão programadas ações de divulgação e informação nos eventos estudantis e universitários, assim como nos Jogos Pan-Americanos. Já a função da Comissão de Combate ao Doping do Ministério do Esporte é basicamente atualizar a legislação brasileira e ajudar as confederações brasileiras a efetuar controles através de auxílios financeiros.



Dr. Friedhelm Beuker, Dr. Eduardo H. De Rose e Dr. Bob Goldman durante congresso

Autoridades públicas e o movimento olímpico mundial concordaram em seguir as determinações de um mesmo código antidopagem, que passou a vigorar em 1º de janeiro de 2004. Esse comprometimento tem sido bem-sucedido?

**Dr. Eduardo Henrique De Rose** • Exceto a Federação Internacional de Futebol Associação (FIFA), todas as federações internacionais, comitês olímpicos nacionais e governos dos cinco continentes concordaram em adotar esse documento e seguem o Código Mundial Antidoping.

O COB produz anualmente, desde 2001, um manual sobre uso de medicamentos no esporte em que constam, além de um histórico de *doping* e dos direitos e deveres dos atletas, o nome das substâncias e métodos proibidos pela AMA no esporte, bem como listagem atualizada com o nome comercial dos medicamentos que podem ser utilizados em diferentes situações clínicas. Tal prática, tendo-se em vista o limitado número de publicações que dissertam sobre o controle de *doping* e a política brasileira a respeito, é suficiente?

**Dr. Eduardo Henrique De Rose** • Para o atleta tal informação é fundamental, pois muitos médicos não conhecem a lista de produtos proibidos e os usam normalmente na clínica, até porque muitos desses produtos são medicamentos normalmente vendidos pelas farmácias e prescritos por facultativos. O livreto permite ao atleta informar ao médico que medicamento pode tomar e quais produtos são proibidos, salvo no caso de haver uma isenção pela federação internacional respectiva.

E qual a sua opinião em relação ao *doping* pelas chamadas drogas sociais, como a maconha? Elas não melhoram o desempenho dos atletas. Ao contrário, na grande maioria dos esportes o atrapalham. Não é uma contradição punir um atleta que está prejudicando a si mesmo?

**Dr. Eduardo Henrique De Rose** • A atual definição de *doping* engloba, além do aumento artificial do desempenho, o prejuízo à saúde do atleta e o fato de uma conduta ser contrária aos valores do esporte. Essas substâncias, se por um lado não aumentam o desempenho, por outro são prejudiciais à saúde e contrárias aos valores do esporte, o que as caracteriza como *doping*.

# Serviços e clínicas de medicina do exercício



**N**a década de 1970, alguns hospitais e clínicas começaram a desenvolver programas e serviços de reabilitação cardíaca, com ênfase na execução de sessões de exercício físico para cardiopatas. Infelizmente, por diversas razões, poucos serviços e em apenas algumas cidades brasileiras se mantêm funcionando na sua plenitude até os dias de hoje. Não obstante, nos últimos anos, com a ampliação da utilização clínica do exercício pelos profissionais médicos, começaram a surgir em diversos pontos do Brasil os primeiros serviços e clínicas de medi-

Nos últimos anos, com a ampliação da utilização clínica do exercício pelos profissionais médicos, começaram a surgir em diversos pontos do Brasil os primeiros serviços e clínicas de medicina do exercício

**Claudio Gil Soares de Araújo**

*Diretor-médico da Clínica de Medicina do Exercício (CLINIMEX)*



Considerando que a medicina do exercício e do esporte objetiva a utilização clínica do exercício físico em prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças e no aprimoramento da saúde e do desempenho do homem, as unidades de medicina do exercício podem desempenhar um papel importante na engrenagem de saúde, mormente nos seus aspectos preventivo primário, secundário e terciário

na do exercício. Este texto procura comparar essas duas abordagens e apresentar ao colega não-especialista em medicina do exercício e do esporte as principais atividades desenvolvidas nessas clínicas, permitindo-lhe, a partir desse conhecimento, compreender melhor a área de atuação profissional do especialista.

Considerando que a medicina do exercício e do esporte objetiva a utilização clínica do exercício físico em prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças e no aprimoramento da saúde e do desempenho do homem, as unidades de medicina do exercício podem desempenhar um papel importante na engrenagem de saúde, mormente nos seus aspectos preventivo primário, secundário e terciário.

Em geral essas unidades prestam dois tipos de serviços à população: avaliação especializada e programa de exercício com supervisão médica. No contexto da avaliação em medicina do exercício, o objetivo primário é responder a duas perguntas: 1) o indivíduo encontra-se saudável para a prática de exercício ou esporte? e 2) como se pode melhorar ou otimizar o seu desempenho físico? Sendo assim, a clientela é bastante variada, indo da criança cujos pais buscam orientação desportiva ao idoso que está com sua autonomia limitada, passando pelo indivíduo de meia-idade que deseja sair de forma segura e saudável do sedentarismo, pela busca da etiologia da intolerância ao esforço em uma mulher e chegando até o atleta

competitivo de qualquer uma das inúmeras modalidades desportivas. Essa avaliação, em seu formato completo, inclui anamnese que incorpora detalhes do histórico e do padrão atual de exercício e esporte, exame físico, avaliação cineantropométrica – medidas antropométricas, somatotipo, composição corporal, crescimento e desenvolvimento (se apropriado à idade), flexibilidade e força/potência muscular –, eletrocardiograma e espirometria de repouso, avaliação do tônus vagal cardíaco pelo teste de exercício de quatro segundos e teste cardiopulmonar de exercício máximo, esse último realizado em protocolo de rampa e no ergômetro que for mais apropriado para as características desportivas ou clínicas do indivíduo a ser testado. Sua duração típica é de 90 minutos, e vale destacar que todos os procedimentos mencionados estão contemplados na Classificação Brasileira de Honorários e Procedimentos Médicos de 2004. A avaliação em medicina do exercício é muito mais precisa, abrangente e, portanto, muito mais informativa do que a simples realização do chamado teste de esforço.

O segundo serviço prestado por essas unidades é o programa de exercício supervisionado. De certa forma parecido com a reabilitação cardíaca, apresenta, contudo, uma série de peculiaridades que o diferenciam desta. Em primeiro lugar, a ênfase é primariamente em orientação, prescrição e supervisão médica da sessão de exercício, deixando, na maioria das vezes, os aspectos nutricionais e psicológicos (controle do estresse, cessação do tabagismo, etc.) para os respectivos profissionais especializados. Na execução da sessão, o médico poderá contar com outros profissionais de saúde, especialmente profissionais de educação física, fisioterapia e enfermagem, mas cabe ao médico especialista em medicina do exercício e do esporte a liderança da equipe e a tomada de decisões. O médico realiza uma breve avaliação do paciente, prescreve e supervisiona a execução de toda a sessão de exercício, que é normalmente realizada em pequenos grupos. Cabe ainda ao médico avaliar as medidas e demais informações obtidas durante a sessão de exercício, tais como frequência cardíaca, pressão arterial,

**Cabe ao médico avaliar as medidas e demais informações obtidas durante a sessão de exercício, tais como frequência cardíaca, pressão arterial, saturimetria arterial de oxigênio, eletrocardiograma, sensação de esforço e sinais e sintomas clínicos**

saturimetria arterial de oxigênio, eletrocardiograma, sensação de esforço e sinais e sintomas clínicos. Outra distinção importante em relação à reabilitação cardíaca é quanto ao tipo de cliente, que na clínica de medicina do exercício é muito mais abrangente, indo do indivíduo saudável que apenas deseja ser cuidadosamente monitorizado até o paciente em fila de transplante cardíaco, passando por diabéticos, hipertensos, coronariopatas, obesos mórbidos, fóbicos, depressivos, pulmonares crônicos, oncológicos e portadores de doença arterial periférica. Dessa forma, o médico especialista terá oportunidade de utilizar toda a sua rica formação clínica para aplicar os conceitos mais modernos da fisiologia do exercício, visando aprimorar ou restaurar a saúde dos seus clientes, maximizando os benefícios e minimizando os riscos do exercício físico<sup>(1)</sup>. Com o maior número dos cursos de formação de especialistas, felizmente os serviços e clínicas de medicina do exercício vêm se multiplicando rapidamente pelo Brasil e, muito em breve, esperamos que não somente estejam disponíveis nas principais cidades brasileiras, mas que também comecem a ser implantados em hospitais universitários e não-universitários, permitindo que uma parcela cada vez maior da nossa população possa auferir de modo seguro e saudável os benefícios do exercício físico regular.

### Referência

1. Oliveira RB, Vianna LC, Ricardo DR, Castro CLB, Araújo CGS. Dez anos de programa de exercício supervisionado: características dos pacientes e das intercorrências clínicas. Revista da SOCERJ. 2006; 19(2): 131-8.

# Educação pelo futebol



**Osmar de Oliveira**  
Médico do esporte

**M**eu pai era um torcedor fanático e o Corinthians não lhe saía da cabeça. Mas era daqueles que compreendia as derrotas e se resignava quando o time jogava mal. E era nas coisas do futebol que ele buscava os exemplos para educar os filhos. Quando me batia o sono e a lição não estava pronta, lá vinha ele: “mais um pouquinho de esforço, são 43 do segundo tempo e o jogo está 0 x 0”.

Na década de 1950, Cláudio Cristóvão Pinho era o ponta-direita do Corinthians e o maior craque do meu time de botões. Era de madreperla, tirado de um sobretudo. Cláudio era um sujeito respeitador, capitão do time, incapaz de um pontapé. Papai o tinha como o exemplo maior de dignidade e correção. Certa vez, durante o jantar, mamãe fez as queixas das diabruras dos filhos durante o dia. Olhando fixamente para os meninos e sem perder a seriedade e a ternura, disse: “Cláudio não faria isso”.

Num domingo à tarde, Pacaembu lotado, jogavam Corinthians e Palmeiras. Luizinho, nosso número 8, era um endiabrado driblador. Luis Villa, argentino, clássico e leal, era o 5 do Palmeiras. Chovia. Luizinho jogou a bola por entre as pernas de Villa e um pouco à frente sentou-se sobre a bola. A torcida foi ao delírio, mas Villa, recomposto da finta, calou o estádio ao estender a mão para que Luizinho se erguesse. Papai falou dessa aula de educação até 1973, quando Luizinho virou

técnico do Corinthians e eu já era o médico do time. Dias depois, na concentração, dei de presente ao velho um jantar com o ídolo. Vencida a emoção, papai falou daquele antigo drible e do cumprimento. Sorrindo, Luizinho completou: “Sabe o que ele me disse naquela hora, Sr. Antonio? Levanta, *hijo de una puta!*”. Papai ficou transtornado e, até morrer, em 1987, contava aos amigos sobre esse encontro, sempre concluindo que o drible foi fantástico mas que Luizinho mereceu aquela *lição de moral*.

O escritor e filósofo argelino Albert Camus (*O Mito de Sísifo, o Estrangeiro*), que na juventude fora goleiro em seu país, dizia que foi no futebol que ele teve as maiores lições de moral. Papai não o leu, mas fazia a mesma coisa. Como bom aluno, sigo suas lições com meus filhos. Até hoje eu, que tudo vi e ouvi, adoro os dribles, mas abomino o deboche!





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

- Eficácia no tratamento de tendinites e dores miofasciais.<sup>(1)</sup>
- Primeiro medicamento 100% pesquisado e desenvolvido no Brasil.
- Acheflan é padronizado e cientificamente comprovado. <sup>(1-8)</sup>



**acheflan**   
CREME  
**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. Relfsio, C.; Brandão, D.C.; Brandão, G.C.; Korukian, 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 antiinflamatórias, antinociceptivas e imunomodulatórias da Cordia verbenacea (Erva baleeira)". Arquivo Achē, São Paulo, janeiro de 2001. 3. Calixto, JB. "Análise das propriedades antiinflamatórias tópicas de extratos e óleo essencial obtidos da Cordia verbenacea (Erva baleeira)". Arquivo Achē, São Paulo, agosto de 2001. 4. Calixto, JB. "Caracterização das ações antiinflamatórias e antinociceptivas do óleo essencial obtida da Cordia verbenacea". Arquivo Achē, São Paulo, janeiro de 2003. 5. Calixto, JB. "Avaliação do efeito antiinflamatório tópico do creme da Cordia verbenacea 0,5%". Arquivo Achē, São Paulo, fevereiro de 2003. 6. Vergnanini, AL. "Estudo clínico, aberto, aleatorizado, controlado, do potencial de irritabilidade, sensibilização, fototoxicidade e fotoalergia cutânea, pomada de Cordia verbenacea 0,5%". Arquivo Achē, 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 Achē, 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 Achē, São Paulo, dezembro de 2001.

**INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: ACHEFLAN. Cordia verbenacea DC. 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 E CUIDADOS DE CONSERVAÇÃO DEPOIS DE ABERTO: 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. Raramente pode causar aumento da sensibilidade local. Testes realizados em animais indicam que **ACHEFLAN** não apresenta atividade irritante na mucosa ocular. Entretanto, 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. MS - 1.0573.0341 - **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.**  
**A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**  
**MATERIAL TÉCNICO-CIENTÍFICO EXCLUSIVO À CLASSE MÉDICA.**

Superando  
a inflamação  
rapidamente.

**NISULID**  
nimesulida

DISPERSÍVEL

Controle multifatorial da inflamação<sup>1,2</sup>

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.

**INFORMAÇÕES PRA PRESCRIÇÃO: NISULID® nimesulida.** MS – 1.0573.0301. **INDICAÇÕES:** Variedade de condições que requeram atividade antiinflamatória, analgésica e antipirética. **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-ESTEROIDIAIS; PACIENTES COM ÚLCERA PÉPTICA EM FASE ATIVA, ÚLCERAÇÕES RECORRENTES OU COM HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL; 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 1/2 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 1/2 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-ESTEROIDIAIS 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 ABUSO DE ALCOÓL, 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 APOÓS PERÍODOS DE TRATAMENTO INFERIORES A UM MÊS. EM RARAS SITUAÇÕES, ONDE ÚLCERAÇÕES OU SANGRAMENTOS GASTROINTESTINAIS OCORREM EM PACIENTES TRATADOS COM NIMESULIDA, O MEDICAMENTO DEVE SER SUSPENSO, ASSIM COMO COM OUTROS AINES, SANGRAMENTO GASTROINTESTINAL OU ÚLCERAÇÃO/PERFURAÇÃO PODEM OCORRER A QUALQUER TEMPO DURANTE O TRATAMENTO COM OU SEM SINTOMAS DE ADVERTÊNCIA OU HISTÓRIA PRÉVIA DE EVENTOS GASTROINTESTINAIS. 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 GASTROINTESTINAL, 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 ÚLCERAÇÃO 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-ESTEROIDIAIS 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-ESTEROIDIAIS DURANTE A TERAPIA COM NIMESULIDA NÃO É RECOMENDADO. COMO OS OUTROS ANTIINFLAMATÓRIOS NÃO-ESTEROIDIAIS, 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 REALIZADO 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 INETERAMENTE EXCLUÍDA. OS RISCOS DE USO POR VIA DE ADMINISTRAÇÃO NÃO-RECOMENDADA SÃO: A NÃO OBTENÇÃO DO EFEITO DESEJADO E 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:** A potencial interação 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 da 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 gastrintestinais. 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 anticoagulante 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 valproico 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 sulfonilúrias. Pode haver potencialização da ação da fenitoína. Embora não tenham sido relacionados 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 gastrintestinais. 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 e 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. **RAROS: ERITEMA E DERMATITE.** **GASTROINTESTINAIS:** FREQUENTES: DIARRÉIA, NÁUSEA E VÔMITO. **EVENTUAIS:** CONSTIPAÇÃO, FLATULÊNCIA E GASTRITE. **HEPATÓBILIA:** ALTERAÇÕES DOS PARÂMETROS HEPÁTICOS (TRANSAMINASES), GERALMENTE TRANSITÓRIAS E REVERSÍVEIS. **SISTEMA NERVOSO:** EVENTUAIS: TONTURAS E VERTIGENS. **RAROS:** ANSIEDADE, NERVOSISMO E PESADELO. **SISTEMAS VISUAL E AUDITIVO:** RARO: VISÃO BORRADA. **SISTEMA CARDIOVASCULAR:** EVENTUAL: HIPERTENSÃO. **RAROS:** HEMORRAGIA, FLUTUAÇÃO DA PRESSÃO SANGÜÍNEA E FOGACHOS. **RENALIS:** RAROS: DISÚRIA, HEMATURIA E RETENÇÃO URINÁRIA. **SISTEMA SANGÜÍNEO E LINFÁTICO:** RAROS: ANEMIA E EOSINOFILIA. **SISTEMA IMUNOLÓGICO:** RAROS: HIPERSENSIBILIDADE. **SISTEMA ENDÓCRINO:** RAROS: HIPERCALEMIA. **DISTÚRBIOS GERAIS:** EVENTUAIS: EDEMA. **RAROS:** 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