

ano 2 ■ número 2

# Physikos

VENCENDO A DOR

## VIDA DE ATLETA

### Robert Scheidt

Um campeão  
que combina força,  
talento e obstinação



Maurício ValZDL

## PALAVRA DO ESPECIALISTA

Envelhecimento, mobilidade e atividade física:  
é possível prevenir as quedas?

## ORIENTAÇÃO

Caminhando, correndo, pedalando,  
patinando... exercitando-se:  
orientações da medicina do exercício e do esporte

**achē**  
É do Brasil

# Mirtax®



## ciclobenzaprina cloridrato

Nos espasmos musculares associados à dor aguda.<sup>1,2,3,4</sup>

Superando  
a dor aguda.<sup>1,2,3,4</sup>



Reduz  
a dor local  
e a rigidez,  
melhorando  
a mobilidade.<sup>4</sup>

Alto índice de melhora sintomática  
nos primeiros dias de tratamento.<sup>5</sup>



5 mg e 10 mg com  
15 comprimidos<sup>6</sup>



5 mg e 10 mg com  
30 comprimidos<sup>6</sup>

Indicações:<sup>6</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.

Posologia:<sup>6</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):216-28, 1988. 2) Toffler JK; Jackson JL; O'Malley PG. Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: a meta-analysis. Arthritis & Rheumatism 51(1): 9-13, 2004. 3) Bennett RM et al. A comparison of cyclobenzaprine and placebo in the management of fibrositis. A double-blind controlled study. Arthritis Rheum; 31(12):1535-42, 1988. 4) Borenstein DG; Korn S. Efficacy of a low-dose regimen of cyclobenzaprine hydrochloride in acute skeletal muscle spasm: results of two placebo-controlled trials. Clin Ther; 25(4):1056-73, 2003. 5) Browning R; Jackson JL; O'Malley PG. Cyclobenzaprine and back pain: a meta-analysis. Arch Intern Med; 161(13):1613-20, 2001. 6) Bula do produto: cloridrato de ciclobenzaprina. MS - 1.0573.0293.

**INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: MIRTAX 5 e 10 mg, cloridrato de ciclobenzaprina.** MS - 1.0573.0293. **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, DISTÚRBO DA CONDUÇÃO CARDÍACA, ALTERAÇÃO DE CONDUÇÃO, 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 MEDIÇÃO 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 ANTI-DEPRESSIVOS TRICÍCLICOS RELACIONADOS ESTRUTURALMENTE COM A CICLOBENZAPRINA DO QUE OS ADULTOS JOVENS. OS EFEITOS ANTIMUSCARÍNICOS PERIFÉRICOS DA DROGA PODEM INIBIR O FLUXO SALIVAR, 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 hipertensiva da guanidina e de compostos semelhantes. Antidiscinéticos e antimuscarínicos podem ter aumentada a sua ação, levando a problemas gastrointestinais e íleo paralítico. Com inibidores da monoaminoxidase 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, ICTERÍCIA E COLESTÁSE. **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, DIPLOPIA. **PELE:** SUDORESE. **SENTIDOS ESPECIAIS:** PERDA DO PALADAR, SENSÇÃO DE RUÍDOS (AGEUSIA, "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.

**VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.**

**A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**

CPD 23380/00

# Physikos

ano 2 ■ número 2

## VENCENDO A DOR

### Diretor

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 Macedo – Reg. 12.918

### Edição e Produção



### Comercialização e contatos médicos



### 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

**P**oucos atletas colecionam tantos bons resultados, medalhas e títulos como Roberto Scheidt. Em uma modalidade na qual o Brasil sempre se destacou – o iatismo –, Scheidt, o destaque dentro do destaque, vem obtendo sucesso em diferentes categorias há praticamente duas décadas. Sua entrevista denota o papel importante que as questões físicas desempenham para que esse excepcional atleta possa aplicar todo o seu talento e, quem sabe, vencer mais uma vez nos Jogos Pan-Americanos do Rio de Janeiro.

Muito se fala sobre o envelhecimento da população mundial e também da brasileira. Sendo assim, nada mais oportuno do que ler atentamente a matéria preparada pela Dra. Sandra Matsudo, médica especializada em Medicina Desportiva que desde o seu doutoramento dedica-se, de modo competente e sério, a estudar os benefícios do exercício físico regular para as pessoas que estão envelhecendo.

Colaborei também nesse número, apresentando algumas orientações básicas para aqueles que desejam iniciar ou otimizar um programa de exercícios físicos. Não subestime o seu potencial de transformar, com sua orientação médica apropriada, um indivíduo sedentário em um fisicamente ativo. Sinta-se à vontade para reproduzir e distribuir essas orientações para seus clientes.

Esse número se fecha com um texto do Dr. Osmar Oliveira que estabelece uma analogia entre o futebol e o *sudoku*.

---

**Dr. Claudio Gil Soares de Araújo**

### VIDA DE ATLETA 4

Robert Scheidt:

um campeão que combina força, talento e obstinação

### PALAVRA DO ESPECIALISTA 8

Envelhecimento, mobilidade e atividade física:  
é possível prevenir as quedas?

### ORIENTAÇÃO 12

Caminhando, correndo, pedalando, patinando...  
exercitando-se: orientações da medicina do exercício  
e do esporte

### TESTE SEU CONHECIMENTO 13

O ouro do Brasil

### PONTO DE VISTA 14

Futebol e *sudoku*

# Robert Scheidt

## Um campeão que combina força, talento e obstinação

Texto: Carlos Macedo



Arquivo Pessoal



Thomas Scheidt/ZDL



Kieler Woche/ZDL

Líder do *ranking* mundial na classe Star, segundo a Federação Internacional de Vela (Isaf), ao lado de Bruno Prada, o velejador Robert Scheidt, campeão brasileiro e mundial, tem planos ambiciosos para 2007, ano dos Jogos Pan-Americanos que serão realizados no Rio de Janeiro. Dono de três medalhas olímpicas (ouro em Atlanta/96 e Atenas/04 e prata em Sydney/00) e oito títulos mundiais na categoria, Scheidt, que foi campeão em Mar del Plata/95, Winnipeg/99 e Santo Domingo/03, vai buscar em casa o inédito tetracampeonato pan-americano. No ano passado, Scheidt e Prada tiveram como melhores resultados os títulos sul-americanos da Semana Pré-Olímpica, do Campeonato Brasileiro e da Semana de Monotipos, todos

Foi um ano excelente, de um crescimento muito grande e de ótimos resultados, tanto que estamos na liderança do *ranking* mundial. Minha vida foi sempre cheia de desafios, e estou pronto para mais um. Não dá para descansar. A cobrança é muito grande sobre mim, e vou buscar a vaga no Pan. Se isso não acontecer, a vida segue

no Brasil, além dos vice-campeonatos da Semana de Kiel e do Campeonato Europeu, na Alemanha, do Campeonato Mundial, em São Francisco, e do Campeonato Norte-Americano, em Miami.

As 13 competições de 2006, com resultados consistentes tanto no Brasil quanto no exterior, somadas ao desafio de conseguir a quarta medalha olímpica na carreira, a primeira fora da classe Laser, motivaram Robert Scheidt a escolher a classe Star para a campanha olímpica de Pequim. Ao lado do proeiro Bruno Prada, Scheidt novamente priorizará a Star em 2007 para, no ano seguinte, buscar uma vaga naquela que pode ser sua quarta participação consecutiva nos Jogos Olímpicos. O velejador explica por que mudou da categoria Laser para a Star: "São 15 anos velejando de Laser. É a classe em que construí meu nome e minha imagem. Mas chegou a hora de mudar, por mais difícil que seja essa mudança. Foi um ano excelente, de um crescimento muito grande e de ótimos resultados, tanto que estamos na liderança do *ranking* mundial. Minha vida foi sempre cheia de desafios, e estou pronto para mais um". completou o melhor velejador do mundo em 2001 e 2004, segundo a Isaf. "Não dá para descansar. A cobrança é muito grande sobre mim, e vou buscar a vaga no Pan. Se isso não acontecer, a vida segue", destacou Scheidt, que foi vice-campeão do Pré-Pan, em outubro, única competição do velejador na Laser em 2006.

### **Força física: ferramenta fundamental para o velejador vitorioso**

Para encarar essa maratona mantendo sempre uma alta *performance*, o velejador Robert Scheidt sabe que não pode descuidar da preparação, fundamental para quem quiser ter sucesso em qualquer tipo de esporte. Até na vela.

Durante a regata, as tripulações têm de combinar velocidade e resistência, enfrentando diversos obstáculos que exigem habilidade e muita força física. Por isso, Scheidt não descuidou da preparação atlética.

Quem acompanha as competições de vela muito a distância imagina que o preparo físico não é tão importante, acha que o vento faz tudo. Scheidt faz questão de esclarecer o



Divulgação/ZDL



Gonzalo Arsell/ZDL

Esse movimento de escorar, de se projetar para fora, exige muito físico, muita perna, muito abdome. Você fica várias horas na mesma posição. Ao mesmo tempo, tem que ter bastante flexibilidade e agilidade. E quem não tiver uma boa preparação física vai ficar em desvantagem

equivoco: "Normalmente o velejador acaba pesando mais do que o barco. Então, qualquer movimento que ele faz interage com a vela e com a velocidade do barco. É preciso mexer seu corpo para o barco passar as ondas com mais velocidade e fazer o contrapeso: o vento bate na vela, faz a força para um lado, e o velejador tem que escorar, tem que projetar o corpo para fora do barco para mantê-lo reto. Esse movimento de escorar,



Luiz DorozDL



### Raios X de Roberto Scheidt

Robert Scheidt é bicampeão olímpico e octacampeão mundial da classe Laser, foi eleito o melhor velejador do mundo pela Isaf em 2001 e 2004 e recentemente foi escolhido o esportista brasileiro mais confiável na quarta edição do Prêmio Marcas de Confiança. O que mais se pode falar de um dos mais completos e famosos atletas brasileiros? Robert Scheidt nasceu em 15 de abril de 1973 e começou a velejar ainda criança por influência do pai, e com apenas 11 anos sagrou-se campeão sul-americano de Optimist, em Algarrobo, no Chile. Venceu novamente no ano seguinte e foi convocado para representar o Brasil no Mundial de Optimist em Rosas, Espanha. A partir daí não parou mais de brilhar. Com peso e tamanho excedendo o recomendado no Optimist, ingressou no Snipe e seguiu colecionando vitórias. Já em 1990 sagrou-se vice-campeão brasileiro júnior de Snipe e campeão brasileiro júnior de Laser, classificando-se para o Mundial Júnior de Laser na Holanda, categoria em que se manteve até 2006, quando decidiu competir na Star, colecionando triunfos e quebrando recordes.



de se projetar para fora, exige muito físico, muita perna, muito abdome. Você fica várias horas na mesma posição. Ao mesmo tempo, tem que ter bastante flexibilidade e agilidade. E quem não tiver uma boa preparação física vai ficar em desvantagem”.

Scheidt conta que se empenha duramente na preparação física para ganhar bastante massa muscular, porque perde muito peso a cada etapa de uma regata, principalmente aquelas de distâncias muito longas. Além disso, antes de partir para uma competição, os velejadores ainda fazem o treinamento específico em primeiros socorros, reparo de velas, conserto do casco, mergulho, escalada do mastro de 30 m, de cinegrafista etc.

Aos 33 anos, o atleta não sente queda na sua *performance* mesmo ressaltando que,

Thomas Scheidt/ZDL



Eu mantenho o mesmo físico que tinha na minha primeira Olimpíada, com 23 anos, e o meu diferencial é que tenho 10 anos a mais de experiência. Hoje em dia sou um atleta mais completo do que era com 22, 23 anos de idade, pela experiência que ganhei em decidir campeonatos no último dia, de ter participado de duas Olimpíadas, dois Pan-Americanos, vários mundiais. Acho que a idade não influi tanto assim. Se você se cuidar bem, tiver uma boa dieta, treinar legal, dá para ir longe nesse esporte.”

na classe Laser, o velejador é muito exigido fisicamente. “Eu mantenho o mesmo físico que tinha na minha primeira Olimpíada, com 23 anos, e o meu diferencial é que tenho 10 anos a mais de experiência. Hoje em dia sou um atleta mais completo do que era com 22, 23 anos de idade, pela experiência que ganhei em decidir campeonatos no último dia, de ter participado de duas Olimpíadas, dois Pan-Americanos, vários mundiais. Acho que a idade não influi tanto assim. Se você se cuidar bem, tiver uma boa dieta, treinar legal, dá para ir longe nesse esporte.”

O treino de Robert Scheidt é dividido em dois períodos. Na parte da manhã ele faz exercícios com o professor Zé Rubens D’Ellia. “Nós fazemos atividade aeróbica, corrida, bicicle-

ta e natação – um desses três por dia – e uma série de musculação, abdome, perna e braço. Depois almoço, descanso um pouco e vou para a represa de Guarapiranga e velejo mais duas ou três horas. No fim de semana vou para Ilhabela, ando de *mountain bike*, nado no mar e velejo duas, três horas por dia. De vez em quando, para espairecer, corro um campeonato de barco maior, de oceano, velejo de *windsurf*. Estou tentando andar de *kite* agora e também curto muito bater uma bola, jogar um tênis. O que importa para o atleta, além do prazer pelo esporte e a determinação pela competição, é o prazer com o qual ele realiza a atividade, e eu amo a vela. Dentro e fora da competição, sou um apaixonado pelo iatismo.”

# Envelhecimento, mobilidade e atividade física

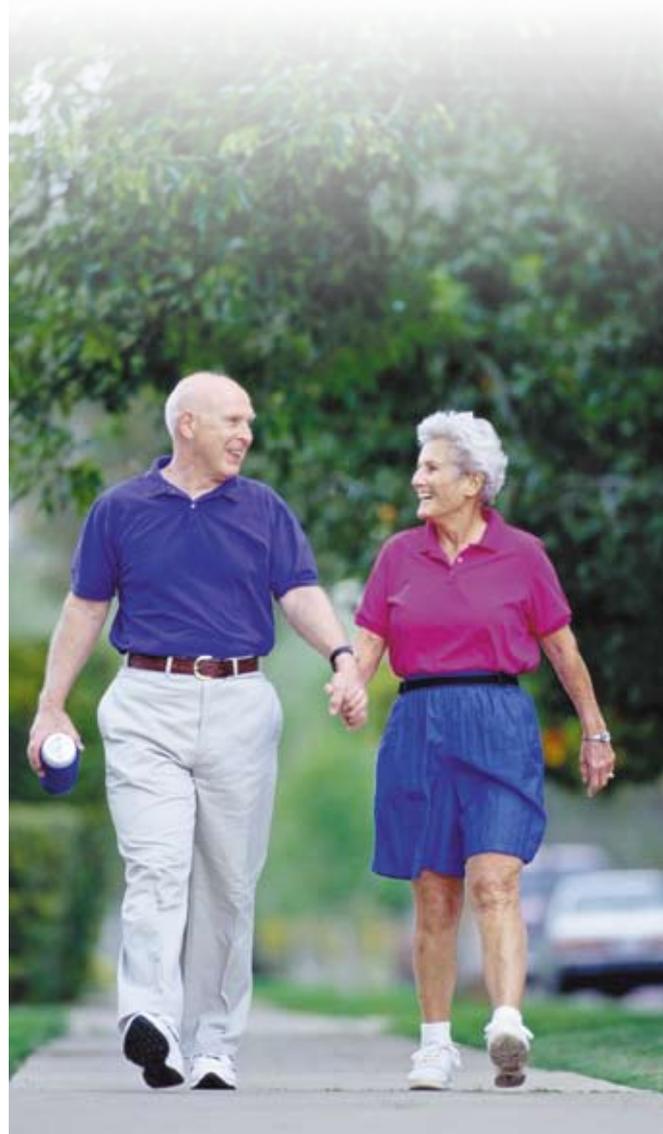
## É possível prevenir as quedas?

**Sandra Marcela Mahecha Matsudo**  
Médica especialista em Medicina Esportiva e doutora em Ciências pela Escola Paulista de Medicina (Unifesp); pesquisadora do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CelaFisics)

**A** mobilidade, considerada a habilidade para mover-se independentemente, é uma variável extremamente importante associada à independência, à qualidade de vida e à longevidade no processo de envelhecimento. A mobilidade em atividades que fazem parte do dia-a-dia de qualquer indivíduo é especialmente afetada durante o processo de envelhecimento. Outros fatores que influem na mobilidade são o fumo, o consumo de álcool, o índice de massa corporal (IMC) e o baixo nível de atividade física.

Levando em consideração a relação entre a mobilidade e o nível de atividade física, as alterações em ambos prognosticam a dependência e a morte em homens e mulheres maiores de 65 anos de idade. Os indivíduos com alterações da mobilidade têm usualmente maior risco de morte e dependência do que aqueles que conseguiram mantê-la. Sujeitos com alterações da mobilidade que se mantiveram ativos apresentaram menor risco de morte do que os sedentários, sendo a atividade física

A mobilidade em atividades que fazem parte do dia-a-dia de qualquer indivíduo é especialmente afetada durante o processo de envelhecimento. Outros fatores que influem na mobilidade são o fumo, o consumo de álcool, o índice de massa corporal e o baixo nível de atividade física



um fator protetor contra mortalidade em indivíduos com alterações da mobilidade.

A relação da força dos membros inferiores com a velocidade de andar não é linear, ou seja, nos sujeitos mais fortes não há associação, enquanto nos mais fracos essa associação existe. Isso explicaria por que pequenas mudanças na capacidade fisiológica de idosos frágeis resultam em grandes efeitos no desempenho, fato que não acontece com idosos mais saudáveis. As alterações relacionadas ao envelhecimento na organização do músculo esquelético e as conseqüentes adaptações do sistema nervoso central (SNC) afetam o controle de tarefas simples, como a precisão da preensão manual, mas também afetam o desempenho de habilidades motoras mais complexas, como a estabilidade postural e a habilidade para andar. Alguns dos mecanismos descritos que podem explicar as alterações ocorridas com a idade no equilíbrio e na velocidade de andar envolvem os sistemas visual, vestibular e somatossensorial, que também experimentam deterioração com o envelhecimento. No sistema visual, a diminuição na habilidade para acomodação, a pouca percepção de profundidade, a redução da acuidade visual e da visão periférica comprometem a estabilidade postural, levando inclusive a desvios posturais. O sistema vestibular, que modula diretamente os reflexos posturais, apresenta redução de 40% nas células sensoriais após os 70 anos de idade.

Outros mecanismos que podem estar envolvidos nas alterações do equilíbrio e do andar com o envelhecimento são os limiares de sensação cutânea e proprioceptiva que se elevam com a idade, especialmente dos membros inferiores, reduzindo a percepção de vibração da articulação do joelho. No entanto mulheres idosas que se exercitam demonstram menos desvios posturais do que as sedentárias: quanto mais ativa, menor o grau de desvio postural. No mesmo sentido, mulheres que participaram de atividades vigorosas por períodos que variaram de seis semanas a 10 anos mostraram ter melhor equilíbrio do que sedentárias da mesma idade.

A mobilidade está fortemente associada à velocidade de andar, de forma que os indivíduos que têm uma velocidade lenta para andar geralmente permanecem confinados em casa, da mesma forma que os propensos às quedas



Outros mecanismos que podem estar envolvidos nas alterações do equilíbrio e do andar com o envelhecimento são os limiares de sensação cutânea e proprioceptiva que se elevam com a idade, especialmente dos membros inferiores, reduzindo a percepção de vibração da articulação do joelho

andam em velocidades desejadas e máximas lentas. A velocidade em que uma pessoa escolhe andar decresce linearmente com a idade, fenômeno que acontece não somente pela diminuição da força muscular, mas também pela redução na freqüência das passadas e, principalmente, da amplitude dessas. No sexo masculino, as alterações na velocidade de andar ocorrem somente pela diminuição do comprimento da passada, enquanto as mulheres alteram tanto o tamanho como a freqüência da passada à medida que envelhecem. É comum também observar incremento na dorsiflexão e redução da flexão plantar do tornozelo. Outros fatores relacionados positivamente com a velocidade de andar durante o envelhecimento incluem força da panturrilha, índice de passada, horas gastas em atividades no tempo livre e altura. Já os fatores relacionados negativamente envolvem variáveis como dor nos membros inferiores e problemas de saúde.

Considerando-se o equilíbrio e a força muscular os pré-requisitos mais importantes na habilidade de andar, o risco de incapacidade intensa de fazê-lo é em torno de 10 vezes maior nos idosos com alterações na força muscular e no equilíbrio do que entre aqueles com alteração em somente uma dessas variáveis. Nesse cenário as alterações no equilíbrio diminuem a participação do idoso em atividades recreacionais e serviços domésticos pelo medo de cair, o que causa, por sua vez, decréscimo na força muscular. Da mesma forma, a menor força muscular causa cansaço ou velocidade mais lenta nas pessoas que realizam esse tipo de atividade, e essas dificuldades no andar e no equilíbrio fazem com que o indivíduo fique mais tempo sentado ou em repouso, fechando um ciclo vicioso e aumentando, assim, o risco de incapacidade funcional. Há uma correlação moderada e significativa entre o nível de atividade física do idoso e a velocidade máxima de andar, que por sua vez tem alta e significativa relação com a capacidade para subir escadas. Diversas pesquisas têm demonstrado um efeito positivo do exercício físico na velocidade de andar, como o clássico estudo de Fiatarone *et al.* (1990), que submetem um grupo de idosos institucionalizados com mais de 90 anos de idade a oito semanas de treinamento de alta intensidade e encontraram, no final, um incremento de 48% na velocidade de andar. Em outros estudos com mulheres de 76 a 78 anos ficou evidenciado que 18 semanas de dois tipos diferentes de treinamento (de força e aeróbico) melhoraram significativamente a velocidade máxima de andar. Da mesma forma, em uma pesquisa realizada com residentes de um asilo, determinando o efeito de

um programa de caminhada (cinco vezes por semana, 30 minutos por dia), foi encontrado incremento de 77% no tempo de *endurance* para andar e de 92% na distância caminhada, enquanto a velocidade de andar não sofreu nenhuma alteração significativa. Comparando dois grupos de treinamento de força, com e sem treinamento específico do andar, alguns trabalhos têm encontrado melhoras significativas na velocidade de andar, sem alteração na amplitude de passada, e uma melhora de aproximadamente 30% na velocidade de levantar da cadeira. Os dados sugerem que provavelmente é necessário, além do exercício aeróbico e do treinamento de força, um programa de treinamento específico da velocidade de andar para conseguir melhoras significativas dessa variável no indivíduo que está envelhecendo. Apesar da limitada literatura nessa área, têm sido sugeridos os mecanismos que explicam os efeitos do exercício na velocidade de andar com o envelhecimento. O exercício aeróbico e o treinamento de força têm mostrado impacto positivo nas alterações do comprimento da passada, na velocidade de andar e na média

Considerando-se o equilíbrio e a força muscular os pré-requisitos mais importantes na habilidade de andar, o risco de incapacidade intensa de fazê-lo é em torno de 10 vezes maior nos idosos com alterações na força muscular e no equilíbrio do que entre aqueles com alteração em somente uma dessas variáveis



do comprimento da passada em homens idosos. No entanto o exercício não influenciaria a velocidade de andar nos indivíduos idosos, exceto em ritmo mais lento. Existem evidências de que programas de exercício de cinco anos melhoram a flexão e a rotação do quadril em mulheres de 50 a 71 anos.

A habilidade para se levantar de forma independente e segura de uma posição sentada é essencial para manter a independência funcional. Alguns estudos analisaram homens e mulheres com incapacidade e idades variando de 66 a 96 anos de idade e concluíram que tanto o equilíbrio quanto a força dos membros inferiores têm papéis importantes no desempenho da função de se levantar de uma posição sentada. Entretanto, a força mostrou ser um prognóstico ainda mais forte. Um programa de 10 semanas de treinamento de força de baixa intensidade em sujeitos maiores de 65 anos de idade foi suficiente para incrementar significativamente a capacidade funcional medida pela velocidade de levantar da cadeira e andar três metros, como também pela realização de algumas atividades instrumentais e não-instrumentais da vida diária, efeitos que se mantiveram por pelo menos seis meses.

Embora as evidências científicas não sejam tão claras em relação ao efeito benéfico da atividade física na prevenção das quedas, um estudo de metanálise realizado com mais de mil indivíduos de 65 a 97 anos de idade que participaram de um programa de exercícios de fortalecimento muscular e treinamento do equilíbrio desenhado especificamente para prevenção das quedas mostrou redução de 35% no número total de quedas e no número de quedas associadas a lesão. Na prevenção de lesões, os indivíduos com mais de 80 anos tiveram benefício significativamente maior do que aqueles de 65 a 79 anos. O programa de exercícios foi igualmente eficiente em diminuir as taxas de queda naqueles com e sem antecedentes de quedas anteriores. Já outra metanálise publicada há poucos meses em idosos com alterações cognitivas mostrou efetividade limitada da atividade física na prevenção de quedas em pacientes com esse tipo de problema.

Apesar das limitadas evidências científicas, a atividade física e o exercício têm papel fundamental na manutenção de força muscular, postura, equilíbrio e flexibilidade, que podem

contribuir na prevenção primária das quedas durante o processo de envelhecimento. Considerando também o papel benéfico da atividade física em prevenção, tratamento e controle das doenças crônicas não-transmissíveis (doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, hipertensão arterial), a atividade física tem também papel essencial na prevenção das quedas por causas secundárias associadas a essas doenças. A recomendação da atividade física para prevenção das quedas envolve, portanto:

1. programas específicos de exercícios que trabalhem força muscular, flexibilidade, mobilidade articular, agilidade, equilíbrio e transferência de peso. Apesar de não existir consenso específico sobre frequência e duração, a recomendação é de no mínimo duas a três vezes por semana;
2. atividade física para a saúde. A fim de se obter os benefícios gerais para a saúde, a recomendação atual da atividade física preconiza a prática de pelo menos 30 minutos de atividades físicas moderadas, pelo menos cinco dias na semana (de preferência todos), de forma contínua ou acumulada (em sessões de 10, 15 ou 20 minutos).

Consideramos, assim, que o papel do profissional da saúde é de no mínimo recomendar a mudança ou a manutenção de um estilo de vida ativo, não somente para prevenir as quedas e as lesões decorrentes das mesmas, mas para manter, melhorar ou recuperar a saúde e a qualidade de vida durante a idade adulta e o processo de envelhecimento.

### Bibliografia recomendada

1. Matsudo S. Envelhecimento e atividade física. Londrina: Midiograf, 2001.
2. Robertson MC, Campbell AJ, Gardner MM, Devlin ND. Preventing injuries in older people by preventing falls: a meta-analysis of individual-level data. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 905-11.
3. Hauer K, Becker C, Lindemann U, Beyer N. Effectiveness of physical training on motor performance and fall prevention in cognitively impaired older persons: a systematic review. *Am J Phys Med Rehabil* 2006; 85: 847-57.
4. Jones GR, Jakobi JM, Taylor AW, Petrella RJ, Vandervoort AA. Community exercise program for older adults recovering from hip fracture: a pilot study. *J Aging Phys Act* 2006; 14: 439-55.

# Caminhando, correndo, pedalando, patinando... exercitando-se

## Orientações da medicina do exercício e do esporte

**Claudio Gil Soares de Araújo**

*Diretor-médico da Clínica de Medicina do Exercício (Clinimex); coordenador do Curso de Especialização em Medicina do Exercício e do Esporte da Universidade Estácio de Sá (Unesa)*

**E**xercitar-se regularmente é um investimento para uma vida saudável.

Para começar um programa de melhoria de condição física, um médico, especialista em exercício físico e esporte, deverá lhe examinar e analisar os resultados dos seus exames, avaliando as suas opções de local e tipo de exercícios e prescrevendo a sua dose diária ou semanal de atividade física.

Ao iniciar o programa, estabeleça metas realistas e gradativas de progressão para dose, frequência e intensidade dos exercícios.

Sua hidratação, roupas e calçados deverão ser apropriados ao exercício.

O princípio do treinamento é difícil, porém os benefícios fisiológicos começam a ocorrer já nas primeiras horas após a primeira sessão de exercício.

Se o médico pedir um teste de exercício (também conhecido como teste ergométrico), é preferível submeter-se ao teste cardiopulmonar de exercício, que mede a condição aeróbica (ao invés de estimar) e possibilita identificar a faixa de frequência cardíaca mais adequada à sua atividade.

Não adianta muito fazer exercícios algumas semanas ou meses e parar. A regularidade do exercício deve fazer parte de sua vida, inclusive nas férias.

Coloque o exercício físico como uma das suas prioridades. Busque apoio na família e nos amigos. Boa e saudável caminhada, corrida, pedala-da... patinada!



### Importante saber

- A respiração durante os exercícios físicos deve ser natural, utilizando-se mais a boca para que o ar inspirado ou expirado encontre menos resistência ao transportar o oxigênio necessário à atividade.
- Os cientistas advertem: má condição aeróbica é mais prejudicial à saúde do que ser hipertenso ou ter colesterol elevado.
- A escolha do calçado desportivo é fundamental, dependendo do peso, do tipo de pé, da pisada e da modalidade esportiva.
- A intensidade do exercício pode ser monitorada pela frequência cardíaca (FC).
- A FC de exercício deve ser individualizada, idealmente com base nos resultados de um teste cardiopulmonar de exercício, evitando-se o uso de equações baseadas em idade.

**E não esqueça: exercício é como remédio, tem que ser na dose certa.**

# O ouro do Brasil

Na última edição dos Jogos Pan-Americanos, na cidade de Santo Domingo, na República Dominicana, o Brasil conquistou 29 medalhas de ouro (num total de 123 medalhas). Às vésperas da 15ª edição dos jogos, que serão realizados no Rio de Janeiro, teste seus conhecimentos e relacione alguns dos atletas que receberam medalhas de ouro com a modalidade de cada um.

1	Flávio Canto
2	Edinanci Silva
3	Lucélia de Carvalho
4	Fernando Scherer
5	Márcia Narloch
6	Daniel Hernandes
7	Robert Scheidt
8	Vanderlei Cordeiro
9	Rogério Romero
10	Hudson Santos de Souza
11	Fernando Meligeni
12	Marcel Stürmer

A	Maratona (masculina)
B	Caratê <i>kumité</i> (feminino)
C	Judô pesado (masculino)
D	Patinação artística (masculina)
E	Judô meio-médio (masculino)
F	Natação 50 m livres (masculina)
G	Maratona (feminina)
H	Vela categoria Laser (masculino)
I	Tênis simples (masculino)
J	Judô meio-pesado (feminino)
K	Atletismo, 1.500 m (masculino)
L	Natação 200 m costas (masculino)



Cláudia Martins/ZDL

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	



Ronaldo Barbosa/ZDL

# Futebol e *sudoku*



CBFNEWS



**Osmar de Oliveira**  
Médico do esporte  
e jornalista

**A**ntigamente o futebol era assim: o guardião, dois laterais, dois zagueiros, um médio, dois pontas, dois meias e o centroavante. E todo mundo entendia. Os locutores esportivos, para dar um pouco de graça aos seus termos, começaram a improvisar. O goleiro, coitado, que nasceu *goal keeper*, virou guarda-valas, depois guarda-meta, chegou a guardião e por fim goleiro. Os dois zagueiros viraram zagueiro-central e quarto-zagueiro. O médio, que nascera *center-half*, passou a volante. Os meias mudaram: criaram-se o meia-armador e o ponta-de-lança.

Então os técnicos começaram a complicar e inventaram esquemas, funções e denominações. Mas tudo era muito lento. Do WM dos ingleses à laranja mecânica dos holandeses passaram-se 70 anos. Daí para frente ficou uma salada só. Com os técnicos, os locutores entraram na farra. Alguns laterais viraram alas. Com o 3 x 5 x 2 nasceu o terceiro-zagueiro e até o líbero, que pouca gente entende o que faz. Hoje temos o volante de contenção, o que é um contra-senso, porque quem é volante não pode se conter. Chegamos ao meia-decriação, até que Zagalo bolou o 4 x 3 x 1 x 2, e não se sabe se esse 1 era em homenagem à cerveja que patrocinava a seleção. Os pontas

já eram. Telê Santana, quando era o pontadireita do Fluminense, começou a ir para o meio e Zagalo, no Botafogo, gostou da ideia pela esquerda e pouco a pouco os pontas foram desaparecendo, apesar da insistência do Jô Soares (“bota ponta, Telê”). Já tem time que joga com um lá na frente. Outros jogam com dois, mas nenhum é centroavante, e aí o torcedor pede um “homem enfiado”.

Nesse imbróglio, as torcidas vão ao estádio pensando não mais no possível espetáculo, mas nos esquemas dos seus times: 4 x 4 x 2; 4 x 3 x 3; 3 x 5 x 2; 4 x 3 x 2 x 1; 4 x 3 x 1 x 2. Nessas contas, toda soma dá 10, embora no São Paulo o artilheiro mesmo não entre na aritmética porque é justamente o goleiro-artilheiro Rogério Ceni.

O futebol sobrevive porque tem alguns fatores imponderáveis: o vento, o morrinho artilheiro, a curva que a bola faz, o grosso, o frangueiro, as traves, os tabus, o Pelé e os juizes, claro, que destroem qualquer esquema de guerra dos treinadores.

Com esses números embaralhados, é como se o futebol tivesse virado um *sudoku*, jogo japonês de lógica numérica. Mas como o futebol não tem lógica, os japoneses, que por enquanto não “sudokaram” seus jogadores, ainda têm muito a aprender nesse esporte.



# NISULID<sup>®</sup> dispersível nimesulida

## 20 anos de equilíbrio\* com eficácia e segurança



**INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO:** NISULID<sup>®</sup>, nimesulida, MS – 1.0573.0301. **INDICAÇÕES:** Variedade de condições que requerem 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 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 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. **Sopositórios:** 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<sup>®</sup> 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 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 COMPATIVOS COM DANO HEPÁTICO DURANTE O TRATAMENTO COM NIMESULIDA (POR EXEMPLO ANOREXIA, NÁUSEA, VÔMITOS, DOR ABDOMINAL, FADIGA, URINA ESCURA OU ICTERICIA) DEVEM SER CUIDADOSAMENTE MONITORADOS. A ADMINISTRAÇÃO CONCOMITANTE COM DROGAS HEPATOTÓXICAS CONHECIDAS E ABUSO DE ALCOOL, 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 ÚLCERAÇÕES OU SANGRAMENTOS GASTRINTESTINAIS OCORREM EM PACIENTES TRATADOS COM NIMESULIDA, O MEDICAMENTO DEVE SER SUSPENSO. ASSIM COMO COM OUTROS AINES, SANGRAMENTO GASTRINTESTINAL OU ÚLCERAÇÃO/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. SO FEVERE, ISOLADAMENTE, NÃO É INDICAÇÃO PARA USO DE NISULID<sup>®</sup> (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 COMPATIVOS 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 À 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 INTEIRAMENTE 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 GRAVIDAS SEM ORIENTAÇÃO MÉDICA OU DO CIRURGIÃO-DENTISTA. ATENÇÃO DIABÉTICOS: CONTEM 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 glibenclamida, 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 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 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 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 fenitina. Embora não tenham sido relatados 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 nefrototoxicidade das ciclosporinas. Recomenda-se tomar NISULID<sup>®</sup> (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<sup>®</sup> (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.** GASTRINTESTINAIS: **FREQUENTES:** DIARRÉIA, NÁUSEA E VÔMITO. **EVENTUAIS:** CONSTIPAÇÃO, FLATULÊNCIA E GASTRITE. **HEPATÓLICAS:** ALTERAÇÕES DOS PARÂMETROS HEPÁTICOS (TRANSAMINASES), GERALMENTE TRANSITÓRIAS E REVERSÍVEIS. **SISTEMA NERVOSO:** EVENTUAIS: TONTURAS E VERTIGENS. **RAROS:** ANSIEDADE, NERVOZISMO E PESADELO. **SISTEMAS VISUAL E AUDITIVO:** RARO: VISÃO BORRADA. **SISTEMA CARDIOVASCULAR:** EVENTUAL: HIPERTENSÃO. **RAROS:** HEMORRAGIA, FLUTUAÇÃO DA PRESSÃO SANGÜÍNEA E FOGACHOS. **RENAIS:** RAROS: DISTÚRBIOS DE FUNÇÃO RENAL E RETENÇÃO URINÁRIA. **SISTEMA SANGÜÍNEO E LINFÁTICO:** RAROS: ANEMIA E EOSINOFILIA. **SISTEMA IMUNOLÓGICO:** RAROS: HIPERSENSIBILIDADE. **SISTEMA ENDOCRINO:** 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

**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) Rainsford K.D.: Nimesulide Actions and Uses. 2005; 334. 4) Shah AA, Murray FE, Fitzgerald DJ. The *in vivo* assessment of nimesulida cyclooxygenase-2 selectivity. *Rheumatology* 1999, 38(1): 1-46. 5) Rainsford K.D.: Nimesulida - Actions and Uses. *Birkhauser Ed. SW 2.005*, pp: 1-24.

\* Tema da apresentação do Professor Kim D. Rainsford (Centro de Pesquisa Biomédica da Universidade de Hallam, Reino Unido).



# Acheflan. Agora na versão aerosol com aroma chá verde.



*Fácil de aplicar, adequado para quem pratica esporte. Um alívio prático para contusões e lesões.*

*Acheflan. O primeiro medicamento desenvolvido e produzido no Brasil.*



**INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: ACHEFLAN**, Cordia verbenacea DC. MS - 1.0573.0341. **MEDICAMENTO FITOTERÁPICO**. Creme. Bisnagas contendo 30 g. Aerosol: Frasco contendo 75 ml. **USO ADULTO. USO TÓPICO - NÃO INGERIR**. Aerosol: **AGITE BEM ANTES DE USAR**. Indicações: tendinites, afecções músculo-esqueléticas associadas a dor e inflamação, como dor miofascial (como dorsalgia e lombalgia), em quadros inflamatórios dolorosos associados a traumas de membros, entorses e contusões. **Contra-indicações:** INDIVÍDUOS SENSÍVEIS A CORDIA VERBENACEA DC. OU A QUALQUER COMPONENTE DA FÓRMULA. OCORRÊNCIA DE SOLUÇÕES DE CONTINUIDADE (FERIDAS, QUEIMADURAS, LESÕES INFECCIONADAS, ETC). **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. **Gravidez e lactação:** categoria de risco na gravidez C. Não foram realizados estudos em animais prenhes e nem em mulheres grávidas. "ESTE MEDICAMENTO NÃO DEVE SER UTILIZADO DURANTE A GESTAÇÃO OU AMAMENTAÇÃO SEM ORIENTAÇÃO MÉDICA". **Interações medicamentosas:** não houve relato de interação medicamentosa nos estudos conduzidos para avaliação do ACHEFLAN. Entretanto sua associação a outros fármacos deverá ser avaliada pelo médico. **Reações adversas:** O USO DE ACHEFLAN NÃO ESTÁ ASSOCIADO A RELATO DE REAÇÕES ADVERSAS. RARAMENTE PODE CAUSAR AUMENTO DA SENSIBILIDADE LOCAL. "ATENÇÃO: ESTE É UM MEDICAMENTO NOVO E, EMBORA AS PESQUISAS TENHAM INDICADO EFICÁCIA E SEGURANÇA ACEITÁVEIS PARA COMERCIALIZAÇÃO, EFEITOS INDESEJÁVEIS E NÃO CONHECIDOS PODEM OCORRER. NESTE CASO, INFORME SEU MÉDICO." Posologia: aplicação tópica, sobre a pele íntegra, de 8 em 8 horas. A duração do tratamento varia conforme a afecção que se pretende tratar. Nos ensaios clínicos a duração do tratamento variou entre 1 a 2 semanas podendo ser prolongado até 4 semanas. Farmacêutico Responsável: Dr. Wilson R. Farias CRF-SP nº. 9555 Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**

MATERIAL TÉCNICO-CIENTÍFICO EXCLUSIVO À CLASSE MÉDICA.