

ano 5 ■ número 1

Physikos

ISSN 1984-5790

VENCENDO A DOR

Maurício ValVIPCOMM

VIDA DE ATLETA

Júlio César

**O melhor goleiro
do mundo**



PALAVRA DO ESPECIALISTA

Estresse em atletas e praticantes de exercício físico

ARTIGO

A experiência de trabalhar como
médico do esporte no futebol árabe

achē

Biofenac

diclofenaco sódico

As embalagens de Biofenac 50 e Biofenac LP são 10.



 **CAC**
Central de atendimento
a clientes
0800 701 6900
cac@ache.com.br
8:00 h às 17:00 h (seg. a qui.)
8:00 h às 12:00 h (sex.)

achē

* Biofenac 100mg com 10 cápsulas - PMC 18% **Biofenac 50mg com 10 comprimidos revestidos - PMC 18%

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: BIOFENAC / BIOFENAC LP. diclofenaco sódico. MS – 1.0573.0140. **INDICAÇÕES:** Doenças reumáticas inflamatórias e degenerativas. Síndromes dolorosas da coluna vertebral. Reumatismo extra-articular. Processos inflamatórios e dolorosos de origem não-reumática desde que o germe causal seja concomitantemente tratado e edemas pós-traumáticos e pós-operatórios. Dismenorréia primária ou anexite. **CONTRA-INDICAÇÕES:** **BIOFENAC:** Crianças abaixo de 14 anos, com exceção de casos de artrite juvenil crônica. Hipersensibilidade a quaisquer dos componentes de sua fórmula. Pacientes que apresentem úlcera péptica, asma, rinite aguda ou urticária induzidas por AINES. Discrasia sanguínea, trombocitopenias, distúrbios da coagulação sanguínea, insuficiência cardíaca, hepática ou renal graves. **BIOFENAC LP:** Crianças abaixo de 14 anos, com exceção de casos de artrite juvenil crônica. Hipersensibilidade a quaisquer dos componentes de sua fórmula. Pacientes que apresentem úlcera péptica. Pacientes nos quais o ácido acetilsalicílico ou outros medicamentos inibidores da atividade da prostaglandina-sintetase induzam síndrome de asma, rinite aguda ou urticária. Discrasia sanguínea, trombocitopenias, distúrbios da coagulação sanguínea, insuficiência cardíaca, hepática ou renal graves. **CUIDADOS E ADVERTÊNCIAS:** São necessários o diagnóstico preciso e o acompanhamento cuidadoso de pacientes com sintomas indicativos de afecção gastrintestinal, história progressa de úlcera gástrica ou intestinal, colite ulcerativa, doença de crohn ou a constatação de distúrbios do sistema hematopoiético ou da coagulação sanguínea assim como portadores de insuficiência das funções renal, hepática ou cardíaca. **BIOFENAC / BIOFENAC LP** pode inibir temporariamente a agregação plaquetária. Deve-se ter precaução especial em pacientes idosos debilitados ou naqueles com baixo peso corpóreo. Durante tratamentos prolongados com **BIOFENAC / BIOFENAC LP**, devem ser realizados por medida de precaução, exames periódicos do quadro hematológico e das funções hepática e renal. Não ingerir bebidas alcoólicas durante o tratamento com **BIOFENAC / BIOFENAC LP**. **BIOFENAC LP: ATENÇÃO DIABÉTICOS: CONTÉM AÇÚCAR.** **GRAVIDEZ E LACTAÇÃO:** **BIOFENAC** somente deve ser empregado durante a gravidez quando houver indicação formal, utilizando-se a menor dose eficaz. Pela possibilidade de ocorrer inércia uterina e/ou fechamento prematuro do canal arterial, essa orientação aplica-se particularmente, aos três últimos meses de gestação. Lactantes sob tratamento não devem amamentar. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Quando administrado concomitantemente com preparações contendo lítio ou digoxina, **BIOFENAC** pode elevar a concentração plasmática destes. Alguns agentes antiinflamatórios não-esteroidais são responsáveis pela inibição da ação de diuréticos. O tratamento concomitante com diuréticos poupadores de potássio pode estar associado à elevação dos níveis séricos de potássio, sendo necessário o controle periódico destes níveis. A administração concomitante de glicocorticóides e agentes antiinflamatórios não- esteróides pode predispor à ocorrência de reações adversas do sistema gastrintestinal. O tratamento por via oral com dois ou mais antiinflamatórios não-esteroidais pode acarretar reações secundárias. A biodisponibilidade do diclofenaco é reduzida pelo ácido acetilsalicílico e vice-versa quando ambos são administrados concomitantemente. Cuidado deve ser tomado quando esta medicação for administrada menos de 24 horas antes ou depois do tratamento com metotrexato, pois a concentração sérica desta droga pode se elevar e sua toxicidade ser aumentada. Pode ocorrer um aumento da nefrotoxicidade da ciclosporina por efeitos dos agentes antiinflamatórios sobre as prostaglandinas renais. **BIOFENAC:** Como precaução, recomenda-se a realização de exames laboratoriais periódicos, quando anticoagulantes forem administrados em conjunto para aferir se o efeito anticoagulante desejado está sendo mantido. **BIOFENAC LP:** Ensaios clínicos realizados em pacientes diabéticos mostram que **BIOFENAC LP** não interage com substâncias antidiabéticas de uso oral. **REAÇÕES ADVERSAS:** Epigastralgia, distúrbios gastrintestinais, cefaléia, tontura ou vertigem. "Rash" ou erupções cutâneas. Elevação dos níveis séricos das enzimas aminotransferases (TGO e TGP). Pacientes que sentirem tonturas ou outros distúrbios do sistema nervoso central devem ser advertidos para não operarem maquinaria perigosa ou dirigirem veículos motorizados. **BIOFENAC É UM MEDICAMENTO. DURANTE SEU USO, NÃO DIRIJA VEÍCULOS OU OPERE MÁQUINAS, POIS SUA AGILIDADE E ATENÇÃO PODEM ESTAR PREJUDICADAS.** **POSOLOGIA: BIOFENAC:** Recomenda-se iniciar a terapêutica com a prescrição de 100 a 150mg ao dia. Em casos menos severos, bem como terapia a longo prazo, 50 a 100mg ao dia são suficientes. A dose diária deve ser prescrita em duas a três tomadas. Na dismenorréia primária, a dose inicial é de 50 a 100mg ao dia. **BIOFENAC LP:** Administrar uma cápsula a cada 24 horas. Quando os sintomas forem mais pronunciados durante a noite ou pela manhã, **BIOFENAC LP** deverá ser administrado preferencialmente à noite. As cápsulas devem ser ingeridas inteiras, sem mastigar com um pouco de líquido, antes das refeições. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO** Material técnico científico de distribuição exclusiva à classe médica - Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação. Fonte: Guia da Farmácia, nº 205/ pág. 65, dez, 2009. Março/2010.

ano 5 ■ número 1

Physikos

VENCENDO A DOR

Produção e comercialização



Diretores

Silvio Araújo

André Araújo

Comercial

Selma Brandespim

Wilson Neglia

Rosângela Santos

Karina Maganhini

Valeska Piva

Criação e editoração



Physikos

é uma publicação patrocinada pelo

achē

Todo o desenvolvimento, bem como suas respectivas fotos do conteúdo científico, são de responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição da editora e do laboratório. Distribuição exclusiva à classe médica

Toda correspondência deve ser dirigida a:

São Paulo-SP

Rua Dr. Martins de Oliveira, 33 – Jd. Londrina
CEP 05638-030 – Telefax: (11) 5641-1870

Rio de Janeiro-RJ

Estrada do Bananal, 56 – Freguesia/Jacarepaguá
CEP 22745-012 – Telefax: (21) 2425-2069

Physikos está disponível em versão digital no site do Achē
(www.ache.com.br), na área restrita para médicos.

E estamos iniciando o quinto ano da revista *Physikos*, procurando consolidar a combinação de matérias ágeis e de fácil leitura com informação médica atual e de qualidade. Durante muito tempo, o torcedor brasileiro teve certo complexo de inferioridade quando o assunto era goleiro de futebol. Nos últimos anos, isso mudou. Temos hoje, na seleção brasileira, um dos melhores goleiros do mundo, o que em ano de Copa do Mundo tem peso de ouro. O goleiro Julio César é o nosso entrevistado deste número. Seguimos com duas matérias mais técnicas. Uma delas foi escrita em parceria por mim e pela psicóloga Aline Sardinha e versa sobre os aspectos psicológicos do esporte competitivo, detalhando as fases do estresse e como isso pode influenciar positiva e negativamente o desempenho do atleta de excelência. O outro texto relata interessante experiência profissional do colega Gustavo Campos, quando organizou e atuou no departamento médico de um clube de futebol árabe, em uma das regiões de maior pujança econômica do mundo atual. Particularmente interessantes são as estratégias de consolidar o calor, o horário das orações e um calendário desportivo bastante intenso. Finalmente, o colega Osmar de Oliveira apresenta mais uma das suas pitorescas e sempre oportunas colunas, desta vez abordando a torcida dos clubes de futebol. Tenham uma boa e prazerosa leitura.

Dr. Claudio Gil Soares de Araújo

VIDA DE ATLETA 4

Júlio César

O melhor goleiro do mundo

PALAVRA DO ESPECIALISTA 9

Estresse em atletas e praticantes de exercício físico

ARTIGO 12

A experiência de trabalhar como médico do esporte no futebol árabe

PONTO DE VISTA 14

O encanto das torcidas

Júlio César

O melhor goleiro do mundo



Sergio Llamera/NIPCOMM

Se já era considerado um grande goleiro quando atuava no Flamengo, Júlio César ganhou fama e prestígio internacional depois que se transferiu para a Inter de Milão. E ele tem uma explicação para isso.

Na Europa, o jogador é muito mais respeitado do que no Brasil. “Na Itália vivo mais tranquilo, mesmo sabendo que também há cobrança quando o time não está bem”, afirma ele.

Orgulhoso pela enorme quantidade de goleiros brasileiros jogando na Europa (Dida, Doni, Diego, Renan, Gomes, Rubinho e outros), Julio César acha que a classe tem uma dívida de gratidão eterna com Taffarel e com o próprio Dida, pois foram eles os grandes pioneiros que abriram caminho para os brasileiros, já que o costume era de contratar jogadores de outras posições, principalmente atacantes.

“Havia um preconceito muito grande, e os clubes daqui não contratavam goleiro brasileiro algum. Dizem que foi por causa da atuação do Waldir Perez na Copa de 1982, mas eu sempre achei isso injusto e defendi bastante o Waldir aqui na Itália”, disse Julio César.

Pouco antes de se apresentar à seleção brasileira para as rodadas finais das eliminatórias sul-americanas, Júlio César teve

Na Europa, o jogador é muito mais respeitado do que no Brasil. “Na Itália vivo mais tranquilo, mesmo sabendo que também há cobrança quando o time não está bem”, afirma ele.

a preocupação de desmentir a informação divulgada por sua esposa, a atriz Suzana Werner, em seu *blog*, de que o Manchester United da Inglaterra estaria disposto a contratá-lo. O goleiro disse que não tem a intenção de trocar de clube e, ao mesmo tempo, o diretor técnico da Internazionale de Milão, Marco Branca, garantiu que oferecerá em breve um novo contrato ao jogador de 30 anos.

A carreira

Júlio César foi revelado nas divisões de base do Flamengo e iniciou sua carreira profissional em 1997, como reserva de Clemer. Porém, aos poucos, o jovem goleiro foi ganhando a confiança dos rubro-negros e, em 2000, já era o titular absoluto da equipe. Tornou-se ídolo da torcida, porque mostrou amor à camisa rubro-negra e talento excepcional embaixo das traves. Com a camisa do clube mais popular do Brasil, conquistou duas vezes o Campeonato Carioca e uma vez a Copa dos Campeões como titular, além de dois estaduais e uma Copa Mercosul como reserva.

Júlio foi convocado para disputar a Copa América de 2004 e atuou como goleiro titular daquela seleção brasileira, que retornou do Peru com o título. Na Copa América, fez ótimas defesas e ainda pegou um pênalti na decisão contra a Argentina. Então, veio o reconhecimento internacional e, em 2005, foi

Júlio César foi revelado nas divisões de base do Flamengo e iniciou sua carreira profissional em 1997. Aos poucos, o jovem goleiro foi ganhando a confiança dos rubro-negros e, em 2000, já era o titular absoluto da equipe. Tornou-se ídolo da torcida, porque mostrou amor à camisa rubro-negra e talento excepcional embaixo das traves



Divulgação CBF



Vida de atleta



O ex-goleiro do Flamengo tenta explicar os motivos do seu sucesso: “sempre entro preparado para tudo. Os jogos considerados fáceis são os mais complicados, porque a gente fica muito tempo sem tocar na bola e acaba esfriando. Nessas horas é fundamental ter o dobro de concentração e estar atento na hora de ser exigido

jogar na Itália. No primeiro semestre, estive no Chievo Verona e, a partir de julho, passou a jogar na Inter de Milão.

Em sua primeira temporada na Inter, Júlio César foi reserva de Toldo. Entretanto, na temporada seguinte, o goleiro ganhou um voto de confiança do técnico Roberto Mancini e passou a ser o titular da posição, deixando o idolatrado Toldo no banco. Dizem que o italiano ficou enciumado e não fala com o brasileiro, mas Júlio César tenta minimizar os ruídos na relação: “estamos cumprindo uma missão profissional. Não é necessário ser amigo de ninguém para jogar futebol. O importante é ter respeito”.

Foi convocado para as eliminatórias da Copa do Mundo de 2006 e, posteriormente, acabou sendo relacionado como o terceiro goleiro da seleção brasileira que disputou a Copa do Mundo de 2006.

Atualmente é considerado por muitos o melhor goleiro do mundo e recebeu recentemente o Prêmio Futebol no Mundo como melhor jogador da temporada 2008/2009, oferecido pelos canais ESPN.

O ex-goleiro do Flamengo tenta explicar os motivos do seu sucesso: “sempre entro preparado para tudo. Os jogos considerados fáceis são os mais complicados, porque a gente fica muito tempo sem tocar na bola e acaba esfriando. Nessas horas é fundamental ter o dobro de concentração e estar atento na hora de ser exigido.

Divulgação CBF



Atualmente é considerado por muitos o melhor goleiro do mundo e recebeu recentemente o Prêmio Futebol no Mundo como melhor jogador da temporada 2008/2009, oferecido pelos canais ESPN

Segundo Wendell Ramalho, preparador de goleiros da seleção, Júlio César só tem evoluído nos últimos anos. "Ele se encontra muito bem em todos os fundamentos necessários à posição. Suas saídas pelos altos estão, e sempre estiveram, muito acuradas", afirma.

A técnica do goleiro da Inter e da seleção brasileira que mais chama atenção é a velocidade de reação. Júlio César ainda mostra muita elasticidade nas quedas laterais rasteiras e à meia altura. Mesmo naqueles chutes em que parece que o goleiro não vai chegar, ele usa toda a sua estatura e estica os braços tocando a bola com as pontas dos dedos e espantando o perigo.

Os títulos

Flamengo

- Campeonato Carioca: 1999, 2000, 2001, 2004;
- Copa Mercosul: 1999;
- Copa dos Campeões: 2001.

Internazionale

- Copa da Itália: 2004/05, 2005/06;
- Campeonato Italiano: 2005/06*, 2006/07, 2007/08, 2008/09;
- *Supercopa da Itália: 2006, 2008.

Seleção Brasileira

- Copa América: 2004;
- Copa das Confederações: 2009.



mirtax[®]

cloridrato de ciclobenzaprina

Bem-estar sem dor.

10 comprimidos
(5 mg e 10 mg)



 custo
acessível



Reduz a dor local e o espasmo^{1,2},
melhorando a mobilidade.²



Rápido alívio nos sinais e sintomas
de um espasmo muscular agudo.²



Melhora a qualidade do sono.³

A única ciclobenzaprina com 6 apresentações
e custo acessível ao tratamento.⁵

Mirtax (cloridrato de ciclobenzaprina) - comprimidos revestidos⁴

PMC ³	5 mg d/ bl x 10	5 mg d/ bl x 15	5 mg d/ 2 bl x 15	10 mg d/ bl x 10	10 mg d/ bl x 15	10 mg d/ 2 bl x 15
17%	8,01	10,32	20,66	8,97	11,49	22,98
18%	8,13	10,47	20,94	9,10	11,64	23,29
19%	8,24	10,61	21,24	9,23	11,80	23,61

Interação medicamentosa: pode aumentar os efeitos do álcool.⁴
Contraindicação: arritmia cardíaca.⁴

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: MIRTAX, cloridrato de ciclobenzaprina, MS - 1.0573.0293. **Indicações:** MIRTAX é indicado no tratamento dos espasmos musculares associados com dor aguda e de etiologia músculo-esquelética. **Contra-indicações:** HIPERSENSIBILIDADE A QUAISQUER DOS COMPONENTES DE SUA FÓRMULA, PACIENTES QUE APRESENTAM BLOQUEIO CARDÍACO, ARRITMIA CARDÍACA, DISTÚRBO DA CONDUÇÃO CARDÍACA, ALTERAÇÃO DE CONDUTA, FALÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA, HIPERTIREOIDISMO E INFARTO DO MIOCÁRDIO. O USO SIMULTÂNEO DE MIRTAX E INIBIDORES DA MONOAMINOXIDASE (IMAO) É CONTRA-INDICADO. **Precauções e Advertências:** MIRTAX 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. 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. A UTILIZAÇÃO DE MIRTAX POR PERÍODOS SUPERIORES A DUAS OU TRÊS SEMANAS DEVE SER FEITA COM O DEVIDO ACOMPANHAMENTO MÉDICO. OS PACIENTES DEVEM SER ADVERTIDOS DE QUE A SUA CAPACIDADE DE DIRIGIR VEÍCULOS OU OPERAR MÁQUINAS PERIGOSAS PODE ESTAR COMPROMETIDA DURANTE O TRATAMENTO. GRAVIDEZ: NÃO SE RECOMENDA A ADMINISTRAÇÃO DE MIRTAX DURANTE A GRAVIDEZ. AMAMENTAÇÃO: NÃO É CONHECIDO SE A DROGA É EXCRETADA NO LEITE MATERNO. PEDIATRIA: NÃO FORAM ESTABELECIDAS A SEGURANÇA E A EFICÁCIA DE CICLOBENZAPRINA EM CRIANÇAS MENORES DE 15 ANOS. GERIATRIA: NÃO SE DISPÕE DE INFORMAÇÕES. 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. ODONTOLOGIA: OS EFEITOS ANTIMUSCARÍNICOS PERIFÉRICOS DA DROGA PODEM INIBIR O FLUXO SALIVAR, CONTRIBUINDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE CÁRIES, DOENÇAS PERIODONTAIS, CANDIDÍASE ORAL E MAL-ESTAR. CARCINOGENICIDADE, MUTAGENICIDADE E ALTERAÇÕES SOBRE A FERTILIDADE: OS ESTUDOS EM ANIMAIS COM DOSES DE 5 A 40 VEZES A DOSE RECOMENDADA PARA HUMANOS, NÃO REVELARAM PROPRIEDADES CARCINOGENICAS OU MUTAGENICAS DA DROGA. **Interações medicamentosas:** A ciclobenzaprina pode aumentar os efeitos do álcool, dos barbituratos 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 ileo paralisia. 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:** SONOLÊNCIA, SECURA DA BOCA, VERTIGEM, FADIGA, DEBILIDADE, ASTENIA, NÁUSEAS, CONSTIPAÇÃO, DISPEPSIA, SABOR DESAGRAVÁVEL, VISÃO BORROSA, CEFALÉIA, NERVOSISMO E CONFUSÃO. CARDIOVASCULARES: TAQUICARDIA, ARRITMIAS, VASODILATAÇÃO, PALPITAÇÃO, HIPOTENSÃO. DIGESTIVAS: VÔMITOS, ANOREXIA, DIARRÉIA, DOR GASTRINTestinal, GASTRITE, FLATULÊNCIA, EDEMA DE LÍNGUA, ALTERAÇÃO DAS FUNÇÕES HEPÁTICAS, RARAMENTE HEPATITE, ICTERICIA E COLESTASE. HIPERSENSIBILIDADE: ANAFILAXIA, ANGIOEDEMA, PRURIDO, EDEMA FACIAL, URTICÁRIA E "RASH". MÚSCULO-ESQUELÉTICAS: RIGIDEZ MUSCULAR. SISTEMA NERVOSO E PSIQUIÁTRICAS: ATAXIA, VERTIGEM, DISARTRIA, TREMORES, HIPERTONIA, CONVULSÕES, ALUCINAÇÕES, INSÔNIA, DEPRESSÃO, ANSIEDADE, AGITAÇÃO, PARESTESIA, DIPLÓPIA. PELE: SUDORESE. SENTIDOS ESPECIAIS: PERDA DO PALADAR, SENSÇÃO DE RUÍDOS (AGEUSIA, "TINNITUS"). UROGENITAIS: RETENÇÃO URINÁRIA. **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. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.**

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

BU 06 CPD 2725701

Mirtax é um medicamento. Durante seu uso, não dirija veículos ou opere máquinas, pois sua agilidade e atenção podem estar prejudicadas.

Referências Bibliográficas: 1) BORENSTEIN DG et al. 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. 2) 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. 3) BENNETT RM, et al. A comparison of cyclobenzaprine and placebo in the management of fibrositis. A double-blind controlled study. Arthritis Rheum. 1:1535-42; 1988. 4) Bula do produto: MIRTAX (cloridrato de ciclobenzaprina). MS - 1.0573.0293. 5) Revista Kairos, janeiro 2010. Produzido em Dez/2009.

MATERIAL TÉCNICO-CIENTÍFICO EXCLUSIVO À CLASSE MÉDICA.

**CAC**
Central de
atendimento a
clientes
0800 701 6900
cac@ache.com.br
8:00 h às 17:00 h (seg. a qui.)
8:00 h às 12:00 h (sex.)

achē

Aline Sardinha
*Psicóloga clínica;
mestra; doutoranda
em Saúde Mental
do Laboratório de
Pânico e Respiração
da Universidade
Federal do Rio de
Janeiro (IPUB/UFRJ)*

Claudio Gil S. Araújo
*Médico da Clínica
de Medicina
do Exercício
(CLINIMEX); pós-
doutor em Fisiologia
e Medicina do
Exercício*

Estresse em atletas e praticantes de exercício físico

As suas marcas! Com essa expressão, os juízes desportivos avisam aos atletas que está tudo pronto para a largada. Nesse momento, o estresse alcança patamares muito altos, e inúmeras respostas fisiológicas denominadas antecipatórias ocorrem, com destaque para taquicardia e aumento da pressão arterial. Com o tiro ou apito de partida, as necessidades metabólicas aumentam rapidamente e as respostas fisiológicas passam a ser determinadas pela necessidade de preservar a homeostasia celular. O que sempre foi um fenômeno ligado especificamente ao esporte competitivo passou, em tempos mais recentes, a ocorrer com um número crescente de indivíduos, os chamados participantes de eventos desportivos de massa, como as maratonas e meias-maratonas disputadas por milhares de pessoas nas principais cidades do mundo. Este artigo pretende, em um espaço conciso, apresentar conceitos importantes e aspectos práticos do estresse associados à prática de exercício, seja ele recreativo ou competitivo, mostrando como essas atividades podem tanto gerar como reduzir os níveis de estresse do indivíduo. Os seres humanos apresentam propriedades autorreguladoras que visam manter seu estado de equilíbrio e assegurar o melhor nível de funcionamento possível no meio ambiente. Estresse

foi o nome atribuído pelo endocrinologista Hans Selye, nos anos 1930, a um conjunto de reações físicas e mentais que o organismo ativa automaticamente ao perceber a necessidade de se adaptar a condições adversas e desafios do ambiente. Assim, sempre que um indivíduo se depara com uma situação importante, positiva ou negativa, essas reações são desencadeadas.

Atualmente, o estresse é considerado a partir do chamado modelo quadrifásico⁽¹⁾. Esse modelo considera que existem quatro diferentes fases do estresse (alerta, resistência, quase exaustão e exaustão). A fase de alerta ocorre assim que o organismo percebe a necessidade de adaptação e começa a colocar em prática as reações de estresse. Nessa fase, o estresse tem a função de preparar o corpo para fazer frente aos novos desafios.

A fase de alerta do estresse costuma ter efeitos positivos sobre o funcionamento do indivíduo e pode ser considerada benéfica, principalmente em situações que exigem desempenho. Nesse momento, o organismo produz uma série de mudanças hormonais, liberando adrenalina e cortisol, responsáveis pelo aumento do ânimo, do vigor e da energia, tornando o indivíduo mais concentrado, produtivo e criativo e reduzindo a sua necessidade de descansar. Entretanto, a reação de estresse foi moldada pela na-

tureza para resolver problemas pontuais. Nosso corpo não está preparado para permanecer em alerta por muito tempo, e a manutenção dessas reações acaba por gerar danos físicos e psicológicos ao organismo.

Quando o estímulo que desencadeou a reação de estresse se prolonga, o organismo fica excessivamente ativado e temos a segunda fase do estresse: resistência. Nesse momento, os sintomas iniciais do estresse desaparecem, dando lugar a uma sensação de desgaste generalizado sem causa específica e com dificuldades de memória. O organismo encontra-se com maior desgaste, o que torna mais provável o aparecimento de problemas físicos e manifestações psicossociais, como medo, isolamento social, dificuldades sexuais, oscilação do apetite, labilidade de humor, irritabilidade etc. O funcionamento ideal do mecanismo de estresse é quando o indivíduo gerencia a “fase de alerta” de modo eficiente, alternando entre estar em alerta e sair de alerta, como frequentemente acontece durante o exercício físico. O organismo precisa entrar em equilíbrio após uma permanência em alerta para que se recupere. Não há dano em entrar de novo em alerta após a recuperação. Entretanto, quando o esforço que se tem que investir é muito grande para manter a situação sob controle, nosso organismo começa a se exaurir e se inicia a fase de quase exaustão, que se caracteriza por um enfraquecimento do indivíduo, que não mais está conseguindo se adaptar ou resistir ao estressor. A partir desse momento, o estresse se torna negativo, uma vez que a pessoa ultrapassa seus limites e esgota sua capacidade

de adaptação. Em função do longo tempo de ativação, o organismo fica destituído de nutrientes, o sistema imunológico é prejudicado e a energia mental torna-se reduzida, afetando negativamente produtividade, capacidade de trabalho e qualidade de vida. Na fase de exaustão, quanto mais tempo for mantido o estresse, mais avançada será a fase, mais danos serão sofridos pelo organismo e, na maioria das vezes, o indivíduo não consegue trabalhar nem se concentrar.

Uma questão importante a ser levantada e que vai determinar a ativação do mecanismo de estresse é a percepção por parte do indivíduo de uma situação como potencialmente desafiadora. Nesse sentido, o aparecimento do estresse será diretamente proporcional à interpretação que o indivíduo fará do tamanho da demanda do ambiente e da sua capacidade de lidar apropriadamente com a situação. As cognições (pensamentos, sentimentos, valores, crenças e atitudes) irão influenciar sua resposta comportamental. Assim, quanto mais o sujeito perceber um determinado estímulo como desafiador e os seus recursos como insuficientes, maior será o nível de estresse. As características de personalidade e as crenças do sujeito sobre si mesmo e sobre o mundo têm papel fundamental tanto no aparecimento do estresse quanto na capacidade de o organismo manejar situações estressantes.

Em adendo às questões pessoais, algumas situações irão objetivamente demandar maior capacidade de adaptação dos organismos por apresentarem grandes desafios. Outro fator relevante para o nível de estresse é o grau de importância dado pelo sujeito ao desfecho daquela situação. Assim, se eu tenho uma grande demanda que percebo como muito importante que seja bem solucionada, meus mecanismos de estresse serão automaticamente ativados.

O estresse pode ser controlado por meio de técnicas psicoterápicas, mais especificamente da terapia cognitivo-comportamental, como reestruturação cognitiva e exercícios de relaxamento. Essas técnicas visam promover uma avaliação mais realista tanto do nível da demanda do ambiente e de sua importância quanto das capacidades do indivíduo, de modo a gerar apenas a ativação necessária dos mecanismos de estresse, potencializando seus efeitos positivos e impedindo seu prolongamento.

Além desses recursos, há evidências de que o exercício físico promove a liberação de betaendorfina,

Tabela 1

Sintomas de estresse	
Psicológicos	Físicos
Dificuldade de concentração	Dores musculares
Queda de produtividade	Cefaleia
Confusão mental	Dores no estômago
Apatia	Insônia
Dificuldade de memória	Aumento da pressão arterial
Baixa autoestima	Taquicardia
Depressão	Tonturas
Irritabilidade	Reações cutâneas
Sensação de desgaste pela manhã	Alterações na gengiva, herpes, aftas

gerando sensação de conforto, prazer, alegria e bem-estar. O exercício físico também tem impacto comprovadamente positivo no tratamento e na prevenção da depressão e da ansiedade⁽²⁾. Por isso, a prática regular de exercícios é, atualmente, um dos pilares dos treinamentos psicológicos de controle do estresse.

Apesar dos efeitos benéficos do exercício sobre o estresse, paradoxalmente, em situações de competição, ou mesmo quando o indivíduo apenas tem expectativas perfeccionistas quanto ao seu desempenho, esse pode se tornar um fator desencadeante do estresse. Atletas profissionais, ou mesmo praticantes de exercícios que são muito autoexigentes, podem interpretar essa prática como uma situação desafiadora, com alto grau de importância e, portanto, estressante.

Não é raro observarmos queda significativa de desempenho dos atletas profissionais em situações de competição, principalmente em eventos importantes como as Olimpíadas, o que é popularmente denominado “amarelar”. Nesses momentos, o nível de estresse pode ser tão elevado que prejudica as funções cognitivas e físicas dos atletas, afetando sua *performance*. Níveis altos de autoexigência podem levar não só ao estresse, mas também a uma série de comportamentos potencialmente danosos ao organismo, como excesso de treinamento, uso de substâncias ergogênicas e problemas alimentares.

Restrições alimentares graves e excesso de exercício físico podem denotar também um quadro que tem se tornado cada vez mais comum: a preocupação exagerada com a autoimagem. Em transtornos alimentares como a bulimia nervosa, em que o indivíduo ingere grandes quantidades de alimentos e sente posteriormente necessidade de compensar as calorias ingeridas para evitar o ganho de peso, podem ocorrer abusos na prática de exercícios físicos como forma de se livrar das calorias adquiridas no episódio de compulsão alimentar, com potenciais consequências osteoarticulares. O paciente que usa o exercício físico como forma de compensação é mais dificilmente diagnosticado como portador de um transtorno alimentar exatamente porque os médicos ainda não estão familiarizados com esses novos padrões⁽³⁾.

Outra condição ainda pouco diagnosticada é a dismorfia muscular⁽⁴⁾, ou vigorexia, em que o indivíduo, mais comumente do sexo masculino, apresenta transtorno de distorção da autoimagem corporal, que o leva a perceber seus músculos

como atrofiados e pouco desenvolvidos, apesar de apresentar grande hipertrofia muscular. Esse transtorno gera alto grau de estresse e sofrimento psíquico, uma vez que o exercício passa a ser visto como a única maneira de corrigir um grave defeito corporal e a ser, portanto, praticado de maneira compulsiva e a despeito dos possíveis riscos para a saúde.

Contudo, não é necessário que o indivíduo preencha critérios para um desses transtornos para que esteja em risco de ter estresse a partir de sua atividade física. Em menor grau, indivíduos saudáveis também podem ter expectativas de desempenho distorcidas que os levem ao excesso de exercício e à ansiedade relacionada com sua prática. Muitas mulheres sem transtorno alimentar usam o exercício como compensação para episódios alimentares percebidos como excessivos, experimentando uma série de sentimentos negativos, como culpa e angústia. Por outro lado, atletas amadores também podem ter metas exageradas, visto que vão se percebendo como capazes de realizar determinada atividade; é o que acontece com corredores, que passam a se submeter a intensas preparações para percorrer distâncias cada vez maiores em menor tempo, muitas vezes com expectativas irreais de *performance*.

Nesse sentido, apesar de o exercício físico ser potente aliado da psicoterapia no combate ao estresse, é importante atentar para as situações em que esse passa a ser um fator desencadeante. Tais indivíduos poderão estar em grave sofrimento psicológico e ter um risco significativamente maior de desenvolver doenças físicas, apesar de estarem praticando uma atividade aparentemente saudável. Assim, é essencial que os profissionais de saúde tenham visão integral de seus pacientes, de modo a entender quais fatores contribuem para o aparecimento e a manutenção dos sintomas de estresse e podem determinar a melhor estratégia de tratamento.

Referências

1. Lipp M E N. Manual do inventário de sintomas de stress para adulto. Casa do Psicólogo, 2000.
2. Ströhle A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *J Neural Transm* 2009; 116(6): 777-84.
3. Mond JM, Calogero RM. Excessive exercise in eating disorder patients and in healthy women. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43(3): 227-34.
4. Sardinha A, Oliveira AJ, Araújo CGS. Dismorfia muscular: análise comparativa entre um critério antropométrico e um instrumento psicológico. *Rev Bras Med Esporte* 2008; 14(4): 387-92.

A experiência de trabalhar como médico do esporte no futebol árabe

Gustavo Emilio Arcos Campos
Médico especialista em Medicina do Exercício e do Esporte

O convite para ser o médico do esporte de uma comissão técnica brasileira em um time de futebol dos Emirados Árabes Unidos despertou dois sentimentos: ansiedade e orgulho. Novos desafios. Uma excelente oportunidade de aplicar e multiplicar toda a experiência adquirida em 10 anos trabalhando com futebol no Brasil. As expectativas surgiram em função de conhecer um novo país e de reestruturar um departamento médico.

As angústias floresciam conforme ia chegando a data do embarque para Abu Dhabi. A cidade é a capital política e cultural dos Emirados Árabes Unidos, apesar de Dubai ser o centro mais famoso e turístico do país. Os Emirados apresentam um produto interno bruto (PIB) *per capita* de aproximadamente U\$ 60 mil, tendo sua economia baseada praticamente na exploração do petróleo, já que possui a sexta maior reserva de óleo do mundo.

Já no Brasil, iniciamos, junto com a equipe de preparação física, estratégias para enfrentar alguns percalços nesta nova jornada. A pré-temporada da equipe seria realizada na Áustria, país com características climáticas

O convite para ser o médico do esporte de uma comissão técnica brasileira em um time de futebol dos Emirados Árabes Unidos é uma excelente oportunidade de aplicar e multiplicar toda a experiência adquirida em 10 anos trabalhando com futebol no Brasil



totalmente diferentes das que encontraríamos no Oriente Médio. Lá tivemos diversos dias chuvosos, com temperaturas bem amenas, o que, por um lado, facilitou o aproveitamento dos treinamentos, mas que, por outro, distanciou-nos ainda mais da realidade que encontraríamos. Em compensação, em Abu Dhabi, tínhamos dias marcando 52°C, e tinham que ser respeitadas todas as limitações impostas pelo clima, evitando treinos desgastantes, que aconteciam em dois períodos.

O Ramadã, período em que os muçulmanos acreditam que Deus, ou Alá, revelou os primeiros versos do Alcorão, o livro sagrado do islamismo, foi outro grande desafio. Esse mês significa um período de bênção que inclui oração, jejum e caridade. Durante esse tempo, eles não podem comer nem beber nada enquanto o sol estiver brilhando. Os nossos treinamentos, contudo, não podiam parar, pois os campeonatos estavam chegando. Com isso, os treinamentos começavam às 11 h da noite, logo após terminar o jejum (*iftar*), com os atletas empanzinados após um longo período sem comer, tornando maior o risco de aparecimento de lesões.

O nosso time, Al Wahda, pertencia a um xequê, como quase todos os times do país, e se preparava para disputar a Copa da Ásia. Esse torneio equivale à nossa Libertadores, aqui na América do Sul, inclusive classificando uma equipe para o Mundial Interclubes, que acontece todo ano no Japão. Chegando lá, fomos conhecer nossa nova casa, e aí apareceram as primeiras arestas para serem acertadas. Todo o departamento médico era conduzido pela fisioterapia, como é comum em todos os clubes da região.

Porém, a ideia era mudar essa formatação e aproximá-la da realidade brasileira. Encontramos grande dificuldade em mostrar a importância da avaliação pré-participação, pois, como nunca havia sido realizada antes, eles acreditavam ser desnecessária. Fizemos o protocolo que adotávamos no Brasil (anamnese, exame clínico, teste de exercício e bioquímica), além de uma avaliação fisioterápica de todos os jogadores para conhecermos o nosso plantel. Na parte clínica, não foi encontrado nada fora do padrão: alterações fisiológicas e compatíveis com padrões pre-

Em Abu Dhabi, tínhamos dias marcando 52°C, e tinham que ser respeitadas todas as limitações impostas pelo clima, evitando treinos desgastantes, que aconteciam em dois períodos

gresso e atual de exercício físico nos eletrocardiogramas, anemia em alguns jogadores e outros problemas sem grande importância clínica, que foram prontamente corrigidos. O que nos chamou bastante atenção foi a alta flexibilidade encontrada nos membros inferiores dos jogadores, provavelmente devida à posição de reza dos muçulmanos. Vale salientar que essa reza era realizada cinco vezes por dia e, em alguns momentos, coincidia com o início da partida. Era feito todo o aquecimento dos atletas e eles paravam, de 15 a 20 minutos, para a reza, perdendo todo o aquecimento, seguindo direto para o jogo. O clube tinha tudo o que fosse necessário para oferecer aos jogadores do ponto de vista estrutural. Montou-se uma sala de musculação nova, o departamento médico era muito bem equipado (até um aparelho de avaliação isocinética possuíamos no clube) e não faltavam medicamentos. Toda essa estrutura facilitava muito o trabalho do grupo, composto por massagistas, fisioterapeutas e apenas um médico.

Conseguimos implantar nossa filosofia de trabalho, principalmente na parte de prevenção, obtendo bons resultados, com poucas lesões e, principalmente, tendo apenas um jogador que apresentou indicação de cirurgia, principal queixa das comissões anteriores que apresentavam alto índice de procedimentos cirúrgicos.

Mas futebol é igual em qualquer lugar do mundo, e o que importa é o resultado no campo! Como nosso time não correspondeu ao esperado, apesar de termos chegado à semifinal da Copa da Ásia, resultado jamais obtido pelo clube, decidiram dispensar toda a comissão técnica brasileira, dando fim a essa interessante experiência.



Osmar de Oliveira
Médico do esporte
e jornalista

O encanto das torcidas

Com certo exagero, costumamos dizer que corintiano e flamenguista não nascem assim, são concebidos assim. É possível que mineiros atleticanos também estejam nesse grupo. É evidente que, quando um time é muito bom por algumas temporadas e conquista títulos, alguns meninos de escolha ainda indefinida passam a torcer por essa equipe. Mas o número desses casos não altera fundamentalmente os índices de pesquisas realizadas por empresas sérias e especializadas.

Nas últimas duas décadas, é claro também que os shows de algumas torcidas organizadas passaram a funcionar como fator arrebatador de novos torcedores, mas sem alterar muito as pesquisas. A Gaviões da Fiel, maior torcida organizada do Brasil, é exemplo disso. Chegou ao ponto de ter mais associados (65 mil) que o próprio clube (7 mil). Torcedores sempre presentes, sofredores e entusiastas ao extremo, entoam cantorias que se espalham por todo o público do estádio. Fascinam, indiscutivelmente.

Conheço inúmeras histórias que ilustrariam o que estou dizendo, mas uma delas é emblemática e aconteceu no Rio de Janeiro. Paulinho da Viola é um desses vascaínos doentes que usa frocha e lençol com o distintivo do Vasco da Gama.

Pedrinho, seu filho, quando ainda pequeno, claro, passou a torcer pelo Vasco, mas nunca tinha ido ao Maracanã ou a São Januário por causa da agenda de shows do pai. Então, chegou um domingo de decisão de campeonato e agenda vazia. Vasco vs. Flamengo no Maracanã. Dia certo para que Pedrinho conhecesse a força do Vascão e carimbasse de vez a paixão pelo time. Mas deu tudo errado. O Mengo arrebitou com o jogo, fez três gols e deu baile. A torcida do Flamengo coloriu de vermelho e preto o Maraca, fez uma festa digna de um Canal 100 e de espalhar imagens pelas televisões de todo o mundo.

Na saída, Paulinho estava cabisbaixo, mãos dadas com Pedrinho que, mesmo já fora do estádio, arriscava olhares para a bonita festa dos flamenguistas. Então, Pedrinho não se conteve e disse: "Pai, quero te fazer uma pergunta, mas você não pode ficar bravo comigo". "Claro, filho, pergunte", disse Paulinho, confiando na inocência do filho, que soltou: "Quando o Vasco não jogar, posso torcer pelo Flamengo?". Paulinho da Viola engoliu seco, não respondeu, aumentou o volume do rádio. Não sei como o tempo trabalhou essa história. Pedrinho torce para quem?



Duo-Decadron

fosfato dissódico de dexametasona
acetato de dexametasona

Potência anti-inflamatória, a curto e longo prazo^{4,5}

Ação rápida^{1,2} de 1 a 12 horas Efeito prolongado^{1,2} de 1 a 3 semanas

A dexametasona é mais potente que a prednisona^{4,5}



Contraindicações: infecções fúngicas sistêmicas. Interação Medicamentosa: corticosteróides e ácido acetilsalicílico: devem ser usados com cautela em conjunto devido ao risco de hipoprotrombinemia.

Menor custo do mercado³

Referências Bibliográficas: 1) Bula do produto: DUO-DECADRON: (fosfato dissódico de dexametasona + acetato de dexametasona). MS – 1.0573.0297. 2) Micromedex Healthcare Series: Drugdex Dexamethasone. Disponível em: <www.portaldapsiquisa.com.br>. Acesso em Jun 2009. 3) Revista Kairos, nº 250: pág. 94, Setembro, 2009. 4) RANG HP et al. Fármacos que afetam os principais sistemas orgânicos. Guanabara Koogan, 3. 470-8:2003. 5) DAMIANI D et al. Corticoterapia e suas repercussões: a relação custo-benefício. Pediatría, 1: 71-82: 2001.

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: DUO-DECADRON, fosfato dissódico de dexametasona 2 mg/ml, acetato de dexametasona 8 mg/ml. MS - 1.0573.0297. **Indicações:** Condições nas quais os efeitos anti-inflamatório e imunossupressor dos corticosteróides são desejáveis, especialmente para tratamento intensivo durante períodos mais curtos. Em injeção intramuscular, quando for impraticável a terapia oral: **Endocrinopatia:** hiperplasia supra-renal congênita, tireoidite não-suprativa e hipercalcemia associada com câncer. **Reumatopatias:** osteoartrite pós-traumática, sinovite da osteoartrite, artrite reumatóide, inclusive artrite reumatóide juvenil, bursite aguda e subaguda, artrite gotosa aguda, epicondilite, tenossinovite aguda inespecífica, artrite psoriática, espondilite anquilosante e artrite reumatóide juvenil. **Colagenopatias:** na exacerbação ou terapia de manutenção em "lupus" eritematoso disseminado e cardite aguda reumática. **Dermatopatias:** pénfigo, eritema multiforme grave (Síndrome de Stevens-Johnson), dermatite esclerótica, dermatite herpetiforme bolhosa, dermatite seborréica grave, psoríase grave e micose fungoide. **Alergopatias:** Controle nos casos graves de asma brônquica, dermatite de contato, dermatite atópica, doença do soro, rinite alérgica estacional ou perene, reações de hipersensibilidade medicamentosa e reações transfusionais urticariformes. **Oftalmopatias:** processos inflamatórios e alérgicos oculares graves, como: herpes zoster oftálmico, irite, indolocite, coriorretinite, uveíte e coroidite difusas posteriores, neurite óptica, oftalmia simpática, inflamação do segmento anterior do olho, conjuntivite alérgica, ceratite e úlceras marginais alérgicas de córnea. **Moléstias gastrintestinais:** terapia sistêmica de colite ulcerativa e enterite regional. **Pneumopatias:** sarcoidose sintomática, berilose, síndrome de Loeffler não-controlada com outros meios e pneumonia de aspiração. **Distúrbios hematológicos:** anemia hemolítica adquirida (auto-imune), trombocitopenia secundária em adultos, eritroblastopenia e anemia hipoplásica congênita. **Doenças neoplásicas:** para o tratamento paliativo de leucemias e linfomas em adultos e leucemia aguda na criança. **Estados edematosos:** para induzir diurese ou remissão da proteinúria na síndrome nefrótica sem uremia, do tipo idiopático ou devido ao "lupus" eritematoso. **Outras:** Triquinose com comprometimento neurológico ou miocárdico. **Por injeção intra-articular:** nos tecidos moles como terapia auxiliar, na administração em curto prazo em sinovite da osteoartrite, artrite reumatóide, bursite aguda e subaguda, artrite gotosa aguda, epicondilite, tenossinovite aguda inespecífica e osteoartrite pós-traumática. **Por injeção intralesional em:** queloides, lesões hipertróficas, infiltradas e inflamatórias de líquen plano, placas psoriáticas, granuloma anular, líquen simples crônico, "lupus" eritematoso discóide, necrobiose lipóide de diabético e alopecia areata. Em tumores císticos de aponeurose ou de tendão. **Contraindicações:** infecções fúngicas sistêmicas, hipersensibilidade a sulfitos ou qualquer outro componente deste produto (vide "precauções e advertências"). **Administração de vacina com vírus vivo (vide "precauções e advertências").** Precauções e Advertências: **ESTE MEDICAMENTO DEVE SER UTILIZADO EM CRIANÇAS MAIORES DE 12 ANOS. NÃO APLICAR POR VIA INTRAVENOSA.** DUO-DECADRON não se recomenda como terapia inicial em casos agudos, com risco de vida. DUO-DECADRON contém bissulfito de sódio, um sulfito que pode causar reações do tipo alérgico, incluindo sintomas anafiláticos e risco de vida ou episódios asmáticos menos graves em algumas pessoas suscetíveis. A prevalência total de sensibilidade ao sulfito na população em geral não é conhecida, sendo provavelmente baixa. A sensibilidade ao sulfito é encontrada com maior frequência em indivíduos asmáticos do que em não-asimáticos. As preparações adrenocorticóides de depósito podem causar atrofia no local de injeção. Para reduzir a probabilidade e a gravidade da atrofia, não se aplica pela via subcutânea, evita-se a injeção no músculo deltóide e, se possível, a repetição de injeções intramusculares no mesmo local. Relatos de literatura, sugerem uma aparente associação entre o uso de corticosteróides e a ruptura da parede livre do ventrículo esquerdo após um infarto recente no miocárdio; portanto, terapia com corticosteróide deve ser ministrada com muito cuidado nestes pacientes. As doses médias ou grandes de hidrocortisona ou cortisona podem elevar a pressão sanguínea, causar retenção de sal e água e aumentar a excreção de potássio. Esses efeitos são menos prováveis de ocorrer com os derivados sintéticos, salvo quando usados em altas doses. Podem ser necessárias restrição dietética de sal e suplementação de potássio. Os corticosteróides aumentam a excreção de cálcio. Quando são ministradas em doses elevadas, alguns autores aconselham o uso de antiácidos entre as refeições para prevenir a úlcera péptica. Em pacientes sob tratamento com corticosteróide, sujeitos a "stress" inusitado, está indicado o aumento posológico dos corticosteróides de rápida atuação antes, durante e depois da situação de "stress". A insuficiência adrenocortical secundária, de origem medicamentosa, pode resultar de retirada muito rápida de corticosteróides e pode ser reduzida ao mínimo pela gradual redução posológica. Tal tipo de insuficiência relativa pode persistir algum mês após a interrupção do tratamento; portanto, em qualquer situação de "stress" que ocorra durante aquele período, deve reinstalar-se a terapia com corticosteróide ou pode ser necessário aumentar a posologia. Uma vez que a secreção mineralocorticóide pode estar prejudicada, deve administrar-se simultaneamente sal e/ou substância mineralocorticóide. Após terapia prolongada, a retirada de corticosteróides pode resultar em sintomas da síndrome de retirada de corticosteróides, compreendendo febre, mialgia, artralgia e mal-estar. Isso pode ocorrer em pacientes mesmo sem evidência de insuficiência da supra-renal. Dado o fato de terem ocorrido raros casos de reações anafiláticas em pacientes que se encontra em tratamento parenteral de corticosteróides, devem-se tomar medidas adequadas de precaução, antes de se administrar o medicamento, especialmente quando o paciente mostra história de alergia a qualquer substância medicamentosa. A administração de vacinas de vírus vivo é contra-indicada em indivíduos recebendo doses imunossupressivas de corticosteróides. Se forem administradas vacinas de vírus ou bacterias inativadas em indivíduos recebendo doses imunossupressivas de corticosteróides, a resposta esperada de anticorpos séricos pode não ser obtida. Entretanto, os procedimentos de imunização podem ser realizados em pacientes que estão recebendo corticosteróides como terapia de reposição, por exemplo, para a doença de Addison. O uso de DUO-DECADRON em altas dosagens ou por tempo prolongado pode causar imunossupressão semelhante a outros corticosteróides. **MEDICAMENTOS IMUNOSSUPRESSORES PODEM ATIVAR FOCOS PRIMÁRIOS DE TUBERCULOSE. OS MÉDICOS QUE ACOMPANHAM PACIENTES SOB IMUNOSSUPRESSÃO DEVEM ESTAR ALERTAS QUANTO À POSSIBILIDADE DE SURTIAMENTO DE DOENÇA ATIVA, TOMANDO, ASSIM, TODOS OS CUIDADOS PARA O DIAGNÓSTICO PRECOZE E TRATAMENTO.** Se corticosteróides estiverem indicados em pacientes com tuberculose latente ou reatividade à tuberculina, faz-se necessária estreita observação, dada a possibilidade de ocorrer reativação da doença. Durante terapia com corticosteróide prolongada, esses pacientes devem receber quimioprevenção. Os esteróides devem ser utilizados com cautela em colite ulcerativa se houver probabilidade de perfuração iminente, abscesso ou infecções piogênicas. Outras: diverticulite, anastomoses intestinais recentes, úlcera péptica ativa ou latente, insuficiência renal, hipertensão, osteoporose e "miastenia gravis". Síndrome de irritação do peritônio, após perfuração gastrintestinal, em pacientes recebendo grandes doses de corticosteróides, podem ser mínimos ou ausentes. Nam dosos relatada embolia gordurosa com possível consequência de hipercorticoidismo em pacientes com hipotireoidismo ou com cirrose, e efeito de corticosteróides mostra-se intensificado. Em alguns pacientes, os esteróides podem aumentar ou diminuir a motilidade e o número dos espermatozoides, os corticosteróides podem mascarar alguns sinais de infecção, podendo surgir novas infecções durante o seu uso. Em casos de malária cerebral, o uso de corticosteróides está associado com prolongamento do coma e maior incidência de pneumonia e hemorragia gastrintestinal. Os corticosteróides podem ativar a amebíase latente. Portanto, é recomendado que ambas as amebíases latente ou ativa sejam excluídas antes de ser iniciada a terapia com corticosteróide em qualquer paciente que tenha diarréia não-explicada. O uso prolongado de corticosteróides pode produzir catarata subcapsular posterior, glaucoma com possível lesão dos nervos ópticos e pode estimular o estabelecimento de infecções oculares secundárias por fungos ou vírus. Os corticosteróides devem ser usados com cautela em pacientes com herpes ocular simples, dada a possibilidade de perfuração da córnea. O crescimento e o desenvolvimento de crianças em tratamento prolongado com corticosteróide devem ser cuidadosamente observados. A injeção intra-articular de corticosteróide pode produzir efeitos sistêmicos e locais. Acentuado aumento da dor, acompanhado de tumefação local, maior restrição de movimentos, febre e mal-estar são sugestivos de artrite séptica. Se ocorrer complicação e for confirmado o diagnóstico de artrite séptica, deve instituir-se adequada terapia antimicrobiana. Deve evitar-se a injeção de corticosteróides em local infectado. É necessário o exame adequado de qualquer líquido articular presente, a fim de se excluir processo séptico. Os corticosteróides não devem ser injetados em articulações instáveis. A injeção intra-articular frequente pode resultar em lesão aos tecidos articulares. Os pacientes devem ser insistentemente advertidos sobre a importância de, enquanto o processo inflamatório permanecer ativo, não abusarem das articulações nas quais foi obtido alívio sintomático. Uso na gravidez e em nutrízes: uma vez que os estudos de reprodução humana não foram realizados com corticosteróides, o uso dessa droga na gravidez ou em mulheres em idade proflíxica requer que os benefícios previstos sejam pesados contra os possíveis riscos para a mãe e para o embrião ou feto. As crianças nascidas de mães que receberam doses substanciais de corticosteróides durante a gravidez devem ser cuidadosamente observadas quanto a sinais de hipoadrenalismo. Os corticosteróides aparecem no leite materno, podendo inibir o crescimento e interferir na produção endógena de corticosteróides. Mães que tomam doses farmacológicas de corticosteróides devem ser advertidas no sentido de não amamentarem. Categoria C para uso em gravidez e nutrízes: este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas ou nutrízes sem orientação médica ou do cirurgião dentista. **Interações Medicamentosas:** Corticosteróides e ácido acetilsalicílico: devem ser usados com cautela em conjunto devido ao risco de hipoprotrombinemia. A utilização de corticosteróide com fenitoína, fenobarbital, efedrina e rifampicina podem acentuar a depuração metabólica dos corticosteróides, resultando em níveis sanguíneos diminuídos em menor atividade fisiológica, requerendo, portanto, ajuste na posologia de corticosteróide. Estas interações podem interferir com os testes de supressão da dexametasona, que deverão ser interpretados com cuidado durante a administração destas drogas. Os resultados falso-negativos nos testes de supressão da dexametasona têm sido reportados em pacientes sob tratamento com a indometacina. Com o uso concomitante de corticosteróides e anticoagulantes cumarínicos, deve-se verificar frequentemente o tempo de protrombina, pois há referências de que os corticosteróides alteram a resposta a estes anticoagulantes. Corticosteróides associados a diuréticos depletos de potássio, requer observação dos pacientes quanto a ocorrência de hipocalcemia. Os corticosteróides podem atenuar o teste do nitroazultetrazol na infecção bacteriana, produzindo resultados falso-negativos. **Reações Adversas:** Os seguintes efeitos colaterais têm sido relatados com o uso de corticosteróides, sendo verificados também com DUO-DECADRON. **DISTÚRBIOS HIDRO-ELETROLÍTICOS:** retenção de sódio, retenção de líquido, insuficiência cardíaca congestiva em pacientes suscetíveis, perda de potássio, alcalose hipocalcêmica, hipertensão. **MÚSCULO-ESQUELÉTICOS:** fraqueza muscular, miopatia esteróide, perda de massa muscular, osteoporose, fraturas vertebrais por compressão, necrose asséptica das cabeças femorais e umerais, fratura patológica dos ossos longos, ruptura de tendão. **GASTRINTESTINAIS:** úlcera péptica com possível perfuração e hemorragia, perfuração do intestino grosso e delgado, particularmente em pacientes com patologia intestinal inflamatória, pancreatite, distensão abdominal, esofagite ulcerativa. **DERMATOLÓGICOS:** retardado na cicatrização das feridas, adequação e fragilidade da pele, petéquias e equimoses, eritema, aumento da sudorese. Pode suprimir as reações aos testes cutâneos. Outras reações cutâneas como dermatite alérgica, urticária, edema angioneurótico. **NEUROLÓGICOS:** convulsões, aumento da pressão intracraniana com papiledema (pseudotumor cerebral) geralmente após o tratamento, vertigem, cefaléia, distúrbios psíquicos. **ENDOCRINOS:** irregularidades menstruais, desenvolvimento do estado cushingóide, supressão do crescimento da criança, ausência de resposta adrenocortical e hipofisária secundária, particularmente por ocasião de "stress", como nos traumas, na cirurgia ou na doença. queda da tolerância aos carboidratos, manifestações do diabetes melito latente, maiores necessidades de insulina ou de hipoglicemiantes orais no diabetes, hirsutismo. **OFTÁLMICOS:** catarata subcapsular posterior, aumento da pressão intra-ocular, glaucoma, exoftalmia. **METABÓLICOS:** balanço nitrogenado negativo, devido ao catabolismo proteico. **CARDIOVASCULAR:** ruptura do miocárdio após infarto do miocárdio recente, (vide "Precauções e Advertências"). **OUTROS:** reações anafiláticas ou de hipersensibilidade, tromboembolismo, aumento de peso, aumento de apetite, náusea, mal-estar. Outros efeitos colaterais relacionados com a terapia de corticosteróide parenteral: raros casos de cegueira associada a tratamento intralesional na face e na cabeça, hiper ou hipopigmentação, atrofia subcutânea e cutânea, abscesso estéril, atrofamento pós-injeção (após o uso intra-articular), atropatia do tipo charcot, cicatriz, endureção, inflamação, parestesia, dor ou irritação retardada, fibrilação muscular, ataxia, soluços e nistagno têm sido relacionados com a incidência após administração de DUO-DECADRON. **Posologia:** DUO-DECADRON é apresentado sob a forma de suspensão injetável em caixas com 1 frasco-ampola de 1 ml e kit aplicação. O kit aplicação contém 1 seringa de 5 ml, 1 agulha rosa (40 x 12) para aspiração do conteúdo e 1 agulha cinza (30 x 7) para aplicação do conteúdo. Agitar antes de usar. DUO-DECADRON injetável é uma suspensão branca que sedimenta quando em repouso, mas que facilmente se restabelece mediante leve agitação. Não se acha estabelecida a posologia para crianças abaixo de 12 anos. A posologia deve ser ajustada segundo a gravidade da doença e a resposta do paciente. Em certas afecções crônicas, em que normalmente ocorrem frequentes períodos de melhora espontânea, pode aplicar-se de um a dois frascos-ampolas de 1 ml de DUO-DECADRON, que só deve ser repetida quando reaparecerem os sintomas. Tal esquema pode facilitar o reconhecimento dos períodos de remissão e fazer com que a posologia total do esteróide resulte menor do que com o tratamento oral contínuo. **INJEÇÃO INTRAMUSCULAR:** As posologias variam de um a dois frascos-ampolas de 1 ml. A dose recomendada para a maioria dos pacientes adultos é de 1 a 2 ml, porém a dose de 1 ml geralmente proporciona alívio dos sintomas em média por uma semana e pode ser suficiente para alguns pacientes. Se necessário, continuar o tratamento, a posologia pode ser repetida em intervalos de 1 a 3 semanas. Nas tendinites e bursites, a dose varia na dependência da localização e da gravidade da inflamação. **Injeção intralesional:** a dose usual é de 0,1 a 0,2 ml por local de aplicação. Nas dermatopias (por ex. psoríase) a dose total não deve exceder 2 ml. O intervalo entre as injeções varia de algumas semanas a alguns meses, dependendo da afecção tratada e da resposta. **"SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO."**

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

"Material técnico científico de distribuição exclusiva à classe médica"

(Produzido em Dezembro/2009)

CPD 2315500 (A) 07/08

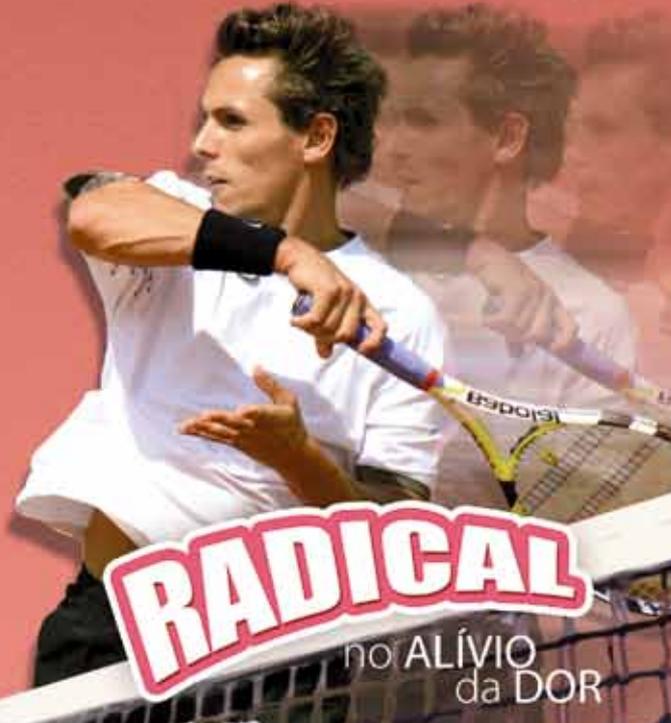
**CAC**
Central de
atendimento
a clientes
0800 701 6900
cac@ache.com.br
8:00 h às 17:00 h (seg. a qui.)
8:00 h às 12:00 h (sex.)

achē

TANDRILAX®

carisoprodol, paracetamol,
diclofenaco sódico e cafeína

230 km/h



RADICAL
no ALÍVIO
da DOR

*Efetivo na redução da dor,
inflamação e espasmo muscular^{1,2,3}*

Contra-indicações: Hipersensibilidade a quaisquer dos componentes de sua fórmula.³
Interações medicamentosas: A administração concomitante de glicocorticóides e outros agentes antiinflamatórios não-esteróides pode levar ao agravamento de reações adversas gastrointestinais.³

Referências Bibliográficas: 1) Chou R, Peterson K, Helfand M. Comparative efficacy and safety of skeletal muscle relaxants for spasticity and musculoskeletal conditions: a systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2004 Aug; 28(2):140-75. 2) Garcia Filho, R..ensaio clínico randomizado, duplo-cego, comparativo entre a associação de cafeína, carisoprodol, diclofenaco sódico e paracetamol e a ciclobenzaprina, para avaliação da eficácia e segurança no tratamento de pacientes com lombalgia e lombociatalgia agudas *acta ortop bras* 14(1)-2006. 3) Bula do Produto: TANDRILAX. cafeína. carisoprodol. diclofenaco sódico. paracetamol. MS - 1.0573.0055.

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: TANDRILAX. cafeína/carisoprodol/diclofenaco sódico/paracetamol. 30/125/50/300. Comprimidos. Uso oral. Uso adulto. MS - 1.0573.0055. **Indicações:** Tratamento de reumatismo nas suas formas inflamatório-degenerativas agudas e crônicas; crises agudas de gota, estados inflamatórios agudos, pós-traumáticos e pós-cirúrgicos. Exacerbações agudas de artrite reumatóide e osteoartrite e estados agudos de reumatismo nos tecidos extra-articulares e como coadjuvante em processos inflamatórios graves decorrentes de quadros infecciosos. **Contra-indicações:** Nos casos de úlcera péptica em atividade; hipersensibilidade a quaisquer dos componentes de sua fórmula; discrasias sanguíneas; diáteses hemorrágicas (trombocitopenia, distúrbios da coagulação), porfiria; insuficiência cardíaca, hepática ou renal grave; hipertensão grave. É contra-indicado em pacientes asmáticos nos quais são precipitados acessos de asma, urticária ou rinite aguda pelo ácido acetilsalicílico e demais inibidores da via da ciclooxigenase da síntese de prostaglandinas. **Precauções e Advertências:** O uso em pacientes idosos, geralmente mais sensíveis aos medicamentos, deve ser cuidadosamente observado. Desaconselha-se o uso do TANDRILAX durante a gravidez e lactação. A possibilidade de reativação de úlceras pépticas requer anamnese cuidadosa quando houver história pregressa de dispepsia, hemorragia gastrointestinal ou úlcera péptica. Nas indicações do TANDRILAX por períodos superiores a dez dias, deverá ser realizado hemograma e provas de função hepática antes do início do tratamento e, periodicamente, a seguir. A diminuição da contagem de leucócitos e/ou plaquetas, ou do hematócrito requer a suspensão da medicação. Em pacientes portadores de doenças cardiovasculares, a possibilidade de ocorrer retenção de sódio e edema deverá ser considerada. Observando-se reações alérgicas pruriginosas ou eritematosas, febre, icterícia, cianose ou sangue nas fezes, a medicação deverá ser imediatamente suspensa. Não use outro produto que contenha paracetamol. Não é indicado para crianças abaixo de 14 anos, com exceção de casos de artrite juvenil crônica. **Interações medicamentosas:** O diclofenaco sódico, constituinte do TANDRILAX, pode elevar a concentração plasmática de lítio ou digoxina, quando administrado concomitantemente com estas preparações. Alguns agentes antiinflamatórios não-esteróides são responsáveis pela inibição da ação de diuréticos da classe da furosemida e pela potenciação de diuréticos poupadores de potássio, sendo necessário o controle periódico dos níveis séricos de potássio. A administração concomitante de glicocorticóides e outros agentes antiinflamatórios não-esteróides pode levar ao agravamento de reações adversas gastrointestinais. A biodisponibilidade do TANDRILAX é alterada pelo ácido acetilsalicílico quando este composto é administrado conjuntamente. Recomenda-se a realização de exames laboratoriais periódicos quando anticoagulantes forem administrados juntamente com TANDRILAX, para aferir se o efeito anticoagulante desejado está sendo mantido. Pacientes em tratamento com metotrexato devem abster-se do uso do TANDRILAX nas 24 horas que antecedem ou que sucedem sua ingestão, uma vez que a concentração sérica pode elevar-se, aumentando a toxicidade deste quimioterápico. **Reações adversas:** Distúrbios gastrointestinais como dispepsia, dor epigástrica, recorrência de úlcera péptica, náuseas, vômitos e diarreia. ocasionalmente, podem ocorrer cefaléia, sonolência, confusão mental, tonturas, distúrbios da visão, edema por retenção de eletrólitos, hepatite, pancreatite, nefrite intersticial. Foram relatadas raras reações anafilactóides urticariformes ou asmátiformes bem como síndrome de Stevens-johnson e síndrome de lyell, além de leucopenia, trombocitopenia, pancitopenia, agranulocitose e anemia aplástica. o uso prolongado pode provocar necrose papilar renal. TANDRILAX é um medicamento. Durante seu uso, não dirija veículos ou opere máquinas, pois sua agilidade e atenção podem estar prejudicadas. **Posologia:** A dose mínima diária recomendada é de um comprimido a cada 12 horas e a duração do tratamento deve ser a critério médico e não deverá ultrapassar 10 dias. Tratamentos mais prolongados requerem observações especiais (vide "Precauções"). Os comprimidos do TANDRILAX deverão ser ingeridos inteiros (sem mastigar), às refeições, com auxílio de líquido. **SE PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

Material técnico-científico de distribuição exclusiva à classe médica

SAP4104203 07/08

Dez/09



MATERIAL TÉCNICO-CIENTÍFICO EXCLUSIVO À CLASSE MÉDICA.

achē