

ano 4 ■ número 4

Physikos

ISSN 1984-5790

VENCENDO A DOR



Márcio Rodrigues/FOTOCOM.NET

VIDA DE ATLETA Tiago Camilo

A volta por cima
do tatame

ARTIGO

Reabilitação cardiopulmonar e metabólica

PALAVRA DO ESPECIALISTA

O fruto de um casamento entre a ortopedia e a medicina do esporte e do exercício

achē

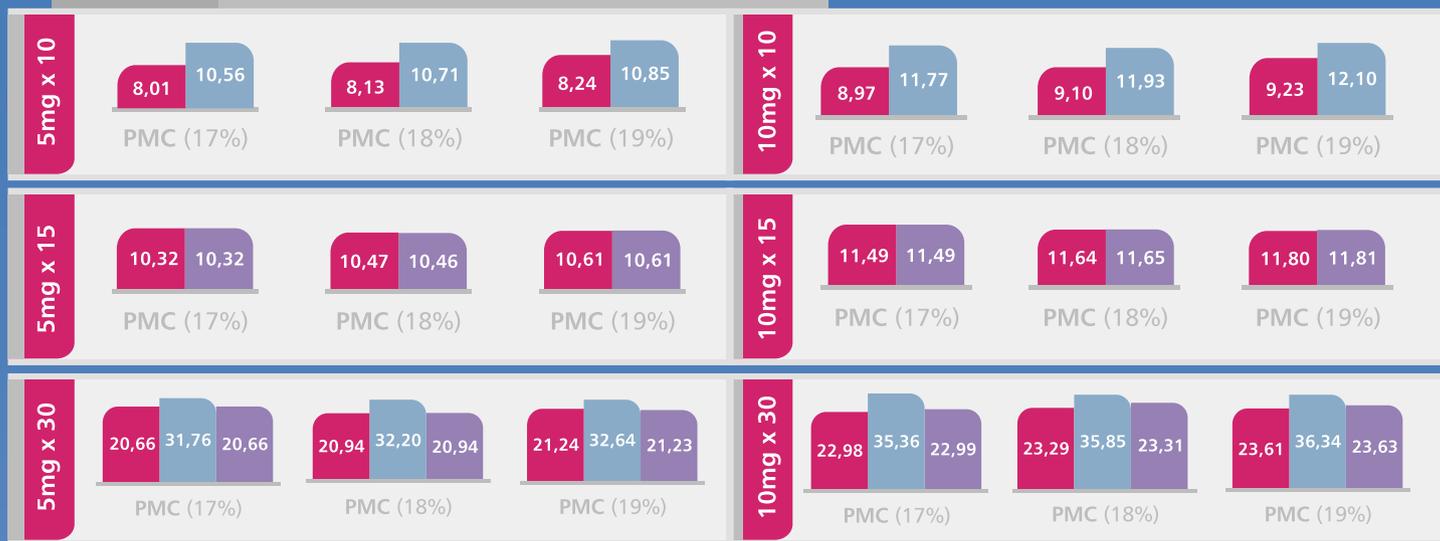
mirtax®

cloridrato de ciclobenzaprina

A ciclobenzaprina do Aché com custo acessível para tratar a dor de origem musculoesquelética²

Preço válido a partir de Julho/09

Custo Padrão com Redução de Preço¹



A única ciclobenzaprina com 6 apresentações:² 10cpr(5mg e 10mg), 15cpr(5mg e 10mg) e 30cpr(5mg e 10mg)

10 COMPRIMIDOS (5mg e 10mg)²



Contraindicação: arritmia cardíaca.

Interação medicamentosa: pode aumentar os efeitos do álcool.

Bibliográficas: 1) Revista Guia da Farmácia; Julho.2009. 2) Bula do produto. MIRTAX: (cloridrato de ciclobenzaprina). MS - 1.0573.0293.

*Miosan (ciclobenzaprina) - Registro Apsen, Genérico ciclobenzaprina - Registro Eurofarma.

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, distúrbio 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. **Geriatrics:** 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 carcinogênicas ou mutagênicas da droga. **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 gastrintestinais 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:** sonolência, secura da boca, vertigem, fadiga, debilidade, astenia, náuseas, constipação, dispepsia, sabor desagradável, visão borrosa, cefaléia, nervosismo e confusão. **Cardiovasculares:** taquicardia, arritmias, vasodilatação, palpitação, hipotensão. **Digestivas:** vômitos, anorexia, diarreia, dor gastrintestinal, gastrite, flatulência, edema de língua, alteração das funções hepáticas, raramente hepatite, icterícia e colostase. **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, sensação 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 PERSISTIREMOS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. MIRTAX É UM MEDICAMENTO. DURANTE SEU USO, NÃO DIRIJA VEÍCULOS OU OPERE MÁQUINAS, POIS SUA AGILIDADE E ATENÇÃO PODEM ESTAR PREJUDICADAS. BU06CPD2725701(A)06/08 - Material impresso em Julho/2009.**

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.)

MATERIAL TÉCNICO-CIENTÍFICO EXCLUSIVO À CLASSE MÉDICA

aché

ano 4 ■ número 4

Physikos

VENCENDO A DOR

Produção e comercialização



Diretores

Silvio Araújo

André Araújo

Comercial

Selma Brandespim

Wilson Neglia

Rosângela Santos

Karina Maganhini

Valeska Piva

A guardando texto

Criação e editoração



Dr. Claudio Gil Soares de Araújo

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 à:

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.

VIDA DE ATLETA 4

Tiago Camilo

A volta por cima do tatame

ARTIGO 9

Reabilitação cardiopulmonar e metabólica

PALAVRA DO ESPECIALISTA 11

O fruto de um casamento entre a ortopedia e a medicina do esporte e do exercício

PONTO DE VISTA 14

Aguardando texto

Tiago Camilo

A volta por cima no tatame

A medalha de ouro conquistada na etapa de Belo Horizonte da Copa do Mundo de Judô, realizada neste ano, foi mais um degrau na carreira de sucesso do meio-médio Tiago Camilo, um paulista de 26 anos que se tornou uma das maiores estrelas do esporte brasileiro nos últimos anos. Em 2007, ganhou praticamente tudo o que disputou. No Pan-Americano do Rio de Janeiro, conquistou a medalha de ouro em menos de dois minutos, vencendo todas as suas lutas por *ippon*. E tudo isso lutando em uma categoria acima da sua. No Mundial, de volta aos meio-médios, venceu por *ippon* seis das sete lutas que disputou e foi eleito o melhor da competição, repetindo o que o gaúcho João Derly tinha feito em 2005, no Mundial do Cairo.



Rafal Burza/FOTOCOM.NET

Paulista de 26 anos, o judoca Tiago Camilo se tornou uma das maiores estrelas do esporte brasileiro nos últimos anos. Em 2007, ganhou praticamente tudo o que disputou. E tudo isso lutando em uma categoria acima da sua.



Márcio Rodrigues/FOTOCOM.NET

Márcio Rodrigues/FOTOCOM.NET



Em Pequim, 2008, todo mundo esperava que Thiago Camilo ficasse com o ouro. Ele conquistou o bronze, mas deu lição a muita gente ao festejar como se fosse a medalha mais importante da sua vida e passou a se dedicar ainda mais para voltar ao lugar mais alto do pódio. “Coloquei todo povo brasileiro no meu coração e decidi que iria me esforçar muito para não decepcionar mais ninguém” – disse.

Tiago Camilo agora tem um sonho diferente. Ele pretende ser o primeiro judoca da história do esporte mundial a conquistar três medalhas olímpicas em categorias diferentes. Para conseguir tal proeza na Olimpíada que será realizada em Londres em 2012, esse atleta nascido na cidade paulista de Tupã promete não economizar esforços. Como parte da sua estratégia desde o final das Olimpíadas de Pequim em 2008, Tiago Camilo passou a treinar e competir entre os peso médios, cujo limite de peso é de 90 quilos. São trinta quilos a mais de quando começou a carreira no judô, em 1997, ainda aos 15 anos de idade.

Segundo o atleta, ele subiu de categoria para ganhar motivação de conseguir algo diferente em sua carreira. Foi nela que o judoca se consagrou campeão nos Jogos Pan-Americanos do Rio, em 2007 – naquela ocasião, subiu de peso para não concorrer com Flávio Canto no meio-médio. “A maior dificuldade é igualar a força dos adversários. O ritmo de luta é mais cadenciado entre os médios, mas a força empregada é muito maior” – explica.



Como parte da sua estratégia desde o final das Olimpíadas de Pequim em 2008, Tiago Camilo passou a treinar e competir entre os peso médios, cujo limite de peso é de 90 quilos. São trinta quilos a mais de quando começou a carreira no judô, em 1997, ainda aos 15 anos de idade.



A alimentação é um dos pontos mais importantes para o sucesso das atividades desenvolvidas por Tiago Camilo. São necessárias seis refeições para se alcançar o desejado número de seis mil calorias diárias.

Ele faz um trabalho específico de levantamento de peso, orientado pelo ex-atleta Edmilson Dantas. Numa proporção menor, faz musculação. A alimentação é um dos pontos mais importantes para o sucesso das atividades desenvolvidas por Tiago Camilo. São necessárias seis refeições para se alcançar o desejado número de seis mil calorias diárias.

Início fulminante



Tiago Camilo estreou como judoca aos cinco anos, embalado pelo irmão mais velho, Luis Camilo, conhecido no meio do esporte como Chicão. Ele conta que se não fosse a influência da família, provavelmente acabaria se dedicando à luta marcial. Em Bastos, cidade do interior de São Paulo onde passou a infância, 75% da população é de origem japonesa, e o judô era uma das alternativas esportivas acessíveis.

Aos 14 anos, Camilo trocou a vida calma de uma cidade do interior e, acompanhado pelo irmão mais velho, mudou-se para São Paulo em busca de novas oportunidades para desenvolver sua carreira. A nova etapa na carreira do jovem atleta começou no Projeto Futuro. Na capital paulista, morava em um alojamento perto do Parque do Ibirapuera – local em que ficou até 2001. De lá

Márcio Rodrigues/FOTOCOM.NET



Rafael Burza/FOTOCOM.NET

foi para São Caetano treinar e desde 2006 está na Sogipa – clube do bicampeão mundial João Derly e da jovem esperança Mayra Aguiar – em Porto Alegre. Não demorou para começar a acumular importantes conquistas e ter visibilidade. Tiago Camilo começou a aparecer no cenário esportivo brasileiro quando se sagrou campeão mundial juvenil na categoria meio-leve (até 66 quilos), em 1998. Dois anos depois, participou da sua primeira olimpíada, em Sidney, e ficou com a medalha de prata já no peso leve (até 73 quilos). Em seguida, passou para o meio-médio, em que permaneceu até o ano passado, quando foi bronze em Pequim. Em 2004, Camilo teve a maior decepção da sua carreira ao não conseguir a classificação para as Olimpíadas de Atenas, mas a tristeza não tirou sua vontade de continuar lutando e ele batalhou até retomar o ritmo do seu início de carreira.

Camilo foi campeão pan-americano e mundial em 2007, exigências para a indicação olímpica, mas em categorias diferentes. Com isso, teve de enfrentar o processo seletivo no início do ano, correndo o risco de ser eliminado pelo eterno rival Flávio Canto. Em forma, porém, teve um desempenho muito superior ao carioca e acabou classificado. “Tudo aconteceu rapidamente na minha vida – conta o judoca – mas as conquistas só vieram com muito trabalho, muita luta e perseverança”.

E é com perseverança também que Tiago Camilo tenta reverter o sucesso conquistado no tatame para causas em que acredita. Ele mantém há sete anos um projeto social na cidade de Bastos sob supervisão dos antigos professores. “Cada vez mais sei e acredito que é preciso retribuir tudo o que recebemos. Tenho recebido muito na minha vida e, na mesma proporção, tento oferecer aos que necessitam também” – justifica o atleta.

Artrosil

lisinato de cetoprofeno

O cetoprofeno com propriedades que fazem a diferença^{1,2}

Devido à salificação com lisina, Artrosil apresenta as seguintes vantagens em relação ao cetoprofeno base:^{1,2}

- Atividade analgésica, anti-inflamatória e antipirética superiores em doses correspondentes^{1,2}
- Maior Absorção e Biodisponibilidade²
- Menor Lesão Gástrica^{1,2}
- Altamente Solúvel¹



Novo visual



Posologia:³ 320 mg: 1 vez ao dia
160 mg: 2 vezes ao dia

Contraindicações: Hipersensibilidade a quaisquer componentes de sua fórmula. **Interações medicamentosas:** Devido à elevada ligação de cetoprofeno com proteínas plasmáticas, é necessário reduzir a dosagem de anticoagulantes, fenitoínas ou sulfamidas quando administrados concomitantemente.

Referências bibliográficas: 1. Pologgia CCN, Brito Neto AJ, Cunha J. Avaliação da eficácia terapêutica e da tolerância do antiinflamatório lisinato de cetoprofeno, na fórmula cápsulas. RBM - REV. BRAS. MED, 57(6): 617-624; 2000. 2. Di Muria GV et al. Ketoprofen-lys: a clinical study and evaluation in 80 cases. Algologia, 1:127-140; 1982. 3. Bula do produto. ARTROSIL, (lisinato de cetoprofeno). MS - 1.0573.0128.

ARTROSIL. lisinato de cetoprofeno. MS - 1.0573.0128. **Indicações:** Artrose, coxartrose, espondiloartrose, artrite reumatóide, bursite, flebite e tromboflebite superficial, contusão, entorse, luxação, distensão muscular. **Contraindicações:** ÚLCERA PÉPTICA NA FASE ATIVA, ANAMNESE POSITIVA DE ÚLCERA PÉPTICA RECORRENTE, DISPEPSIA CRÔNICA, GASTRITE, INSUFICIÊNCIA RENAL GRAVE, LEUCOPENIA E PLAQUETOPENIA, GRAVE DISTÚRBO DE HEMOCOAGULAÇÃO, HIPERSENSIBILIDADE A QUAISQUER COMPONENTES DE SUA FÓRMULA, EXISTE A POSSIBILIDADE DE HIPERSENSIBILIDADE CRUZADA COM ÁCIDO ACETILSALICÍLICO OU OUTROS FARMACOS ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO-ESTEROIDAIIS, PORTANTO, O CETOPROFENO NÃO DEVE SER ADMINISTRADO A PACIENTES NOS QUAIS O ÁCIDO ACETILSALICÍLICO OU OUTROS FARMACOS ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO-ESTEROIDAIIS TENHAM PROVOCADO SINTOMAS DE ASMA, RINITE, URTICÁRIA. O USO DE LISINATO DE CETOPROFENO É CONTRAINDICADO DURANTE O PRIMEIRO E O ÚLTIMO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO, POIS PODE CAUSAR HIPERTENSÃO PULMONAR E TOXICIDADE RENAL NO FETO, CARACTERÍSTICA COMUM AOS INIBIDORES DA SÍNTESE DE PROSTAGLANDINAS. PODE TAMBÉM LEVAR AO AUMENTO DO TEMPO DE SANGRAMENTO DAS GESTANTES E FETOS E CONSEQUENTEMENTE, EVENTUAIS MANIFESTAÇÕES HEMORRÁGICAS NO RECÉM-NASCIDO. HA RISCO DE RETARDAR O TRABALHO DE PARTO. **Precauções:** O USO DE CETOPROFENO EM PACIENTES COM ASMA BRÔNQUICA OU COM DIÁTESES ALÉRGICAS PODE PROVOCAR UMA CRISE ASMÁTICA. EM PACIENTES COM FUNÇÃO RENAL COMPROMETIDA, A ADMINISTRAÇÃO DE CETOPROFENO DEVE SER EFETUADA COM PARTICULAR CAUTELA LEVANDO-SE EM CONSIDERAÇÃO A ELIMINAÇÃO ESSENCIALMENTE RENAL DO FARMACO. EMBOÇA NÃO TENHA SIDO OBSERVADA EXPERIMENTALMENTE TOXICIDADE EMBRIOFETAL COM CETOPROFENO NAS DOSES PREVISTAS PARA USO CLÍNICO, A ADMINISTRAÇÃO EM MULHERES GRAVIDAS, DURANTE A AMAMENTAÇÃO OU NA INFÂNCIA NÃO É RECOMENDADA. **Interações medicamentosas:** Devido à elevada ligação de cetoprofeno com proteínas plasmáticas, é necessário reduzir a dosagem de anticoagulantes, fenitoínas ou sulfamidas quando administrados concomitantemente. O uso com ácido acetilsalicílico reduz o nível sérico de cetoprofeno e aumenta o risco de distúrbios gastrintestinais. No caso da administração com lítio há aumento de seu nível sérico podendo levar à intoxicação. Foi observado aumento da toxicidade do metotrexato em decorrência da diminuição de seu "clearance" renal. A probenecida reduz as perdas de cetoprofeno e aumenta seu nível sérico. A metoclopramida reduz a biodisponibilidade do cetoprofeno e pode ocorrer uma pequena redução de sua absorção no uso simultâneo com hidróxidos de magnésio ou alumínio. **Reações adversas:** ASSIM COMO COM OUTROS ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO-ESTEROIDAIIS, PODEM OCORRER DISTÚRBIOS TRANSITÓRIOS, NO TRATO GASTRINTestinal, TAIS COMO GASTRALGIA, NAUSEA, VÔMITO, DIARREIA E FLATULÊNCIA. EXCEPCIONALMENTE FORAM OBSERVADAS HEMORRAGIA GASTRINTestinal, DISCINESIA TRANSITÓRIA, ASTENIA, CEFALÉIA, SENSACÃO DE VERTIGEM E EXANTEMA CUTÂNEO. O PRODUTO PODE SER TOMADO ÀS REFEIÇÕES OU COM LEITE, A FIM DE EVITAR POSSÍVEIS DISTÚRBIOS GASTRINTestinais. **Posologia:** ARTROSIL 160 mg: Uma cápsula duas vezes ao dia durante ou após às refeições. A duração do tratamento deve ser a critério médico. ARTROSIL 320 mg: Uma cápsula ao dia durante ou após às refeições. A duração do tratamento deve ser a critério médico. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. AO PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

Material produzido em abril/09

BU 08
SAP 4057006 (A) 02/09

 **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.)

MATERIAL TÉCNICO-CIENTÍFICO EXCLUSIVO À CLASSE MÉDICA.

achē

O fruto de um casamento entre a ortopedia e a medicina do esporte e do exercício



Ao longo do tempo, o homem vem incansavelmente buscando explicações e direcionando seus conhecimentos científicos com o objetivo da cura de patologias que levam à falência da vida e tendo na longevidade o seu maior objeto de desejo.

Durante esse trajeto, na grande maioria das vezes, foca-se a parte, e não o todo. Esquece-se de que o ser humano é um ser complexo e que, sendo tratado de forma segmentada, incorre-se no erro da estratificação de condutas que, na sua grande maioria, são insolúveis.

Aprimorando a minha formação médica, encontrei na concepção holística do homem um sustentáculo para as minhas condutas, que foram enriquecidas com a admiração que tenho pelos efeitos do exercício físico – comprovados no consultório – sobre a máquina humana. Assim, em 1999, após quatro anos militando na minha formação-mãe – a Ortopedia e Traumatologia – resolvi mergulhar em águas mais profundas e efetivar um casamento da Medicina de Esporte e do Exercício com a Ortopedia.

Durante a graduação universitária e a residência em Ortopedia, a fisiologia do exercício foi uma área inabordável, ficando a desejar o conhecimento básico, de importância ímpar na compreensão do funcionamento do sistema osteomuscular, quer seja de forma reabilitacional, cruenta ou incruenta, ou de performance. Termos como exercício aeróbico, exercício anaeróbico, limiar aeróbico, limiar anaeróbico, Vo2 máximo, massa magra, massa gorda, potencia aeróbica, entre outros, sequer são citados aos ortopedistas durante a residência médica.

Com a criação do Comitê de Traumatologia Desportiva, pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT), foi facultada aos membros a familiarização de alguns conceitos e da nomenclatura pertencente à Medicina do Esporte e do Exercício, permitindo assim um *upgrade* nos conhecimentos e uma atuação profissional diferenciada dos demais.

Tivemos no Centro de Tratamento e Integração do Ser (CENTISER), na cidade de Fortaleza – CE, o cuidado de escolher e agregar, em um só espaço, médicos, psicólogos, nutricionistas, profissionais de educação física e fisioterapeutas, que comungam de princípio filosófico-profissional, atuando com a percepção sistêmica dos nossos pacientes.

A minha atuação profissional, por meio do casamento entre a Ortopedia e a Medicina do Esporte, oferece aos meus pacientes não só as opções de um tratamento cruento ou incruento de uma

Flávio Henrique Macêdo Pinto

Médico do Esporte e do Exercício, traumato-ortopedista, diretor médico do Centro de Tratamento e Integração do Ser (CENTISER), em Fortaleza – CE.



Destaque importante para os pacientes que necessitam de redução do peso corporal, cujo desafio da educação para a diferença entre emagrecer e perder peso é algo fascinante no dia-a-dia do consultório.

lesão advinda do esporte ou não, mas também suas completas reabilitação e inserção em um exercício físico, respeitando os limites inerentes à individualidade de cada um.

Por intermédio da realização da ergoespirometria, um método *gold standard*, apresento ao paciente os limites funcionais dele, direcionando-o para prescrição do exercício aeróbico de forma precisa.

Comungo com o que escreveu Dr. Claudio Gil no Jornal de Medicina do Exercício, ed. nº. 20, no artigo *A Ergoespirometria como um procedimento em Medicina do Exercício: Necessidade, opção ou luxo?* Neste, ele preconiza a aplicabilidade do método transcendendo a área de atuação na Medicina do Esporte e do Exercício de forma bem clara, precisa e elegante, mostrando que certamente não se trata de um luxo. É por meio dele que podemos oferecer aos nossos utentes a precisa condição aeróbica; determinar o limiar anaeróbico; quantificar resultados de intervenções terapêuticas sobre a capacidade de exercitar; avaliar o inotropismo cardíaco de

forma não-invasiva; avaliar a relação ventilação-perfusão durante o esforço; determinar a eficiência mecânica durante o exercício e determinar a etiologia da dispneia e da intolerância ao esforço. Todo esse arsenal de dados assegura-nos uma intervenção médica condizente com a necessidade do paciente e com a nossa hombridade profissional.

É extensivo o emprego da ergoespirometria em outras áreas médicas, como cardiologia e pneumologia, e como avaliação de risco cirúrgico, antecipando para hoje o que em um futuro bem próximo se tornará importante e indispensável propedêutica de uso na medicina.

Outro destaque importante e atual refere-se aos pacientes que necessitam de redução do peso corporal, cujo desafio de educá-los para a tênue diferença entre emagrecer e perder peso é algo fascinante no dia-a-dia do meu consultório.

Utilizo a mensuração da massa magra e massa gorda por meio das medidas das dobras cutâneas e/ou por bioimpedanciometria tetra polar, respeitando todo o protocolo para aceitação desse método e adequando-o novamente ao princípio da individualidade.

Tratar patologias como osteoporose, hérnia de disco, lesões condrais, entesopatias, entre outras frequentes no consultório de um ortopedista somente com uso de medicação é ineficaz. Inserir o exercício físico de forma precisa e usá-lo como mais um pilar em busca da cura do paciente, tirando-o do sedentarismo que é hoje a maior doença que assola o homem contemporâneo, faz a diferença e congratula-me existencialmente.

Mostrar os efeitos advindos da prática contínua e orientada do exercício físico sobre qualquer patologia, mesmo sendo a mais incapacitante, regozija-me. Provar os resultados evolucionais dos pacientes após avaliações subsequentes aos exercícios físicos, constatando o aumento da capacidade aeróbica, da força muscular, da autonomia, da autoestima e da qualidade de vida, aferindo o envelhecimento saudável, perseverar-me na crença de que é possível ajustar as adversidades impostas pela ação catabólica sobre o nosso corpo com a promoção da saúde.

Fico convencido de que o casamento da Ortopedia com a Medicina do Esporte e do Exercício, o qual apadrinhei e adotei como área de atuação dentro da Medicina, revigora-me a cada dia que adentro no CENTISER, pois deliciar o fruto de uma árvore que se planta é sempre mais saboroso.

Reabilitação cardiopulmonar e metabólica

A reabilitação cardiopulmonar e metabólica (RCPM), como o tratamento ‘não farmacológico’ de portadores de doenças crônicas cardiovasculares, pulmonares e metabólicas está sendo denominado no Brasil, é essencial para a conquista de melhores condições física e mental, visando a uma vida ativa e produtiva e representando, em última instância, uma boa qualidade de vida. Embora o foco principal seja o exercício físico, a RCPM é mais do que um programa de condicionamento físico, devendo municiar o paciente de informações básicas sobre a fisiopatologia de sua(s) doença(s) e sua relação com a atividade física, a atividade sexual, a vida social e o trabalho e os fármacos em uso. Na RCPM, o paciente recebe orientações sobre uma alimentação saudável, estratégias para cessação do tabagismo e técnicas para controle do estresse. Apesar de ser uma modalidade terapêutica que proporciona uma redução dramática da morbidade e da mortalidade, com acentuada melhoria da qualidade de vida, insuperável em termos de custo-efetividade, o que se traduz portanto em um excelente investimento, a RCPM encontra-se na prática indisponível aos pacientes brasileiros, refletindo a desinformação e/ou a má atitude política que prevalece nos setores de saúde.

Fases da reabilitação

• **Fase 1** – a equipe de atendimento deve ser composta por um médico (responsável, coordenador), um fisioterapeuta e um profissional da área de enfermagem. Nesta fase, o principal objetivo é possibilitar alta hospitalar com as melhores condições físicas e psicológicas possíveis e o paciente munido de informações referentes ao estilo saudável de vida. Inicia-se, em geral, imediatamente após alta da unidade de tratamento intensivo (UTI), após compensação clínica do paciente, como decorrência da otimização do tratamento clínico e/ou da utilização de procedimento intervencionista. Além dos pacientes com síndromes coronarianas agudas, submetidos ou não a procedimentos



intervencionistas, inclui os pacientes submetidos a cirurgias para correção de valvopatias decorrentes de cardiopatias congênitas, transplante cardíaco etc. Esta fase da RCPM destina-se também a outros pacientes portadores de quadros clínicos agudos quando internados em hospital imediatamente após a compensação clínica. Nesta fase, recomenda-se adoção de uma combinação de exercício físico de baixa intensidade, técnicas para o controle do estresse e estratégias para remoção dos fatores de risco.

• **Fase 2** – é a primeira etapa extra-hospitalar. Inicia-se imediatamente após a alta e/ou alguns dias após o evento cardiovascular ou a descompensação clínica de natureza cardiovascular, pulmonar e metabólica. A duração prevista é de três a seis meses, podendo em algumas situações se estender por mais tempo. Pode funcionar em estrutura que faça parte do complexo hospitalar ou outro ambiente próprio para a prática de exercícios físicos, sendo ideal clínica de cardiologia e/ou medicina do exercício com espaço para exercício (sala

Tales de Carvalho

Especialista em Cardiologia e em Medicina do Esporte; doutor em Medicina pela Universidade de São Paulo (USP); professor adjunto do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); diretor da Clínica de Prevenção e Reabilitação CARDIOSPORT de Florianópolis, SC.

Palavra do especialista

ou ginásio de ginástica). A equipe básica deve ser composta por um médico (responsável, coordenador), um educador físico ou fisioterapeuta e um profissional da área de enfermagem. O programa de exercícios deve ser individualizado em termos de intensidade, duração, frequência, modalidade de treinamento e progressão. Devem existir equipamentos para aferir a frequência cardíaca (FC) e a pressão arterial (PA), a saturação de oxigênio em pneumopatas crônicos e cardiopatas cianóticos e a glicemia em diabéticos e de monitoração eletrocardiográfica, mais necessária em portadores de arritmias de risco e coronariopatas isquêmicos. Nesta fase, cujo principal objetivo é possibilitar ao paciente o breve retorno às atividades sociais e laborais, deve constar um programa educacional visando à modificação do estilo de vida, com ênfase na reeducação alimentar e em estratégias para cessação do tabagismo.

- **Fase 3** – além de atender aos pacientes vindos da fase 2, destina-se ao atendimento de outros pacientes estáveis que estão ingressando na RCPM, sem a gravidade que exija a fase 2. A supervisão de exercícios deve ser feita por profissional especializado em exercício físico (profissional de educação física e/ou fisioterapeuta). Deve-se sempre contar com a coordenação geral de um médico e dispor de condições para eventual monitoração cardíaca e de saturação de oxigênio. Nesta fase, o principal objetivo é o aprimoramento da condição física, mas devem ser considerados também a necessidade de promoção do bem-estar (melhora da qualidade de vida) e os demais procedimentos que contribuam para a redução do risco de complicações clínicas, como são os casos das estratégias para cessação do tabagismo e da educação nutricional.

- **Fase 4** – é a fase “de vida inteira” com o exercício físico, devendo ser adequado ao estilo de vida e às preferências do paciente. Nesta fase, os pacientes após cada avaliação médica, principalmente quando são submetidos aos testes ergométricos cuja periodicidade não deve exceder a um ano, devem ser orientados na prática, sempre que possível com algumas sessões supervisionadas de exercícios, sendo considerado como objetivo principal o aumento ou a manutenção dos níveis de aptidão física. Os pacientes devem ser periódica e sistematicamente contatados pela equipe do programa de RCPM, mesmo que por telefone, pelo menos uma vez a cada seis meses.

Prescrição do exercício

Os pacientes devem ser submetidos previamente ao teste ergométrico convencional ou teste cardiopulmonar de esforço na vigência dos medicamentos de uso corrente. Quando se trata do teste ergométrico convencional, o mais disponível em nosso meio, a zona-alvo para o exercício aeróbio situa-se entre 60% e 85% da FC pico. No caso do teste cardiopulmonar, recomenda-se que até plena adaptação os pacientes se mantenham na FC do limiar 1, devendo após ser considerada a faixa de FC situada entre os limiares 1 e 2. Para o controle da intensidade do exercício, pode ser também utilizada escala de percepção de esforço de Borg, recomendando-se atividade considerada moderada entre os níveis 11 e 14 da escala. As atividades aqui detalhadas são destinadas especialmente aos participantes das fases 2 e 3 do processo de reabilitação, quando os pacientes devem se exercitar entre três e cinco vezes por semana, em sessões aeróbias em torno de 40 minutos, como caminhadas ou trotes ao ar livre ou atividades em cicloergômetros e esteiras ergométricas em ambientes fechados, que devem ser complementadas por atividades de aquecimento, alongamento e desaquecimento.

Especificidades de determinadas doenças

- **Doença arterial coronariana (DAC)** – atenuação da progressão da aterosclerose coronariana, e até mesmo regressão de aterosclerose e suas consequências podem ser obtidas exclusivamente pelo treinamento físico, e o resultado está relacionado com o gasto calórico, ou seja, a quantidade de atividade, sendo considerado o ideal algo em torno de 2.200 calorias por semana, considerando-se um homem de 170 cm de estatura e 70 kg de peso corporal, devendo ser promovido ajuste para os demais.

- **Insuficiência cardíaca (IC)** – o treinamento físico é recomendado para pacientes portadores de IC de todas as classes desde que com quadro clínico estável. Convencionalmente são adotadas intensidades entre 60% e 70% da reserva de FC (RFC), ou entre 60% e 80% da FC pico. Quando está disponível o teste de esforço cardiopulmonar (ergoespirometria) para a prescrição do exercício, são considerados os limiares ventilatórios, tendo sido recomendado como limite superior a FC cor-

respondente a 90 % da FC observada no ponto de compensação respiratória, que é o segundo limiar ventilatório. Entretanto, nos estudos cujos resultados foram mais expressivos e surpreenderam a comunidade científica, foram adotadas, sem maior incidência de complicações, intensidades entre 90% e 95% da FC pico do teste de esforço em treinamento intervalado. Acreditamos que essa seja uma tendência a ser seguida, tendo em vista que a forma convencional tem pouco contribuído para mudar o *status* funcional dos pacientes, talvez porque eles se exercitem em intensidades que costumam adotar, por exemplo, nas suas caminhadas eventuais. Uma das explicações plausíveis para os resultados frustrantes do estudo multicêntrico HF-ACTION, que somente após “ajustes estatísticos” demonstrou discretíssimos resultados na redução de morbidade e mortalidade no grupo submetido ao treinamento físico, sem que ocorressem modificações significativas no *status* funcional, foi a utilização de intensidades convencionais em treinamento moderado contínuo com FC entre 60% e 70% da RFC.

- **Diabetes mellitus** – a prescrição de exercícios aos indivíduos diabéticos deve obedecer aos mesmos princípios do treinamento dos não-diabéticos, porém com medidas para o controle glicêmico. Naqueles portadores de neuropatia periférica e alterações da sensibilidade, precauções especiais devem ser levadas em consideração, com proteção e higiene dos pés pela possibilidade de traumatismo e posterior infecção. Quando existirem problemas nos pés, devem ser considerados exercícios como pedalar e nadar, que não exigem suporte do peso corporal. Recomendações específicas são feitas, especialmente para reduzir o risco de reações hipoglicêmicas.

- **Doença arterial periférica (DAP)** – para os portadores de doença arterial obstrutiva periférica, que tem como principal sintoma a claudicação intermitente (CI) de membro inferior, o exercício físico melhora tolerância ao esforço, mensurada objetivamente pelo aumento da distância de claudicação inicial e da distância de claudicação absoluta, refletindo melhora da capacidade funcional e maior autonomia. A sessão de treinamento deve iniciar com duração de 30 minutos e sofrer incrementos gradativos até atingir uma hora. Inicialmente, o paciente é colocado para caminhar a uma velocidade que induza claudicação em 3 a 5

minutos, devendo ser mantida a caminhada até a dor tornar-se moderada, ou mesmo intensa, para então descansar até o desaparecimento da dor, retomando a caminhada até a recorrência da claudicação. As repetições devem se suceder por várias vezes durante a sessão de exercícios. Incrementos lentos da velocidade devem ser realizados somente depois que o paciente for capaz de caminhar por 10 minutos sem o aparecimento de claudicação de intensidade moderada.

Considerações finais

Embora a RCPM seja reconhecida como uma modalidade terapêutica com excelentes resultados em termos de custo-efetividade, como decorrência do paradigma médico hegemônico em nosso país, que tem como um dos principais exemplos uma cardiologia excessivamente intervencionista, os seus benefícios raramente chegam aos pacientes brasileiros. Considerando-se experiências bem sucedidas de outros países que evidenciam sua grande aplicabilidade, acreditamos que sua adoção como estratégia prioritária pelo sistema de saúde brasileiro significaria uma revolução para a saúde, repercutindo em excelentes ganhos sociais.

Referências bibliográficas

1. Araújo CGS, Carvalho T, Castro CLB, Costa RV, Moraes RS, Oliveira Filho JA et al. Normatização dos equipamentos e técnicas da reabilitação cardiovascular supervisionada. *Arq Bras Cardiol* 2004; 83: 448-52.
2. Carvalho T, Cortez AA, Ferraz A, Nóbrega ACL, Brunetto AF, Herdy AH et al. Diretriz de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica: Aspectos práticos e responsabilidades. *Arq Bras Cardiol* 2006; 86: 74-82.
3. Carvalho T, Curi ALH, Andrade DF, Singer JM, Benetti M, Mansur AJ. Cardiovascular rehabilitation of patients with ischemic heart disease undergoing medical treatment, percutaneous transluminal coronary angioplasty, and coronary artery bypass grafting. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(1): 72-8.
4. Garg PK, Tian L, Criqui MH, et al. Physical activity during daily life and mortality in patients with peripheral arterial disease. *Circulation*.2006; 114: 242-8.
5. Georgiou D. Cost-effectiveness analysis of long-term moderate exercise training in chronic heart failure. *Am J Cardiol* 2001 15; 87(8): 984-8.
6. Hambrecht R et al. Percutaneous coronary angioplasty compared with exercise training in patients with stable coronary artery disease: a randomized trial. *Circulation* 2004; 109(11): 1371-8.
7. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease [Cochrane Review]. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 1: CD001800.
8. O'Connor CM, Whellan DJ, Lee KL, et al. Efficacy and Safety of Exercise Training in Patients With Chronic Heart Failure: HF-ACTION Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2009; 301(14): 1439-50.
9. Rebelo FP, Garcia Ados S, Andrade DF, Werner CR, Carvalho T. Clinical and economic outcomes of a cardiopulmonary and metabolic rehabilitation program. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(3): 321-8.
10. Wisloff U et al. Superior Cardiovascular Effect of Aerobic Interval Training Versus Moderate Continuous Training in Heart Failure Patients - A Randomized Study. *Circulation* 2007; 115: 3086-94.



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

Aguardando texto

A guardando texto

Anúncio TANDRILAX (novo)
Aguardando

ARTROLIVE

sulfato de glicosamina e sulfato de condroitina

AÇÃO SINÉRGICA QUE VAI ALÉM DA DOR

- Diminuição da dor¹
- Ajuda na recuperação da mobilidade articular¹

Artrolive é contra-indicado em pacientes que apresentem hipersensibilidade a quaisquer componentes de sua fórmula.³

É recomendável que pacientes diabéticos monitorem seus níveis sanguíneos de glicose mais frequentemente durante o tratamento com Artrolive.³

ARTROLIVE
5
anos
de mercado

Até **3x** ao dia²
Nova
Embalagem



Caixa com 30 / 90 cápsulas³

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: ARTROLIVE, sulfato de glicosamina + sulfato de condroitina. MS - 1.0573.0286. **INDICAÇÕES:** ARTROLIVE é indicado para osteoartrite, osteoartrose ou artrose em todas as suas manifestações. **CONTRAINDICAÇÕES:** ARTROLIVE É CONTRAINDICADO EM PACIENTES QUE APRESENTEM HIPERSENSIBILIDADE A QUAISQUER DOS COMPONENTES DE SUA FÓRMULA; GRAVIDEZ E LACTAÇÃO. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** SÃO NECESSÁRIOS O DIAGNÓSTICO PRECISO E O ACOMPANHAMENTO CUIDADOSO DE PACIENTES COM SINTOMAS INDICATIVOS DE AFEÇÃO GASTRINTESTINAL, HISTÓRIA PRÉGRESSA DE ÚLCERA GÁSTRICA OU INTESTINAL, DIABETES MELLITUS, OU A CONSTATAÇÃO DE DISTÚRBIOS DO SISTEMA HEMATOPOIÉTICO OU DA COAGULAÇÃO SANGÜÍNEA ASSIM COMO PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA DAS FUNÇÕES RENAL, HEPÁTICA OU CARDÍACA. SE OCORRER EVENTUALMENTE ÚLCERAÇÃO PÉPTICA OU SANGRAMENTO GASTRINTESTINAL EM PACIENTES SOB TRATAMENTO, A MEDICAÇÃO DEVERÁ SER SUSPESA IMEDIATAMENTE. DEVIDO À INEXISTÊNCIA DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL, ARTROLIVE NÃO ESTÁ INDICADO PARA SER UTILIZADO DURANTE A GRAVIDEZ. NÃO EXISTEM INFORMAÇÕES SOBRE A PASSAGEM DO MEDICAMENTO PARA O LEITE MATERNO SENDO DESACONSELHADO SEU USO NESSAS CONDIÇÕES E AS LACTANTES SOB TRATAMENTO NÃO DEVEAM AMAMENTAR. PODE OCORRER FOTOSSENSIBILIZAÇÃO EM PACIENTES SUSCETÍVEIS, PORTANTO PACIENTES COM HISTÓRICO DE FOTOSSENSIBILIDADE A OUTROS MEDICAMENTOS DEVEM EVITAR SE EXPOR À LUZ SOLAR. FORAM DESCRITOS NA LITERATURA, ALGUNS CASOS DE HIPERTENSÃO SISTÓLICA REVERSÍVEL, EM PACIENTES NÃO PREVIAMENTE HIPERTENSOS, NA VIGÊNCIA DO TRATAMENTO COM GLICOSAMINA E CONDROITINA. PORTANTO, A PRESSÃO ARTERIAL DEVE SER VERIFICADA PERIODICAMENTE DURANTE O TRATAMENTO COM ARTROLIVE. FORAM RELATADOS POUCOS CASOS DE PROTEINÚRIA LEVE E AUMENTO DA CREATINO-FOSFOQUINASE (CPK) DURANTE TRATAMENTO COM GLICOSAMINA E CONDROITINA, QUE VOLTARAM AOS NÍVEIS NORMAIS APÓS INTERRUPTÃO DO TRATAMENTO. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** O tratamento concomitante com antiinflamatórios não-esteroidais pode incorrer no agravamento de reações adversas do sistema gastrointestinal, sendo recomendado um acompanhamento médico mais rigoroso nesses casos. Alguns autores da literatura médica descrevem que o uso de glicosamina e condroitina pode incorrer em um aumento da resistência à insulina, porém, esses estudos foram realizados com doses muito superiores às indicadas na terapêutica clínica normal e sua validade ainda é discutida por vários outros autores. Estudos recentes demonstraram que a associação condroitina e glicosamina, quando empregada em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo II, não levou a alterações no metabolismo da glicose. Os resultados destes estudos não podem ser extrapolados para pacientes com diabetes mellitus descompensado ou não-controlado. É recomendável que pacientes diabéticos monitorem seus níveis sanguíneos de glicose mais frequentemente durante o tratamento com ARTROLIVE. O uso concomitante de ARTROLIVE com os inibidores da topoisomerase II (etoposídeo, teniposídeo e doxorubicina) deve ser evitado, uma vez que a glicosamina induziu resistência *in vitro* a estes medicamentos em células humanas cancerosas de cólon e de ovário. Há relato de um caso na literatura de potencialização do efeito da varfarina, com consequente aumento dos valores sanguíneos de INR (International Normalized Ratio). Portanto, o uso concomitante de ARTROLIVE com anticoagulantes orais deve levar em conta avaliações rigorosas do INR. **Reações adversas:** **SISTEMA CARDIOVASCULAR:** EDEMA PERIFÉRICO e TAQUICARDIA JÁ FORAM RELATADOS COM O USO DA GLICOSAMINA, PORÉM NÃO FOI ESTABELECIDO UMA RELAÇÃO CAUSAL. FORAM DESCRITOS NA LITERATURA, ALGUNS CASOS DE HIPERTENSÃO SISTÓLICA REVERSÍVEL, EM PACIENTES NÃO PREVIAMENTE HIPERTENSOS, NA VIGÊNCIA DO TRATAMENTO COM GLICOSAMINA E CONDROITINA. PORTANTO, A PRESSÃO ARTERIAL DEVE SER VERIFICADA PERIODICAMENTE DURANTE O TRATAMENTO COM ARTROLIVE. **SISTEMA NERVOSO CENTRAL:** MENOS DE 1% DOS PACIENTES EM ESTUDOS CLÍNICOS APRESENTARAM CEFALÉIA, INSÔNIA E SONOLÊNCIA NA VIGÊNCIA DO TRATAMENTO COM A GLICOSAMINA. **ENDÓCRINO-METABÓLICO:** ESTUDOS RECENTES DEMONSTRARAM QUE A ASSOCIAÇÃO CONDROITINA E GLICOSAMINA, QUANDO EMPREGADA EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO II, NÃO LEVOU A ALTERAÇÕES NO METABOLISMO DA GLICOSE. OS RESULTADOS DESTES ESTUDOS NÃO PODEM SER EXTRAPOLADOS PARA PACIENTES COM DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADO OU NÃO-CONTROLADO. É RECOMENDÁVEL QUE PACIENTES DIABÉTICOS MONITOREM SEUS NÍVEIS SANGÜÍNEOS DE GLICOSE MAIS FREQUENTEMENTE DURANTE O TRATAMENTO COM ARTROLIVE. **GASTRINTESTINAL:** NÁUSEA, DISPEPSIA, VÔMITO, DOR ABDOMINAL OU EPIGÁSTRICA, CONSTIPAÇÃO, DIARREIA, QUEIMADURA E ANOREXIA TÊM SIDO RARAMENTE DESCRITOS NA LITERATURA NA VIGÊNCIA DE TRATAMENTO COM GLICOSAMINA E CONDROITINA. **PELE:** ERITEMA, PRURIDO, ERUPÇÕES CUTÂNEAS E OUTRAS MANIFESTAÇÕES ALÉRGICAS DE PELE FORAM REPORTADAS EM ENSAIOS CLÍNICOS COM GLICOSAMINA. PODE OCORRER FOTOSSENSIBILIZAÇÃO EM PACIENTES SUSCETÍVEIS, PORTANTO PACIENTES COM HISTÓRICO DE FOTOSSENSIBILIDADE A OUTROS MEDICAMENTOS DEVEM EVITAR SE EXPOR À LUZ SOLAR. **POSOLOGIA:** **Adultos:** Recomenda-se iniciar a terapêutica com a prescrição de 1 cápsula via oral 3 vezes ao dia. Como os efeitos do medicamento se iniciam em média após a terceira semana de tratamento deve-se ter em mente que a continuidade e a não-interrupção do tratamento são fundamentais para se alcançar os benefícios analgésicos e de mobilidade articular. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Referências Bibliográficas: 1) Reginster, J. et al. Naturocetic (glucosamine and chondroitin sulfate) compounds as structure-modifying drugs in the treatment of osteoarthritis. Curr. Op. Rheumatol, 15: 651-55, 2003. 2) De los Reyes, GC. et al. Glucosamine and chondroitin sulfates in treatment of osteoarthritis: a survey. Prog in Drugs Res: 55: 81-103, 2000. 3) Bula do produto. ARTROLIVE, sulfato de glicosamina, sulfato de condroitina. MS - 1.0573.0286.

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

CPD 2112300

Jun/08

LV-692-PHYSIKOS-10/09-20.000-7000734