ano 5 ▪ número 2

Physikos

ISSN 1984-5790

VENCENDO A DOR

VIDA DE ATLETA

Dunga

Só os fortes permanecem!

ARTIGO

Oportunidades para a medicina do exercício e do esporte: jogos olímpicos 2016 no Rio de Janeiro

PALAVRA DO ESPECIALISTA

A interseção entre medicinas do exercício e do esporte e a pediatria

achē

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 mercado[3]

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.portaldapesquisa.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. Pediatria, 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 antiinflamatório 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-supurativa 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 anclosante e artrite reumatóide juvenil. **Colagenopatias:** na exacerbação ou terapia de manutenção em "lupus" eritematoso disseminado e cardite aguda reumática. **Dermatopatias:** pênfigo, eritema multiforme grave (Síndrome de Stevens-Johnson), dermatite esfoliativa, dermatite herpetiforme bolhosa, dermatite seborréica grave, psoríase grave e micose fungóide. **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, írite, iridociclite, 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, beriliose, 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 csticos 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-asmáticos. 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 reinstituir-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 anafilactóides em pacientes que se encontra em tratamento parenteral de corticosteróides, devem-se tomar medidas adequadas de precaução, antes de se ministrar 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 bactérias 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 SURGIMENTO DE DOENÇA ATIVA, TOMANDO, ASSIM, TODOS OS CUIDADOS PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE 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 quimioprofilaxia. 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". Sinais de irritação do peritônio, após perfuração gastrintestinal, em pacientes recebendo grandes doses de corticosteróides, podem ser mínimos ou ausentes. Tem sido relatada embolia gordurosa com possível conseqüência de hipercortisonismo.em pacientes com hipotireoidismo ou com cirrose, o efeito de corticosteróides mostra-se intensificado. Em alguns pacientes, os esteróides podem aumentar ou diminuir a motilidade e o número dos espermatozóides. 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 freqüente 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 nutrizes: uma vez que os estudos de reprodução humana não foram realizados com corticosteróides, o uso dessa droga na gravidez ou em mulheres em idade profícua 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 nutrizes: este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas ou nutrizes 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 sangüíneos 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 falsos-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 freqüentemente o tempo de protrombina, pois há referências de que os corticosteróides alteram a resposta a estes anticoagulantes. Corticosteróides associados a diuréticos depletores de potássio, requer observação dos pacientes quanto a ocorrência dde hipocalemia. Os corticosteróides podem afetar o teste do nitroazultetrazol na infecção bacteriana, produzindo resultados falsos-negativos. **Reações Adversas: Os seguintes efeitos colaterais têm sido relatados com o uso de corticosteróides, podendo ser verificados também com DUO-DECADRON. DISTÚRBIOS HIDRO-ELETROLÍTICOS: retenção de sódio, retenção de líquido, insuficiência cardíaca congestiva em pacientes suscetíveis, perda de potássio, alcalose hipocalêmica, hipertensão. MUSCÚLO-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: retardo na cicatrização das feridas, adelgaçamento 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. ENDÓCRINOS: 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 diabete melito latente, maiores necessidades de insulina ou de hipoglicemiantes orais no diabete, hirsutismo. OFTÁLMICOS: catarata subcapsular posterior, aumento da pressão intra-ocular, glaucoma, exoftalmia. METABÓLICOS: balanço nitrogenado negativo, devido ao catabolismo protéico. CARDIOVASCULAR: ruptura do miocárdio após infarto do miocárdio recente, (vide "Precauções e Advertências"). OUTROS: reações anafilactóides 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, afogueamento pós-injeção (após o uso intra-articular), artropatia do tipo charcot, cicatriz, enduração, inflamação, parestesia, dor ou irritação retardada, fibrilação muscular, ataxia, soluços e nistagmo têm sido relatados em baixa 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 freqüentes 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. **Injeção intra-articular e nos tecidos moles:** a dose usual é de 0,5 a 2 ml. Se for necessário prolongar o tratamento, podem repetir-se as doses a 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 de 0,1 a 0,2 ml por local de aplicação. Nas dermopatias (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"

CPD 2315500 (A) 07/08

(Produzido em Dezembro/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.)

achê

ano 5 ▪ número 2

Physikos

VENCENDO A DOR

Produção e comercialização

AC FARMACÊUTICA

F alta texto

Diretores
Silvio Araújo
André Araújo

Comercial
Selma Brandespim
Wilson Neglia
Rosângela Santos
Karina Maganhini
Valeska Piva

Criação e editoração

DIA GRA PHIC EDITORA

Devido à urgência, esse trabalho está sendo liberado sem revisão

Physikos
é uma publicação patrocinada pelo

achē

Dr. Claudio Gil Soares de Araújo

VIDA DE ATLETA 4
Dunga
Só os fortes permanecem!

ARTIGO 9
Oportunidades para a medicina do exercício e do esporte: jogos olímpicos 2016 no Rio de Janeiro

PALAVRA DO ESPECIALISTA 11
A interseção entre medicinas do exercício e do esporte e a pediatria

PONTO DE VISTA 14
Falta texto

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 Aché (www.ache.com.br), na área restrita para médicos.

Agência Globo

Dunga

Só os fortes permanecem!

Texto: Roberto Maggessi *(Rio de Janeiro-RJ)*

Só os fortes permanecem! Essa frase está escrita em uma faixa pendurada na parede da sala de Dona Maria, em Ijuí, interior do Rio Grande do Sul. Ela é a mãe de Carlos Caetano Blendorn Verni, o Dunga, técnico da Seleção Brasileira de Futebol. Esse filho de Maria, como milhares neste país, foi responsável pela mais extraordinária virada da história do futebol brasileiro. Em apenas quatro anos transformou-se do símbolo do anti-jogo, da retranca e da derrota – a famosa "geração Dunga" – no vitorioso capitão do Tetra, que bateu com determinação inenarrável o último pênalti, contra a Itália de Baggio e comemorou com o soco baixo de punho cerrado que se tornou sua marca registrada. Em seguida, ergueu o mais cobiçado troféu esportivo do planeta, do alto da tribuna do Estádio de Pasadena, e sua expressão naquele momento foi a síntese de quem conseguiu a proeza de canalizar o sofrimento e transformá-lo na energia que move os homens de coragem. E só eles conseguem desmentir o impossível.

Agência Globo

Em apenas quatro anos transformou-se do símbolo do anti-jogo, da retranca e da derrota – a famosa "geração Dunga" – no vitorioso capitão do Tetra

Mas Dunga é Seleção. O jogador do Ouro Verde de Ijuí, do Internacional, do Corinthians, do Vasco, não vive em nossa memória, mas apenas a lembrança do camisa oito do Brasil. Desde o tempo daquele menino forte, atarracado, que dava carrinhos precisos, fazia seguidos desarmes e parecia ser onipresente em todos os cantos do gramado, comandando a Seleção Brasileira de Juniores, campeã sul-americana e mundial em 1983, no México. Aquela equipe que tinha outros futuros tetracampeões, como o inseparável amigo Jorginho e o ídolo Bebeto. Ela fez nascer o Dunga que sempre será lembrado como jogador da Seleção canarinho.

Agência Globo

Tinha tudo para a história terminar assim, como uma epopeia.
Mas, em 2006, após o fracasso do time de estrelas de Parreira, que apresentou um futebol sonolento e desinteressado, foi convocado para ser técnico da sua amada Seleção. Sim! Vocês leram "convocado", e não "convidado". Chamado para guerra. Para o mais difícil emprego do Brasil, país de milhões de técnicos e de milhares de craques. Um cargo mais criticado (e cobrado) que o de Presidente da República. Quem mais estaria apto a suportar tamanha pressão a não ser aquele guerreiro de cabelos em pé, que é movido a desafios? O gigante com perfil comum (menos na maneira de se vestir), apesar do apelido de "anão"? Calejado e decidido, iniciou no cargo com a seguinte frase: "Usarei a mesma vontade de quando jogador. Vibração, motivação e vontade de vencer são imprescindíveis para vestir a camisa da seleção". E completou: "Só vence aquele que tem coragem de tomar decisões". Era o que queríamos ouvir.
Mas Dunga não nasceu para ser unanimidade, e, sim, para lutar. E as críticas voltaram.

Mas, em 2006, após o fracasso do time de estrelas de Parreira, que apresentou um futebol sonolento e desinteressado, foi convocado para ser técnico da sua amada Seleção. Sim! Vocês leram "convocado", e não "convidado"

Era de se esperar. Mas o líder que busca a vitória pela perseverança mostrou talento e dedicação, um passo além do coração e da coragem. Venceu duas vezes nossa arquirrival Argentina, por três gols, uma delas na conquista da última Copa América. Goleou o Uruguai dentro do Estádio Centenário, feito inédito. Seu time enfiou seis na seleção portuguesa de Cristiano Ronaldo, levantou a Copa das Confederações e classificou o Brasil em primeiro lugar nas eliminatórias sul-americanas. Isso bastaria para espantar os críticos e as dúvidas se não estivéssemos falando da Seleção Brasileira, se não fosse o Brasil a "pátria de chuteiras", e não fosse o futebol a maior das nossas paixões.

Estatísticas de Dunga em competições oficiais

ELIMINATÓRIAS	JOGO	LOCAL	V	E	D	GP	GC	S
14/10/2007	Brasil 0 x 0 Colômbia	Bogotá	0	1	0	0	0	0
17/10/2007	Brasil 5 x 0 Equador	Rio de Janeiro	1	0	0	5	0	5
18/11/2007	Brasil 1 x 1 Peru	Lima	0	1	0	1	1	0
21/11/2007	Brasil 1 x 1 Uruguai	São Paulo	1	0	0	2	1	1
15/06/2008	Brasil 0 x 2 Paraguai	Assunção	0	0	1	0	2	-2
18/06/2008	Brasil 0 x 0 Argentina	Belo Horizonte	0	1	0	0	0	0
07/09/2008	Brasil 3 x 0 Chile	Santiago	1	0	0	3	0	3
10/09/2008	Brasil 0 x 0 Bolívia	Rio de Janeiro	0	1	0	0	0	0
12/10/2008	Brasil 4 x 0 Venezuela	San Cristóbal	1	0	0	4	0	4
15/10/2008	Brasil 0 x 0 Colômbia	Rio de Janeiro	0	1	0	0	0	0
29/03/2009	Brasil 1 x 1 Equador	Quito	0	1	0	1	1	0
01/04/2009	Brasil 3 x 0 Peru	Porto Alegre	1	0	0	3	0	3
06/06/2009	Brasil 4 x 0 Uruguai	Montevidéu	1	0	0	4	0	4
10/06/2009	Brasil 2 x 1 Paraguai	Recife	1	0	0	2	1	1
05/09/2009	Brasil 3 x 1 Argentina	Rosário	1	0	0	3	1	2
09/09/2009	Brasil 4 x 2 Chile	Salvador	1	0	0	4	2	2
11/10/2009	Brasil 1 x 2 Bolívia	La Paz	0	0	1	1	2	-1
14/10/2009	Brasil 0 x 0 Venezuela	Campo Grande	0	1	0	0	0	0
TOTAL			9	7	2	33	11	22

COPA AMÉRICA	JOGO	LOCAL	V	E	D	GP	GC	S
27/06/2007	Brasil 0 x 2 México	Puerto Ordaz	0	0	1	0	2	-2
01/07/2007	Brasil 3 x 0 Chile	Maturín	1	0	0	3	0	3
04/07/2007	Brasil 1 x 0 Equador	Puerto de la Cruz	1	0	0	1	0	1
07/07/2007	Brasil 6 x 1 Chile	Puerto de la Cruz	1	0	0	6	1	5
10/07/2007	Brasil (5) 2 x 2 (4) Uruguai	Maracaibo	0	1	0	1	1	0
15/07/2007	Brasil 3 x 0 Argentina	Maracaibo	1	0	0	3	0	3
TOTAL			4	1	1	14	4	10

COPA DAS CONFEDERAÇÕES	JOGO	LOCAL	V	E	D	GP	GC	S
15/06/2009	Brasil 4 x 3 Egito	Bloemfonteim	1	0	0	4	3	1
18/06/2009	Brasil 3 x 0 USA	Pretoria	1	0	0	3	0	3
21/06/2009	Brasil 3 x 0 Itália	Pretoria	1	0	0	3	0	3
25/06/2009	Brasil 1 x 0 África do Sul	Johannesburg	1	0	0	1	0	1
28/06/2009	Brasil 3 x 2 USA	Johannesburg	1	0	0	3	2	1
TOTAL			5	0	0	14	5	9

Agência Globo

COMPETIÇÃO	J	V	E	D	GP	GC	S
Amistosos 2006	6	5	1	0	14	3	11
Amistosos 2007	8	5	2	1	15	7	8
Amistosos 2008	5	4	0	1	11	7	4
Amistosos 2009	4	4	0	0	6	0	6
Copa América 2007	6	4	1	1	14	4	10
Copa das Confederações 2009	5	5	0	0	14	5	9
Eliminatórias 2010	18	9	7	2	33	11	22
TOTAL GERAL	52	36	11	5	107	37	70

J: jogos; V: vitórias; E: empates; D: derrotas; GP: gols pró; GC: gols contra; S: saldo.

O desafio

O convite feito para assumir o trabalho de renovação, que era a meta do presidente da Confederação Brasileira de Futebol, Ricardo Teixeira, veio acompanhado do total apoio para a realização do trabalho.

Resta aguardar, torcer muito e esperar que o sonho de muitos possa ser transformado em realidade por esse grupo unido em torno de um objetivo, de um ideal e de uma sofrida, mas merecida, liderança

O primeiro passo foi cercar-se de uma comissão técnica de reconhecida competência. O tetracampeão Jorginho foi chamado para ser seu assistente e o trabalho foi iniciado tendo como desafio maior a devolução da credibilidade da Seleção junto ao torcedor.

A primeira convocação deixou evidente que, para jogar na Seleção, só o talento não bastava; teria de haver o comprometimento com os objetivos traçados, que começou com a conquista da Copa América de 2007, da Copa das Confederações de 2009 e da classificação para o Mundial da África do Sul.

Os jogadores não só entenderam como se engajaram a ponto de não permitir o acesso de quem não estivesse comprometido com o grupo.

Enquanto muita gente criticava os amistosos que a Seleção fazia, os jogadores ansiavam pela marcação de mais partidas. Isso sem dúvida mostra o quanto eles estão empenhados em chegar à Copa do Mundo com um time entrosado.

Resta aguardar, torcer muito e esperar que o sonho de muitos possa ser transformado em realidade por esse grupo unido em torno de um objetivo, de um ideal e de uma sofrida, mas merecida, liderança.

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 gastrintestinais.[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 Sympton 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 osteoartrose 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 cicloxigenase 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 gastrintestinal 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 gastrintestinais. 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 gastrintestinais como dispepsia, dor epigástrica, recorrência de úlcera péptica, náuseas, vômitos e diarréia. 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 asmatiformes 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

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

Oportunidades para a medicina do exercício e do esporte: jogos olímpicos 2016 no Rio de Janeiro

Claudio Gil S. Araújo
(Rio de Janeiro-RJ)

Diretor médico da Clínica de Medicina do Exercício (CLINIMEX)

Em outubro último de 2010, como resultado da apresentação de um projeto de alto nível, fruto do trabalho meticuloso e altamente profissional de inúmeras pessoas, o Brasil, por meio da cidade do Rio de Janeiro, foi escolhido como sede dos Jogos Olímpicos de 2016. Esse fato ímpar, que vem se juntar a outros grandes eventos desportivos que serão realizados nos próximos anos no Brasil, com destaque para a Copa do Mundo de Futebol em 2014, tem sido motivo de várias análises econômicas e sociais. Assim, parece oportuno comentar, em nossa revista especializada, quais serão as repercussões para a especialidade da medicina do exercício e do esporte (MEE) antes, durante e após a realização dos Jogos Olímpicos.

Durante os Jogos Olímpicos e Paraolímpicos de 2016, alguns poucos e diferenciados especialistas de MEE, em conjunto com os serviços de saúde da cidade-sede de um modo geral, estarão engajados no atendimento à delegação brasileira e à numerosa comunidade olímpica (atletas de outros países, dirigentes, árbitros, imprensa e visitantes/espectadores) e no controle antidopagem. Porém, as melhores e mais numerosas oportunidades para a especialidade de MEE acontecem nos anos que antecedem e que se seguem aos Jogos Olímpicos.

No período entre 2010 e 2016 (e mais particularmente no período olímpico de 2012 a 2016), haverá, naturalmente, uma motivação crescente para a participação desportiva. Isso ocorrerá por uma maior afluência de crianças e adolescentes para as escolinhas de modalidades desportivas olímpicas e também pela continuidade das carreiras desportivas de atletas consagrados ou ainda daqueles que quase conquistaram uma vaga em delegações olímpicas anteriores. É sabido que o país-sede dos Jogos Olímpicos sempre consegue resultados desportivos acima do seu desempenho histórico. Isso é observado no aumento do número de medalhas ou de finalistas, o que se deve, pelo menos em parte, à motivação extra de competir diante de seu povo e em seu país.

Nesse contexto, as principais ações do especialista em MEE são promover a prática saudável de exercício, realizando avaliações médicas ou médico-funcionais de pré-participação e de acompanhamento do treinamento, orientando bons hábitos de exercício (p. ex. cuidados com hidratação, alimentação, vestimenta, material desportivo etc.), prevenindo e tratando lesões desportivas. Ações fundamentais e de alta especialização compreenderiam ainda a colaboração na detecção do talento desportivo e na adequação do volume e da intensidade do treinamento às realidades clínicas e físicas (morfofuncionais) dos atletas, especialmente nos mais jovens. Não menos importante é o papel do

especialista na orientação sobre os riscos e malefícios do *doping*, evitando ainda o *doping* não intencional, por meio da educação do atleta e da equipe responsável pelo treinamento. Haverá, ainda, importante demanda na atenção médica aos atletas com necessidades especiais.

Detalhando um pouco melhor a questão da seleção do talento desportivo, sabe-se que o desempenho desportivo é influenciado por vários fatores morfofuncionais, psicológicos e técnicos, a grande maioria deles específico para uma dada modalidade. Sabendo-se que determinadas características morfofuncionais possuem forte componente genético, pela realização de testes, anamnese e exame clínico apropriado, é possível identificar aqueles que apresentam características excepcionalmente favoráveis. Além disso, será possível determinar aqueles com resultados tão baixos ou inferiores que, mesmo com os mais avançados métodos de treinamento, dificilmente alcançarão posições de destaque desportivo.

Variáveis como condição aeróbica, potência muscular e flexibilidade são fortemente influenciadas geneticamente e somente poderão ser melhoradas ou aprimoradas dentro de certos limites. Muitas vezes, um desempenho desportivo aparentemente alto em um jovem adolescente é primariamente resultado de um desenvolvimento maturacional acelerado (idade biológica > idade cronológica). Um especialista em MEE poderá identificar a ocorrência precoce do estágio de Tanner 5 e inferir que, dentro de alguns anos, esse "fenômeno desportivo" irá parar de crescer e se desenvolver, e seus resultados tenderão para a média do grupo etário, deixando, portanto, de ser o "fenômeno".

Simultaneamente, deve-se esperar maior exposição e mais interesse por eventos desportivos e pelo exercício físico em geral, especialmente para aquelas formas e modalidades que são percebidas como saudáveis. Eventos de massa como as corridas de rua, os triatlos e as provas aquáticas e ciclísticas de longa distância deverão ser cada vez mais frequentes e atrair números crescentes de participantes: homens e mulheres, jovens, adultos e indivíduos de meia-idade (atletas *masters*).

Um dos critérios mais importantes para a escolha da cidade-sede pelo Comitê Olímpico Internacional (COI) são os potenciais legados decorrentes dos Jogos Olímpicos. Ao final desse megaevento, muito provavelmente, haverá grandes oportunidades profissionais para os especialistas em MEE, em função do incremento à prática do exercício físico como instrumento de saúde na população brasileira em geral. Se, como decorrência do evento, uma parcela dos adultos – digamos 1% a 2% – abandonar o sedentarismo (muitos deles atuais ardorosos torcedores e expectadores sedentários) e passarem a ser fisicamente ativos, já teremos enorme redução nas despesas de saúde (redução de morbimortalidade das doenças crônico-degenerativas) e nas taxas de absenteísmo profissional. Em adendo e não menos relevante, a população jovem estará fortemente motivada a seguir o exemplo dos atletas vencedores, almejando, um dia, a glória desportiva e quiçá a representação nacional em futuros Jogos Olímpicos.

Comentados esses aspectos, urge aos docentes médicos e às sociedades regionais e brasileira da especialidade de MEE e afins proporcionarem aos atuais acadêmicos de medicina a oportunidade de conhecer conteúdos de MEE e de, então, interessarem-se por vir a seguir essa especialidade como sua primeira opção profissional. Esse poderá ser um dos mais importantes legados dos Jogos Olímpicos para a especialidade, a medicina e, muito certamente, os atletas e não atletas da população brasileira.

Um dos critérios mais importantes para a escolha da cidade-sede pelo Comitê Olímpico Internacional (COI) são os potenciais legados decorrentes dos Jogos Olímpicos

A interseção entre medicinas do exercício e do esporte e a pediatria

Ricardo Diógenes
(Fortaleza-CE)

Especialista em Medicina do Esporte da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (SBME) e da Associação Médica Brasileira (AMB); especialista em Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da AMB; habilitado em Medicina do Adolescente pela SBP e pela AMB

A criança e o adolescente sofrem influências genéticas e do meio ambiente. A atividade física (AF) é comportamento que, juntamente com a genética, a nutrição e o ambiente, contribui para que o indivíduo atinja seu potencial de crescimento, desenvolva plenamente a aptidão física e tenha como resultante um bom nível de saúde.

A AF regular é associada a benefícios à saúde de curto e longo prazos, como controle do peso corporal, melhora da condição aeróbica e do bem-estar psicossocial. É sabido que crianças fisicamente ativas têm mais chances de se tornarem adultos ativos, ainda que exista tendência de que os níveis de AF diminuam com a evolução do crescimento e do desenvolvimento, principalmente, em meninas adolescentes. Em adendo, a inatividade física na infância e na adolescência está se tornando um grave problema de saúde pública em função de sua associação a aumento das taxas de obesidade e piores níveis de saúde na idade adulta. Nesse sentido, o pediatra deve estar atento às mudanças de hábitos das crianças/adolescentes e dedicar particular esforço no aconselhamento de AF, especialmente para meninas e adolescentes. As habilidades relacionadas com marcha, corrida, arremesso e saltos, na faixa etária em que a criança inicia as aulas curriculares de educação física, serão estimuladas a atingir pleno desenvolvimento e otimização da *performance* dos gestos e movimentos que têm como objetivo final a plenitude da aptidão física, que, por sua vez, favorecerá a AF e as práticas desportivas. É a chamada fase do "fraldinha" (7 e 8 anos de idade).

Do ponto de vista fisiológico, a criança apresenta diferenças significativas durante o processo de crescimento e desenvolvimento em relação ao organismo adulto. A criança não é um adulto em miniatura. A criança e o adolescente apresentam menor consumo máximo de oxigênio, menores estoques de glicogênio e gordura corporal, maior intolerância a hipertermia e, portanto, maior risco de desidratação, e requerem um período distinto de recuperação entre uma AF e outra quando em comparação com os adultos. Essas diferenças serão determinantes no perfil de aptidão física encontrado em cada faixa etária, por serem limitantes de desempenho em atividades de exercício e/ou esportivas, contínuas e de longa duração, conferindo um perfil de atividades intermitentes, que permite realizar várias atividades diárias, tendo como vantagem, em relação aos adultos, melhor capacidade de recuperação entre uma atividade e outra.

As divisões por faixa etária em equipes, principalmente durante o período peripubertário, colocam em competição indivíduos em situações maturacionais desiguais. Essas situações de competição favorecem a ocorrência de lesões, especialmente em esportes de contato físico

Crianças e adolescentes, em diferentes fases de maturação, apresentarão diferentes padrões de movimentos e desempenhos que não obedecem à idade cronológica. As divisões por faixa etária em equipes, principalmente durante o período peripubertário, colocam em competição indivíduos em situações maturacionais desiguais. Essas situações de competição favorecem a ocorrência de lesões, especialmente em esportes de contato físico. O excesso de treinamento, além de reforçar o potencial de promover lesões por excesso de uso (*overuse*), pode levar os atletas infanto-juvenis à saturação psíquica, decorrente do acúmulo de responsabilidades e cobranças contínuas por resultados positivos provenientes de treinadores, família e seus pares.

Em minha prática profissional, atuando simultaneamente com pediatria e medicina do exercício e do esporte, vejo que o perfil das crianças/adolescentes que nos procuram (entre 4 e 20 anos de idade) vai desde o obeso sedentário, que quer iniciar um programa de exercício orientado, passa pelo esportista atleta (futebolista, futsalista, voleibolista, bailarina, atleta de pista e outros), com objetivo de *performance* e prognóstico da estatura final, indo até os pacientes portadores de morbidades (diabetes [tipos I e II]), hipertensão arterial (HA), cardiopatias congênitas, asma brônquica (seja esforço induzido ou não), lesão osteomioarticular, síncope relacionada com esforço físico e outros, situações nas quais a orientação adequada para o exercício físico contribui significativamente para a conduta clínica visando à melhoria do estado de saúde.

Minha avaliação consiste no diagnóstico da aptidão física: condição aeróbica (teste direto com análise de gases expirado [teste cardiopulmonar de exercício máximo] e teste indireto com teste de campo realizado em uma raia oval de 80 metros de comprimento em protocolos individualizados), medidas de força e potência muscular, agilidade e velocidade máxima de corrida, flexibilidade global e por segmentos corporais, medidas de composição corporal (peso, altura, envergadura, diâmetro ósseo, perimetria de braços, pernas e abdômen e análise da composição corporal por índice de massa corporal [IMC] e pela estimativa do percentual de gordura). São realizados eletrocardiograma de repouso, espirometria de repouso e pós-esforço (15 a 20 min), medidas de pressão arterial (PA) de repouso no esforço crescente e na fase de recuperação. A frequência cardíaca é obtida pelo uso do frequencímetro durante todas as fases (teste de campo e teste laboratorial), assim como a saturação de oxigênio pelo uso do oxímetro de pulso durante o teste cardiopulmonar. São também analisados exames laboratoriais previamente solicitados: perfis hematimétrico, inflamatório, metabólico e hormonal, função hepática, metabólitos de função renal, sedimento urinário e radiografia de mão e punho esquerdos para avaliação da idade óssea. Seguem-se avaliação da maturação sexual, conforme os critérios de Tanner, anamneses patológicas anterior e recente, histórico familiar de morte súbita, exame físico sumário e inquérito nutricional (abordando o uso de suplementos). São ainda obtidos dados e informações relativos aos equipamentos apropriados ao esporte praticado e outras questões pertinentes à avaliação individual. O tempo médio dessa avaliação global é de duas horas e 30 minutos, sendo o relatório final (laudo) entregue e explicado ao avaliado, acompanhado de seu responsável, em 30 minutos em dia subsequente à avaliação.

Finalizando, procurei mostrar neste artigo a interseção importante entre as especialidades de pediatria e de medicina do exercício e do esporte. Sugiro, então, que todos os pediatras façam perguntas durante sua consulta (seja por qual motivo for) sobre o nível de AF praticada pela criança (adolescente), enfatizando quão importante ela será na sua saúde futura. O lema é: "salve-se quem souber". Na minha experiência, o diálogo com esse público torna-se fácil desde que o médico transmita suas ideias em uma linguagem clara e apropriada a essa faixa etária e seja também esportista praticante.

Bibliografia recomendada

1. Bar-Or O, Malina RM. Activity, fitness, and health of children and adolescents. In: Cheung LWY, Richmond JB, editors. Child health, nutrition, and physical activity. Champaign: Human Kinetics, 1995. p. 79-123.
2. Juzwiak CR, Paschoal VCP, Lopez FA. Nutrição e atividade física. J Pediatria 2000; 76 Suppl 3: 349-58.
3. Malina RM, Bouchard C. Growth, maturation and physical activity. Champaign: Human Kinetics, 1991.

Falta

Osmar de Oliveira
Médico do esporte e jornalista

Falta texto

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 pregressa 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- esteróidais 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.**

mirtax®

cloridrato de ciclobenzaprina

Bem-estar sem dor.

- 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 revestidos[4]

PMC[3]	5 mg c/ bl x 10	5 mg c/ bl x 15	5 mg c/ 2 bl x 15	10 mg c/ bl x 10	10 mg c/ bl x 15	10 mg c/ 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, 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. 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 CARCINOGÊNICAS OU MUTAGÊNICAS 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 guanitidina 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, DIARRÉIA, DOR GASTRINTESTINAL, GASTRITE, FLATULÊNCIA, EDEMA DE LÍNGUA, ALTERAÇÃO DAS FUNÇÕES HEPÁTICAS, RARAMENTE HEPATITE, ICTERÍCIA 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, 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 PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

LV-PHYSIKOS-5ª/2010-20.000-7002379

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.

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.)

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: reviw of a decade of clinical experience. Clin Ther, 10(2): 216-28; 1988. **3)** BENNETT RM. et al. A comparision 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.

achē