

ano 5 ■ número 3

Physikos

ISSN 1984-5790

VENCENDO A DOR



Divulgação ZDL

VIDA DE ATLETA

Fabiana Murer

Em busca do sonho dourado

PALAVRA DO ESPECIALISTA

Consulta médica em medicina do exercício e do esporte:
a anamnese especializada

ARTIGO

Atuação do médico especializado em medicina do exercício
e do esporte na supervisão de sessões de exercício

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 mercado³

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

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: DUO-DECADRON, fosfato dissódico de dexametasona 2 mg/ml, acetato de dexametasona 8 mg/ml. MS - 1.0573.0297. **Indicações:** Condições nas quais os efeitos anti-inflamatório e imunossupressor dos corticosteróides são desejáveis, especialmente para tratamento intensivo durante períodos mais curtos. Em injeção intramuscular, quando for impraticável a terapia oral: **Endocrinopatia:** hiperplasia supra-renal congênita, tireoide não-suprativa e hipercalcemia associada com câncer. **Reumatopatias:** osteoartrite pós-traumática, sinovite da osteoartrite, artrite reumatóide, inclusive artrite reumatóide juvenil, bursite aguda e subaguda, artrite gotosa aguda, epicondilitis, tenossinovite aguda inespecífica, artrite psoriática, espondilite anquilosante e artrite reumatóide juvenil. **Colagenopatias:** na exacerbação ou terapia de manutenção em "lupus" eritematoso disseminado e cardite aguda reumática. **Dermatopatias:** pêrfigo, eritema multiforme grave (Síndrome de Stevens-Johnson), dermatite esfoliativa, dermatite herpética bolhosa, dermatite seborréica grave, psoríase grave e micose fungoide. **Alergopatias:** Controle nos casos graves de asma brônquica, dermatite de contato, dermatite atópica, doença do soro, rinite alérgica estacional ou perene, reações de hipersensibilidade medicamentosa e reações transfusionais urticariformes. **Oftalmopatias:** processos inflamatórios e alérgicos oculares graves, como: herpes zoster oftálmico, irite, 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 gastrointestinais:** terapia sistêmica de colite ulcerativa e enterite regional. **Pneumopatias:** sarcoidose sintomática, beriloze, 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, epicondilitis, tenossinovite aguda inespecífica e osteoartrite pós-traumática. **Por injeção intratecal:** em queloides, lesões hipertróficas, infiltradas e inflamatórias de líquen plano, placas psoriáticas, granuloma anular, líquen simples crônico, "lupus" eritematoso discóide, necrobiose lipóide de diabético e alopecia areata. Em tumores císticos de aponeurose ou de tendão. **Contraindicações:** infecções fúngicas sistêmicas, hipersensibilidade a sulfitos ou qualquer outro componente deste produto (vide "precauções e advertências"). **Administração de vacina com vírus vivo (vide "precauções e advertências").** Precauções e Advertências: **ESTE MEDICAMENTO DEVE SER UTILIZADO EM CRIANÇAS MAIORES DE 12 ANOS. NÃO APLICAR POR VIA INTRAVENOSA.** DUO-DECADRON não se recomenda como terapia inicial em casos agudos, com risco de vida. DUO-DECADRON contém bissulfito de sódio, um sulfito que pode causar reações do tipo alérgico, incluindo sintomas anafiláticos e risco de vida ou episódios asmáticos menos graves em algumas pessoas suscetíveis. A prevalência total de sensibilidade ao sulfito na população em geral não é conhecida, sendo provavelmente baixa. A sensibilidade ao sulfito é encontrada com maior frequência em indivíduos asmáticos do que em não-asimáticos. As preparações adrenocorticóides de depósito podem causar atrofia no local de injeção. Para reduzir a probabilidade e a gravidade da atrofia, não se aplica pela via subcutânea, evita-se a injeção no músculo deltóide e, se possível, a repetição de injeções intramusculares no mesmo local. Relatos de literatura, sugerem uma aparente associação entre o uso de corticosteróides e a ruptura da parede livre do ventrículo esquerdo após um infarto recente no miocárdio; portanto, terapia com corticosteróide deve ser ministrada com muito cuidado nestes pacientes. As doses médias ou grandes de hidrocortisona ou cortisona podem elevar a pressão sanguínea, causar retenção de sal e água e aumentar a excreção de potássio. Esses efeitos são menos prováveis de ocorrer com os derivados sintéticos, salvo quando usados em altas doses. Podem ser necessárias restrição dietética de sal e suplementação de potássio. Os corticosteróides aumentam a excreção de cálcio. Quando são ministradas em doses elevadas, alguns autores aconselham o uso de antiácidos entre as refeições para prevenir a úlcera péptica. Em pacientes sob tratamento com corticosteróide, sujeitos a "stress" inusitado, está indicado o aumento posológico dos corticosteróides de rápida atuação antes, durante e depois da situação de "stress". A insuficiência adrenocortical secundária, de origem medicamentosa, pode resultar de retirada muito rápida de corticosteróides e pode ser reduzida ao mínimo pela gradual redução posológica. Tal tipo de insuficiência relativa pode persistir algum mês após a interrupção do tratamento; portanto, em qualquer situação de "stress" que ocorra durante aquele período, deve reinstaurar-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 anafilatóides em pacientes que se encontra em tratamento parenteral de corticosteróides, devem-se tomar medidas adequadas de precaução, antes de se administrar o medicamento, especialmente quando o paciente mostra história de alergia a qualquer substância medicamentosa. A administração de vacinas de vírus vivo é contra-indicada em indivíduos recebendo doses imunossupressivas de corticosteróides. Se forem administradas vacinas de vírus ou 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 SURTIAMENTO 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 gastrointestinal, em pacientes recebendo grandes doses de corticosteróides, podem ser mínimos ou ausentes. Tem sido relatada embolia gordurosa com possível consequência de hipercoagulabilidade em pacientes com hipotireoidismo ou com cirrose, e efeito de corticosteróides mostra-se intensificado. Em alguns pacientes, os esteróides podem aumentar ou diminuir a motilidade e o número dos espermatozoides, os corticosteróides podem mascarar alguns sinais de infecção, podendo surgir novas infecções durante o seu uso. Em casos de malária cerebral, o uso de corticosteróides está associado com prolongamento do coma e maior incidência de pneumonia e hemorragia gastrointestinal. Os corticosteróides podem ativar a amebíase latente. Portanto, é recomendado que ambas as amebíases latente ou ativa sejam excluídas antes de ser iniciada a terapia com corticosteróide em qualquer paciente que tenha diarréia não-explicada. O uso prolongado de corticosteróides pode produzir catarata subcapsular posterior, glaucoma com possível lesão dos nervos ópticos e pode estimular o estabelecimento de infecções oculares secundárias por fungos ou vírus. Os corticosteróides devem ser usados com cautela em pacientes com herpes ocular simples, dada a possibilidade de perfuração da córnea. O crescimento e o desenvolvimento de crianças em tratamento prolongado com corticosteróide devem ser cuidadosamente observados. A injeção intra-articular de corticosteróide pode produzir efeitos sistêmicos e locais. Acentuado aumento da dor, acompanhado de tumefação local, maior restrição de movimentos, febre e mal-estar são sugestivos de artrite séptica. Se ocorrer complicação e for confirmado o diagnóstico de artrite séptica, deve instituir-se adequada terapia antimicrobiana. Deve evitar-se a injeção de corticosteróides em local infectado. É necessário o exame adequado de qualquer líquido articular presente, a fim de se excluir processo séptico. Os corticosteróides não devem ser injetados em articulações instáveis. A injeção intra-articular frequente pode resultar em lesão aos tecidos articulares. Os pacientes devem ser insistentemente advertidos sobre a importância de, enquanto o processo inflamatório permanecer ativo, não abusarem das articulações nas quais foi obtido alívio sintomático. Uso na gravidez e em nutrízes: uma vez que os estudos de reprodução humana não foram realizados com corticosteróides, o uso dessa droga na gravidez ou em mulheres em idade proflaxia requer que os benefícios previstos sejam pesados contra os possíveis riscos para a mãe e para o embrião ou feto. As crianças nascidas de mães que receberam doses substanciais de corticosteróides durante a gravidez devem ser cuidadosamente observadas quanto a sinais de hipoadrenalismo. Os corticosteróides aparecem no leite materno, podendo inibir o crescimento e interferir na produção endógena de corticosteróides. Mães que tomam doses farmacológicas de corticosteróides devem ser advertidas no sentido de não amamentarem. Categoria C para uso em gravidez e nutrízes: este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas ou nutrízes sem orientação médica ou do cirurgião dentista. **Interações Medicamentosas:** Corticosteróides e ácido acetilsalicílico: devem ser usados com cautela em conjunto devido ao risco de hipoprotrombinemia. A utilização de corticosteróide com fenitoína, fenobarbital, efedrina e rifampicina podem acentuar a depuração metabólica dos corticosteróides, resultando em níveis sanguíneos diminuídos em menor atividade fisiológica, requerendo, portanto, ajuste na posologia de corticosteróide. Estas interações podem interferir com os testes de supressão da dexametasona, que deverão ser interpretados com cuidado durante a administração destas drogas. Os resultados 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 frequentemente o tempo de protrombina, pois há referências de que os corticosteróides alteram a resposta a estes anticoagulantes. Corticosteróides associados a diuréticos depletos de potássio, requer observação dos pacientes quanto a ocorrência de hipocalcemia. Os corticosteróides podem atenuar o teste do nitroazul tetrazol na injeção 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 hipocalcêmica, hipertensão. **MÚSCULO-ESQUELÉTICOS:** fraqueza muscular, miopatia esteróide, perda de massa muscular, osteoporose, fraturas vertebrais por compressão, necrose asséptica das cabeças femorais e umerais, fratura patológica dos ossos longos, ruptura de tendão. **GASTROINTESTINAIS:** úlcera péptica com possível perfuração e hemorragia, perfuração do intestino grosso e delgado, particularmente em pacientes com patologia intestinal inflamatória, pancreatite, distensão abdominal, esofagite ulcerativa. **DERMATOLÓGICOS:** retardado na cicatrização das feridas, 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. **ENDOCRINOS:** irregularidades menstruais, desenvolvimento do estado cushingóide, supressão do crescimento da criança, ausência de resposta adrenocortical e hipofisária secundária, particularmente por ocasião de "stress", como nos traumas, na cirurgia ou na doença. queda da tolerância aos carboidratos, manifestações do diabetes melito latente, maiores necessidades de insulina ou de hipoglicemiantes orais no diabetes, hirsutismo. **OFTÁLMICOS:** catarata subcapsular posterior, aumento da pressão intra-ocular, glaucoma, exoftalmia. **METABÓLICOS:** balanço nitrogenado negativo, devido ao catabolismo protéico. **CARDIOVASCULAR:** ruptura do miocárdio após infarto do miocárdio recente, (vide "Precauções e Advertências"). **OUTROS:** reações anafilatóides 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 intratecal na face e na cabeça, hiper ou hipopigmentação, atrofia subcutânea e cutânea, abscesso estéril, atrofamento pós-injeção (após o uso intra-articular), atropatia do tipo charcot, cicatriz, endureção, inflamação, parestesia, dor ou irritação retardada, fibrilação muscular, ataxia, soluços e nistagmo têm sido relacionados 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 frequentes períodos de melhora espontânea, pode aplicar-se de um a dois frascos-ampolas de 1 ml de DUO-DECADRON, que só deve ser repetida quando reaparecerem os sintomas. Tal esquema pode facilitar o reconhecimento dos períodos de remissão e fazer com que a posologia total do esteróide resulte menor do que com o tratamento oral contínuo. **INJEÇÃO INTRAMUSCULAR:** As posologias variam de um a dois frascos ampolas de 1 ml. A dose recomendada para a maioria dos pacientes adultos é de 1 a 2 ml, porém a dose de 1 ml geralmente proporciona alívio dos sintomas em média por uma semana e pode ser suficiente para alguns pacientes. Se necessário, continuar o tratamento, a posologia pode ser repetida em intervalos de 1 a 3 semanas. 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 intratecal: a dose usual é de 0,1 a 0,2 ml por local de aplicação. Nas dermatopias (por ex. psoríase) a dose total não deve exceder 2 ml. O intervalo entre as injeções varia de algumas semanas a alguns meses, dependendo da afecção tratada e da resposta. "SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO."

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

"Material técnico científico de distribuição exclusiva à classe médica"

(Produzido em Dezembro/2009)

CPD 2315500 (A) 07/08


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

achē

Physikos

VENCENDO A DOR

Produção e comercialização



Diretores

Silvio Araújo
André Araújo

Comercial

Wilson Neglia
Rosângela Santos
Karina Maganhini
Fabiola Pedroso
Rita Sodré

Coordenação editorial

Roberta Monteiro

Designers gráficos

Vinícius Nuvolari
Gabriel Meneses

Physikos

é uma publicação patrocinada pelo

achê

Todo o desenvolvimento, bem como suas respectivas fotos e imagens de conteúdo científico, é de responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição da editora e do laboratório, que apenas patrocina sua distribuição à classe médica.

Esta publicação contém publicidade de medicamentos sujeitos a prescrição médica, sendo destinada exclusivamente a profissionais habilitados a prescrever, nos termos da Resolução RDC Anvisa no 96/08.

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
Travessa do Ouvidor, 11 – Centro
CEP 20040-040 – Tel.: (21) 3543-0770/(21) 3543-0841

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

Apresentamos mais um número da Revista Physikos. País-sede de grandes eventos desportivos que acontecerão nos próximos anos, estamos voltando, momentaneamente, os nossos olhares para a África do Sul e a Copa do Mundo de Futebol, o maior evento desportivo do ano de 2010. Mudando um pouco o cenário, a entrevistada desse número, Fabiana Murer, nossa especialista no salto com vara, mostra que pretende dar saltos cada vez mais altos, inclusive, suplantando as adversidades e fatores externos que minaram seu desempenho em Pequim. Passando para as matérias médicas, temos dois textos mostrando a atuação do especialista em Medicina do Exercício e do Esporte. No primeiro deles, procurei passar minha experiência clínica na condução de uma anamnese direcionada para exercício físico e esporte, explorando as peculiaridades da mesma. No segundo texto, redigido pela nossa colega Cláudia Lucia Castro, que possui uma longa experiência profissional na área, é comentado o papel pró-ativo do médico na supervisão de uma sessão de exercício, prescrevendo e acompanhando os pacientes portadores das mais diferentes enfermidades e de graus variados de complexidade clínica, de modo a assegurar o melhor resultado e o menor risco. Esse número é finalizado por uma história divertida do maior jogador da história do futebol mundial – Pelé -, contada de forma muito especial pelo nosso colega Osmar de Oliveira. Desejamos a todos uma agradável e proveitosa leitura.

Dr. Claudio Gil Soares de Araújo

VIDA DE ATLETA 4

Fabiana Murer
Em busca do sonho dourado

PALAVRA DO ESPECIALISTA 8

Consulta médica em medicina do exercício e do esporte: a anamnese especializada

ARTIGO 12

Atuação do médico especializado em medicina do exercício e do esporte na supervisão de sessões de exercício

PONTO DE VISTA 14

Uma história divertida sobre Pelé

Fabiana Murer

Em busca do sonho dourado



Wilson Dias/ABR

Fabiana Murer é considerada uma das saltadoras mais técnicas do circuito internacional. A última façanha da atleta brasileira foi a conquista da medalha de ouro no Mundial Indoor de Doha, no Qatar, com a marca de 4,80m, batendo inclusive a russa Yelena Isinbayeva, recordista mundial e campeã olímpica do salto em altura. Fabiana, 28 anos, foi eleita o destaque do atletismo brasileiro no ano passado e está colocada entre as cinco melhores do mundo, além de ter entrado na galeria das 10 melhores atletas da história da modalidade. Mesmo com todo este sucesso, Fabiana, atual recordista brasileira e sul americana

do salto com vara, ainda planeja vôos mais altos na Olimpíada de 2012 que será realizada em Londres.

“Você continuar treinando para ganhar mais medalhas. Todos os que me conhecem sabem que meu sonho é uma medalha de ouro olímpico. Não fui feliz em Pequim pelos motivos que todos conhecem, mas bem que pode acontecer em Londres. E tenho a convicção de que quanto mais a gente sonha com uma coisa mais fica perto alcançar seus objetivos.”

A medalha conquistada em Doha serviu, de uma certa forma, para atenuar a amarga lembrança das Olimpíadas de Pequim, quando seu equipamento

desapareceu na hora da competição, ela se descontentou, competiu com uma vara emprestada e acabou desclassificada.

“Passei muito tempo sofrendo por causa daquele episódio mas, quando finalmente retornei aos treinamentos, o sentimento de frustração foi passando e concentrei minha atenção nas competições que me aguardavam. Daquela história em Pequim tirei muitas lições que tem me ajudado no esporte e na vida. Agora, durante as competições, fico muito mais atenta a tudo o que acontece a minha volta. Posso perder uma prova para uma adversária mais competente, nunca por fatores externos.”

Olho no ouro

Fabiana Murer acredita que vai chegar em Londres com condições de brigar por medalhas. Ela vem treinando intensamente e acredita que vai para a próxima olimpíada muito bem preparada e com uma técnica de salto aprimorada, além da experiência que só tempo e as competições podem dar.

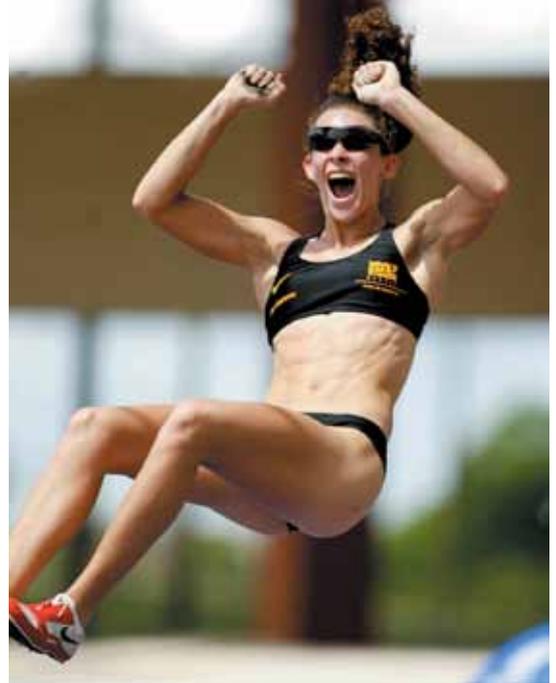
Em qualquer entrevista, Fabiana Murer tem que falar da russa Yelena Isinbayeva, a grande estrela do esporte e que já quebrou por mais de 20 vezes o recorde mundial do salto com vara. As duas treinam juntas na Europa sob a direção do mesmo técnico, o russo Yevgeni Trofimov. Mas Fabiana garante que não encara a russa como adversária.

“Durante as competições, fico muito mais atenta a tudo o que acontece a minha volta. Posso perder uma prova para uma adversária mais competente, nunca por fatores externos.”



Vida de atleta

O pensamento de Fabiana Murer era encerrar a carreira em 2014, mas teve que modificar seus planos. A escolha do Rio de Janeiro como sede dos Jogos Olímpicos de 2016 mudou seu pensamento



Divulgação/ZDL



Divulgação/ZDL

“Minha meta não é ganhar dela nem de qualquer atleta nas competições em que participo porque não baseio minha performance nos resultados dos outros competidores. Meu objetivo é sempre melhorar minhas marcas e isso é que vai me fazer participar dos torneios em condições de ganhar.”

Além de tudo, Fabiana considera Isinbayeva uma grande amiga: “Ela me ajudou a conquistar o título em Doha porque sempre me contava histórias dela nas quais revelava seus medos e inseguranças, como qualquer pessoa normal. O que acabou me mostrando que eu também era capaz de alçar vôos mais altos.”

Olimpíadas do Rio

O pensamento de Fabiana Murer era encerrar a carreira em 2014, mas teve que modificar seus planos. A escolha do Rio de Janeiro como sede dos Jogos Olímpicos de 2016 mudou seu pensamento. Ela agora pretende prorrogar sua carreira por mais dois anos porque quer se despedir diante da sua torcida em alto nível. Mas Fabiana adverte que, mesmo com toda a sua vontade de competir em 2016, só vai continuar nas pistas se estiver em condições de brigar por uma medalha. De outra forma, ela pretende ficar apenas na torcida. Assim que encerrar a carreira esportiva, Fabiana Murer, que é fisioterapeuta formada, pretende se dedicar às novas atividades, mas nos planos segue vivo o sonho de continuar trabalhando no esporte. - Eu gostaria muito de passar minha experiência no esporte para os atletas mais novos.

ARTROLIVE

sulfato de glicosamina e sulfato de condroitina



Melhora de sintomas articulares a longo prazo.¹

Diminuição da dor²

- Ajuda na recuperação da rigidez articular.²

Glicosamina

- Estimula a síntese de proteoglicanos.³
- Efeito anti-inflamatório.³

Condroitina

- Estimula a síntese de hialuronato e proteoglicanos.³



Contraindicação: pacientes que apresentem hipersensibilidade a quaisquer componentes de sua fórmula.

Interação medicamentosa: é recomendável que pacientes diabéticos monitorem seus níveis sanguíneos de glicose mais frequentemente durante o tratamento com Artrolive.⁴

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1) PAVELKA K. et al. Glucosamine sulfate use and delay of progression of knee osteoarthritis: a 3-year, randomized, placebo-controlled, double-blind study. Arch. Intern. Med. 162:2113-23; 2002. 2) REGINSTER J. et al. Naturocetic (glucosamine and chondroitin sulfate) compounds as structure-modifying drugs in the treatment of osteoarthritis. Curr. Opin. Rheumatol, 15: 651-55; 2003. 3) Seda H & Seda AC. Osteoartrite. Reumatologia –Diagnóstico e Tratamento, 289-307; 2001. 4) Bula do produto: ARTROLIVE (sulfato de glicosamina / sulfato de condroitina). MS - 1.0573.028.

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. **CONTRA-INDICAÇÕES:** ARTROLIVE É CONTRA-INDICADO 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 AFECÇÃO GASTROINTESTINAL, HISTÓRIA PREGRESSA 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 ULCERAÇÃO PÉPTICA OU SANGRAMENTO GASTROINTESTINAL 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 DEVEM AMAMENTAR. PODE OCORRER FOTOSSENSIBILIZAÇÃO EM PACIENTES SUSCETÍVEIS, PORTANTO PACIENTES COM HISTÓRIA 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 CONDRUITINA. PORTANTO, A PRESSÃO ARTERIAL DEVE SER VERIFICADA PERIODICAMENTE DURANTE O TRATAMENTO COM ARTROLIVE. FORAM RELATADOS POUCOS CASOS DE PROTEINÚRIA LEVE E AUMENTO DA CREATINÓFOSFOQUINASE (CPK) DURANTE TRATAMENTO COM GLICOSAMINA E CONDRUITINA, QUE VOLTARAM AOS NÍVEIS NORMAIS APÓS INTERRUPTÃO DO TRATAMENTO. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** O tratamento concomitante com anti-inflamatórios 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. O tratamento concomitante de ARTROLIVE com anticoagulantes como o acenocumarol, dicumarol, heparina e varfarina, pode levar ao aumento das chances de sangramento, devido a alterações nos valores de INR (International Normalized Ratio). Há relato de um caso na literatura de potencialização do efeito da varfarina, com conseqüente aumento dos valores sanguíneos de INR. 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 CONDRUITINA. 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 CONDRUITINA 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. **GASTROINTESTINAL:** NAUSEA, DISPEPSIA, VÔMITO, DOR ABDOMINAL OU EPIGÁSTRICA, CONSTIPAÇÃO, DIARRÉIA, QUEIMAÇÃO E ANOREXIA TÊM SIDO RARAMENTE DESCRITOS NA LITERATURA NA VIGÊNCIA DE TRATAMENTO COM GLICOSAMINA E CONDRUITINA. **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 HISTÓRIA DE FOTOSSENSIBILIDADE A OUTROS MEDICAMENTOS DEVEM EVITAR SE EXPOR À LUZ SOLAR. **PÓSLOGIA:** 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. MB 08 SAP 4056603(A) 03/10 - MB 08 SAP 4056801(D) 03/10

Material produzido em Dez/2009

Consulta médica em medicina do exercício e do esporte: a anamnese especializada

Claudio Gil S. Araújo

Diretor médico da Clínica de Medicina do Exercício (CLINIMEX); professor titular do Programa de Pós-Graduação em Educação Física – Universidade Gama Filho

Uma boa relação médico-paciente é o pilar fundamental da consulta médica. Não é diferente na especialidade de Medicina do Exercício e do Esporte. Contudo, há diversas particularidades nesse atendimento que merecem uma reflexão e uma discussão mais aprofundada. Talvez o diferencial mais importante seja na anamnese. O objetivo desse artigo é discorrer sobre a anamnese dirigida para o exercício físico e esporte, que diferencia da consulta médica feita pelo especialista em Medicina do Exercício e do Esporte (MEE). O enfoque da abordagem é dirigido para uma consulta de um indivíduo adulto e aparentemente saudável. Indivíduos com doenças, crianças, adolescentes e idosos demandam uma abordagem diferenciada que, por limitação de espaço, não será coberta no presente texto.

Para que uma consulta médica venha a alcançar o seu objetivo é fundamental que a anamnese seja bem sucedida e eficiente. Esta inclui várias etapas, com destaque para a caracterização do objetivo da consulta e a identificação dos principais sintomas. No caso da MEE, quando o indivíduo é saudável, não há sintomas clinicamente relevantes e o objetivo da consulta é a melhora do desempenho físico/desportivo ou a busca de

Para que uma consulta médica venha a alcançar o seu objetivo é fundamental que a anamnese seja bem sucedida e eficiente. Esta inclui várias etapas, com destaque para a caracterização do objetivo da consulta e a identificação dos principais sintomas

uma orientação diferenciada para a prática de exercício físico e/ou esportes. Como situações-exemplo, temos: a) senhora sedentária de 50 anos de idade que deseja perder peso e gordura e melhorar a aptidão física; b) adolescente que pretende ganhar massa muscular em uma academia; c) homem de meia-idade que pretende incrementar seu nível atual de exercício para participar de eventos de corridas de rua; d) pais que desejam identificar o talento de seu filho para determinadas modalidades desportivas; e e) idoso que apresenta dificuldade progressiva em situações do cotidiano que demandam determinados níveis de aptidão física.

Na anamnese da consulta em MEE, uma ênfase toda especial é destinada ao histórico progresso e atual de exercício físico e esporte. Para tanto, é fundamental que o médico possua familiaridade com as diversas formas ou apresentações de exercício físico e dos esportes, incluindo um amplo conhecimento específico e atualizado do jargão da área. Sem essa fundamentação torna-se difícil ou impossível avaliar corretamente as informações trazidas pelo cliente. Os **quadros 1 e 2** ilustram algumas das expressões comuns da área de MEE e que devem ser conhecidas pelo médico.

Em nossa prática profissional, atendendo um amplo espectro de indivíduos, desde atletas de excelência até pessoas com doenças de alta

complexidade, procuramos conhecer o histórico de exercício físico e esporte em três momentos distintos: infância/adolescência, vida adulta e últimos 12 meses. Para cada uma dessas fases da vida, caracteriza-se o indivíduo pelo seu nível de exercício físico: regular, sedentário, praticamente sedentário, algo ativo, moderadamente ativo ou muito ativo (alternativamente pode ser empregada uma escala de 0 a 4), sendo essa última categoria reservada para aqueles que possuem sistemática habitualidade de exercício físico (≥ 3 vezes por semana), seja ele competitivo ou não. Muitas vezes, é necessário registrar mudanças importantes em uma determinada fase da vida como, por exemplo, muito ativo entre os 20 e 35 anos de idade e, posteriormente, (entre 35 e 55 anos), praticamente sedentário. Em adendo, procura-se detalhar as principais atividades e/ou modalidades para cada uma das fases da vida e, em especial, para os últimos 12 meses. A identificação das atividades físicas e modalidades desportivas da infância/adolescência permitem inferir sobre a aptidão física do indivíduo naquela fase da vida. Por exemplo, mulheres que dançaram balé clássico por vários anos foram (e muito provavelmente ainda o são) acima da média em flexibilidade, homens que lutaram artes marciais por vários anos se destacaram em força e potência muscular e aqueles que nadaram competitivamente ou que praticaram corridas e pedaladas desportavam no componente aeróbico. A análise retrospectiva do padrão de exercício físico/esporte regular na vida adulta permite, muitas vezes, estabelecer relações importantes entre o momento da adoção de um estilo de vida mais sedentário e o aparecimento de doenças crônico-degenerativas, tais como dislipidemia, obesidade, diabetes melito e hipertensão arterial sistêmica. Esse questionamento retrospectivo permite ainda identificar as preferências do indivíduo quanto ao exercício físico e as modalidades desportivas que serão úteis na elaboração de uma orienta-

ção. Contudo, é mais especificamente sobre o padrão dos últimos 12 meses que reside boa parte da informação mais relevante para a avaliação e posterior orientação médica do exercício físico. Para essa etapa recente da vida, procuramos detalhar, de forma muito precisa, o que vem sendo feito em termos de modalidade, incluindo frequência semanal, duração e intensidade típica das sessões, se possível incluindo informações sobre frequência cardíaca máxima e média, quilometragem percorrida, ritmo ou velocidade e sensação de cansaço. Quando pertinente e factível – fortalecimento muscular –, são também detalhados o número de exercícios, séries e repetições e a velocidade de execução e se há um treinamento específico em flexibilidade, equilíbrio, postura e coordenação motora. Como exemplo, poderíamos ter: 3x/semana: corrida na esteira 8 km/h – 0% – 40 min – FC média 154 bpm + musculação – 12 exercícios em 2 x 8 repetições com velocidade alta; e 2x/semana: exercícios de alongamento. Um conhecimento mais detalhado das modalidades desportivas é fundamental para que o especialista em MEE consiga obter informações mais precisas sobre a intensidade da prática desportiva do indivíduo. Um bom exemplo é a modalidade de tênis de quadra. A intensidade de exercício tende a ser muito alta nas partidas de simples e bem menor nas de duplas. Em adendo, a presença de um boleiro, devolvendo rapidamente as bolas para os jogadores, acelera o ritmo do jogo e, consequentemente, aumenta a intensidade média da sessão de exercício. Na prática, temos então que: a intensidade é maior nas partidas de tênis com boleiro, depois



Quadro 1

Expressões frequentes em modalidades de exercício físico/esporte	
Atividade	Descrição
Aula de Spinning	Ciclismo estacionário em equipamentos específicos com frenagem mecânica e ajuste de resistência e de posição horizontal e vertical de selim e guidão; caracteriza-se por grandes variações de intensidade (frequência de pedalada e frenagem) e dura tipicamente 40 a 50 minutos; eventualmente pedala-se por alguns curtos períodos na posição em pé (sem sentar no selim); pode haver controle da frequência cardíaca
Aula de Running	Corrida em esteira caracterizada por grandes variações de intensidade – velocidade e/ou inclinação na esteira -, feita, na maior parte do tempo, em velocidades acima de 8 km/h – corrida; dura cerca de 30 a 50 minutos e muitas vezes mede-se também a frequência cardíaca
Eventos de corridas de rua	São eventos desportivos para participação de massa (variando entre algumas centenas a mais de 20 mil participantes) que são realizados em estradas e/ou ruas das cidades, ficam bloqueadas ao tráfego de veículos; os participantes são estratificados por gênero (há algumas provas exclusivamente femininas) e faixa etária; nos principais eventos, pode haver um grupo de corredores de elite que fazem uma largada em posição privilegiada; eventualmente podem ser disputadas em forma de equipes de revezamento; distâncias variam entre 5 km e 42.195 m (maratona); possuem logística e, normalmente, pontos de hidratação e/ou alimentação e de atendimento médico emergencial
Eventos de ciclismo de rua	São eventos desportivos de massa para ciclistas, podendo ser de natureza recreativa – sem controle de tempo – ou competitiva; são normalmente realizados em estradas ou vias bloqueadas ao tráfego regular de veículos e os participantes são estratificados por gênero e faixa etária (eventualmente por categorias: amador, profissional etc); distâncias podem alcançar até 200 km e possuem logística sofisticada com postos de controle, hidratação e alimentação e estrutura de suporte para emergências
Travessias de natação	São eventos desportivos de natação em mar aberto ou lagoas com distâncias típicas entre 750 e 10 mil metros; a saída e a chegada são normalmente feitos em terra firme; os participantes são estratificados por gênero e faixa etária e, eventualmente, há também um grupo de nadadores de elite; pode ser permitido uso de roupa especial para prevenir hipotermia; possuem logística de postos de controle e de barcos/caiaques ou pranchas para acompanhamento, orientação e suporte emergencial
Triatlo	São eventos desportivos de massa, que combinam, sempre nessa sequência, natação, ciclismo e corrida; as distâncias variam de modo proporcional entre as modalidades, indo do denominado <i>short</i> ao olímpico, com duração aproximada de finalização para os vencedores variando entre uma e duas horas.
Ironman	São eventos desportivos de massa similares na organização ao triatlo, apenas com distâncias maiores: 4 km de natação, 100 km de ciclismo e 42,195 km (maratona) de corrida; ao contrário do que sugere o nome, há participação de homens e mulheres; a duração da prova varia entre 8 a 13 ou 14 horas.
Corrida de aventura	São eventos desportivos disputados em condições tipicamente inóspitas e em equipes, geralmente mistas quanto ao gênero, envolvendo diversas modalidades desportivas e demandando excelência em condição física, navegação e logística e na tomada de decisões dos participantes; pode durar vários dias intercaladas por curtos períodos de sono e repouso; por se realizar em ambiente natural podem ocorrer situações imprevistas.
Escalada de alta montanha	Modalidade de exercício físico/esporte que se caracteriza por subir caminhando e/ou escalando montanhas de grande altitude (em geral superiores a 4 mil metros), frequentemente sobre condições climáticas e ambientais muito desfavoráveis, demandando aptidão física diferenciada e grande estrutura logística/operacional
Futsal	Modalidade de futebol disputada em quadra com cinco jogadores para cada lado, sendo um deles o goleiro; características do jogo fazem com que a intensidade média do exercício seja relativamente alta
Futebol soçaito	Modalidade de futebol disputada em campo reduzido, em geral, com sete jogadores para cada lado, sendo um deles o goleiro; características do jogo fazem com que a intensidade média do exercício seja relativamente baixa

Quadro 2

Expressões frequentes em situações desportivas	
Expressão	Descrição
Manchete	Gesto motor típico para recepção e passe no voleibol, em bolas baixas e com velocidade, utilizando os dois antebraços unidos e estendidos à frente do corpo
Voleio	É o movimento de rebater ou chutar a bola sem que a mesma tenha tocado antes o solo, com movimento amplo da principal articulação envolvida; comum em futebol e tênis
Ace	Refere-se ao serviço (saque) no tênis e no voleibol, que é bem sucedido em alcançar a quadra adversária sem que o(s) oponente(s) consigam alcançá-la
Mesatenista	É praticante ou jogador de tênis de mesa
Borboleta ou Golfinho	É o estilo (também chamado de nado) de natação que envolve o movimento simultâneo dos dois braços à frente do corpo, acompanhado da ondulação sincronizada do tronco e dos membros inferiores; é o estilo ou nado que exige maior dispêndio energético por unidade de tempo, sendo o segundo mais rápido dentre os quatro estilos; as competições são nas distâncias de 50, 100 e 200 metros
Tiro	Termo empregado para caracterizar um exercício em intensidade tipicamente mais alta em natação e atletismo, como por exemplo, 10 tiros de 400 m de corrida partindo a cada 3 minutos
Queimar o salto	É a expressão que se usa quando um atleta pisa além da marca delimitada para seu salto nas modalidades de salto em distância e salto triplo, invalidando o resultado do mesmo
Montar a bóia	Expressão utilizada na vela e que representa o momento em que o barco contorna uma das bóias que marcam o percurso da regata

nas de simples sem boleiro, seguida das de duplas com boleiro e, bastante menor, nas de duplas sem boleiros.

Para os que correm regularmente, é oportuno conhecer ainda alguns aspectos adicionais, como: a) a velocidade (km/h) ou o ritmo médio (min/km); b) a FC média e final de sessão; c) a sensação de cansaço ao final (escala crescente de 0 a 10); d) tipo de piso – asfalto, terra batida, esteira, grama, areia etc; e e) características do trajeto – plano, subida e descidas etc, que permitirão avaliar mais objetivamente o significado fisiológico dessa atividade. Com a crescente popularização dos monitores de FC e uso de GPS pelos praticantes de exercícios físicos, tem se tornado comum que corredores, ciclistas e triatletas tragam seus gráficos e listagens de tempos, ritmos, distâncias e FC ou os respectivos *links* na web para as consultas médicas. O especialista em MEE deverá se familiarizar com essas apresentações de dados para poder adequadamente interpretá-los, tal como habitualmente fazemos com os exames laboratoriais e complementares.

A abordagem descrita acima contempla, primariamente, exercício físico, isso é, atividade física sistematizada e voltada para melhora e/ou manutenção da saúde e/ou do desempenho desportivo, não abordando outras formas de movimento ou atividade física, incluindo atividade física laboral e atividade física para transporte ao trabalho e/ou a escola, que em determinadas situações, pode alcançar patamares bastante expressivos de demanda energética e apresentarem consideráveis benefícios para a saúde. Uma vez identificadas essas situações, elas devem ser registradas e especificadas na anamnese em MEE.

Finalmente, mas não menos importante, questiona-se o indivíduo quanto às suas expectativas de resultados, disponibilidade de tempo e de acesso à instalações/equipamentos. A melhor orientação de programa de exercício físico começa com algo que seja viável e não com o que é ótimo. Identificar detalhadamente esses aspectos, com base na avaliação médico-funcional que deverá ser realizada após a anamnese, torna possível prescrever uma orientação adequada de exercício físico/esporte.

Agradecimento

O autor agradece aos comentários e sugestões do Prof. Guilherme Pacheco aos quadros 1 e 2

Atuação do médico especializado em medicina do exercício e do esporte na supervisão de sessões de exercício



Claudia Lucia Barros de Castro
Chefe do Setor de Condicionamento Físico e Reabilitação Cardiopulmonar do Serviço de Medicina Física e Reabilitação da Universidade Federal do Rio de Janeiro e médica da Clínica de Medicina do Exercício (CLINIMEX)

Existem inúmeras evidências científicas dos benefícios do exercício físico na promoção da saúde, na melhoria da qualidade de vida e na redução da morbi-mortalidade. Também há incontáveis publicações evidenciando a eficácia do exercício no tratamento e na reabilitação de indivíduos portadores de doenças crônicas. Indivíduos saudáveis habitualmente fazem exercício e esportes sob orientação de um profissional de Educação Física, em academias, clubes ou ao ar livre. No entanto, os portadores de doenças crônicas que necessitam do exercício como coadjuvante de seu tratamento, podem apresentar

um maior risco de complicações e intercorrências clínicas durante ou após uma sessão de exercício. Para esta população é necessário que haja uma supervisão mais cuidadosa, preferencialmente pelo médico do exercício e do esporte, procurando minimizar os riscos e maximizar os benefícios do exercício.

O programa de exercício para portadores de doença crônica, mais habitualmente doenças cardíacas, pode envolver uma equipe multidisciplinar, liderada pelo médico especializado em exercício e complementada por profissionais de enfermagem, educadores físicos, fisioterapeutas, psicólogos e outros profissionais da área de saúde, dependendo da individualidade do paciente. O médico avalia o paciente antes, durante e após a sessão de exercício buscando limitações e determinando tipo, intensidade e duração dos exercícios assim como a necessidade de interrupção dos mesmos.

O médico do exercício e do esporte possui conhecimentos de fisiologia do exercício, sabendo reconhecer e diferenciar respostas fisiológicas e patológicas do exercício. Possui também conhecimento de medicina do exercício, podendo diferenciar a abordagem do exercício de acordo com a situação clínica, como, por exemplo, na determinação da frequência semanal dos exercícios para pacientes diabéticos de forma a potencializar os efeitos do exercício sobre o metabolismo da glicose ou na determinação do momento ideal para iniciar determinados exercícios após uma cirurgia de revascularização miocárdica. Conhecimento em cineantropometria, com capacidade de utilizar os resultados da composição corporal, força e potência muscular e flexibilidade para a prescrição das sessões de exercício dos portadores de doen-

ças crônicas. Em adição, mas não menos importante, o médico do exercício deve ter treinamento específico em atendimento de emergência e ser capaz de liderar a equipe em vigência de uma ressuscitação cardiorespiratória.

A prescrição do exercício propriamente dita - tipo, duração, intensidade e frequência semanal dos exercícios - é inicialmente baseada no teste de exercício, que preferencialmente deverá ser um teste cardiopulmonar, já que só este é capaz de determinar o limiar anaeróbico e assim permitir o cálculo da zona-alvo de frequência cardíaca (FC) para o treinamento com maior exatidão. Vale à pena salientar que é importante que o teste de exercício seja realizado em uso da medicação habitual e que o horário desta avaliação seja semelhante ao horário que será utilizado pelo paciente para suas sessões de exercício, de forma que o intervalo entre o uso de medicação e o exercício seja semelhante nas duas situações. Isto é particularmente importante no caso de medicação de ação cronotrópica negativa, isto é, medicação que reduza a FC. A partir das primeiras sessões, ajustes na intensidade, duração ou até mesmo frequência dos exercícios é baseada na avaliação das sessões anteriores (tolerância ao esforço expressa pela escala de Borg, respostas clínicas, hemodinâmica e eletrocardiográfica (ECG)) e na avaliação clínica pré-sessão (estado físico e clínico atual - por exemplo, uma noite mal dormida pode justificar uma redução da intensidade do esforço naquele dia). Durante um programa de exercício com supervisão médica o paciente deve ser avaliado diariamente antes do início dos exercícios. Esta avaliação é breve e objetiva e inclui perguntas básicas como: "Está passando bem hoje? Você teve algum problema desde a última sessão de exercícios? Tomou sua medicação corretamente?". Após esta breve conversa o médico deve averiguar os sinais vitais, como a pressão arterial (PA) e a FC e observar outras variáveis, conforme a necessidade de cada paciente.

Como exemplos temos:

a) a verificação diária do peso corporal pode identificar uma descompensação cardíaca - pacientes com insuficiência cardíaca apresentam elevação expressiva do peso corporal por retenção hídrica quando descompensados;

b) ECG de repouso pode identificar alterações do ritmo cardíaco assintomáticas, mas potencialmente graves, como a fibrilação atrial paroxística ou um bloqueio cardíaco de maior grau.

Ao término da sessão de exercício, o médico especialista deve observar o paciente, já que muitas das complicações cardíaco-respiratórias e metabólicas ocorrem neste momento da sessão

c) a dessaturação arterial de oxigênio nos pacientes com problemas respiratórios pode contra indicar ou limitar a prática de exercício em um determinado momento.

d) a verificação da glicemia capilar pode identificar os pacientes que apresentam maior risco de se exercitar, seja por estarem apresentando hipoglicemia, seja por hiperglicemia.

Durante a sessão de exercício o médico e sua equipe devem estar atentos para o surgimento de sinais ou sintomas de descompensação clínica ou de intolerância ao esforço, intervindo quando necessário, interrompendo ou reduzindo a intensidade do esforço. Acompanhamento da FC durante o exercício, procurando manter os batimentos cardíacos dentro da zona-alvo estipulada é fundamental. Durante o exercício as verificações da PA, do ECG e de outras variáveis já citadas anteriormente apresentam-se como os moduladores da prescrição do exercício. A presença de isquemia miocárdica esforço induzida, por exemplo, pode justificar a modificação de uma sessão de exercício.

Ao término da sessão de exercício, incluindo os exercícios aeróbicos, os de fortalecimento muscular e os de flexibilidade, e, eventualmente, de coordenação e equilíbrio, o médico especialista deve observar o paciente, já que muitas das complicações cardíaco-respiratórias e metabólicas ocorrem neste momento da sessão.

Em suma, o médico especializado em exercício e esporte tem uma atuação pró-ativa na sessão de exercício, liderando a equipe multiprofissional e prescrevendo (especialmente a parte aeróbica) e supervisionando o exercício que será realizado e, também, atuando, se necessário, no atendimento e na tomada de decisões em casos de intercorrências clínicas.





Osmar de Oliveira
Médico do esporte e jornalista

Uma história divertida sobre Pelé



Quando faço palestras sobre futebol, esta história é uma das que fazem mais sucesso. É um relato para se entender porque Pelé é inigualável.

Jair (Jairzão), negro alto e forte, era zagueiro-central (como se dizia na época) do América de São José do Rio Preto. Uma bela figura humana. Vem um jogo contra o Santos na década de 60. Estádio abarrotado. Orientado pelo técnico, tinha a incumbência de não deixar Pelé pegar na bola. Dividia todas, antecipava-se, dava chutão, fazia faltas seguidas, nada de passes ou habilidades. O primeiro tempo terminou 0x0. Bem que Pelé tentou. Mexeu-se para todos os lados e lá estava Jairzão, implacável no seu encaixo. E quanto mais a torcida do América aplaudia seu esforço, mais ele se entusiasmava e não saía da escrita. Na volta para o segundo tempo, Pelé foi calmamente na direção de Jairzão e disse:
– Sabe Jairzão, lá no vestiário o presidente do

Santos estava dizendo que pensava em comprar seu passe, que tinha informações que você era um craque e que poderia ficar milionário no Santos. Mas disse também que estava decepcionado porque você só destrói, só dá chutão. Cara, você é um craque, faça umas jogadas bonitas e pronto, você vem jogar comigo no Santos e se consagra. Começa o segundo tempo e aquele comentário do Pelé não saía da cabeça de Jairzão. Afinal era uma bela notícia e um comentário do maior jogador do mundo. Vinte minutos e chega a grande chance. A bola vem no peito de Jairzão e Pelé por perto, só na espreita. Quando o zagueiro estufou o peito, o Rei disparou. Matada bonita e antes que a bola chegasse ao chão, Pelé surgiu como um raio, tomou-lhe a bola e na saída do goleiro, fez o gol. Jairzão sentiu-se traído e abaixou a cabeça, resignado e decepcionado. Pelé passou ao lado, sorrindo ironicamente. Final : 1x0 para o Santos em Rio Preto.

mirtax[®]

cloridrato de ciclobenzaprina

Bem-estar sem dor.

10 comprimidos
(5 mg e 10 mg)



custo
acessível



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



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



Melhora a qualidade do sono.³

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

Mirtax (cloridrato de ciclobenzaprina) - comprimidos revestidos⁴

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

Interação medicamentosa: pode aumentar os efeitos do álcool.⁴

Contraindicação: arritmia cardíaca.⁴

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: MIRTAX, cloridrato de ciclobenzaprina, MS - 1.0573.0293. **Indicações:** MIRTAX é indicado no tratamento dos espasmos musculares associados com dor aguda e de etiologia músculo-esquelética. **Contra-indicações:** HIPERSENSIBILIDADE A QUAISQUER DOS COMPONENTES DE SUA FÓRMULA, PACIENTES QUE APRESENTAM BLOQUEIO CARDÍACO, ARRITMIA CARDÍACA, DISTÚRBO DA CONDUÇÃO CARDÍACA, ALTERAÇÃO DE CONDUTA, FALÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA, HIPERTIREOIDISMO E INFARTO DO MIOCARDIO. 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 MIOCARDIO, NAS ARRITMIAS CARDÍACAS, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA, BLOQUEIO CARDÍACO OU OUTROS PROBLEMAS DE CONDUÇÃO. A UTILIZAÇÃO DE MIRTAX POR PERÍODOS SUPERIORES A DUAS OU TRÊS SEMANAS DEVE SER FEITA COM O DEVIDO ACOMPANHAMENTO MÉDICO. OS PACIENTES DEVEM SER ADVERTIDOS DE QUE A SUA CAPACIDADE DE DIRIGIR VEÍCULOS OU OPERAR MÁQUINAS PERIGOSAS PODE ESTAR COMPROMETIDA DURANTE O TRATAMENTO. **Gravidez:** NÃO SE RECOMENDA A ADMINISTRAÇÃO DE MIRTAX DURANTE A GRAVIDEZ. **AMAMENTAÇÃO:** NÃO É CONHECIDO SE A DROGA É EXCRETADA NO LEITE MATERNO. **PEDIATRIA:** NÃO FORAM ESTABELECIDAS A SEGURANÇA E A EFICÁCIA DE CICLOBENZAPRINA EM CRIANÇAS MENORES DE 15 ANOS. **GERIATRIA:** NÃO SE DISPÕE DE INFORMAÇÕES. OS PACIENTES IDOSOS MANIFESTAM SENSIBILIDADE AUMENTADA A OUTROS ANTIMUSCARÍNICOS E É PROVÁVEL A MANIFESTAÇÃO DE REAÇÕES ADVERSAS AOS ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS RELACIONADOS ESTRUTURALMENTE COM A CICLOBENZAPRINA DO QUE OS ADULTOS JOVENS. **ODONTOLOGIA:** OS EFEITOS ANTIMUSCARÍNICOS PERIFÉRICOS DA DROGA PODEM INIBIR O FLUXO SALIVAR, CONTRIBUINDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE CÁRIES, DOENÇAS PERIODONTAIS, CANDIDÍASE ORAL E MAL-ESTAR. **CARCINOGENICIDADE, MUTAGENICIDADE E ALTERAÇÕES SOBRE A FERTILIDADE:** OS ESTUDOS EM ANIMAIS COM DOSES DE 5 A 40 VEZES A DOSE RECOMENDADA PARA HUMANOS, NÃO REVELARAM PROPRIEDADES CARCINOGENICAS OU MUTAGENICAS DA DROGA. **Interações medicamentosas:** A ciclobenzaprina pode aumentar os efeitos do álcool, dos barbituratos e dos outros depressores do SNC. Os antidepressivos tricíclicos podem bloquear a ação hipertensiva da guanidina e de compostos semelhantes. Antidiscinéticos e antimuscarínicos podem ter aumentada a sua ação, levando a problemas gastrointestinais e íleo paralisado. 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, ICTERICIA E COLESTASE. **HIPERSENSIBILIDADE:** ANAFILAXIA, ANGIOEDEMA, PRURIDO, EDEMA FACIAL, URTICÁRIA E "RASH". **MÚSCULO-ESQUELÉTICAS:** RIGIDEZ MUSCULAR. **SISTEMA NERVOSO E PSIQUIÁTRICAS:** ATAXIA, VERTIGEM, DISARTRIA, TREMORES, HIPERTONIA, CONVULSÕES, ALUCINAÇÕES, INSÔNIA, DEPRESSÃO, ANSIEDADE, AGITAÇÃO, PARESTESIA, DIPLÓPIA. **PELE:** SUDORESE. **SENTIDOS ESPECIAIS:** PERDA DO PALADAR, SENSÇÃO DE RUÍDOS (AGEUSIA, "TINNITUS"). **UROGENITAIS:** RETENÇÃO URINÁRIA. **Posologia:** A dose usual é de 10 a 40 mg ao dia, dividida em uma, duas, três ou quatro administrações, ou conforme orientação médica. A dose máxima diária é de 60 mg. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.**

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

BU 06 CPD 2725701

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

**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: review of a decade of clinical experience. Clin Ther. 10(2): 216-28; 1988. 3) BENNETT RM et al. A comparison of cyclobenzaprine and placebo in the management of fibrositis. A double-blind controlled study. Arthritis Rheum. 1:1535-42; 1988. 4) Bula do produto: MIRTAX (cloridrato de ciclobenzaprina). MS - 1.0573.0293. 5) Revista Kairos, janeiro 2010. Produzido em Dez/2009.

MATERIAL TÉCNICO-CIENTÍFICO EXCLUSIVO À CLASSE MÉDICA.

achē

Biofenac

diclofenaco sódico

As embalagens de Biofenac 50 e Biofenac LP são 10.



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

achē

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

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: BIOFENAC / BIOFENAC LP, diclofenaco sódico. MS – 1.0573.0140. **INDICAÇÕES:** Doenças reumáticas inflamatórias e degenerativas. Síndromes dolorosas da coluna vertebral. Reumatismo extra-articular. Processos inflamatórios e dolorosos de origem não-reumática desde que o germe causal seja concomitantemente tratado e edemas pós-traumáticos e pós-operatórios. Dismenorréia primária ou anexite. **CONTRA-INDICAÇÕES:** **BIOFENAC:** Crianças abaixo de 14 anos, com exceção de casos de artrite juvenil crônica. Hipersensibilidade a quaisquer dos componentes de sua fórmula. Pacientes que apresentem úlcera péptica, asma, rinite aguda ou urticária induzidas por AINES. Discrasia sanguínea, trombocitopenias, distúrbios da coagulação sanguínea, insuficiência cardíaca, hepática ou renal graves. **BIOFENAC LP:** Crianças abaixo de 14 anos, com exceção de casos de artrite juvenil crônica. Hipersensibilidade a quaisquer dos componentes de sua fórmula. Pacientes que apresentem úlcera péptica. Pacientes nos quais o ácido acetilsalicílico ou outros medicamentos inibidores da atividade da prostaglandina-sintetase induzam síndrome de asma, rinite aguda ou urticária. Discrasia sanguínea, trombocitopenias, distúrbios da coagulação sanguínea, insuficiência cardíaca, hepática ou renal graves. **CAUTELAS E ADVERTÊNCIAS:** São necessários o diagnóstico preciso e o acompanhamento cuidadoso de pacientes com sintomas indicativos de afecção gastrointestinal, história progressiva 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 anti-inflamatórios 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 anti-inflamatórios não-esteroidais pode predispor à ocorrência de reações adversas do sistema gastrointestinal. O tratamento por via oral com dois ou mais anti-inflamatórios 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 anti-inflamatórios 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:** Epigastria, distúrbios gastrointestinais, 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 dirigir 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.** MS – 1.0573.0140. Material técnico científico de distribuição exclusiva à classe médica - Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação.

Referência Bibliográfica: 1) Fonte: ABCFARMA, nº 224: pág. 34; abril, 2010.

Mai/2010