

ano 4 ■ número 2

# Physikos

ISSN 1984-5790

VENCENDO A DOR

## VIDA DE ATLETA

### Kaká

Um craque  
que venceu o  
preconceito



## **PALAVRA DO ESPECIALISTA**

Tendinopatias em atletas: breve análise da etiologia, dos mecanismos e da conduta terapêutica

## **ARTIGO**

Suplementos nutricionais e exercício:  
para quem, quando e como?

**achē**

# ARTROLIVE

sulfato de glicosamina e sulfato de condroitina

## Ação Sinérgica que vai além da dor<sup>1</sup>

- Diminuição da dor<sup>1</sup>
- Ajuda na recuperação da mobilidade articular<sup>1</sup>
- Maior tolerabilidade, com o menor consumo de AINES / analgésicos<sup>2,3,4</sup>

ARTROLIVE  
**5**  
anos  
Liderança de Mercado<sup>5</sup>



Até **3x** ao dia<sup>5</sup>

Caixa com 90 cápsulas | Caixa com 30 cápsulas

**Referências Bibliográficas:** 1) Reginster, J. et al. Natturocoic (glucosamine and chondroitin sulfate) compounds as structure-modifying drugs in the treatment of osteoarthritis. *Curr. Op. Rheumatol.* 15: 651-55, 2003. 2) Dodge GR, et al. Glucosamine sulfate modulates the levels of aggrecan and matrix metalloproteinase-3 synthesized by culture human osteoarthritis articular chondrocytes. *Osteoarthritis and Cartilage* 2003; 11:424-432. 3) Seda, H. Seda, AC. Osteoartrite: Reumatologia - Diagnóstico e Tratamento / Carvalho MAP, ed Medici: 289-307, 2001. 4) De los Reyes, GC. et al. Glucosamine and chondroitin sulfates in treatment of osteoarthritis: a survey. *Prog in Drugs Res*; 55: 81-103, 2000. 5) Bula do produto. ARTROLIVE. sulfato de glicosamina. sulfato de condroitina. MS - 1.0573.028. 6) IMS/PMB - MAT SET/08.

**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 SUSPENSA IMEDIATAMENTE. DEVIDO À INEXISTÊNCIA DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL. ARTROLIVE NÃO ESTÁ INDICADO PARA SER UTILIZADO DURANTE A GRAVIDEZ. NÃO EXISTEM INFORMAÇÕES SOBRE A PASSAGEM DO MEDICAMENTO PARA O LEITE MATERNO SENDO DESACONSELHADO SEU USO NESSAS CONDIÇÕES E AS LACTANTES SOB TRATAMENTO NÃO DEVEAM AMAMENTAR. PODE OCORRER FOTOSSENSIBILIZAÇÃO EM PACIENTES SUSCETÍVEIS, PORTANTO PACIENTES COM HISTÓRICO DE FOTOSSENSIBILIDADE A OUTROS MEDICAMENTOS DEVEM EVITAR SE EXPOR À LUZ SOLAR. FORAM DESCRITOS NA LITERATURA, ALGUNS CASOS DE HIPERTENSÃO SISTÓLICA REVERSÍVEL EM PACIENTES NÃO PREVIAMENTE HIPERTENSOS, NA VIGÊNCIA DO TRATAMENTO COM GLICOSAMINA E CONDRITOINA. PORTANTO, A PRESSÃO ARTERIAL DEVE SER VERIFICADA PERIÓDICAMENTE DURANTE O TRATAMENTO COM ARTROLIVE. FORAM RELATADOS POUCOS CASOS DE PROTEINÚRIA LEVE E AUMENTO DA CREATININA-FOSFOQUINASE (CPK) DURANTE TRATAMENTO COM GLICOSAMINA E CONDRITOINA. QUE VOLTARAM AOS NÍVEIS NORMAIS APÓS INTERRUÇÃO DO TRATAMENTO. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** O tratamento concomitante com anti-inflamatórios não-esteróides 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 de 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 e doxorubicina) deve ser evitado, uma vez que a glicosamina induz resistência in vitro a estes medicamentos em células humanas cancerosas de cólon e do ovário. Há relato de um caso na literatura de potencialização do efeito da varfarina, com consequente aumento dos valores sanguíneos de INR (International Normalized Ratio). Portanto, o uso concomitante de ARTROLIVE com anticoagulantes orais deve levar em conta avaliações rigorosas do INR. **Reações adversas: SISTEMA CARDIOVASCULAR:** EDEMA PERIFÉRICO E TAQUICARDIA. JÁ FORAM RELATADOS COM O USO DA GLICOSAMINA, PORÉM NÃO FOI ESTABELECIDO UMA RELAÇÃO CAUSAL. FORAM DESCRITOS NA LITERATURA, ALGUNS CASOS DE HIPERTENSÃO SISTÓLICA REVERSÍVEL, EM PACIENTES NÃO PREVIAMENTE HIPERTENSOS, NA VIGÊNCIA DO TRATAMENTO COM GLICOSAMINA E CONDRITOINA. PORTANTO, A PRESSÃO ARTERIAL DEVE SER VERIFICADA PERIÓDICAMENTE 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 CONDRITOINA 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:** NÁUSEA, DISPEPSIA, VÔMITO, DOR ABDOMINAL OU EPIGÁSTRICA, CONSTIPAÇÃO, DIARRÉIA, QUEIMAÇÃO E ANOREXIA TÊM SIDO RARAMENTE DESCRITOS NA LITERATURA NA VIGÊNCIA DE TRATAMENTO COM GLICOSAMINA E CONDRITOINA. **PELE:** ERITEMA, PRURIDO, ERUPÇÕES CUTÂNEAS E OUTRAS MANIFESTAÇÕES ALÉRGICAS DE PELE FORAM REPORTADAS EM ENSAIOS CLÍNICOS COM GLICOSAMINA. PODE OCORRER FOTOSSENSIBILIZAÇÃO EM PACIENTES SUSCETÍVEIS, PORTANTO PACIENTES COM HISTÓRICO DE FOTOSSENSIBILIDADE A OUTROS MEDICAMENTOS DEVEM EVITAR SE EXPOR À LUZ SOLAR. **POSOLOGIA: Adultos:** Recomenda-se iniciar a terapêutica com a prescrição de 1 cápsula via oral 3 vezes ao dia. Como os efeitos do medicamento se iniciam em média após a terceira semana de tratamento deve-se ter em mente que a continuidade e a não-interrupção do tratamento são fundamentais para se alcançar os benefícios analgésicos e de mobilidade articular. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. A PERSISTÊNCIA DOS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.** CPD 2029102 05/07 BU 05

 **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

ano 4 ■ número 2

## VENCENDO A DOR

### Diretor

Newton Marins

### Editor Científico

Claudio Gil Soares de Araújo

### Gerente Editorial

Verônica Cobas

### Coordenadora Editorial

Jane Castelo

### Revisora-Chefe

Claudia Gouvêa

### Programador Visual

João Luis Guedes P. Pereira

### Jornalista Responsável

Carlos Macedo – Reg. 12.918

### Edição e produção



### Comercialização e contatos médicos



## Physikos

é uma publicação patrocinada pelo

**achē**

Esta publicação é editada pela Diagraphic Editora. Todos os direitos reservados. As matérias assinadas, bem como suas respectivas fotos de conteúdo científico e referências, são de responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição da editora ou do patrocinador.

Toda correspondência deve ser dirigida à  
Av. Paulo de Frontin, 707 – Rio Comprido  
CEP 20261-241 – Rio de Janeiro-RJ – Telefax: (21) 2502-7405  
e-mail: editora@diagraphic.com.br – www.diagraphic.com.br

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

Chegamos a mais um número de *Physikos*. O futebol, esporte que mais desperta emoções entre os brasileiros, especialmente durante as eliminatórias da Copa do Mundo de Futebol de 2010, é a modalidade escolhida para esse número. Alternando bons e maus momentos, a Seleção brasileira apresenta vários talentos notáveis, com merecido destaque para Kaká, o nosso entrevistado desse número. Com um perfil sociocultural distinto da maioria dos jogadores, o craque que atualmente vive, treina e compete na Europa, possui interessante história médica que você poderá conhecer na matéria. Como de hábito, temos duas matérias médicas. A primeira delas, preparada pela colega Flávia Pinho Teixeira, especialista em Medicina do Exercício e do Esporte e em Nutrologia Clínica e Desportiva, discute um tema médico atual, que são as evidências disponíveis a respeito das indicações e riscos da suplementação desportiva. A seguir temos um artigo do nosso colega paranaense Carlos Tadashi Kunioka, que, além de especialista em Medicina do Exercício e do Esporte, é também ortopedista, sobre as tendinopatias em atletas recreativos e profissionais, abordando os aspectos causais, os mecanismos intervenientes e as opções de conduta terapêutica, com destaque para as raras situações de indicação cirúrgica. Para finalizar, divirta-se com um relato de caso de um médico de futebol do nosso prezado colega Osmar de Oliveira, jornalista e especialista em Medicina do Exercício e do Esporte.

---

**Dr. Claudio Gil Soares de Araújo**

### VIDA DE ATLETA 4

Kaká: um craque que venceu o preconceito

### ARTIGO 9

Suplementos nutricionais e exercício:  
para quem, quando e como?

### PALAVRA DO ESPECIALISTA 12

Tendinopatias em atletas: breve análise da etiologia,  
dos mecanismos e da conduta terapêutica

### PONTO DE VISTA 14

Médico acertou na loteria

# Kaká

## Um craque que venceu o preconceito

Kaká teve que suar muito para derrubar o preconceito. Por ser de classe média alta, todos achavam que ele nunca se dedicaria ao futebol. À base de muito esforço e talento, Kaká conquistou seus críticos e o mundo

**N**inguém discute que o meia Kaká é o mais importante jogador brasileiro da atualidade. O craque do Milan e da seleção já foi eleito o melhor do mundo em 2007 e vem mantendo um nível de atuações acima da média no futebol mundial. Kaká é considerado um dos três melhores jogadores do presente. Ele se destaca por ser um meia ofensivo, que começa as jogadas muito longe do gol e usa um arranque irresistível e uma técnica inigualável para marcar gols e para dar assistência aos seus companheiros. Só que Kaká teve que suar muito para derrubar o preconceito. Poucos lhe davam crédito por ser ele bonito e filho de uma família de classe média alta. Achavam que ele nunca se dedicaria ao futebol como outros profissionais, entretanto, à base de muito esforço e com uma dose extra de talento, Kaká conquistou primeiro seus críticos e, depois, o mundo.

Ricardo Isekson, o Kaká, é um jogador diferente da média. Nascido em Brasília em 1982 e criado em São Paulo, teve uma infância privilegiada pela boa condição da sua família. Entrou para a escolinha do São Paulo F.C. aos 8 anos e aos 15 assinou seu primeiro contrato como profissional. Na sua estréia na equipe profissional do São Paulo já deu uma demonstração do seu talento. Ele marcou dois gols e deu ao time do Morumbi o título do torneio Rio-São Paulo contra o Botafogo.

Com ar de galã, provoca gritos entusiasmados das fãs em qualquer lugar onde se apresente, mas acha que isso não tem qualquer influência na sua carreira.

“Com o tempo aprendi a lidar com o assédio das fãs e hoje posso dizer que é fácil conviver



com isso. Mais difícil é quando se perde a privacidade, seja com a imprensa, com o torcedor ou o público feminino.”

Por isso Kaká preserva ao máximo sua família, seja na Itália, onde mora, ou nos momentos em que vem ao Brasil. Ele é casado com Caroline e tem um filho, Luca, que ele pretende preservar dos *paparazzi*.

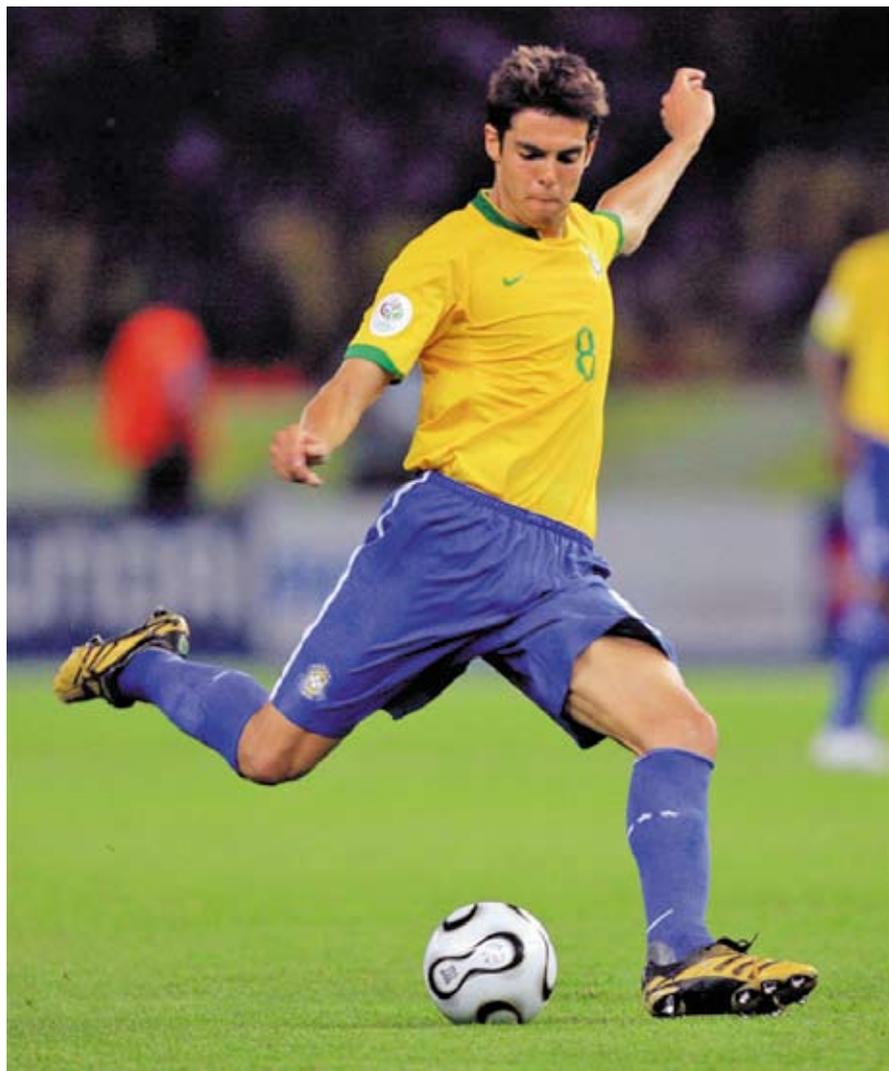
### Dias de angústia

Pouco antes da sua estréia vitoriosa, Kaká sofreu um acidente na vértebra que quase encerrou sua carreira. Ele estava de férias em Caldas Novas, Goiás, quando um mergulho numa piscina quase se transformou em tragédia. Ele bateu com as costas na borda da piscina e fraturou a sexta vértebra. Foram dois meses deitado na cama e a incerteza sobre o retorno ao futebol que tanto amava. De origem evangélica, Kaká disse que o episódio reforçou sua crença em Deus. Até hoje Kaká recebe algumas críticas por sua postura religiosa, mas não abandona a igreja. Num caso raro entre celebridades, confessa que casou virgem e não faz nada sem ouvir a orientação dos pastores da sua igreja.

Depois de muito sacrifício pessoal com um trabalho intensivo de recuperação física e acompanhamento médico permanente, Kaká pôde, afinal, voltar aos campos e reiniciar sua carreira, que teve seu ponto culminante quando o jogador se sagrou pentacampeão do mundo em 2002 com a seleção comandada por Luiz Felipe Scolari, embora tenha participado apenas de algumas partidas.

Durante muito tempo o jogador viveu livre de contusões, mas lamenta ter sofrido um

“Com o tempo aprendi a lidar com o assédio das fãs e hoje posso dizer que é fácil conviver com isso. Mais difícil é quando se perde a privacidade, seja com a imprensa, com o torcedor ou o público feminino”





Sobre o trauma no joelho na Copa do Mundo de 2006, Kaká faz uma confissão: “Se tivesse mais experiência, certamente não teria entrado em campo”

trauma no joelho esquerdo durante a disputa da Copa do Mundo de 2006, quando seus movimentos acabaram limitados na partida diante da França quando a seleção brasileira acabou eliminada. E Kaká faz uma confissão: “Se eu tivesse um pouco mais de experiência, certamente não teria entrado em campo e, sim, deixado alguém que estava em melhores condições do que eu”.

### Superando o preconceito

Kaká lembra que em 2001, no seu primeiro ano no time principal do São Paulo, ele sofria críticas que afirmavam que seu jogo era bonito mas não serviria para jogos importantes. Certa vez, ao ser substituído pelo técnico Oswaldo de Oliveira, ele chegou a chorar. Kaká revela que poucos acreditavam nele no clube, a não ser o treinador, que insistiu com o garoto e mostrou que estava certo. Kaká acabou sua primeira temporada com 27 jogos e 12 gols entre os profissionais.

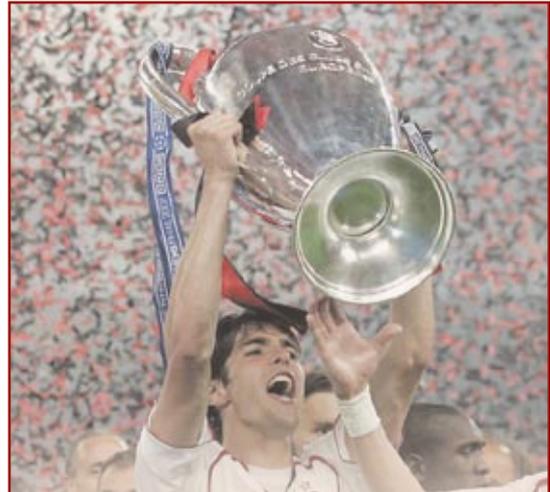
Em 2003, depois de 146 jogos, 58 gols e alguns títulos, Kaká trocou o São Paulo pelo Milan da Itália, dando início a uma nova etapa da sua vitoriosa carreira. O jogador levou pouco



tempo para conquistar os milaneses. Dois passes precisos para Shevchenko em sua estréia na Série A e seu primeiro gol na vitória no Derby por 2 x 0 contra a Internazionale foram suficientes para conquistar a galera do rubro-negro de Milão. No final da temporada, o Milan ganhou a Liga e Kaká ficou com o prêmio de melhor jogador do ano na Série A. Na temporada 2005/2006, Kaká foi escolhido o Estrangeiro do Ano na Itália.

Na temporada seguinte, Kaká viveu um ano de sonho. Teve uma atuação destacada na Liga dos Campeões e ajudou sua equipe a conquistar o mais prestigiado título de clubes do mundo. Foi considerado o melhor jogador do mundo e não parou de ganhar prêmios individuais, como a Bola de Ouro, distribuída pela France Football, a mais importante publicação esportiva da Europa. No ano seguinte o Milan sagrou-se campeão do mundo e Kaká foi considerado o melhor jogador da competição disputada no Japão.

Após o final da temporada, Kaká submeteu-se a uma cirurgia no joelho que acabou tirando-o do torneio de futebol das Olimpíadas de 2006 e abriu uma crise entre o jogador e o técnico Dunga, episódio só superado quando o treinador reconheceu que sem o talento de Kaká a seleção não iria a lugar algum.



www.football-wallpapers.com

### Principais títulos

#### São Paulo

- Copa São Paulo: 2000
- Torneio Rio-São Paulo: 2001
- Supercampeonato Paulista: 2002

#### Milan

- Supercopa da Itália: 2004
- Campeonato italiano: 2004
- Supercopa européia: 2003, 2007
- Liga dos Campeões da União de Associações de Futebol Europeias (UEFA): 2007
- Mundial de Clubes da Federação Internacional de Futebol (FIFA): 2007

#### Seleção brasileira

- Copa do Mundo: 2002
- Copa das Confederações: 2005

#### Prêmios individuais

- Bola de Ouro: 2002
- Bola de Prata: 2002
- Oscar del Calcio: 2004, 2006, 2007
- Melhor meia da UEFA: 2005
- Melhor atacante da UEFA: 2007
- FIFPro World XI: 2006, 2007
- Ballon d'Or: 2007
- Golden Ball como melhor jogador do Mundial de Clubes da FIFA: 2007
- FIFA World Player: 2007
- Onze d'Or: 2007
- Artilheiro da Liga dos Campeões da UEFA: 2006/07 (10 gols)

# TANDRILAX®

carisoprodol, paracetamol,  
diclofenaco sódico e cafeína

Uma relação de confiança consolidada com o tempo

Associação indicada para o alívio da dor<sup>2</sup>

- Associação de antiinflamatório, relaxante muscular e analgésico<sup>2</sup>
- Efetivo na redução da dor, inflamação e espasmo da musculatura esquelética<sup>3-7</sup>
- Relaxamento com menor sedação<sup>7</sup>

Indicações:<sup>2</sup>

Dorsopatias e lombalgias  
Entorses e distensões  
Desordens músculo-esqueléticas  
Contraturas musculares associadas



Referências Bibliográficas: 1) Certificado de Registro do Produto: 05/10/1979. 2) Bula do Produto: TANDRILAX, cafeína, carisoprodol, diclofenaco sódico, paracetamol. MS - 1.0573.0055. 3) Chou R, Peterson K, Heffand M. Comparative efficacy and safety of skeletal muscle relaxants for spasticity and musculoskeletal conditions: a systematic review. J Pain Symptom Manage. 2004 Aug; 28(2):140-75. 4) CARISOPRODOL: Bach HW, Bain LS. Evaluation of carisoprodol in the management of musculo-skeletal disorders. A controlled clinical trial. Am Phys Med. 1963 May;7:59-64. 5) DICLOFENACO: Kantor TG. Use of diclofenac in analgesia. Am J Med. 1986 Apr;28(4B):64-9. 6) PARACETAMOL: Albert KS, Sedman AJ, Wagner JS. Pharmacokinetics of orally administered acetaminophen in man. J Pharmacokinet Biopharm. 1974 Oct;2(5):381-93. 7) Kaplan, G.B. ET AL. Dose-dependent pharmacokinetics and psychomotor effects of caffeine in humans. J Clin Pharmacol. 37:693-703, 1997.

**INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO:** TANDRILAX, cafeína, carisoprodol, diclofenaco sódico, paracetamol. MS - 1.0573.0055. **INDICAÇÕES:** Tratamento de reumatismo nas suas formas inflamatório-degenerativas agudas e crônicas, crises agudas de gota, estados inflamatórios agudos, pós-traumáticos e pós-cirúrgicos. Exacerbações agudas de artrite reumatóide e osteoartrite e estados agudos de reumatismo nos tecidos extra-articulares e como coadjuvante em processos inflamatórios graves decorrentes de quadros infecciosos. **CONTRA-INDICAÇÕES:** NOS CASOS DE ÚLCERA PÉPTICA EM ATIVIDADE, HIPERSENSIBILIDADE A QUALQUER DOS COMPONENTES DE SUA FÓRMULA, DISCRASIAS SANGÜÍNEAS, DIÁTESES HEMORRÁGICAS (TROMBOCITOPENIA, DISTÚRBIOS DA COAGULAÇÃO), PORFÍRIA, 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 CICLOOXYGENASE DA SÍNTESE DE PROSTAGLANDINAS. **ADVERTÊNCIAS:** NÃO USE OUTRO PRODUTO QUE CONTENHA PARACETAMOL. NÃO É INDICADO PARA CRIANÇAS ABAIXO DE 14 ANOS, COM EXCEÇÃO DE CASOS DE ARTRITE JUVENIL CRÔNICA. **PRECAUÇÕES:** O USO EM PACIENTES IDOSOS, GERALMENTE MAIS SENSÍVEIS AOS MEDICAMENTOS, DEVE SER CUIDADOSAMENTE OBSERVADO. DESCONSELHA-SE O USO DO TANDRILAX DURANTE A GRAVIDEZ E LACTAÇÃO. A POSSIBILIDADE DE REATIVAÇÃO DE ÚLCERAS PÉPTICAS REQUER ANAMNESE CUIDADOSA QUANDO HOUVER HISTÓRIA PRECESSA DE DISPEPSIA, HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL OU ÚLCERA PÉPTICA. NAS INDICAÇÕES DO TANDRILAX POR PERÍODOS SUPERIORES A DEZ DIAS, DEVERÁ SER REALIZADO HEMOGRAMA E PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA ANTES DO INÍCIO DO TRATAMENTO E, PERIODICAMENTE, A SEGUIR. ADMINISTRAÇÃO DA CONTAGEM DE LEUCÓCITOS E/OU PLAQUETAS, OU DO HEMATOCRITO 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, ICTERICIA, CIANOSE OU SANGUE NAS FEZES, A MEDICAÇÃO DEVERÁ SER IMEDIATAMENTE SUSPENSADA. **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 anti-inflamatórios 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. Administração concomitante de glicocorticóides e outros agentes anti-inflamatórios pode levar ao agravamento de reações adversas gastrointestinais. A biodisponibilidade do TANDRILAX é alterada pelo ácido acetilsalicílico quando este composto é administrado conjuntamente. Recomendando-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 meloxicam devem abster-se do uso do TANDRILAX nas 24 horas que antecedem ou que sucedem sua ingestão, uma vez que a concentração sérica pode elevar-se, aumentando a toxicidade deste quimioterápico. **REAÇÕES ADVERSAS:** DISTÚRBIOS GASTROINTESTINAIS COMO DISPEPSIA, DOR EPIGÁSTRICA, RECORRÊNCIA DE ÚLCERA PÉPTICA, NÁUSEAS, VÔMITOS E DIARRÉIA, OCASIONALMENTE, PODEM OCORRER CEFALÉIA, SONOLÊNCIA, CONFUSÃO MENTAL, TONTURAS, DISTÚRBIOS DA VISÃO, EDEMA POR RETENÇÃO DE ELETROLÍTIOS, HEPATITE, PANCREATITE, NEFRITE INTERSTITIAL, FORAM RELATADAS RARAS REAÇÕES ANAFILACTÓIDES URTICARIFORMES OU ASMÁTIFORMES SEM COMO SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON E SÍNDROME DE LYELL, ALÉM DE LEUCOPENIA, TROMBOCITOPENIA, PANICITOPENIA, AGRANULOCITOSE E ANEMIA APLÁSTICA. O USO PROLONGADO PODE PROVOCAR NECROSE PAPILAR RENAL. **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.

**VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.**  
APRESISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

BU 07 CPD 2002502 (A) 01/07

 **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**

Um desempenho desportivo de alta qualidade depende de diversos fatores. A carga genética, o ritmo de treinamento individual e uma nutrição adequada situam-se entre os principais determinantes de uma boa *performance*. Há diversas maneiras de se aumentar o desempenho desportivo, sendo as mais frequentemente utilizadas: a) aumento da massa muscular e da força; b) redução da gordura corporal; c) incremento da oferta de energia para o trabalho muscular, gerando ganho de potência aeróbica; d) redução ou retardo do aparecimento da fadiga, fazendo com que possamos manter a *performance* por períodos mais prolongados.

Na busca por melhores resultados, além de um rigoroso ritmo de treinamento, é crescente a procura por suplementos nutricionais que prometem melhora da *performance* desportiva e ganhos excepcionais de massa muscular. Neste contexto, diversas indústrias farmacêuticas e de alimentos vêm desenvolvendo suplementos ou medicamentos com esses propósitos, sendo genericamente denominados de ergogênicos. O termo “ergogênicos” há muito tempo é difundido no meio de atletas em busca de melhor desempenho físico. Ele deriva das palavras gregas *érgon*, que significa trabalho, e *gennan*, que significa produção, e pode ser definido como substância ou artifício utilizado visando a melhora da *performance*. Os suplementos nutricionais ergogênicos mais utilizados atualmente são os repositores glico-hidroeletrolíticos, os hiperproteicos, os aminoácidos de cadeia ramificada (BCAAs) e a creatina. Veremos a seguir suas indicações, vantagens para a *performance* desportiva e os seus principais efeitos colaterais.

Inicialmente é importante ressaltar que uma nutrição adequada é passo fundamental para quem busca um nível ótimo de treinamento e desempenho desportivo. Para garantir um corpo bem nutrido necessitamos de seis nutrientes fundamentais à saúde: a) carboidratos, que atuam como fonte direta e principal de energia; b) proteínas, que participam da formação estrutural das nossas células e que, em alguns momentos durante exercícios, podem ser utilizadas como fonte energética secundária; c) lípidos, que são fonte energética importante para atletas de provas longas e participam da formação dos nossos principais hormônios; d) vitaminas; e) minerais; f) água, importante fator de termorregulação durante os exercícios.



## Suplementos nutricionais e exercício: para quem, quando e como?

**Flávia Pinho Teixeira**  
Especialista em Medicina do Exercício e do Esporte e em Nutrologia Clínica e Desportiva

### Repositores glico-hidroeletrolíticos

São líquidos, em gel ou em pó para diluição que têm variadas concentrações de minerais (sódio, potássio, magnésio e cloreto) e de carboidratos na concentração de 6% a 8%. No caso dos em pó, sua diluição deve respeitar as recomendações do fabricante, pois interfere na digestão e na absorção.

Seus benefícios são: hidratação, reposição dos minerais perdidos pelo suor e oferta de carboidratos para a manutenção do trabalho muscular. Assim evitam o aparecimento de câimbras e fadiga e favorecem o trabalho muscular. Além disso, em provas longas, evitam a hiponatremia decorrente da hiperidratação apenas com água e contribuem para um melhor controle da temperatura corporal.

São indicados para sessões de treinos com mais de uma hora de duração, nos quais a hidratação apenas com água não é capaz de garantir a manutenção da *performance* desportiva. Devemos consumir 150 a 250 ml a cada 15 a 20 minutos de exercício. Não há relatos de efeitos colaterais

O principal benefício do consumo de suplementos nutricionais é aumentar a massa muscular e reparar os danos decorrentes do treinamento desportivo



indesejáveis. Esses produtos são classificados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como alimentos, portanto podem ser comprados livremente sem receita médica.

### Hiperproteicos

Entre os suplementos disponíveis, os hiperproteicos são os mais consumidos. São compostos principalmente por proteínas, mas podem conter também carboidratos e gorduras. As proteínas mais utilizadas são a albumina, derivada da clara do ovo, a proteína isolada da soja, que, apesar da origem vegetal, é considerada completa, além de ser rica em isoflavonas (antioxidantes), e a proteína do soro do leite, conhecida como *whey protein*. Há diversas formas de a indústria de alimentos obter a proteína do soro do leite, sendo a melhor a troca iônica. Os suplementos fabricados com essa técnica compõem-se por proteína isoladamente, sem resíduos de outros nutrientes, sendo chamados de *whey protein isopure* e possuindo apresentação em líquido, pó ou em barra.

Os hiperproteicos são utilizados com o intuito de aumentar a ingestão de proteínas de elevado valor biológico, sem contudo aumentar a ingestão de gorduras saturadas presentes nas carnes animais. São muito úteis como complementos nutricionais em dietas com grande restrição calórica, quando as necessidades proteicas são aumentadas. Ademais, seu uso é indicado a indivíduos vegetarianos que tenham ingestão proteica deficiente.

O principal benefício do seu consumo é aumentar a massa muscular e reparar os danos musculares decorrentes do treinamento desportivo. Para isso devem ser consumidos após os treinos e sempre acompanhados de uma fonte de carboidratos, para otimizar a sua absorção e a utilização muscular. Seu uso em excesso pode gerar incômodos gastrointestinais, como flatulência. São classificados pela ANVISA como alimentos e podem ser livremente adquiridos, porém sua ingestão deve ser orientada por médico ou nutricionista, para evitar sobrecargas à função renal.

### BCAAs

São suplementos com concentrações variadas de três aminoácidos essenciais: valina, leucina e isoleucina. Esses aminoácidos são utilizados pelo

figado para a síntese de proteínas que se depositam preferencialmente nos músculos. Além disso, em exercícios intensos podem ser utilizados como fonte de energia.

Indivíduos que usam BCAA buscam resultados não-comprovados como: a) aumento de massa magra por efeito anticatabólico, ou seja, mediante a oferta desses aminoácidos para o fígado, evitar-se-ia a perda de proteína muscular e se poupariam os músculos; b) oferta de energia para os exercícios realizados, poupando os estoques de glicogênio muscular e aumentando a resistência aos exercícios; c) retardo da fadiga central, elevando a resistência aos exercícios.

Entretanto não há comprovação científica de seus benefícios e seu uso indiscriminado não é recomendado. Pode, porém, ser prescrito de forma individualizada por médico, dependendo da circunstância e dos objetivos individuais. Doses elevadas podem precipitar transtornos gastrointestinais, como diarreias, além de prejudicar a absorção intestinal dos outros aminoácidos provenientes da dieta. São classificados pela ANVISA como medicamentos, portanto é necessária prescrição médica para a sua compra.

## Creatina

Dos recursos ergogênicos conhecidos, a creatina (Cr) é uma das mais estudadas e utilizadas. É formada por três aminoácidos: arginina, glicina e metionina. Normalmente necessitamos em torno de 2 g por dia, sendo 1 g naturalmente produzido no corpo humano e 1 g oriundo facilmente das proteínas animais de uma dieta equilibrada. A creatina é estocada nos músculos e utilizada como fonte de energia para os estímulos musculares de curta duração, repetidos e de alta intensidade. O seu esgotamento é fator limitante para o desempenho em esportes em que tais estímulos sejam frequentes, como em futebol e lutas. A sua suplementação pode elevar em até 20% os seus estoques musculares e, dessa forma, acelerar a recuperação muscular entre os movimentos repetidos, como chutes ou golpes, aumentando a força e, principalmente, a potência (força explosiva) musculares.

A suplementação pode ser feita em diversas doses e em ciclos de cinco a 28 dias. Sua ingestão deve ser sempre acompanhada de um carboidrato para otimizar seu armazenamento nos músculos, e sua absorção é reduzida se con-

sumida junto com cafeína. A suplementação deve ser sempre orientada e acompanhada por médico, sendo vantajosa para grupos restritos de praticantes de esportes e não devendo ser indiscriminadamente utilizada para ganho de massa muscular. A suplementação crônica não é indicada, pois há o risco de intoxicação por seus metabólitos. Seus efeitos colaterais podem ser gastrointestinais, como diarreias, em doses mais elevadas. Ademais, a elevação da creatina muscular é seguida de aumento da retenção de líquidos na musculatura, o que pode ser prejudicial para a flutuação necessária nos esportes aquáticos. Outro efeito indesejável da suplementação é a inibição da produção natural do nosso organismo, já que há quantidade suficiente de creatina no músculo, o que pode ser um problema após o término do uso. Apesar de poder reduzir o volume urinário no início da suplementação, não há comprovação de prejuízo à função renal em indivíduos saudáveis. Entretanto o seu uso é contraindicado a portadores de doenças hepáticas ou renais.

Em resumo, existem diversos relatos de benefícios do uso de suplementos nutricionais como recursos ergogênicos em diferentes modalidades desportivas, mas há também relatos de efeitos colaterais. Além disso, poucos são os estudos que demonstram benefícios inquestionáveis ou que avaliam seu uso por tempo prolongado, portanto devemos ter parcimônia ao utilizar um suplemento nutricional, e o seu uso deve ser sempre orientado por médico ou nutricionista.

## Bibliografia recomendada

1. Diretriz da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. Modificações dietéticas, reposição hídrica, suplementos alimentares e drogas: comprovação de ação ergogênica e potenciais riscos para a saúde. Rev Bras Med Esporte 2003; 9(2).
2. ACSM/ADA/Dieticians of Canada Joint Position Statement. Nutrition and athletic performance. Med Sci Sports Exerc 2000.
3. Biesek S. Estratégias de nutrição e suplementação no esporte. 1. ed. São Paulo: Manole, 2005.
4. Nabholz TV. Nutrição esportiva: aspectos relacionados à suplementação nutricional. 1. ed. São Paulo: Sarvier, 2007.
5. Clark N. Guia de nutrição desportiva: alimentação para uma vida ativa. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2003.



**Carlos Tadashi Kunioka**  
Especialista em Medicina do Exercício e do Esporte; mestre em Ortopedia e Traumatologia; professor assistente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)

**N**as últimas três décadas, a incidência de tendinopatias tem aumentado devido ao incremento da participação nas atividades recreacionais e esportes competitivos. A sobrecarga excessiva e repetitiva leva a problemas crônicos, podendo chegar a até 30% das lesões dos praticantes de corrida e 40% das de cotovelo de tenistas. Lesões nos tendões causam morbidade considerável, e a disfunção do membro afetado pode durar meses, mesmo com a melhor abordagem terapêutica. A ciência básica dos tendões ainda não está completamente esclarecida e a conduta nas lesões tendinosas varia entre os clínicos, não havendo, infelizmente, um consenso para o melhor método.

A etiologia permanece obscura. Tendinopatias têm sido associadas a sobrecarga excessiva, má vascularização, perda de flexibilidade, predisposição genética, fatores metabólicos e, recentemente, uso de quinolonas. Estudos mostram que

**A sobrecarga excessiva e repetitiva leva a problemas crônicos, podendo chegar a até 30% das lesões dos praticantes de corrida e 40% das de cotovelo de tenistas**

# Tendinopatias em atletas: breve análise da etiologia, dos mecanismos e da conduta terapêutica

durante o treinamento físico vigoroso o tendão pode sofrer carga mecânica excessiva, seu estímulo patológico principal. O tendão responde com inflamação da sua bainha ou degeneração do seu corpo, ou ambos. Vários fatores são associados à patogênese, incluindo hipóxia tecidual com consequentes alterações no tendão induzidas por radicais livres e hipertermia induzida pelo exercício. A falha na adaptação à sobrecarga repetitiva nos tendões pode induzir a liberação de citosinas pelos tenócitos, levando à modulação da atividade celular. O aumento dos níveis de citosinas pode induzir a liberação de metaloproteinases (enzimas proteolíticas) com subsequente degradação da matriz extracelular, causando tendinopatia. Lesões tendinosas podem ocorrer mesmo em cargas fisiológicas, quando a frequência de microtraumatismos acumulativos no tendão não permite tempo suficiente para o seu reparo.

A tendinopatia do tendão calcâneo tem sido mais estudada, sendo sua ocorrência atribuída a fatores intrínsecos e extrínsecos. São considerados fatores intrínsecos que contribuem para essa tendinopatia: alterações vasculares, disfunção gastrocnemiossolear, idade, sexo, peso e altura corporais, deformidade como pé cavo e instabilidade lateral do tornozelo. O movimento excessivo do retro pé no plano frontal, levando ao choque do calcanhar em posição mais lateral, com excessiva pronação compensatória, predispõe o tendão-de-aquiles à tendinopatia. O varismo acentuado do antepé é comum em pacientes com tendinopatia calcânea. Mudanças no treinamento físico, deficiências na técnica desportiva,

lesão prévia, calçado desportivo inapropriado e fatores ambientais, como treinamento em superfície dura, escorregadia ou irregular, são exemplos de fatores extrínsecos que predis põem o atleta a tendinopatias.

Devido à imprevisibilidade do resultado do tratamento das tendinopatias, várias estratégias têm sido elaboradas para facilitar a cicatrização do tendão lesado. O uso de modalidades físicas como ondas de choque extracorpóreo pode promover a neovascularização nos tendões e aumentar a angiogênese experimentalmente. O efeito do *laser* leva ao aumento da produção de colágeno e à redução do edema local. O uso de radiofrequência, com redução do volume tecidual, induz aumento da angiogênese e alívio rápido da dor.

As citosinas e os fatores de crescimento têm sido estudados e seus resultados clínicos estão sendo aguardados. O fator beta de crescimento transformador (TGF- $\beta$ ) está associado a cicatrização e fibrose de tecidos. A proteína morfogenética do osso (BMP), os fatores de crescimento derivados de plaquetas (PDGF-B) e a decorina podem promover a cura das tendinopatias, enquanto a citosina fator de crescimento semelhante à insulina (IGF-I) induz a síntese de colágeno nas lesões tendinosas.

A terapia genética, com implantação de material genético nas células levando a modificação da função celular ou mudança no meio ambiente da cicatrização dos tendões, tem sido investigada experimentalmente. Porém seu uso clínico tem sido limitado pelo período maior que oito semanas para manifestação de seus resultados.

A engenharia tecidual para substituir perdas teciduais ou grande área degenerada nos tendões é um campo emergente, contudo o seu uso clínico ainda é limitado. O uso de células mesenquimais nas lesões tem como princípio teórico a capacidade de essas células se diferenciarem em outros tipos de células especializadas. Podem ser coletadas na medula óssea e postas diretamente no sítio da lesão ou serem manipuladas em laboratório, com cultura tecidual, e posteriormente colocadas em um segundo tempo na lesão.

Na prevenção de aderências, que geralmente ocorrem como consequência da cicatrização dos tendões, o uso de barreiras mecânicas como polietileno e silicone, medicações como indometacina e ibuprofeno, hialuronato de sódio e 5-fluorouracil, tem sido relatado em estudos experimentais e clínicos. Porém a aderência continua a ser um sério problema, e o avanço no



entendimento dos mecanismos que levam a sua ocorrência deve possibilitar a formulação de estratégias para a prevenção.

A movimentação e a carga mecânica nos tendões levam a aumento da força tensional, elasticidade, força e diâmetro do tendão. Isso pode ser explicado pelo incremento da síntese de colágeno e da matriz extracelular do tendão. Porém a imobilização prolongada leva a efeitos adversos, como perda da força tensional, atrofia e fragilidade do tendão. Estudos clínicos relatam a movimentação precoce benéfica com menor formação de aderências e aumento da força tensional nas lesões de tendões.

Como o tratamento das tendinopatias apresenta resultados ainda incertos, a elaboração de estratégias para o tratamento das lesões agudas ou crônicas pode aumentar a taxa de sucesso. O tratamento cirúrgico fica reservado para casos específicos, geralmente após seis meses de tratamento clínico e reabilitação sem resolução da dor e da disfunção.

### Bibliografia recomendada

1. Wang J, Iosifidis MI, Fu FH. Biomechanical basis for tendinopathy. *Clin Orth and Rel Res* 2006; 443: 320-32.
2. Sorosky B, Press J, Plastaras C, Rittenberg J. The practical management of Achilles tendinopathy. *Clin J Sport Med* 2004; 14: 40-4.
3. Sharma B, Maffulli N. Tendon injury and tendinopathy: healing and repair. *J Bone Joint Surg* 2005; 87A(1): 187-202.
4. Maffulli N, Kader D. Tendinopathy of tendon achillis. *J Bone Joint Surgery* 2002; 84B: 1-8.



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

## Médico acertou na loteria

**O**rlando Plantulo foi médico do Corinthians por longos anos. Era competente, brincalhão e querido pelos jogadores. Toda semana comprava bilhetes inteiros da Loteria Federal e não mostrava para ninguém para evitar olho-gordo. Num sábado pela manhã, em Recife, saiu sozinho do hotel, foi a uma loteca, comprou o seu bilhete e guardou-o cuidadosamente na sua carteira. René de Toledo, administrador de futebol, por acaso viu a cena do outro

lado da rua. Minutos depois entrou na loteca e pediu ao balconista um pedaço do bilhete que o médico comprara e teve como resposta que o tal médico levou o número 33.477 inteiro. Era só o que precisava saber.

Depois do jogo, a delegação partiu do Recife. Orlando Plantulo e o técnico Aymoré Moreira estavam sentados na fileira atrás de René. Num pequeno pedaço de papel, o administrador escreveu os cinco primeiros prêmios do sorteio daquele sábado, colocando o número 33.477 como primeiro prêmio e combinando com Aymoré a sacanagem que fariam com o médico.

Lá pelas tantas, Aymoré cutucou René e disse: "Sr. René, sabe o que deu na loteria? Deu peru, peguei o resultado no aeroporto, toma", e passou o papelzinho para o técnico.

Orlando disfarçou a curiosidade, mas conseguiu ver o 33.477 logo em cima no papel. Para tirar a dúvida, levantou-se, foi ao banheiro e conferiu o bilhete: era o próprio.

De volta, fingiu dormir e seus pensamentos foram longe. Quando o avião estava chegando a São Paulo, o preparador físico Leonindo Rigo avisou a todos da reapresentação na terça pela manhã e chegou até Plantulo dizendo: "Doutor, voltamos terça às 9 horas". Com ar soberbo, o médico respondeu: "Terça o cacete, só se você me achar nas Bahamas. Sabe onde fica esse paraíso?".

Um pouco ao lado, o presidente do clube Wadih Helu repreendeu Plantulo: "O que é isso, doutor?". E o médico: "É isso mesmo, presidente. Não vou a esse treino nem por um cacete. E depois te passo meu novo endereço".

Na terça-feira, 9 horas, lá estava ele no treino com cara de poucos amigos.

Esta crônica é parte do livro *Causos do esporte*, de autoria do Dr. Osmar de Oliveira, lançado no final de 2008.

# Biofenac

## diclofenaco sódico

As novas apresentações de Biofenac são 10.



Chegou Biofenac 50mg e Biofenac LP 100mg  
em caixas com 10 unidades.

# mirtax<sup>®</sup>

cloridrato de  
ciclobenzaprina

## LIBERDADE PARA O MOVIMENTO E ESTABILIDADE PARA TRATAR A DOR<sup>1</sup>

- Melhora os sintomas da fibromialgia: rigidez muscular, dor e fadiga matinal<sup>1</sup>
- Reduz a dor e a sensibilidade, melhorando a mobilidade nos espasmos musculares<sup>1</sup>



### INDICAÇÕES<sup>2</sup>

Fibromialgias, lombalgias e torcicolos

### POSOLOGIA<sup>2</sup>

10mg a 40mg ao dia, em dose única ou dividida em até 4 tomadas

MIRTAX<sup>®</sup> É A ÚNICA  
CICLOBENZAPRINA  
COM 6 APRESENTAÇÕES:<sup>3</sup>



10 COMPRIMIDOS  
(5mg e 10mg)<sup>2</sup>



15 COMPRIMIDOS  
(5mg e 10mg)<sup>2</sup>



30 COMPRIMIDOS  
(5mg e 10mg)<sup>2</sup>



Referências Bibliográficas: 1) Katz WA, Dube J. Cyclobenzaprine in the treatment of acute muscle spasm: review of a decade of clinical experience. Clin Ther; 10(2):216-28, 1988. 2) Bula do produto: MIRTAX, cloridrato de ciclobenzaprina. MS - 1.0573.0293. 3) Revista Kairos – Set/2008.

**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 QUALQUER DOS COMPONENTES DE SUA FÓRMULA, PACIENTES QUE APRESENTAM BLOQUEIO CARDÍACO, ARRITMIA CARDÍACA, DISTÚRBO DA CONDUÇÃO CARDÍACA, ALTERAÇÃO DE CONDUTA, FALÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA, HIPERTIREOIDISMO E INFARTO DO MIOCÁRDIO. O USO SIMULTÂNEO DE MIRTAX E INIBIDORES DA MONOAMINOXIDASE (IMAO) É CONTRA-INDICADO. **Precauções e Advertências:** MIRTAX DEVE SER UTILIZADO COM CAUTELA EM PACIENTES COM HISTÓRIA DE RETENÇÃO URINÁRIA, GLAUCOMA DE ÂNGULO FECHADO, PRESSÃO INTRA-OCULAR ELEVADA OU NAQUELES EM TRATAMENTO COM MEDICAÇÃO ANTICOLINÉRGICA. PACIENTES COM ANTECEDENTES DE TAQUICARDIA, BEM COMO OS QUE SOFREM DE HIPERTROFIA PROSTÁTICA, NÃO SE RECOMENDA A INGESTÃO DO MEDICAMENTO NOS PACIENTES EM FASE DE RECUPERAÇÃO DO INFARTO DO MIOCÁRDIO, NAS ARRITMIAS CARDÍACAS, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA, BLOQUEIO CARDÍACO OU OUTROS PROBLEMAS DE CONDUÇÃO. A UTILIZAÇÃO DE MIRTAX POR PERÍODOS SUPERIORES A DIAS 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. **ODONTOLOGIA:** OS EFEITOS ANTIMUSCULARES PERIFÉRICOS DA DROGA PODEM INIBIR O FLUXO SALIVAR, CONTRIBUINDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE CÁRIES, DOENÇAS PERIODONTAIS, CANDIDÍASE ORAL E MAL-ESTAR. **CARCINOGENICIDADE, MUTAGENICIDADE E ALTERAÇÕES SOBRE A FERTILIDADE:** OS ESTUDOS EM ANIMAIS COM DOSES DE 5 A 40 VEZES A DOSE RECOMENDADA PARA HUMANOS, NÃO REVELARAM PROPRIEDADES CARCINOGÊNICAS OU MUTAGÊNICAS DA DROGA. **Interações medicamentosas:** A ciclobenzaprina pode aumentar os efeitos do álcool, dos barbitúricos e dos outros depressivos do SNC. Os antidepressivos tricíclicos podem bloquear a ação hipertérmica da quinfidina e de compostos semelhantes. Antidopaminérgicos e antimuscarínicos podem ter aumentada a sua ação, levando a problemas gastrointestinais e à incoerência. 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, SEQUERA DA BOCA, VERTIGEM, FADIGA, DEBILIDADE, ASTENIA, NAUSEAS, CONSTIPAÇÃO, DISPEPSIA, SABOR DESAGRADÁVEL, VISÃO BORROSA, CEFALÉIA, NERVOSSIMO E CONFUSÃO. **CARDIOVASCULARES:** TAQUICARDIA, ARRITMIAS, VASODILATAÇÃO, PALPITAÇÃO, HIPOTENSÃO. **DIGESTIVAS:** VÔMITOS, ANOREXIA, DIARREIA, DOR GASTRINTestinal, GASTRITE, FLATULÊNCIA, EDEMA DE LÍNGUA, ALTERAÇÃO DAS FUNÇÕES HEPÁTICAS, RARAMENTE HEPATITE, 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, INSONIA, DEPRESSÃO, ANSIEDADE, AGITAÇÃO, PARESTESIA, DIPLÓPIA, 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.**  
AVENDE SEMPRE OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

  
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

CPD2275700/CPD3310001

**achē**