

## ESPECIAL

# I Curso Avançado de Medicina do Futebol



**Encontro reúne especialistas e discute a criação da Associação Brasileira dos Médicos do Futebol**

### ARTIGO

Treinamento aeróbico intervalado: uma opção também para cardiopatas

### PALAVRA DO ESPECIALISTA

Tratando e prevenindo a lesão, estimulando a promoção da saúde e o combate ao sedentarismo

# TANDRILAX®

carisoprodo, 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



30  
ANOS  
TANDRILAX®

Pioneirismo com  
qualidade Aché!



Referências Bibliográficas: 1) Certificado de Registro do Produto: 05/10/1979. 2) Bula do Produto: TANDRILAX, cafeína, carisoprodo, 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;80(4B):64-9. 6) PARACETAMOL: Albert KS, Sedman AJ, Wagner JS. Pharmacokinetics of orally administered acetaminophen in man. J Pharmacokin 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, carisoprodo, 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 locais articulares e como coadjuvante em processos inflamatórios graves decorrentes de quadros infecciosos. **CONTRA-INDICAÇÕES:** NOS CASOS DE ÚLCERA PÉPTICA EM ATIVIDADE, HIPERTENSÃO 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. DESCONSE-LHA-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 HEMOGRAMAS E PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA ANTES DO INÍCIO DO TRATAMENTO E, PERIODICAMENTE, A SEGUIR. A DIMINUIÇÃO DA CONTAGEM DE LEUCÓCITOS E/OU PLAQUETAS, OU DO HEMATÓCRITO REQUER A SUSPENSÃO DA MEDICAÇÃO. EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES, A POSSIBILIDADE DE OCORRER RETENÇÃO DE SÓDIO E EDEMA DEVERÁ SER CONSIDERADA. OBSERVANDO-SE REAÇÕES ALÉRGICAS PRURIGINOSAS OU ERITEMATOSAS, FEBRE, 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 lilo ou digoxina, quando administrado concomitantemente com estas preparações. Alguns agentes antiinflamatórios não-esteróides são responsáveis pela inibição da ação de diuréticos da classe da furosemida e pela potenciação de diuréticos poupadores de potássio, sendo necessário o controle periódico dos níveis séricos de potássio. A administração concomitante de glicocorticóides e outros agentes antiinflamatórios não-esteróides pode levar ao agravamento de reações adversas gastrointestinais. A biodisponibilidade do TANDRILAX é alterada pelo ácido acetilsalicílico quando este composto é administrado conjuntamente. 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 ELETROLÍTOS, HEPATITE, PANCREATITE, NEFRITE INTERSTITIAL. FORAM RELATADAS RARAS REAÇÕES ANAFILACTÓIDES URTICARIFORMES OU ASMÁTIFORMES SEM COMO SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON E SÍNDROME DE HELLP, 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 2022502 (A) 01/07

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

# Physikos

## VENCENDO A DOR

### Produção e comercialização



#### Diretores

Silvio Araújo

André Araújo

#### Comercial

Selma Brandespim

Wilson Neglia

Rosângela Santos

Karina Maganhini

Valeska Piva

### Criação e editoração



## Physikos

é uma publicação patrocinada pelo

# achē

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

Toda correspondência deve ser dirigida à:

São Paulo-SP

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

Rio de Janeiro-RJ

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

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

**E** stá pronto o terceiro número do quarto ano da Physikos. A matéria de capa, com o devido destaque, comenta o evento que marca a criação da Associação Brasileira de Médicos do Futebol. Um sonho do Dr. José Runco, uma das nossas lideranças na especialidade, que, com o apoio de vários colegas, torna-se realidade. Parabéns pela iniciativa e votos de total sucesso para as ambiciosas metas da nova associação. Como é de praxe, temos duas matérias médicas. A primeira delas, redigida pela colega Paula Barbosa Baptista Moreira, especialista em Medicina do Exercício e do Esporte e mestra em Cardiologia, estende a utilização do treinamento intervalado, originalmente empregado nos atletas de alto nível, para a prescrição do exercício aeróbico do cardiopata. A seguir, o Dr. Felix Albuquerque Drummond, ex-presidente da Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte (SBME), compartilha os resultados do primeiro ano de funcionamento de sua bem-sucedida experiência na Clínica Pública de Fisioterapia Esportiva de Porto Alegre, sinalizando, em uma linguagem objetiva, as principais lesões que afetam os praticantes de exercícios físicos de natureza não-competitiva.

---

**Dr. Claudio Gil Soares de Araújo**

### ESPECIAL 4

I Curso Avançado de Medicina do Futebol:  
Encontro reúne especialistas e discute a criação da  
Associação Brasileira dos Médicos do Futebol

### ARTIGO 9

Treinamento aeróbico intervalado:  
uma opção também para cardiopatas

### PALAVRA DO ESPECIALISTA 11

Tratando e prevenindo a lesão, estimulando a  
promoção da saúde e o combate ao sedentarismo

### NOTA 14

Especialização em Medicina do Exercício e do Esporte



# I Curso Avançado de Medicina do Futebol

## Encontro reúne especialistas e discute a criação da Associação Brasileira dos Médicos do Futebol

**Texto:**  
**Aline Gomes**

**U**ma parceria entre o Laboratório Aché e a Confederação Brasileira de Futebol (CBF), por meio da Escola Brasileira de Futebol (EBF), promoveu, nos dias 4 e 5 de abril último, na Granja Comary, em Teresópolis, região serrana do Rio de Janeiro, o I Curso Avançado de Medicina do Futebol. O evento reuniu 37 médicos de clubes das séries A e B do futebol brasileiro que, além de trocarem experiências, deram o pontapé inicial para a formação da Associação Brasileira dos Médicos de Futebol, primeira da América do Sul. Idealizador do projeto de criação da nova entidade, o médico da Seleção Brasileira de Futebol, José Luiz Runco, definiu a associação como um caminho para

engrandecer os conceitos da medicina desportiva. “Essa iniciativa é para os jovens e pelos muitos que sonharam e não conseguiram”, afirmou. A Associação Brasileira de Médicos de Futebol nasce com o objetivo de normatizar as condutas dos profissionais dentro dos clubes e como forma de valorizar o departamento médico das instituições ante as várias administrações e seus dirigentes. Além disso, a associação tem como objetivo a criação de protocolos de procedimento para lesões comuns na atividade. O encontro foi o primeiro evento médico promovido pela EBF para atualização dos profissionais que trabalham com futebol. De acordo com o secretário-geral da CBF, Marco Antônio Teixeira,

uma vontade política crescente que se concretizou. “Essa é a oportunidade para os médicos discutirem a recuperação dos atletas e a prevenção de acidentes. A medicina do futebol brasileiro é respeitada em todo o mundo”, reconhece.

“O Aché apoia a associação, porque acredita na troca de experiências e na união dos médicos de futebol. Como empresa 100% brasileira, ajudamos a proporcionar essa interação para o desenvolvimento do esporte brasileiro”, disse Sérgio Ricardo Cunha, gerente de produto da área de *marketing* da empresa. Para o laboratório, estar cada vez mais perto do futebol, esporte de grande representatividade no país, é garantia de uma parceria de sucesso.

A iniciativa foi elogiada também pelos participantes internacionais. Gustavo Liotta, médico do Boca Juniors, destacou a importância do encontro e da instituição. “Essa iniciativa é importante por possibilitar o encontro de médicos das séries A e B, o que é estrategicamente difícil. E também porque o Brasil é o primeiro país sul-americano a ter uma associação com essa. Poderemos fazer algo semelhante na Argentina”, inspirou-se. Para Liotta, a associação é um avanço para o futebol mundial e uma segurança a mais para o jogador, profissional ou amador.

Já Carlos Montes, médico da Seleção Chilena de Futebol, destacou a unificação de critérios como ponto fundamental da nova instituição. “A medicina é uma ciência com muitas especificidades e, também por isso, é difícil conhecer tudo. Em encontros como esse, os médicos se conhecem e trocam informações e experiências. A ciência do esporte beneficia o atleta e torna mais humana a prática esportiva”, disse.

O passo inicial para a criação da associação foi dado no segundo dia de atividades, quando foram apresentados os aspectos burocráticos e legais da nova instituição. O primeiro dia de programação foi ocupado com apresentações científicas e um fórum de discussão sobre os casos relatados, incluindo intervenções cirúrgicas em atletas consagrados. Entre os temas abordados, destaque para “Concussão cerebral”, apresentado pelo chefe do Serviço de Neurocirurgia do Hospital dos Servidores do Estado (HSE), José Carlos Lynch; “Nutrição ideal do futebolista”, exposto pela nutricionista do Flamengo e da Seleção Brasileira Silvia Ferreira; e “Lesões de tornozelo”, trazido pelo especialista em medicina esportiva Paulo Lobo.



Idealizador do projeto de criação da nova entidade, o médico José Luiz Runco define a associação como um caminho para engrandecer os conceitos da medicina desportiva. “Essa iniciativa é para os jovens e pelos muitos que sonharam e não conseguiram”.

## Médicos de clubes brasileiros falam sobre a nova entidade. Confira!



“Quando há troca de opinião e experiência, a prevenção e a atuação terapêutica são solidificadas. O desafio da medicina do futebol é conscientizar de que a prática de exercícios competitivos precisa de avaliação médica para ser exercida com tranquilidade. Os clubes precisam investir no seu patrimônio, que é o atleta.”

**Serafim Borges,**  
médico do Flamengo e da CBF



“Lutamos há muitos anos para a associação acontecer. Ela é importante, porque a categoria é muito fragmentada e os recursos dos clubes, muito variáveis. A barreira econômica pode ser amenizada com essa troca de experiência. O São Paulo tem muita preocupação com o departamento médico, porque sabe que o resultado final é bom para o atleta. Precisamos sensibilizar os dirigentes.”

**José Sanchez,**  
médico do São Paulo

“É difícil, para o médico, administrar a pressão da mídia e dos dirigentes no tratamento do jogador, porque existe o sentimento de torcedor. A associação vai ajudar na parte científica da medicina do esporte.”

**Joaquim Grava,**  
médico do Corinthians



“Essa união mostra a democracia do futebol. Esse pontapé para a associação trará mais representatividade para os médicos no clube, que precisa montar uma equipe multidisciplinar. A associação vai criar um vínculo de educação continuada na área de pesquisa.”

**Paulo Lobo,**  
médico do Brasiense

“Fico feliz de dividir esse conhecimento específico. Com os médicos reunidos, é possível aprender e ensinar. É mais segurança para o médico e para o atleta, já que a associação vai coletar dados sobre diferentes tipos de lesão. Em 10 anos, teremos informações específicas com conclusões claras.”

**José Carlos Lynch,**  
chefe da neurocirurgia do Hospital dos Servidores do Estado e  
médico da rede D’Or



## Entrevista com Dr. José Luiz Runco

Um sonho acalentado por 40 anos. Assim o Dr. José Luiz Runco, médico da Seleção Brasileira de Futebol e do Clube de Regatas do Flamengo (CRF), definiu sua expectativa pela criação da Associação Brasileira dos Médicos do Futebol. Na entrevista a seguir, o Dr. Runco nos fala da associação e do I Curso Avançado de Medicina do Futebol.

**Physikos** – Quais foram os objetivos do I Curso Avançado de Medicina do Futebol?

**Dr. José Luiz Runco** – O objetivo foi a troca de informação e experiências para o fortalecimento dos médicos que militam no desporto mais popular do país e lidam com pacientes difíceis.

**Physikos** – Como surgiu a ideia da associação?

**Dr. José Luiz Runco** – A ideia é um sonho meu e já tem 40 anos. Felizmente estamos conseguindo colocar em prática. A Escola Brasileira de Futebol (EBF), braço da Confederação Brasileira de Futebol (CBF) voltado para os aspectos científicos do esporte, possibilitou que a ideia tomasse forma. A CBF abriu espaço, e esse era o impulso que faltava.

**Physikos** – Qual será o papel dessa instituição?

**Dr. José Luiz Runco** – A associação vai ampliar conhecimentos e normatizar a conduta médica e os medicamentos a serem usados, além de disponibilizar a ficha de admissão do atleta, que vai informar sobre lesões. Para o futuro, pretendemos regionalizar a associação. No Brasil, temos qualidade. Quero alavancar os profissionais sérios para dividir com eles a minha trajetória. Aqui deixaremos de lado a rivalidade.

**Physikos** – E quais são os benefícios para os atletas?

**Dr. José Luiz Runco** – Esse trabalho é para a classe médica do futebol. A saúde do atleta é o final da rota. Vamos servir de exemplo para outras modalidades esportivas.

**Physikos** – Quais são os desafios de hoje para a medicina no futebol?



**Dr. José Luiz Runco** – Em primeiro lugar, a credibilidade e, em segundo, a postura. Esses fatores ajudarão a administrar as pressões. Os clubes precisam aceitar a formação de um departamento médico com sólido desquite. O médico e o dirigente é que assinam a contratação do atleta. Precisam valorizar. Antigamente o médico de futebol era amigo do presidente do clube, torcedor, trabalhava no clube como 'bico'. Hoje necessitamos regulamentar uma equipe multidisciplinar.

**Physikos** – O que falta para a medicina do futebol crescer ainda mais?

**Dr. José Luiz Runco** – Falta unificar e expor visibilidade e fortalecimento. A união desses profissionais mostrará o profissionalismo.

# 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>



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. Osteoarthritis: 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 AFEÇÃO 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 SUSPENSADA 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 INTERRUPÇÃO 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

MATERIAL TÉCNICO - CIENTÍFICO EXCLUSIVO A CLASSE MÉDICA.

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

**achē**

# Treinamento aeróbico intervalado: uma opção também para cardiopatas

O treinamento intervalado (TI) é frequentemente utilizado na prática desportiva, com a principal vantagem de oferecer a possibilidade de aumentar expressivamente o volume da carga treinada e, assim, intensificar a ação do treinamento sobre o organismo sem o aumento de efeitos negativos. Na prática da reabilitação cardíaca, situação em que os pacientes costumam acumular múltiplas comorbidades, como dislipidemia e obesidade, o seu uso pode facilitar o planejamento da recuperação de sua capacidade funcional para um retorno mais rápido para a vida produtiva. O TI caracteriza-se por curtos períodos de trabalho (exercício em alta intensidade), chamados de intervalos-trabalho, alternados com períodos de recuperação (exercício de leve intensidade ou nenhum exercício), chamados de intervalos-recuperação, que são repetidos em seqüências dentro de uma mesma série de exercícios. O racional dessa metodologia é que os períodos de recuperação sirvam de base para se conseguir a realização dos curtos períodos em alta intensidade de exercício, os quais não seriam possíveis se o exercício fosse do tipo contínuo (*steady-state*). Na literatura, um dos autores que mais contribuiu para o entendimento e a aplicação do TI em cardiopatas foi a Dra. Katharina Meyer. Seus estudos evidenciaram aumento em média de 24% no limiar ventilatório e de 20% no volume de oxigênio ( $VO_2$ ) pico com apenas três semanas de TI em cicloergômetro, um aumento similar ao



encontrado por outros que usam a metodologia contínua em um período mais longo de treinamento. Além disso, apesar de a carga total ser marcadamente maior no TI em comparação com o treinamento contínuo, o estresse cardiovascular, a percepção subjetiva de esforço e o nível de catecolaminas circulantes foram menores no modelo intervalado, enquanto somente o nível de lactato foi maior, indicando intenso estresse periférico. Em adendo, o ganho na fração de ejeção do ventrículo esquerdo (VE) foi similar nas duas estratégias de treinamento.

**Paula Barbosa Baptista Moreira**  
Mestra em Cardiologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF); especialista em Medicina do Esporte pela Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e Associação Médica Brasileira (SBME/AMB)



Mas como podemos fazê-lo na prática? Em primeiro lugar, não devemos esquecer que as variáveis relacionadas com o exercício (intensidade, duração, frequência e tipo) devem interagir adequadamente. No TI, o fundamental é manter duração do intervalo-trabalho inversamente proporcional à intensidade (estímulos mais intensos = curto intervalo de tempo) e enfatizar o desenvolvimento da condição. A intensidade a ser utilizada no intervalo-trabalho pode ser baseada nos percentuais comumente utilizados para a prescrição aeróbica (porcentagem da frequência cardíaca [FC], porcentagem do  $VO_2$  pico, porcentagem dos limiares ventilatórios) ou ainda pelo modelo proposto pela Dra. Meyer, que consiste em utilizar um percentual do *maximum short-term exercise capacity* (MSEC). O MSEC pode ser conseguido por meio da realização do *steep ramp test*. Esse teste é realizado em ciclo ergômetro com os três primeiros minutos sem carga e, a partir de então, 25 w a cada 10 segundos até a exaustão máxima. A carga máxima alcançada é chamada de MSEC, e um percentual dela pode servir para a prescrição.

A eficácia do treinamento intervalado depende da escolha correta entre os intervalos de trabalho e a recuperação. Como recomendação no cicloergômetro, podemos manter as relações 30/60, 15/60, 10/60, para intervalos-trabalho e recuperação, respectivamente, lembrando que a intensidade e a duração devem estar inversamente relacionadas. Recomenda-se também que nos três primeiros ciclos de intervalo-trabalho a carga seja paulatinamente incrementada até que no quarto intervalo-trabalho se obtenha a carga preconizada. Para treinamento em esteira rolante, sugere-se manter relação de 60/60, podendo a intensidade ser ajustada para a FC tolerada pelo paciente durante o treinamento intervalado do cicloergômetro.

Em termos de duração e frequência, podemos utilizar as recomendações gerais

existentes para o treinamento aeróbico de cardiopatas, assim, inicialmente, a condição clínica e a capacidade funcional atual podem nos guiar. Então, para aqueles em que a tolerância ao exercício esteja gravemente comprometida (< 3 METs), podem-se utilizar sessões com duração de cinco a 10 minutos diariamente; naqueles em que a capacidade funcional esteja entre três e cinco METs, uma a duas sessões por dia de 15 minutos; e para os que possuem mais de cinco METs, 20 a 30 minutos, três a cinco vezes por semana. O treinamento deve ser gradualmente aumentado, respeitando-se os sinais de adaptação individual.

Finalizando, o TI em cardiopatas, se prescrito adequadamente, permitirá uma adaptação mais fácil da musculatura esquelética para suportar treinamento contínuo de mais intensidade, de forma mais gradativa e mais assimilável. Além disso, quebrará a monotonia do treinamento, podendo ser um forte coadjuvante na perspectiva de perda de massa gordurosa pelo maior dispêndio calórico total gerado numa sessão de exercícios e pela elevação proporcionalmente maior do metabolismo basal que ocorre nas horas seguintes à realização da sessão de TI.

### Bibliografia recomendada

1. Wisloff U, Stoylen A, Loennechen J, et al. Superior cardiovascular effect of aerobic interval training versus moderate continuous training in heart failure patients. *Circulation* 2007; 115: 3086-94.
2. Meyer K, Schwaibold M, Westbrook S, et al. Effects of short-term exercise training and activity restriction on functional capacity in patients with severe chronic congestive heart failure. *Am J Cardiol* 1996; 78: 1017-22.
3. Meyer K, Lehmann M, Sünder G, et al. Interval versus continuous exercise training after coronary bypass surgery: a comparison of training-induced acute reactions with respect to effectivity of exercise methods. *Clin Cardiol* 1990; 13: 851-9.
4. Meyer K. Exercise training in heart failure: recommendations based on current research. *Med Sci Sports Exerc* 2001; 33: 525-31.
5. Meyer K., Foster C., Georgakopoulos, et al. Comparison of left ventricular function during interval versus steady-state exercise training in patients with chronic congestive heart failure. *Am J Cardiol* 1998; 82: 1382-7.



**Felix Albuquerque Drummond**  
Especialista em Medicina do Exercício e Esporte; diretor médico do Centro Integrado de Medicina do Exercício (CIME) do Hospital Mãe de Deus de Porto Alegre (RS); coordenador do curso de especialização em Medicina e Ciências do Exercício e Esporte

**COAUTORES**  
**Patrícia Lahiguera, Daniel Carrasco, Giovanni Michielon, Clarice Rocha, Ft. Mauro Matos e Ed Níger Nabarro**  
Fisioterapeutas

**Rafael Alves, Daiane Oakes e Daniele Jacobsen e Fernanda Costa**  
Estagiários de fisioterapia

# Tratando e prevenindo a lesão, estimulando a promoção da saúde e o combate ao sedentarismo

**A**s doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de mortalidade e morbidade no mundo moderno, inclusive no Brasil, acarretando um elevado custo humano, social e econômico para a sociedade. Os dados referentes ao Rio Grande do Sul (RS) e a Porto Alegre (**Tabela 1**) são concordantes em relação às principais causas de mortalidade e morbidade. As DCV estão associadas aos fatores de risco coronarianos (FR), sendo os principais idade, sexo, história familiar positiva para doença arterial coronariana (DAC), dislipidemia, diabetes, hipertensão arterial (HTA), tabagismo, obesidade, sedentarismo e estresse.

Os custos humanos, sociais e econômicos são bastante elevados em consequência da morbidade relacionada com a DCV. A taxa de incapacidade nos portadores de DAC chega a ser duas vezes maior, tanto em homens como em mulheres acima de 50 anos. A incapacidade é definida como a diminuição para executar atividades de vida diária e está associada a baixo nível de aptidão aeróbica, predisposição elevada para depressão e diminuição da força muscular. Por outro lado, a reabilitação cardíaca com ênfase na prescrição de

exercícios físicos tem resultado em uma diminuição da morbidade e mortalidade cardiovascular. A taxa de incapacidade aumenta os custos do sistema de saúde em geral, público ou privado, e a participação nesses programas diminui consideravelmente esses custos, além, é claro, de gerar benefícios relacionados com as condições clínica e psicológica.

## Exercício físico e doenças degenerativas traumatológicas

A osteoartrose (OA) é a forma mais comum das artroses, causando dor significativa e deficiência funcional. Fatores de risco são idade avançada, sexo feminino, predisposição genética, obesidade e doenças articulares.

A OA do joelho é uma questão importante de saúde pública, sendo a principal causa de incapacidade funcional nos mais idosos, comprometendo a qualidade de vida. Apenas 24% dos portadores de OA têm nível de atividade física suficiente, enquanto 76% são sedentários ou insuficientemente ativos. A OA é um grande fator limitante da atividade, tanto quanto as doenças

Tabela 1

Mortalidade em Porto Alegre (RS) por causa <i>mortis</i>					
Ano	DAC	DAR	DAC + DAR	NEO	Total 3 Maiores Causas
	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho respiratório		Neoplastias (Tumores)	
2000	33.1%	10.6%	43.7%	21.6%	65.3%
2001	32.4%	10.7%	43.1%	22.1%	65.2%
2002	32.0%	10.0%	42.0%	21.8%	63.8%
2003	31.3%	10.1%	41.4%	22.4%	63.8%
2004	28.3%	10.1%	38.4%	22.5%	60.9%
2005	29.4%	9.4%	38.8%	23.3%	62.1%

Fonte: SIM/CGVS/SMS/PMPA

do coração, hipertensão ou diabetes. Estudos sobre saúde cardiovascular mostram condição aeróbica 30% menor em portadores de OA. A incidência de artrose de joelhos é maior em pacientes com atrofia do quadríceps. Os exercícios diminuem a incapacidade, dor, ansiedade e depressão e aumentam as capacidades cardiovascular (25% a 30%) e muscular (força e resistência), com melhora na marcha e na velocidade de caminhada.

### Lombalgia

A lombalgia é a principal causa de absenteísmo e incapacidade em países desenvolvidos. Cerca de 10% a 20% dos doentes são crônicos, utilizam grande parte dos recursos para o tratamento e têm baixa taxa de sucesso. Indivíduos submetidos a exercícios tiveram melhora importante, quanto à dor e incapacidade, quando comparados com o grupo que recebeu massagem como intervenção. Os resultados de diversos estudos feitos nos últimos 10 anos mostram que os exercícios regulares trazem a redução das dores e melhoram a capacidade funcional em sujeitos com lombalgia aguda e crônica.

A lombalgia é a principal causa de absenteísmo e incapacidade em países desenvolvidos. Cerca de 10% a 20% dos doentes são crônicos e utilizam grande parte dos recursos para o tratamento

Um modelo assistencial promotor da saúde, preventivo, focado na saúde global das pessoas, apoiado na interdisciplinaridade dos diferentes profissionais da saúde, é um conceito moderno e atual de saúde pública. Os dados da literatura comprovam a importância da prática regular de exercícios físicos no controle e combate às doenças crônico-degenerativas e traumáticas, diminuindo a morbimortalidade e a incapacidade, assim como demonstram uma excelente relação custo-benefício, desafogando economicamente o sistema de saúde. Por outro lado, a atuação da medicina e fisioterapia esportiva é uma oportunidade conjunta no tratamento e na prevenção de praticantes de exercícios e esportes, recuperando o mais rapidamente possível a funcionalidade das pessoas, além de possibilitar o atendimento para reabilitação de lesões esportivas. Manter esse público fisicamente ativo estimula a prevenção das doenças crônico-degenerativas e a promoção da saúde. Sendo assim, a clínica pública de fisioterapia esportiva tem como objetivo a inclusão social, ajudando as pessoas a retornarem à prática esportiva, promovendo a qualidade de vida.

### Resultados em um ano de funcionamento da clínica

A Clínica Pública de Fisioterapia Esportiva foi criada no âmbito da Secretaria Municipal de Esporte, Recreação e Lazer (SME) da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA), com o objetivo de prevenir e tratar as lesões e, assim, manter os usuários cadastrados nas atividades esportivas, recreativas

e sociais da SME mais tempo possível na prática regular de exercícios e esportes.

A clínica tem uma estrutura simples, porém bem aparelhada, com uma equipe qualificada e motivada, e conta com a parceria do Hospital Mãe de Deus e do Centro Universitário Metodista IPA, ambos de Porto Alegre. A clínica tem demonstrado capacidade resolutive e o potencial de otimizar a saúde da população com menos recursos e com dificuldade de acesso ao tratamento. O público atendido na clínica participa de várias modalidades de exercícios e esportes, compreendendo todas as faixas etárias. Além do tratamento das lesões, busca-se o pronto restabelecimento funcional, combatendo o sedentarismo, evitando as doenças e seus custos social e econômico, de forma a enfatizar a promoção da saúde.

A saúde pública de Porto Alegre tem se caracterizado pela interdisciplinaridade, o que permite uma maior ênfase sobre a garantia do direito à saúde como atributo fundamental de cidadania. A possibilidade de acesso de uma comunidade às modalidades terapêuticas desenvolvidas na atenção à saúde, ou seja, a recuperação e o retorno à prática desportiva e/ou o aumento da qualidade de vida são objetivos da Clínica Pública de Fisioterapia Esportiva da PMPA.

Em um ano de funcionamento, foram atendidos 259 pacientes, 116 do sexo feminino (44,8%) e 143 do sexo masculino (55,2%). Desses, 95 estão em atendimento, e 90 receberam alta do tratamento. Os demais avaliados não necessitaram de atendimento fisioterapêutico ou abandonaram o tratamento. Foram realizadas 622 avaliações médicas e 4909 atendimentos fisioterapêuticos.

Ao todo, são 20 modalidades esportivas. As principais são futebol (20,2%), dança (12,9%), alongamento (10,1%), musculação (9,5%) e câmbio (8,3%). A média de idade é de 53,76 anos. Na

**Figura 1**, a classificação por faixa etária:

As regiões acometidas foram: membros superiores (27,9%), membros inferiores (51,3%) e coluna (20,8%). As lesões de maior prevalência foram as tendinopatias, algias de coluna e estiramentos musculares. Na

**Figura 2**, os principais diagnósticos:

Nesse período, 90 pacientes receberam alta do serviço de fisioterapia, sendo 52 do sexo feminino (57,7%) e 38 do sexo masculino (42,3%). A média de atendimentos até a alta foi de 24,9(±15,41). Desses, 23,3% receberam alta até a décima sessão, 31,1%, entre a décima primeira e a vigésima, 16,7%, entre a vigésima

## A saúde pública de Porto Alegre se caracteriza pela interdisciplinaridade, o que permite a garantia do direito à saúde como atributo fundamental de cidadania

primeira e trigésima, 16,7%, entre a trigésima e a quadragésima e 12,2%, entre a quadragésima e a sexagésima sessão. A média de idade dos pacientes com alta foi de 56,1 anos (±17,17). O nível de satisfação "ótimo" atingiu 79,6% e "muito bom", 18,1%, perfazendo 97,6% de satisfação geral. O melhor índice de satisfação ocorreu no quesito referente à qualidade do atendimento prestado pelo médico (91,1% "ótimo"), enquanto o índice menor ocorreu na sensação ao final do tratamento em relação ao início (61,1% "ótimo"). Três questões atingiram 100% de "ótimo" e "muito bom": o atendimento prestado pela recepção e pelo médico e a qualidade da informação sobre o tratamento. Todos os itens atingiram mais de 90% quando

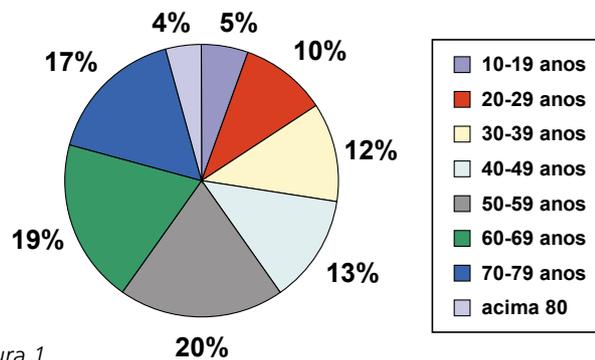


Figura 1

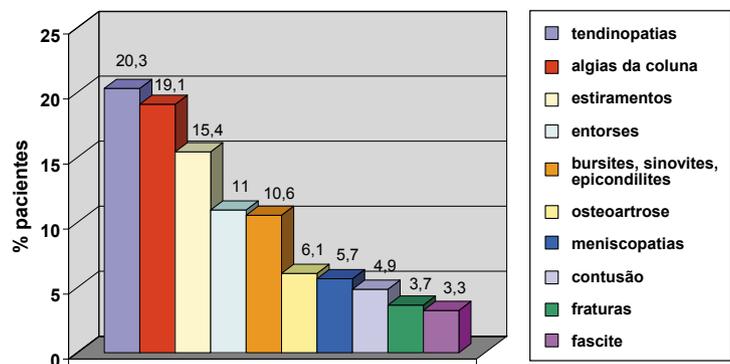


Figura 2

## Palavra do especialista

associados a “ótimo” e “muito bom”, justificando o índice de satisfação geral.

Abaixo, os resultados do questionário de satisfação dos pacientes:

Em resumo, foi observada maior incidência de lesões no sexo masculino, com predomínio na faixa etária de 60-69 anos. Apesar de as algias de coluna serem uma das principais queixas (19,1%), os membros inferiores foram

os mais acometidos (51,3%), com maior prevalência de tendinopatias. Observou-se um maior número de lesões nas modalidades de futebol, alongamento e dança. A maioria dos pacientes (54,5%) recebeu alta até a vigésima sessão. A média das sessões de fisioterapia até a alta foi de 24,9. Constatou-se, assim, um nível elevado de satisfação em relação ao atendimento realizado na Clínica Pública de Fisioterapia Esportiva.

Tabela 2

Questionário de satisfação dos pacientes					
	Ótimo (%)	Muito bom (%)	Bom (%)	Regular (%)	Ruim
Qualidade no atendimento prestado pela recepção	86,7	13,3			
Qualidade no atendimento prestado pelo médico	91,1	8,9			
Qualidade no atendimento prestado pela fisioterapia	86,7	12,2			
Pontualidade no atendimento médico	86,7	12,2	1,1		
Pontualidade no atendimento fisioterapêutico	80,0	17,8			
Qualidade da informação que você recebeu sobre o seu tratamento	75,6	21,1			
Indique seu nível de satisfação quanto à limpeza de banheiros, recepção e salas de atendimento da Clínica Pública de Fisioterapia	68,9	27,8			
Como você se sente ao final do tratamento em comparação com o início?	61,1	31,1	6,7	1,1	
<b>Total</b>	<b>79,6</b>	<b>18,1</b>	<b>3,9</b>	<b>1,1</b>	

Fonte: SIM/CGVS/SMS/PMPA

## Nota

### Especialização em Medicina do Exercício e do Esporte



Estão abertas as inscrições para os médicos interessados em participar da 13ª turma do curso de especialização em Medicina do Exercício e do Esporte na Universidade Estácio de Sá/Clínica de Medicina do Exercício (UNESA/CLINIMEX).

O objetivo do curso é preparar médicos para o uso clínico do exercício físico na promoção da saúde, na prevenção, no diagnóstico, prognóstico e tratamento de doenças e no aprimoramento do desempenho desportivo.

As atividades serão desenvolvidas entre 7 de agosto e 12 de dezembro de 2009, com aulas presenciais às sextas (noite) e aos sábados (manhã e tarde) no auditório da CLINIMEX, localizado na Rua Siqueira Campos, 93 – Rio de Janeiro.

O curso tem a coordenação geral do Dr. Claudio Gil Araújo, enquanto a parte prática é coordenada pela Dra. Claudia Lucia Castro e pelo Dr. João Felipe Franca.

**Para mais informações, entre em contato com a CLINIMEX no telefone (21) 2256-7183 ou pelo site [www.clinimex.com.br](http://www.clinimex.com.br).**

# 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 CARCINOGENICAS OU MUTAGENICAS DA DROGA. **Interações medicamentosas:** A ciclobenzaprina pode aumentar os efeitos do álcool, dos barbitúricos e dos outros depressores do SNC. Os antidepressivos tricíclicos podem bloquear a ação hipotérmica da guanidina 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 GASTROINTESTINAL, 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, 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.**  
**AVERSISTEMER 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

CPD225700/CPD3310001

**achē**

