

ano 3 ■ número 4

Physikos

VENCENDO A DOR

VIDA DE ATLETA

Maurren Maggi

O salto da esperança



Agência O GLOBO

PALAVRA DO ESPECIALISTA

Exercício físico e câncer de próstata

ARTIGO

Organização médica de eventos desportivos

PONTO DE VISTA

Saudade dos apelidos

achē
É do Brasil



NISULID[®] dispersível nimesulida

Mais de 20 anos de Equilíbrio* com Eficácia^{1,2,8}

Eficácia antitérmica
e segurança
comparada ao paracetamol.^{3,4}

Melhora a
resposta clínica
do tratamento
com antibiótico.⁷

Age sobre
os vários
mediadores
da dor e da
inflamação.^{1,2}

A nimesulida
reduziu
significativamente
sinais e sintomas em
doenças ORL.^{5,6}

Controle multifatorial da inflamação^{1,2}

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: NISULID, nimesulida, MS – 1.0573.0301. **INDICAÇÕES:** NISULID condições clínicas que requeiram atividade anti-inflamatória, analgésica e antipirética. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à nimesulida ou a qualquer outro componente do medicamento; história de hipersensibilidade ao ácido acetilsalicílico ou a outros AINES. Pacientes com úlcera péptica em fase ativa, ulcerações recorrentes ou com hemorragia gastrointestinal; paciente com distúrbios de coagulação grave; pacientes com insuficiência cardíaca grave; pacientes com disfunção renal grave; pacientes com disfunção hepática; crianças menores de 12 anos. A nimesulida não deve ser administrada durante a gravidez ou em mulheres que estejam amamentando. **POSOLOGIA: USO PARA ADULTOS E CRIANÇAS ACIMA DE 12 ANOS. Comprimidos:** 50 - 100 mg (1/2 a 1 comprimido tomado com 1/2 copo de água) duas vezes ao dia, podendo alcançar até 200 mg duas vezes ao dia. A administração é por via oral. **Comprimidos dispersíveis:** 100 mg (1 comprimido) duas vezes ao dia, podendo alcançar até 200 mg duas vezes ao dia. Dissolver o comprimido em 1/2 copo de água (100 mL) ou, se preferir, o comprimido poderá ser deglutido inteiro, sem a necessidade de dissolução prévia. A administração é por via oral. **Granulado:** 50 a 100 mg (1/2 a 1 envelope dissolvido em um pouco de água ou suco) duas vezes ao dia, podendo alcançar até 200 mg duas vezes ao dia. A administração é por via oral. **Supositórios:** 1 supositório de 100 mg duas vezes ao dia, podendo alcançar até 200 mg (2 supositórios de 100 mg) duas vezes ao dia. Aplicar o supositório por via retal. **Gotas:** aplicar 1 gota (2,5 mg) por kg de peso, duas vezes ao dia, diretamente na boca da criança ou se preferir diluída em um pouco de água açucarada. Lembramos que cada gota contém 2,5 mg de nimesulida e cada mL de NISULID[®] contém 50 mg de nimesulida. Cada mL do produto contém 20 gotas. **Suspensão:** a posologia recomendada é de 5 mg/kg/dia - fracionada a critério médico em duas administrações. Agitar antes de usar. Colocar a dose recomendada no copo-medida que acompanha o produto e pedir para a criança tomar pela boca. Lembramos que 1 mL da suspensão contém 10 mg de nimesulida. **Casos Especiais: Pacientes com insuficiência da função renal:** não há necessidade de ajuste de dose em pacientes com insuficiência renal moderada. Em casos de insuficiência renal grave o medicamento é contra-indicado. **Pacientes com insuficiência hepática:** contra-indicado em pacientes com insuficiência hepática. **ADVERTÊNCIAS:** Raramente nimesulida foi relatada estar associada com reações hepáticas sérias, incluindo casos fatais. Pacientes que apresentarem sintomas compatíveis com dano hepático durante o tratamento com nimesulida (por exemplo, anorexia, náusea, vômitos, dor abdominal, fadiga, urina escura ou icterícia) devem ser cuidadosamente monitorados. A administração concomitante com drogas hepatotóxicas conhecidas e abuso de álcool, devem ser evitados durante o tratamento com nimesulida. Pacientes que apresentarem testes de função hepática anormais devem descontinuar o tratamento e não devem reiniciar o tratamento com a nimesulida. **Em raras situações, onde ulcerações ou sangramentos gastrintestinais ocorrem em pacientes tratados com nimesulida, o medicamento deve ser suspenso. Em pacientes com insuficiência renal ou cardíaca, cuidado é requerido, pois o uso de AINES pode resultar em deterioração da função renal. Pacientes idosos são particularmente sensíveis às reações adversas dos AINES, incluindo hemorragia e perfuração gastrintestinal, dano das funções renal, cardíaca e hepática. O uso prolongado de AINES em idosos não é recomendado. A nimesulida deve ser usada com atenção em pacientes com história de ulceração péptica ou inflamações intestinais. Como os AINES podem interferir na função plaquetária, eles devem ser usados com cuidado em pacientes com hemorragia intracraniana e alterações da coagulação, como por exemplo, hemofilia e predisposição a sangramento. As drogas anti-inflamatórias não-esteroidais podem mascarar a febre relacionada a uma infecção bacteriana subjacente. Com relação ao uso da nimesulida em crianças, foram relatadas algumas reações graves, incluindo raros casos compatíveis com síndrome de Reye. O uso concomitante de outros anti-inflamatórios não-esteroidais durante a terapia com nimesulida não é recomendado. Como os outros anti-inflamatórios não-esteroidais, a nimesulida deve ser usada com cuidado em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão, prejuízo da função renal ou depleção do volume extracelular, que são altamente suscetíveis a uma redução no fluxo sanguíneo renal. Por ser a eliminação do fármaco predominantemente renal, o produto deve ser administrado com cuidado a pacientes com prejuízo da função hepática ou renal. Em pacientes com clearance de creatinina de 30-80 mL/min, não há necessidade de ajuste de dose. Em caso de disfunção renal grave o medicamento é contra-indicado. Em pacientes com história de perturbações oculares devido a outros AINES, o tratamento deve ser suspenso e realizado exames oftalmológicos caso ocorram distúrbios visuais durante o uso da nimesulida. Pacientes com asma toleram bem a nimesulida, mas a possibilidade de precipitação de broncoespasmo não pode ser inteiramente excluída. Os riscos de uso por via de administração não-recomendada são: a não-obtenção do efeito desejado e ocorrência de reações adversas. Categoria de risco de gravidez C: este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. Atenção diabéticos: contém açúcar (nas apresentações da suspensão oral (300 mg/ml), granulado (1,774 g por envelope) e gotas (300 mg/ml)). **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** A potencial interação com glibenclamida, teofilina, varfarina, digoxina, cimetidina e uma preparação antiácida (ou seja, uma combinação de hidróxido de magnésio e alumínio) foram estudadas *in vivo*. Nenhuma interação clínica significante foi observada. A nimesulida pode antagonizar os efeitos dos diuréticos e em particular bloquear o aumento da atividade da renina plasmática induzida pela furosemida. O uso concomitante de furosemida e nimesulida requer cautela em pacientes renais ou cardíacos suscetíveis. A administração concomitante de nimesulida com anticoagulantes (varfarina) ou ácido acetilsalicílico pode causar efeitos aditivos (aumento do risco de complicações de sangramento). Portanto, esta combinação não é recomendada e é contra-indicada em pacientes com distúrbios de coagulação graves. Se a combinação não puder ser evitada, a atividade anticoagulante deve ser cuidadosamente monitorada. Se nimesulida for prescrita para um paciente sob terapia com lítio, os níveis de lítio devem ser monitorados cuidadosamente. Deve-se ter cuidado com pacientes que apresentem anormalidades hepáticas, particularmente se houver intenção de administrar nimesulida em combinação com outras drogas potencialmente hepatotóxicas. Não há evidência de que a nimesulida afete a glicemia em jejum ou a tolerância à glicose em pacientes diabéticos tratados com sulfonilúreias. Pode haver potencialização da ação da fenitoína. Embora não tenham sido relatados especificamente com a nimesulida, foram documentadas interações entre anti-inflamatórios não-esteroidais e lítio, metotrexato, probenecida e nimesulida. Portanto, recomenda-se cuidado na administração concomitante de nimesulida com qualquer uma destas drogas, devido ao aumento do risco de hemorragias gastrintestinais. Devido ao seu efeito sobre as prostaglandinas renais, os inibidores da prostaglandina-sintetase como a nimesulida podem aumentar a nefrotoxicidade das ciclosporinas. Recomenda-se tomar NISULID[®] (nimesulida) após as refeições. Não se aconselha a ingestão de bebidas alcoólicas durante o tratamento. **REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS: Pele e tecidos subcutâneos: prurido, rash e sudorese aumentada. Gastrintestinais: diarreia, náusea e vômito. Hepatobiliares: alterações dos parâmetros hepáticos (transaminases), geralmente transitórias e reversíveis. Casos isolados de hepatite aguda, falência hepática fulminante (algumas fatalidades foram relatadas), icterícia e colestase. Sistema nervoso: tonturas e vertigens. Sistema visual e auditivo: raramente visão borrada. Sistema cardiovascular: hipertensão. Renais: raramente: disúria, hematúria e retenção urinária. Sistema sanguíneo e linfático: raramente: anemia e eosinofilia. Sistema imunológico: raramente hipersensibilidade. Sistema endócrino: raramente hipercalemia. Respiratórios: casos isolados de reações anafiláticas como dispnéia, asma e broncoespasmo, principalmente em pacientes com histórico de alergia ao ácido acetilsalicílico e a outros aines. Distúrbios gerais: edema. **SUPERDOSE** Tratamento sintomático.****

AVENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA
AO PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

CPD 2841506

 **CAC**
Central de
atendimento
a clientes

0800 701 6900
cac@ache.com.br

8:00 h às 17:00 h (seg. a qui.)
8:00 h às 12:00 h (sex.)

Referências Bibliográficas: 1) Rainsford K.D.: Nimesulide; Overview of properties and applications. *Drugs of Today* 2001, 37 (Suppl. B): 3-7. 2) Bennett A. Clinical importance of the multifactorial actions of nimesulide. *Drugs of Today*, 160-162, 2001, 37 (Suppl. B): 9-14. 3) E. Cunietti, M. Monti, A. Viganò, E. D'Aprile, A. Saligari, E. Scafiuro and I. Scancarbarozzi, A Comparison of Nimesulide vs Paracetamol in the Treatment of Pyrexia in the Elderly. *Drugs* 46 (Suppl. 1): 124-126, 1993. 4) E. Cunietti, M. Monti, A. Viganò, E. D'Aprile, A. Saligari, E. Scafiuro and I. Scancarbarozzi, Nimesulide in the Treatment of Hyperpyrexia in the Aged. *Double-blind comparison with paracetamol*. *Arzneim-Forsch/Drug res.* 43 (1), N°2, 1993. 5) A. Ottaviani, M. Mantovani and Scancarbarozzi, A Multicentre Clinical Study of Nimesulide in Inflammatory Diseases of the Ear, Nose and Throat. *Drugs* 46 (Suppl. 1): 96-99, 1993. 6) M.E. Nouri, Nimesulide for Treatment of Acute Inflammation of the Upper Respiratory tract. *Clinical Therapeutics*, Vol. 6, N°2, 142-150, 1984. 7) Michele Reiner, M.D. Nimesulide and Antibiotics in the Treatment of Acute Infections of the Respiratory Tract. *Current Medical Research and Opinion*, Vol. 8, N°7, 487-492, 1983. 8) Rainsford K.D.: Nimesulide - Actions and Uses. *Birkhauser Ed.* SW 2.005, pp: 1, 24.

* Tema da apresentação do Professor Kim D. Rainsford (Centro de Pesquisa Biológica da Universidade de Hallam, Reino Unido).

MATERIAL TÉCNICO-CIENTÍFICO EXCLUSIVO À CLASSE MÉDICA

achē

Physikos

VENCENDO A DOR

Diretor

Newton Marins

Editor Científico

Claudio Gil S. Araújo

Gerente Editorial

Verônica Cobas

Coordenadora Editorial

Jane Castelo

Revisora-Chefe

Claudia Gouvêa

Revisores

Leila Dias/Jeová Pereira

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
É do Brasil

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.

Mais um número de *Physikos* quando curtimos os desdobramentos dos Jogos Olímpicos de Pequim. Sempre temos a interminável discussão sobre os resultados dos atletas brasileiros, as confirmações, as surpresas e as decepções. Na realidade, isso é que torna o esporte tão apaixonante, pois, se soubéssemos com certeza absoluta e de antemão os resultados, a emoção seria muito menor ou ausente, haja vista a pouca emoção que é assistir ao ainda chamado inapropriadamente de VT de um jogo do qual já conhecemos o resultado. Esse número de *Physikos* começa contando um pouco sobre a saga de um grande nome da equipe brasileira feminina de atletismo. Segue-se uma matéria abordando a relação benéfica que o exercício físico regular desempenha na incidência e no seguimento do câncer de próstata, escrita pelo Dr. Emanuel Couto, especialista cearense em Medicina do Exercício e do Esporte. A organização do apoio médico a eventos de massa, como corridas de rua e triatlons, é bastante complexa e com muito pouca bibliografia disponível. Para abordar esse importante tema, contamos com a colaboração do experiente colega do Rio de Janeiro, o Dr. Paulo Lourega, que vem coordenando esse tipo de ação em alguns dos mais importantes eventos brasileiros, com destaque para os Jogos Pan-Americanos do Rio em 2007. Como sempre, terminamos o número com o texto bem-humorado do jornalista e especialista em Medicina do Exercício e do Esporte, Dr. Osmar Oliveira, mostrando porque nunca mais teremos Garrinchas e Pelés no nosso futebol.

Dr. Claudio Gil Soares de Araújo

VIDA DE ATLETA 4

Maurren Maggi

O salto da esperança

PALAVRA DO ESPECIALISTA 8

Exercício físico e câncer de próstata

ARTIGO 11

Organização médica de eventos desportivos

PONTO DE VISTA 14

Saudade dos apelidos



Maurren Maggi

O salto da esperança

A atleta ficou três anos fora das competições e houve quem apostasse no final de sua carreira. Para ela, voltar a competir em olimpíada é um verdadeiro salto por cima

Se existe um esporte em que o Brasil estará muito bem representado nos Jogos Olímpicos de Pequim é o salto em altura. Maurren Maggi e Keila Costa, da equipe brasileira, têm reais chances de medalhas.

Para Maurren, voltar a competir em olimpíada é um verdadeiro salto por cima. A atleta tem muitos motivos para curtir sua participação nos jogos de Pequim. Ela ficou três anos fora das competições e houve quem apostasse no final antecipado da sua carreira. Primeiro foi suspensa por *doping* em 2003, às vésperas do Pan de Santo Domingo, por uso de uma substância chamada clostebol. Até hoje Maurren jura inocência, explicando que usou o produto sem saber que ele continha substâncias proibidas. A atleta alegou que uma pomada cicatrizante tinha causado a contaminação. No final de 2004, nasceu sua filha, Sofia, com o piloto Antonio Pizzonia, um casamento que também se transformou em frustração.

Maurren Higa Maggi nasceu em 25 de junho de 1976 em São Carlos (SP). Seu nome deveria ser Mauren, nome da primeira mulher de Ringo Starr, já que seu pai, William Maggi, fã dos Beatles, queria homenagear o baterista da mais famosa banda *pop* da história. O escrivão não entendeu direito a pronúncia e a menina virou Maurren, que descobriu o esporte e se tornou a principal revelação do atletismo feminino nacional na segunda metade da década de 1990.

A carreira de Maurren cresceu continuamente até o ano de 2003. Embalada por vitórias em *meetings* na Grécia e na Itália, com três saltos acima de 7 metros, voltou a São Paulo para o Troféu Brasil daquele ano. Ela ainda venceria a competição, mas dias antes, em sessão de depilação, usou o creme que continha clostebol. O teste *antidoping* realizado durante a competição deu positivo. Ela explicou que usara o creme, mas que não sabia que este continha substância proibida, embora admitisse conhecer a regra (o atleta é responsável pelo que é encontrado em seu organismo).

Novos desafios

A vida de Maggi mudou muito depois do episódio do *doping*. Antes ela acumulava vi-

tórias por todo o mundo: ganhou a medalha de ouro em Winnipeg, no Canadá, e venceu diversos torneios de atletismo. Era a grande favorita na modalidade para o Pan de Santo Domingo, mas a suspensão interrompeu uma seqüência de êxitos e a colocou no lugar comum onde ficam os esquecidos pela mídia e pelo grande público.

Separada e com a filha Sofia no colo, Maurren decidiu retornar ao esporte sem saber se ainda teria condições de ser uma atleta de ponta. Voltou oficialmente às pistas em 15 de julho de 2006, quando venceu o Meeting de Bogotá, com 6,84 m, marca que repetiu em setembro, em São Paulo, ao vencer novamente, depois de quatro anos, o Troféu Brasil. Estava, outra vez, entre as melhores do mundo. No ano passado, saltou duas vezes acima de 6,90 m: 6,94 m em Cochabamba (3 de junho) e 6,94 m em São Paulo (8 de junho). São suas as duas melhores marcas das Américas na temporada.



Mauricio Val/FOTOCOM.NET

A suspensão por *dopping* interrompeu uma seqüência de êxitos e colocou Maurren no lugar comum onde ficam os esquecidos pela mídia e pelo grande público. Mas a grande atleta ressurgiu



Mauricio Val/FOTOCOM.NET

“Estou revivendo meu sonho de brigar por um pódio em Olimpíada. Estou treinando e me dedicando muito, com bastante garra”

Nos Jogos Pan-Americanos do Rio de Janeiro, voltou ao lugar mais alto do pódio, que já havia conquistado em Winnipeg 1999, quando foi ouro no salto em distância e prata nos 100 m com barreiras. No Rio, além do salto em distância, fez também o triplo e terminou em quarto lugar (seu recorde pessoal é 14,53 m em 2003).

Depois de conseguir resultados surpreendentes para uma atleta que passou tanto tempo parada, Maurren Maggi mostrou que ainda era a mesma de antes ao conquistar a medalha de ouro nos Jogos Pan-Americanos. Sempre ao lado de Sofia, que a acompanha em treinos e viagens, Maggi segue sua rotina extenuante de treinamento e competição em busca do respeito que tinha no passado recente por causa dos seus resultados, e chega às Olimpíadas para tentar deixar seu nome cravado na história. Seria seu maior prêmio depois de tanto sofrimento.

Maurren está feliz com o resultado do seu esforço e da sua dedicação à carreira: “Estou dando a volta por cima. Foram quase três anos parada, mas me arrisquei porque o atletismo é o que mais gosto e a única coisa que sei fazer”.

Olho no ouro

Em 2008, Maurren Higa Maggi continua colecionando medalhas em várias competições pelo mundo, o que só aumenta a sua confiança para os Jogos Olímpicos de Pequim. Recentemente ela conquistou a medalha de prata no Mundial Indoor de Atletismo, em Valência (Espanha). E é com base nesses resultados que a atleta se vê em condições de brigar pelo ouro no salto em distância nos Jogos Olímpicos de Pequim, em agosto.

“Está fácil saltar 7 metros. A cada dia estou mais segura de que posso conquistar uma medalha e, chegando ao final, posso brigar pelo ouro”, disse. Em Valência, Maurren saltou 6,89 m, marca que lhe deu o novo recorde sul-americano, e só foi superada pela portuguesa Naide Gomes, que cravou 7 m. A medalha de bronze ficou com a russa Irina Simagina (6,88 m).

Maurren vai encarar o desafio de uma olimpíada cheia de confiança: “Estou revivendo meu sonho de brigar por um pódio em Olimpíada. Ganhar uma medalha é mais difícil ainda. Estou treinando e me dedicando muito, com bastante garra. Tenho certeza de que o meu sacrifício será recompensado”.

ARTROLIVE

glicosamina e condroitina
sulfato sulfato

Bem-estar é movimentar-se sem dor

Agora também em nova
apresentação: **90 cápsulas.**

- Diminuição da dor¹
- Redução da progressão da osteoartrose¹
- Ajuda na recuperação da mobilidade articular¹

Posologia²:
até 3 cápsulas ao dia.



Apresentações: 30 e 90 cápsulas

Referências Bibliográficas: 1. Reginster, J. et al. Nurocetic (glucosamine and chondroitin sulfate) compounds as structure-modifying drugs in the treatment of osteoarthritis. *Curr. Op. Rheumatol*, 15: 651-55, 2003. 2. Bula do produto. **ARTROLIVE. sulfato de glicosamina. sulfato de condroitina. MS - 1.0573.0286**

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 QUALQUER 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 HEMATOPÓETICO OU DA COAGULAÇÃO SANGÜÍNEA ASSIM COMO PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA DAS FUNÇÕES RENAL, HEPÁTICA OU CARDÍACA. SE OCORRER EVENTUALMENTE ÚLCERAÇÃO 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 DEVEM AMAMENTAR. PODE OCORRER FOTOSSENSIBILIZAÇÃO EM PACIENTES SUSCEPTÍVEIS, 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 CONDRÓITINA. PORTANTO, A PRESSÃO ARTERIAL DEVE SER VERIFICADA PERIÓDICAMENTE DURANTE O TRATAMENTO COM **ARTROLIVE**. FORAM RELATADOS POUCOS CASOS DE PROTEINÚRIA LEVE E AUMENTO DA CREATININA-FÓSFÓRICO (CPK) DURANTE TRATAMENTO COM GLICOSAMINA E CONDRÓITINA, QUE VOLTARAM AOS NÍVEIS NORMAIS APÓS INTERUPÇÃO DO TRATAMENTO. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** O tratamento concomitante com antiinflamatórios 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, teniposídeo e doxorubicina) deve ser evitado, uma vez que a glicosamina induziu resistência in vitro a estes medicamentos em células humanas cancerosas de cólon e de ovário. Há relato de um caso na literatura de potencialização do efeito da varfarina, com consequente aumento dos valores sanguíneos de INR (International Normalized Ratio). Portanto, o uso concomitante de **ARTROLIVE** com anticoagulantes orais deve levar em conta avaliações rigorosas do INR. **Reações adversas: SISTEMA CARDIOVASCULAR:** EDEMA PERIFÉRICO E TAQUICARDIA JÁ FORAM RELATADOS COM O USO DA GLICOSAMINA, PORÉM NÃO FOI ESTABELECIDO UMA RELAÇÃO CAUSAL. FORAM DESCRITOS NA LITERATURA, ALGUNS CASOS DE HIPERTENSÃO SISTÓLICA REVERSÍVEL, EM PACIENTES NÃO PREVIAMENTE HIPERTENSOS, NA VIGÊNCIA DO TRATAMENTO COM GLICOSAMINA E CONDRÓITINA. 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. **ENDOCRINO-METABÓLICO:** ESTUDOS RECENTES DEMONSTRARAM QUE A ASSOCIAÇÃO DE CONDRÓITINA 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, QUEIMADO E ANDREXIA TÊM SIDO RARAMENTE DESCRITOS NA LITERATURA NA VIGÊNCIA DE TRATAMENTO COM GLICOSAMINA E CONDRÓITINA. **PELE:** ERITEMA, PRURIDO, ERUPÇÕES CUTÂNEAS E OUTRAS MANIFESTAÇÕES ALÉRGICAS DE PELE FORAM REPORTADAS EM ENSAIOS CLÍNICOS COM GLICOSAMINA. PODE OCORRER FOTOSSENSIBILIZAÇÃO EM PACIENTES SUSCEPTÍVEIS, 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.**

 **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

Exercício físico e câncer de próstata



Emanuel Couto Furtado
Médico especialista em Medicina do Exercício e do Esporte; mestrando do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação Física da Universidade Gama Filho (PPGEF/UGF)

O câncer de próstata é a neoplasia do homem de terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo acometem indivíduos acima dos 65 anos. Uma das possibilidades para o aumento da incidência – 141% entre 1979 e 2000 – é um rastreio mais eficiente pelo uso cada vez mais freqüente da medida do antígeno prostático específico (PSA). Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCa)⁽¹⁾, essa neoplasia é a sexta causa mais freqüente de novos casos em todo o mundo e a terceira entre as neoplasias que acometem os homens. No Brasil, em 2003, representou a segunda maior taxa de

O câncer de próstata é a sexta causa mais freqüente de novos casos em todo o mundo e a terceira entre as neoplasias que acometem os homens. Dieta rica em gordura animal, carne vermelha e obesidade representam fatores de risco para a mortalidade por câncer de próstata

mortalidade, ultrapassada apenas pelo câncer de pulmão, que persiste como a principal causa de mortalidade por neoplasia. Apesar dos números, a mortalidade por esse tipo de câncer pode ser considerada relativamente baixa, especialmente quando o diagnóstico é precoce, o que mostra, em parte, seu bom prognóstico, com sobrevida média mundial em cinco anos estimada em 58%. Segundo algumas pesquisas, dieta rica em gordura animal, carne vermelha e obesidade representam fatores de risco para a mortalidade por câncer de próstata.

Hoje em dia há o consenso de que o exercício físico regular deve ser uma das ferramentas na prevenção primária e secundária de uma série de doenças, estando bem estabelecido seu papel no tratamento das doenças cardiovasculares. No entanto um estudo clássico

publicado por Myers *et al.*⁽²⁾ demonstrou que com uma melhora na condição aeróbica do indivíduo da ordem de 1 MET (sigla para equivalente metabólico, representa o gasto energético na posição de repouso em função do peso corporal) é possível diminuir em cerca de 12% a mortalidade em cinco anos por todas as causas. Nesse contexto, acredita-se que o exercício físico regular tenha papel relevante tanto na prevenção como no tratamento de alguns tipos de câncer. Em alguns casos isso já está bem estabelecido, como no câncer de mama, no qual estudos epidemiológicos observaram, repetidamente, redução no risco relacionado com níveis aumentados de atividade física⁽³⁾.

Enquanto diversas pesquisas foram realizadas na tentativa de conhecer os principais fatores de risco para o câncer de próstata, e, além disso, determinar quais deles são modificáveis, apenas há pouco tempo o papel do exercício físico regular foi estudado. Dados recentes contribuem para sugerir que o exercício físico age de modo protetor, reduzindo o risco

de aparecimento do câncer de próstata. Por exemplo, pesquisadores da Universidade de Stanford, nos EUA, listaram em documento recente⁽⁴⁾ os mecanismos pelos quais o exercício físico afetaria o aparecimento do câncer de próstata:

- alterações hormonais: como o câncer de próstata é hormônio-sensível e os androgênios estariam envolvidos como fatores de crescimento para a doença, uma forma

Como o câncer de próstata é hormônio-sensível e os androgênios estariam envolvidos como fatores de crescimento para a doença, uma forma de combatê-la seria bloqueando ou inibindo a atuação desses hormônios. Nesse caso o papel do exercício físico seria atuar reduzindo os níveis de testosterona





de combatê-la seria bloqueando ou inibindo a atuação desses hormônios. Nesse caso o papel do exercício físico seria atuar reduzindo os níveis de testosterona;

- fortalecimento do sistema imunológico: estudos mostraram que pode ocorrer melhora no sistema imunológico mediada pelo exercício físico, com aumento do número e da capacidade das chamadas *natural killer cells*, mudanças adicionais em macrófagos e citocinas;
- prevenção da obesidade: tem sido proposto que um aumento na gordura corporal pode contribuir para maior risco de câncer de próstata pelo fato de a gordura servir como depósito para potenciais carcinógenos, além de diminuir os níveis de proteínas séricas que se ligam à testosterona, reduzindo os seus níveis circulantes. A função do exercício seria atuar indiretamente, combatendo a obesidade;
- geração de espécies reativas de oxigênio (EROs): o exercício agudo pode promover o aparecimento de radicais livres, porém o exercício físico regular induz a produção de enzimas que protegem contra o estresse oxidativo, como, por exemplo, a superóxido dismutase.

Além da importância que vem sendo reconhecida na prevenção do aparecimento e no combate aos fatores de risco para desenvolvimento do câncer de próstata, o exercício físico atua também melhorando a qualidade de vida dos portadores da doença e combatendo alguns efeitos colaterais do tratamento. Monga *et al.*⁽⁵⁾ demonstraram que o exercício melhorou a qualidade de vida e diminuiu a fadiga de pacientes portadores de câncer de próstata que estavam sendo tratados com radioterapia. Segundo a pesquisa, o grupo submetido ao programa de exercícios apresentou, além da prevenção à fadiga, melhora na flexibilidade, na condição aeróbica, na força muscular e na qualidade de vida como um todo. Além disso, outros pesquisadores já haviam demonstrado que o exercício físico previne a perda mineral óssea causada por efeito do tratamento com deprivação hormonal androgênica⁽⁶⁾.

No sentido de estabelecer a função e a prescrição mais apropriada da atividade física, definitivamente, no combate e no tratamento do câncer de próstata, pesquisas estão sendo realizadas com desenhos mais controlados, no sentido de refinar os modelos biológicos já existentes e, assim, incluir a redução do câncer de próstata na já enorme lista dos benefícios do exercício físico.

Bibliografia recomendada

1. INCA – Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5>. Acesso em: jul 2008.
2. Myers J, Prakash M, Froelicher V, Partington S, Atwood E. Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *N Engl J Med* 2002; 346(11): 793-801.
3. Gammon MD, John EM, Britton JA. Recreational and occupational physical activities and risk of breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute* 1998; 90(2): 100-16.
4. Torti DC, Matheson GO. Exercise and prostate cancer. *Sports Medicine* 2004; 34(6): 363-9.
5. Monga U, Garber SL, Thornby, et al. Exercise prevents fatigue and improves quality of life in prostate cancer patients undergoing radiotherapy. *Arch Phys Med Rehabil* 2007; 88: 1416-22.
6. Segal R, Reid R, Courneya K, et al. Resistance exercise in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer. *J Clin Oncol* 2003; 21(9): 1653-9.

Organização médica de eventos desportivos

A organização médica de eventos desportivos é uma matéria complexa, que não se aprende nas aulas da faculdade de medicina. Bons resultados dependem de um planejamento abrangente e minucioso, da capacitação do pessoal envolvido, colocando-se o profissional certo no local adequado com o material necessário e a execução cuidadosa do planejado.

Tenho sido o diretor médico da Maratona do Rio de Janeiro desde 1987; tive a oportunidade de participar de várias maratonas internacionais na condição de membro da International Marathon Medical Directors Association (IMMDA) e comandi a Companhia de Saúde do Corpo de Fuzileiros Navais como oficial médico da Marinha do Brasil. A experiência advinda do exercício dessas funções me permitiu desenvolver uma forma de organizar o apoio médico para um grande evento.

Apresento a seguir, de forma comentada, o documento utilizado no planejamento do apoio de saúde prestado à Maratona do Rio de Janeiro.

I. Propósito

Tem como objetivo apresentar o planejamento das ações de saúde à organização da prova e aos participantes da equipe de saúde, de modo que todos conheçam exatamente o que fazer, o material disponível e a coordenação das ações.

II. Condições de execução

As condições de execução devem ser consideradas, pois são variáveis importantes no planejamento. Entre elas devem ser incluídos os seguintes tópicos:

- local: a cidade do evento. O percurso deve ser bem conhecido para a distribuição dos postos de saúde em pontos estratégicos e para que o diretor médico da prova possa fazer a correta regulação das baixas;
- data: o dia em que será realizada a prova, tendo em vista que as condições climáticas influem no planejamento. Uma prova a ser realizada no verão do Rio de Janeiro, por exemplo, deve ter o dispositivo reforçado, em face do

Paulo Afonso Lourega de Menezes

Especialista em Fisiatria e Medicina Desportiva; membro da Câmara Técnica de Medicina Desportiva do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ)



esperado aumento das intercorrências médicas devidas à temperatura elevada;

c) horário e local de largada: são muito importantes. Exemplificando: numa prova que comece às 9:30 h, no Rio de Janeiro, os corredores terão muito mais possibilidade de sofrer distúrbios causados pelo calor do que numa que comece às 7 h. Assim como uma prova que se inicia em uma ladeira tem chance maior de apresentar corredores com lesões musculotendinosas do que aquela que começa em região plana;

d) apoio disponível: neste item deverá ser listado todo o apoio disponível à área de saúde, como, por exemplo, os hospitais de retaguarda designados, com os respectivos nomes dos seus chefes de equipe e telefones fixos e celulares;

e) número de participantes: deve ser diretamente proporcional ao apoio necessário;

f) equipe de saúde: a que atua na Maratona do Rio de Janeiro é composta por profissionais com grande experiência no atendimento à corrida de longas distâncias. Na sua seleção

A equipe de saúde que atua na Maratona do Rio de Janeiro é composta por profissionais com grande experiência no atendimento a corrida de longas distâncias

Léo Shibuya/ZDL



dá-se preferência a profissionais com formação em medicina desportiva. O passo para se integrar à equipe é atuar inicialmente como voluntário, sob a supervisão de profissionais do estafe. Procuramos manter os profissionais no mesmo posto, exercendo as mesmas funções, pois acreditamos que faz bem quem faz muitas vezes.

III. Desenvolvimento

O apoio de saúde da Maratona do Rio de Janeiro conta com seis motociclistas socorristas e 10 ambulâncias de suporte avançado à vida (unidade de terapia intensiva [UTI]). Os motociclistas socorristas, além de prestarem o socorro imediato, têm a missão de detectar, de forma precoce, qualquer baixa no percurso. Essas baixas são comunicadas de imediato ao diretor médico, que agiliza o socorro médico. A cobertura médica do evento é feita nos seguintes escalões:

a) postos de socorro (PS): há nove PS localizados na largada e nas "estações de ajuda", previstas pela direção da prova, as quais são posicionadas a cada 5 km. Inicialmente, em provas passadas, esses postos tinham instalações fixas. Atualmente utilizam-se ambulâncias, o que permite maior mobilidade e raio de ação, facilitando a logística. À medida que a prova avança, as ambulâncias são reposicionadas, de modo que no final da prova temos praticamente uma ambulância a cada quilômetro;

b) hospital de campanha (HCamp): o HCamp montado junto à largada é dividido em áreas (triagem, verde [para pacientes sem gravidade] e vermelha [para pacientes que inspirem cuidados especiais]). Conta com uma equipe de fisioterapeutas à qual, se necessário, os pacientes são encaminhados após avaliação médica. A barraca do HCamp dispõe de instalação elétrica e de uma pia com água, para permitir melhor assepsia. O HCamp é dotado dos recursos materiais para o seu pleno funcionamento. A área vermelha deverá possuir, sempre, os seguintes materiais: cardioversor, oxímetro, respirador, eletrocardiógrafo, *kit* de intubação, *ked*, *sprint kits*, *red block* e prancha com cinto.

A direção da prova provê o isolamento do HCamp, de modo que a entrada dos pacientes se dê por apenas um local. Isola também uma rota para o acesso das ambulâncias ao mesmo;

c) linha de chegada: junto à linha de chegada, é

posicionado, sob a coordenação de um médico, um grupo de socorristas voluntários que auxilia os corredores, prestando-lhes o atendimento e transportando-os ao HCamp, se necessário.

IV. Coordenação

Neste tópico é abordada a coordenação das ações necessárias ao apoio de saúde. Por exemplo: horário e ponto de reunião da equipe etc.

V. Informações

São colocadas as informações aos organizadores e à equipe de saúde. Por exemplo: os corredores deverão preencher as informações a seguir no verso do número:

INFORMAÇÕES MÉDICAS IMPORTANTES

Para a sua segurança e proteção, preencha esta ficha agora e cole-a no verso do seu número de inscrição.

Em caso de emergência contatar:

Nome: _____

Telefone: _____

Você sofre de alguma doença ou tem alergia a algum medicamento? _____

Toma algum medicamento? _____ Qual? _____

Grupo sanguíneo: _____ Fator RH: _____

Comentários

O documento de planejamento apresentado permite metodizar o planejamento, ter uma visão holística do que deve ser feito e organizar passo a passo um grande evento desportivo. Não é uma receita de bolo, mas pode servir de instrumento valioso àqueles que pretendem se dedicar a esse fascinante e novo ramo da atividade médica.

O Dr. Ricardo Ortega⁽¹⁾, diretor médico da Maratona de Toledo, apresenta em seu livro um excelente capítulo sobre a assistência médica aos grandes acontecimentos desportivos, que merece ser consultado e complementará sob outro prisma o que foi apresentado neste artigo. O Professor Tim Noakes⁽²⁾, na reunião da IMMDA de 2001, apresentou o tema "Fluid replacement



during marathon running", o qual foi publicado posteriormente no *Clinical Journal of Sport Medicine*. O conhecimento dos problemas médicos ocasionados pelo calor é de capital importância para aqueles que atuam em corridas de longa duração no Rio de Janeiro. Sugere-se a leitura do artigo do Dr. William O. Roberts⁽³⁾, "Colapso pelo calor esforço-induzido: reconhecimento para salvar vidas e tratamento imediato em instalações atléticas".

Para que tenhamos sucesso no atendimento médico, como já foi dito, devemos ter um planejamento acurado, o pessoal envolvido deve saber o que fazer, devemos contar com o material necessário para tal e atuar de forma disciplinada como uma orquestra, em que os músicos necessitam de regência para que haja harmonia e beleza na apresentação.

Bibliografia recomendada

1. Sanchez-Pinilla RO. Asistencia médica a los grandes acontecimientos deportivos. In: Medicina del ejercicio físico y del deporte para la atención a la salud. Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1992.
2. Noakes TD. Guidelines for fluid replacement during marathon running. *Clin J Sport Med* 2003; 13(5): 309-18.
3. Roberts WO. Colapso pelo calor esforço-induzido: reconhecimento para salvar vidas e tratamento imediato em instalações atléticas. *Rev Bras Med Esporte* 2005; 11(6): 363-6.

Saudade dos apelidos



Osmar de Oliveira
Médico do esporte
e jornalista

Em crônica recente falei que os apelidos dos jogadores estavam desaparecendo no futebol de hoje... uma verdade incontestável. É que a origem dos jogadores mudou: antes eles se criavam na várzea, nas peladas de rua e quarteirão, na areia da praia, no campinho da fazenda. Ou seja, havia um grupo de amigos que se conheciam muito, que freqüentavam as mesmas escolas, que namoravam as mesmas meninas. Essa exposição social levava ao apelido. Hoje, não: a várzea vai morrendo e cedendo lugar a avenidas, viadutos e *shoppings*; as ruas são esburacadas e perigosas. Sim, tem areia na praia, mas cadê o grupinho dos amigos? E o campinho da fazenda virou plantação de soja.

Então, onde nasce o craque? Nas escolinhas de futebol e nos sub-13 e sub-15. Mas não há o grupo, a patota, o amigo. Chega-se, treina-se, o “professor” não permite brincadeiras e vai-se embora. No clube, o garoto chega com o pai ou com o tio, treina com desconhecidos, não há grupos, e lá vai ele para o escritório do empresário ou gestor.

No Campeonato Paulista de 2008 só tínhamos oito apelidos e a maioria sem graça, como Dentinho, Perdigão, Bilica e Xuxa. Juntando todos não dá um time. Coitados dos locutores, que, falando rápido para não perder detalhes, são obrigados a chamar a maioria por nome e sobrenome: Jorge Wagner, Rogério Ceni, Kleber Pereira, André Santos, Everton Ribeiro, Alex Silva (não era melhor Pirulito?), Diego Cavalieri, Élder Granja.

Por tudo isso me entreguei à pesquisa e apresento este time: Mão-de-Onça, Banha, Beijo e Tanga; Pé-de-Valsa, Biro-Biro e Serelepe; Preguinho, Titica e Gaze. Esse Mão-de-Onça do Juventus pegava muito; Beijo, da Portuguesa de Desportos, batia tiro de meta e jogava a bola na outra grande área; Pé-de-Valsa era um



bailarino jogando pelo São Paulo; Biro-Biro é ídolo até hoje; e Titica, do São Bento de Sorocaba, era rápido e imprevisível. Mas arrumei um adversário não menos interessante: Matinho, Brasinha, Maravilha, Barriguel e Pachola; Pelado, Pelica, Limbuchá e Cabelo; Carbono e Petróleo.

Para ganhar desse dois times, só voando baixo com asas fortes: Canarinho, Biguá, Pavão, Passarinho e Grilo; Frangão e Mosca; Pintinho, Maritaca, Galo e Canário. Cada um, em seu tempo, foi um grande jogador. “Voa Canarinho e faz a defesa”, narrava Pedro Luiz (um fenômeno do rádio). “Pavão abre as asas e comete falta”, poetizava o gênio de Edson Leite. “Esse Mosca só pode ser de boi”, brincava Eli Coimbra.

Será que Ricardo seria Kaká? Será que Edson seria Pelé? Será que Manuel seria Garrincha? Até poderiam... mas sem graça e sem poesia. Um gol de Kaká não é melhor que um gol de Ricardo? Um milésimo de Pelé não tem mais festa que o gol mil do Édson? E um drible de Garrincha não soa melhor que um drible do Manuel?

Saudosismos à parte, sei que essa época não voltará jamais, mas que esses apelidos encantavam e faziam brincar os torcedores, disso não abro mão e não faço acordo.

Mirtax[®]



ciclobenzaprina cloridrato

Nos espasmos musculares associados à dor aguda^{1,2}

Melhora os sintomas associados à rigidez muscular, dor e fadiga matinal, reduzindo o número e a severidade dos pontos dolorosos.^{1*}

Proporciona melhora sobre a qualidade do sono.^{3*}

Reduz a dor local e a rigidez, melhorando a mobilidade na fibromialgia.²

Relação custo-efetividade favorável no tratamento do espasmo muscular agudo.¹

Posologia⁴

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



Indicações⁴

Espasmos musculares associados à dor aguda, e de etiologia músculo-esquelética, como nas fibromialgias, lombalgias e torcicolos.

Coadjuvante de outras medidas para alívio dos sintomas, como fisioterapia e repouso.



5 mg e 10 mg com **10 comprimidos**⁴



5 mg e 10 mg com **15 comprimidos**⁴



5 mg e 10 mg com **30 comprimidos**⁴

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: MIRTAX, cloridrato de ciclobenzaprina. MS - 1.0573.0293. **Indicações:** MIRTAX é indicado no tratamento dos espasmos musculares associados com dor aguda e de etiologia músculo-esquelética. **Contra-indicações:** HIPERSENSIBILIDADE A QUALQUER DOS COMPONENTES DE SUA FÓRMULA, PACIENTES QUE APRESENTAM BLOQUEIO CARDÍACO, ARRITMIA CARDÍACA, DISTÚRBO DA CONDUÇÃO CARDÍACA, ALTERAÇÃO DE CONDUÇÃO, FALÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA, HIPERTIREOIDISMO E INFARTO DO MIOCARDIO. O USO SIMULTÂNEO DE MIRTAX E INIBIDORES DA MONOAMINOXIDASE (IMAO) É CONTRA-INDICADO. **Precauções e Advertências:** MIRTAX DEVE SER UTILIZADO COM CAUTELA EM PACIENTES COM HISTÓRIA DE RETENÇÃO URINÁRIA, GLAUCOMA DE ÂNGULO FECHADO, PRESSÃO INTRA-OCULAR ELEVADA OU NAQUELES EM TRATAMENTO COM MEDICAÇÃO ANTICOLINÉRGICA. PACIENTES COM ANTECEDENTES DE TAQUICARDIA, BEM COMO OS QUE SOFREM DE HIPERTROFIA PROSTÁTICA, NÃO SE RECOMENDA A INGESTÃO DO MEDICAMENTO NOS PACIENTES EM FASE DE RECUPERAÇÃO DO INFARTO DO MIOCARDIO, NAS ARRITMIAS CARDÍACAS, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA, BLOQUEIO CARDÍACO OU OUTROS PROBLEMAS DE CONDUÇÃO. A UTILIZAÇÃO DE MIRTAX POR PERÍODOS SUPERIORES A DUAS OU TRÊS SEMANAS DEVE SER FEITA COM O DEVIDO ACOMPANHAMENTO MÉDICO. OS PACIENTES DEVEM SER ADVERTIDOS DE QUE A SUA CAPACIDADE DE DIRIGIR VEÍCULOS OU OPERAR MÁQUINAS PERIGOSAS PODE ESTAR COMPROMETIDA DURANTE O TRATAMENTO. **GRAVIDEZ:** NÃO SE RECOMENDA A ADMINISTRAÇÃO DE MIRTAX DURANTE A GRAVIDEZ. **AMAMENTAÇÃO:** NÃO É CONHECIDO SE A DROGA É EXCRETADA NO LEITE MATERNO. **PEDIATRIA:** NÃO FORAM ESTABELECIDAS A SEGURANÇA E A EFICÁCIA DE CICLOBENZAPRINA EM CRIANÇAS MENORES DE 15 ANOS. **GERIATRIA:** NÃO SE DISPÕE DE INFORMAÇÕES. OS PACIENTES IDOSOS: **ODONTOLOGIA:** OS EFEITOS ANTIMUSCARÍNICOS PERIFÉRICOS DA DROGA PODEM INIBIR O FLUXO SALIVAR, CONTRIBUINDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE CÁRIES, DOENÇAS PERIODONTAIS, CANDIDÍASE ORAL E MAL-ESTAR. **CARCINOGENICIDADE, MUTAGENICIDADE E ALTERAÇÕES SOBRE A FERTILIDADE:** OS ESTUDOS EM ANIMAIS COM DOSES DE 5 A 40 VEZES A DOSE RECOMENDADA PARA HUMANOS, NÃO REVELARAM PROPRIEDADES CARCINOGENICAS OU MUTAGENICAS DA DROGA. **Interações medicamentosas:** A ciclobenzaprina pode aumentar os efeitos do álcool, dos barbitúricos e dos outros depressores do SNC. Os antidepressivos tricíclicos podem bloquear a ação hipertensiva da guanidina e de compostos semelhantes. Antidiscinéticos e antimuscarínicos podem ter aumentada a sua ação, levando a problemas gastrintestinais e ileo paralítico. Com inibidores da monoaminooxidase é necessário um intervalo mínimo de 14 dias entre a administração dos mesmos e da ciclobenzaprina, para evitar as possíveis reações. **Reações adversas:** SONOLÊNCIA, SEQUIRA DA BOCA, VERTIGEM, FADIGA, DEBILIDADE, ASTENIA, NAUSEAS, CONSTIPAÇÃO, DISPEPSIA, SABOR DESAGRADÁVEL, VISÃO BORROSA, CEFALÉIA, NERVOSISMO E CONFUSÃO. **CARDIOVASCULARES:** TAQUICARDIA, ARRITMIAS, VASODILATAÇÃO, PALPITAÇÃO, HIPOTENSAO. **DIGESTIVAS:** VÔMITOS, ANOREXIA, DIARRÉIA, DOR GASTRINTESTINAL, GASTRITE, FLATULÊNCIA, EDEMA DE LÍNGUA, ALTERAÇÃO DAS FUNÇÕES HEPÁTICAS, RARAMENTE HEPATITE, ICTERÍCIA E COLESTASE. **HIPERSENSIBILIDADE:** ANAFILAXIA, ANGIOEDEMA, PRURIDO, EDEMA FACIAL, URTICÁRIA E "RASH". **MÚSCULO-ESQUELÉTICAS:** RIGIDEZ MUSCULAR. **SISTEMA NERVOSO E PSIQUIÁTRICAS:** ATAXIA, VERTIGEM, DISARTRIA, TREMORES, HIPERTONIA, CONVULSÕES, ALUCINAÇÕES, INSÔNIA, DEPRESSÃO, ANSIEDADE, AGITAÇÃO, PARESTESIA, DIPLOPIA. **PELE:** SUDORESE. **SENTIDOS ESPECIAIS:** PERDA DO PALADAR, SENSÇÃO DE RUÍDOS (AGEUSIA, "TINNITUS"). **UROGENITAIS:** RETENÇÃO URINÁRIA. **Posologia:** A dose usual é de 10 a 40 mg ao dia, dividida em uma, duas, três ou quatro administrações, ou conforme orientação médica. A dose máxima diária é de 60 mg. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**

CPD 2725700 / CPD 3310001

**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.)

*Estudos baseados em Fibromialgia

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) Borenstein DG; Korn S: Efficacy of a low-dose regimen of cyclobenzaprine hydrochloride in acute skeletal muscle spasm: results of two placebo-controlled trials. Clin Ther; 25(4):1066-73, 2003. 3) Bennett RM et al: A comparison of cyclobenzaprine and placebo in the management of fibrositis. A double-blind controlled study. Arthritis Rheum; 31(12):1535-42, 1988. 4) Bula do produto: cloridrato de ciclobenzaprina. MS - 1.0573.0293.

MATERIAL TÉCNICO-CIENTÍFICO EXCLUSIVO À CLASSE MÉDICA

achē

Acheflan agora nos Estados Unidos e Canadá. Obrigado doutor!



O 1º medicamento 100% brasileiro

O Achē é o primeiro laboratório nacional a exportar para os Estados Unidos e Canadá.

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: ACHEFLAN, *Cordia verbenacea* DC. MS - 1 0573 0341. MEDICAMENTO FITOTERÁPICO. Creme, Blistras contendo 30 g. Aerosol. Frasco contendo 75 ml. USO ADULTO. USO TÓPICO - NÃO INGERIR. Aerosol: AGITE ANTES DE USAR. Indicações: tendinites, afecções músculo-esqueléticas associadas à dor e inflamação, como dor miofascial (como dorralgia e lombalgia), em quadros inflamatórios dolorosos associados a traumas de membros, entorses e contusões. CONTRA-INDICAÇÕES: INDIVÍDUOS SENSÍVEIS A *CORDIA VERBENACEA* DC, OU A QUALQUER COMPONENTE DA FÓRMULA. OCORRÊNCIA DE SOLUÇÕES DE CONTINUIDADE (FERIDAS, QUEIMADURAS, LESÕES INFECCIONADAS, ETC). ADVERTÊNCIAS: ACHEFLAN É PARA USO EXTERNO E NÃO DEVE SER INGERIDO. NÃO DEVE SER UTILIZADO ASSOCIADO A OUTROS PRODUTOS DE USO TÓPICO. RARAMENTE PODE CAUSAR AUMENTO DA SENSIBILIDADE LOCAL. TESTES REALIZADOS EM ANIMAIS INDICAM QUE ACHEFLAN NÃO APRESENTA ATIVIDADE IRRITANTE NA MUCOSA OCULAR. ENTRETANTO, RECOMENDA-SE LAVAR ABUNDANTEMENTE O LOCAL COM ÁGUA EM CASO DE CONTATO COM OS OLHOS. Uso em idosos, crianças e outros grupos de risco: não existe experiência clínica sobre o uso de ACHEFLAN em idosos, crianças abaixo de 12 anos, gestantes e lactantes. Gravidez e lactação: categoria de risco na gravidez C. Não foram realizados estudos em animais prenhes e nem em mulheres grávidas. ESTE MEDICAMENTO NÃO DEVE SER UTILIZADO DURANTE A GESTAÇÃO OU AMAMENTAÇÃO SEM ORIENTAÇÃO MÉDICA. Interações medicamentosas: não houve relato de interação medicamentosas nos estudos conduzidos para avaliação do ACHEFLAN. Entretanto sua associação a outros fármacos deverá ser avaliada pelo médico. REAÇÕES ADVERSAS: O USO DE ACHEFLAN NÃO ESTÁ ASSOCIADO A RELATO DE REAÇÕES ADVERSAS. RARAMENTE PODE CAUSAR AUMENTO DA SENSIBILIDADE LOCAL. ATENÇÃO: ESTE É UM MEDICAMENTO NOVO E, EMBORA AS PESQUISAS TENHAM INDICADO EFICÁCIA E SEGURANÇA ACEITÁVEIS PARA COMERCIALIZAÇÃO, EFEITOS INDESEJÁVEIS E NÃO CONHECIDOS PODEM OCORRER. NESTE CASO, INFORME SEU MÉDICO. Farmacologia: aplicação tópica, sobre a pele íntegra, de 8 em 8 horas. A duração do tratamento varia conforme a afecção que se pretende tratar. Nos ensaios clínicos a duração do tratamento variou entre 1 a 2 semanas podendo ser prolongada até 4 semanas. Farmacológico Responsável: Dr. Wilson H. Farias. CRIF-SP nº. 9555. Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. A PERSISTIREM 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.)

acheflan
Cordia verbenacea DC. 5 mg
alfo-humuleno

CPD 2220602 (A) - CR
CPD 2026101 (D) - AER

achē