

A large, abstract watercolor graphic of a human brain, rendered in various shades of blue and teal, centered on the page. The background is a soft, light yellow-green gradient.

**Mitos e**  
**Verdades**  
**Alzheimer**

# Mitos e Verdades Alzheimer

Prof. Dr. Rodrigo Rizek Schultz  
CRM-SP 80.201

- Presidente da Associação Brasileira de Alzheimer - ABRAz Nacional
- Presidente da Federação Brasileira das Associações de Alzheimer - FEBRAZ
- Professor Titular de Neurologia da Disciplina de Clínica Médica da Universidade de Santo Amaro - UNISA

## INTRODUÇÃO

A *Alzheimer's Disease International* (ADI) estima que a cada três segundos alguém no mundo desenvolva demência. Quanto à prevalência, há um consenso de que globalmente existam cerca de 50 milhões de pessoas vivendo com essa condição. E esse índice deverá aumentar para 152 milhões em 2050 se estratégias efetivas de redução de risco não forem implementadas. Em relatório relativamente recente publicado em 2015 pela ADI, entidade maior no assunto, estimou-se que o número global anual de horas de cuidados informais prestados às pessoas com demência que vivem em seus próprios domicílios foi de cerca de 82 bilhões de horas, correspondendo a 2.089 horas por ano ou seis horas por dia. Isso é o equivalente a mais de 40 milhões de trabalhadores exercendo suas atividades em período integral no ano de 2015, um número que aumentará para 65 milhões em 2030.<sup>1</sup> Em pesquisa mundial, a maior já realizada por abranger 70.000 pessoas em 155 países, foram obtidos alguns resultados impressionantes, demonstrando como a população está equivocada: dois em cada três indivíduos acreditam que a demência seja um processo relacionado ao envelhecimento normal, sendo que 62% dos profissionais da saúde também pensam dessa maneira.<sup>2</sup> Ou seja, essas informações demonstram haver um enorme equívoco em função de uma carência de conhecimento sobre a questão. É absolutamente comprovado o impacto que esse grupo de doenças proporciona, principalmente a falta de um diagnóstico precoce, como da doença de Alzheimer (DA). Logo, o resultado imediato é a ausência de tratamento, seja ele farmacológico ou não farmacológico, e muitas e muitas pessoas e familiares são impactados negativamente, tendo seus problemas progredindo e sem orientações adequadas. Além dessa questão, é necessário dizer que muitos dos pacientes que se encontram em tratamento fazem uso de substâncias sem evidências de comprovação de eficácia, ou se utilizam de drogas aprovadas pelos órgãos reguladores, porém em subdoses ou no momento inoportuno da DA. Para uma evolução mais favorável é fundamental a compreensão dos mecanismos relacionados a cada droga e o conhecimento das evidências descritas para cada uma delas, bem como, evidentemente, da fisiopatologia da própria doença.<sup>1,2</sup>

Os profissionais de saúde entendem que a demência é um processo patológico, mais comum em idosos.

**MITO**

**VERDADE**

Um estudo realizado em 155 países mostrou que 62% dos profissionais da saúde acreditam que a demência é um processo relacionado ao envelhecimento normal, o que pode resultar em atraso no diagnóstico da DA.<sup>2</sup>

O desenvolvimento e a obtenção de uma nova droga para o tratamento da DA é uma tarefa árdua. Primeiramente, deve-se ressaltar que para qualquer medicamento chegar às farmácias e ser utilizado pela população que tem necessidade, há um processo longo e rigoroso, envolvendo pesquisas de moléculas potencialmente interessantes e a caminhada por todas as fases do estudo com devidas análises responsáveis. Em relação à DA, por se tratar de uma doença multifatorial e com numerosos genes relacionados, essa tarefa é significativamente maior. Existem teorias sobre os mecanismos relacionados à doença, sendo que as drogas nos diversos estudos em andamento atuam de maneiras significativamente diferentes. O aspecto positivo seria de que há diversas frentes, sendo possível que uma ou algumas delas sejam vitoriosas. Não sabemos em quanto tempo teremos uma nova droga.<sup>3</sup>

Nos últimos anos, diversos novos fármacos se tornaram disponíveis para o tratamento da DA.

**MITO**

**VERDADE**

Embora diversos alvos farmacológicos estejam sendo estudados, o último fármaco aprovado para o tratamento foi em 2003, ou seja, há 17 anos.<sup>3</sup>

Os fármacos atualmente utilizados para a DA deixarão de ser utilizados em um futuro próximo.

**MITO**

**VERDADE**

Muito provavelmente, os próximos fármacos para a DA serão modificadores de doença, retardando seu início e/ou fazendo com que a evolução seja mais lenta, sendo destinados aos pacientes que se encontram em fase inicial da DA, com comprometimento cognitivo leve, ou para indivíduos com DA assintomáticos, em uma fase pré-clínica. Portanto os medicamentos atualmente existentes também continuarão sendo utilizados, sejam em fases iniciais ou ao longo de toda a doença, baseando-se em suas atividades colinérgica e glutamatérgica.<sup>3</sup>

Na DA, ocorrem anormalidades e interferências em diferentes regiões das vias colinérgicas. Inicialmente, há um precoce acometimento e uma perda neuronal no *nucleus basalis* de Meynert, além de outros núcleos similares, o que ocasiona uma diminuição da colina-acetil-transferase e consequente redução na capacidade de síntese da acetilcolina. Adicionalmente, e já nas fases iniciais da doença, ocorre perda de receptores nicotínicos. O resultado final é uma redução da atividade colinérgica. Essa questão foi considerada no início, quando da compreensão da fisiopatologia da DA a partir de evidências experimentais, e concluiu-se que parte dos sintomas da DA decorriam desse déficit, portanto, sua correção poderia trazer melhora clínica. Dessa forma surgiram as drogas inibidoras da acetilcolinesterase (IACHe).<sup>4</sup>

O sistema colinérgico tem papel pouco relevante na fisiopatologia da DA.

**MITO**

**VERDADE**

Precocemente, há redução da capacidade de síntese da acetilcolina e perda de receptores nicotínicos. O resultado é uma diminuição da atividade colinérgica, sendo essas alterações responsáveis por parte dos sintomas. Assim, o uso de inibidores da acetilcolinesterase, como a galantamina, associa-se à melhora clínica.<sup>4</sup>

Os IACHe tiveram aprovação do *Food and Drug Administration* (FDA) e da Anvisa há muitos anos. Seus benefícios foram demonstrados em ensaios clínicos randomizados, controlados por placebo, para as fases iniciais e intermediárias, e posteriormente para as etapas avançadas da DA. Os estudos foram, a princípio, desenhados por períodos de seis a doze meses, porém, com o passar do tempo, muitos pacientes continuaram sendo acompanhados, de maneira que milhares foram seguidos após anos em uso dessas medicações.<sup>5</sup> Esse acompanhamento serviu para um maior conhecimento dessas drogas quanto à eficácia, à ocorrência de efeitos adversos, ao mecanismo de ação, às limitações e aos questionamentos, como quanto ao uso para o comprometimento cognitivo leve devido à doença de Alzheimer. Assim sendo, metanálises e protocolos de orientações de conduta confirmaram serem essas drogas um tratamento-padrão para a DA.<sup>5-7</sup> O grupo dos IACHe é formado por: galantamina, rivastigmina e donepezila. As três substâncias têm perfil similar, com algumas pequenas diferenças quanto ao mecanismo de ação. Todas agem inibindo a enzima que degrada a acetilcolina na fenda sináptica.<sup>5</sup>

A galantamina atua inibindo a acetilcolinesterase, além de também funcionar como um modulador alostérico de receptores nicotínicos, possivelmente aumentando a transmissão colinérgica por estimulação da transmissão nicotínica pré-sináptica.<sup>5</sup>

A galantamina só está indicada para pacientes com demência mista.

**MITO**

**VERDADE**

A galantamina é usada para o tratamento da demência de Alzheimer de intensidade leve à moderada, com ou sem doença vascular cerebral relevante.<sup>5-8</sup>

Se houver insucesso do tratamento com um inibidor da acetilcolinesterase, haverá falha similar a outros fármacos da mesma classe.

**MITO**

**VERDADE**

Pacientes que não responderam ou foram intolerantes a um inibidor da acetilcolinesterase podem se adaptar e ter resposta favorável a outro fármaco da classe.<sup>9</sup>

A galantamina foi aprovada para uso nas fases leve e moderada da DA.

**MITO**

**VERDADE**

Seu uso é feito desde as fases iniciais da DA. Os demais inibidores da acetilcolinesterase têm a aprovação de alguns dos **órgãos de controle mundiais para as fases mais avançadas**, justamente por demonstrarem benefícios à cognição, ao comportamento ou à funcionalidade.<sup>10,11</sup>

A galantamina pode ser suspensa quando o paciente iniciar o uso de memantina.

**MITO**

**VERDADE**

É importante que o inibidor da acetilcolinesterase seja mantido junto com a memantina, já que a sua interrupção se associa aos declínios funcional e cognitivo.<sup>12</sup>

Nas fases mais avançadas da DA, o tratamento dos distúrbios comportamentais deve ser realizado apenas com drogas psiquiátricas, como antidepressivos ou antipsicóticos.

## MITO

## VERDADE

A resposta dos pacientes a essas drogas nem sempre é satisfatória. Assim, os inibidores da acetilcolinesterase vêm a contribuir com as dificuldades relacionadas aos distúrbios comportamentais.<sup>13,14</sup> Há evidências de que, apesar do progressivo e acentuado déficit colinérgico com o avançar dos anos, os inibidores da acetilcolinesterase mantêm seu potencial.<sup>10,11</sup>

## CONCLUSÃO

A galantamina é usada para o tratamento da demência do tipo Alzheimer de intensidade leve à moderada com ou sem doença vascular cerebral relevante, proporcionando benefícios à cognição, ao comportamento e à funcionalidade. Medicação bem tolerada e eficaz na DA, é importante ser introduzida quando os sintomas se iniciam, pois as evidências são de que a galantamina proporciona significativa melhora na qualidade de vida dos pacientes e de seus cuidadores.

**Referências bibliográficas:** 1. Alzheimer's Disease International (ALZ). World Alzheimer Report 2015 - The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. [Internet]. Londres: ALZ; 2015. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>. Acesso em: 17 fev 2020. 2. Alzheimer's Disease International (ALZ). World Alzheimer Report 2019: Attitudes to dementia. [Internet]. Londres: ALZ; 2019. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2019.pdf>. Acesso em 17 fev 2020. 3. Cummings J, Lee G, Ritter A, Sabbagh M, Zhong K. Alzheimer's disease drug development pipeline: 2019. *Alzheimers Dement* (NY). 2019;5:272-93. 4. Nordberg A. Nicotinic receptor abnormalities of Alzheimer's disease: therapeutic implications. *Biol Psychiatry*. 2001;49(3):200-210. 5. Francis PT, Nordberg A, Arnold SE. A preclinical view of cholinesterase inhibitors in neuroprotection: do they provide more than symptomatic benefits in Alzheimer's disease? *Trends Pharmacol Sci*. 2005;26(2):104-11. 6. Schneider LS, Mangialasche F, Andreasen N, Feldman H, Giacobini E, Jones R, et al. Clinical trials and late-stage drug development for Alzheimer's disease: an appraisal from 1984 to 2014. *J Intern Med*. 2014;275(3):251-83. 7. Lanctôt KL, Herrmann N, Yu KK, Khan LR, Liu BA, LouLou MM, Einarson TR. Efficacy and safety of cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: a meta-analysis. *CMAJ*. 2003;169(6):557-64. 8. 8. Coglive®. [Bula]. São Paulo: Libbs Farmacêutica Ltda.; 2020. 9. Hansen RA, Gartlehner G, Webb AP, Morgan LC, Moore CG, Jonas DE. Efficacy and safety of donepezil, galantamine, and rivastigmine for the treatment of Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging*. 2008;3(2):211-25. 10. Cummings JL. Use of cholinesterase inhibitors in clinical practice: evidence-based recommendations. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2003;11(2):131-45. 11. Trinh NH, Hoblyn J, Mohanty S, Yaffe K. Efficacy of cholinesterase inhibitors in the treatment of neuropsychiatric symptoms and functional impairment in Alzheimer's disease. A meta-analysis. *JAMA*. 2003;289(2):210-6. 12. Tariot PN. Cessation of donepezil is associated with clinical decline in patients with moderate-to-severe Alzheimer's disease compared to continuation of donepezil or addition or substitution of memantine. *Evid Based Med*. 2013;18(2):62-3. 13. Feldman H, Gauthier S, Hecker J, Vellas B, Xu Y, Ieni JR, et al. Efficacy and safety of donepezil in patients with more severe Alzheimer's disease: a subgroup analysis from a randomized, placebo-controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20(6):559-69. 14. Burns A, Bernabei R, Bullock R, Cruz-Jentoft A, Frölich L, Hock C, et al. Safety and efficacy of galantamine (Reminyl) in severe Alzheimer's disease (the SERAD study): a randomised, placebo-controlled, double-blind trial. *Lancet Neurol*. 2009;8(1):39-47.

**Referências Bibliográficas:** 1. **Coglive®**. São Paulo: Libbs Farmacêutica Ltda. Bula do medicamento. 2. **BRODATY, H.** et al. Galantamine prolonged-release formulation in the treatment of mild to moderate Alzheimer's disease. **Dement. Geriatr. Cogn. Disord.**, v. 20, n. 2-3, p. 120-32, 2005. 3. **CARAMELLI, P.** et al. Effects of galantamine on attention and memory in Alzheimer's disease measured by computerized neuropsychological tests: results of the Brazilian Multi-Center Galantamine Study (GAL-BRA-01). **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 62, n. 2b, p. 379-84, 2004. 4. **EMRE, M.** et al. Pooled analyses on cognitive effects of memantine in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. **J. Alzheimers Dis.**, v. 14, n. 2, p. 193-9, 2008.

**Zider®** cloridrato de memantina 10 mg/comprimidos revestidos/ com 15, 30, 60 ou 120 MEDICAMENTO SIMILAR EQUIVALENTE AO MEDICAMENTO DE REFERÊNCIA USO ORAL USO ADULTO. Indicações: indicado para o tratamento da doença de Alzheimer moderada a grave. **Contraindicações:** hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula. Categoria de risco na gravidez: B. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. **Advertências e Precauções:** é recomendada precaução em pacientes com epilepsia, com antecedentes de episódios convulsivos ou com fatores precipitantes para epilepsia. A utilização concomitante de antagonistas do receptor N-metil-D-aspartato (NMDA) tais como a amantadina, quetamina, ou o dextrometorfano, deverá ser evitada. Alguns fatores que podem elevar o pH da urina demandarão um monitoramento cuidadoso do paciente. Este medicamento contém lactose. Interações com medicamentos, alimentos e álcool poderão ocorrer as seguintes interações: os efeitos da L-dopa, dos agonistas dopaminérgicos e dos anticolinérgicos poderão ser amplificados pelo tratamento concomitante com antagonistas de NMDA, como a memantina. A mesma recomendação poderá aplicar-se para a quetamina e o dextrometorfano. Possível risco da combinação da memantina com a fenitoina. Outras substâncias ativas como imedimetina, ranitidina, procarinamida, quinqüina, quinaína e nicotina, também poderão interagir com a memantina levando a um risco potencial de aumento dos seus níveis séricos. É possível que haja uma redução dos níveis séricos da hidroclorotiazida quando esta, ou qualquer combinação contendo hidroclorotiazida, é administrada concomitantemente com a memantina. Foram notificados casos isolados de aumento da relação normalizada internacional (RNI) em pacientes tratados concomitantemente com varfarina. Aconselha-se uma monitoração rigorosa do tempo de protrombina ou da INR em pacientes que estejam em uso simultâneo de anticoagulantes orais. Nenhuma interação farmacodinâmica ou farmacocinética é esperada entre Zider® e o álcool. Entretanto, assim como os outros medicamentos que agem no Sistema Nervoso Central, a combinação com álcool não é recomendada. **Posologia:** Zider® deve ser administrado por via oral, preferencialmente com água. Os comprimidos não devem ser mastigados. O comprimido de Zider® 10 mg pode ser partido. A tolerância e a dosagem da memantina devem ser reavaliadas regularmente. A dose diária máxima é de 20 mg/dia. O tratamento deve ser iniciado com 5 mg diários (meio comprimido, uma vez ao dia) durante a primeira semana. Na segunda semana, 10 mg/dia (um comprimido, uma vez ao dia) e na terceira semana é recomendada a dose de 15 mg por dia (um comprimido e meio, uma vez ao dia). A partir da quarta semana, o tratamento pode ser continuado com a dose de manutenção recomendada de 20 mg/dia (dois comprimidos de 10 mg, uma vez por dia). Vide outras informações do modo de uso e uso em populações especiais na bula completa do produto. **Reações Adversas e alterações de exames laboratoriais:** reações comuns (> 1/100 e ≤ 1/10) registradas durante os estudos clínicos com a memantina e desde que foi introduzida no mercado: hipersensibilidade ao medicamento, sonolência, tonturas, distúrbios de equilíbrio, hipotensão, dispnéia, testes de função hepática elevados, constipação, cefaleia. A doença de Alzheimer tem sido associada a depressão, pensamentos suicidas e suicídio. Na fase de experiência pós-comercialização estes efeitos foram notificados em pacientes tratados com a memantina. Vide demais reações adversas na bula completa do produto. Reg. MS 10033.0159/Farm. Resp.: Cintia Delphino de Andrade CRF-SP nº 25.125 LIBBS FARMACÊUTICA LTDA/CNPJ 61.230314/0001-75/Rua José Kyss, 250 – São Paulo -SP/Indústria Brasileira/ ZIDER/MB12-1/ SAC: 0800-0135044. ZIDER® é um medicamento, durante seu uso, não dirija veículos ou opere máquinas, pois sua agilidade e atenção podem estar prejudicadas. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SO PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA.** A persistirem os sintomas, o médico deve ser consultado. Documentação científica e informações adicionais estão disponíveis no Serviço de Atendimento ao Consumidor e no serviço de atendimento aos profissionais prescritores e dispensadores de medicamentos.

**Contraindicações:** hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula. **Interações com medicamentos, alimentos e álcool:** poderão ocorrer as seguintes interações: os efeitos da L-dopa, dos agonistas dopaminérgicos e dos anticolinérgicos poderão ser amplificados pelo tratamento concomitante com antagonistas de NMDA, como a memantina.

**COGLIVE®**  
bromidrato de galantamina  
MEDICAMENTO SIMILAR EQUIVALENTE AO MEDICAMENTO DE REFERÊNCIA  
Cápsulas de liberação prolongada 8 mg com 7, 10 ou 30; cápsulas de liberação prolongada 16 mg com 30; ou cápsulas de liberação prolongada 24 mg com 30.  
USO ORAL  
USO ADULTO

**Indicações:** tratamento sintomático da demência do tipo Alzheimer de intensidade leve a moderada e tratamento sintomático da demência de Alzheimer de intensidade leve a moderada com doença vascular cerebral relevante. **Contraindicações:** hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula. **Advertências e Precauções:** reações cutâneas graves (síndrome de Stevens-Johnson e pustulose exantemática generalizada aguda) foram relatadas em pacientes recebendo Coglive®. Recomenda-se que os pacientes sejam informados sobre os sinais de reações graves na pele e que o uso de Coglive® deve ser interrompido no primeiro sinal de erupção cutânea. Pacientes com doença de Alzheimer podem sofrer o tratamento com inibidores da colinesterase, incluindo a galantamina, tem sido associado com perda de peso nestes pacientes. Durante o tratamento, o peso do paciente deve ser monitorado. Devido à sua ação farmacológica, os colinomiméticos podem apresentar efeitos vagotônicos sobre a frequência cardíaca, incluindo bradicardia e todos os tipos de bloqueio de nódo atrioventricular. O potencial para esta ação pode ser particularmente importante em pacientes com doença do nódo sinusal ou outros distúrbios supraventriculares da condução cardíaca ou para os pacientes que utilizam concomitantemente fármacos que reduzem significativamente a frequência cardíaca, como a digoxina e os betabloqueadores. Os pacientes com risco aumentado de desenvolver úlceras pépticas devem ter os sintomas monitorados. O uso de Coglive® não é recomendado nos pacientes com obstrução gastrointestinal ou em recuperação de cirurgia gastrointestinal. Convulsões têm sido reportadas com o uso de Coglive®. Os colinomiméticos devem ser prescritos com cautela para pacientes com história de asma grave ou com doença pulmonar obstrutiva, devido à sua ação colinomimética. O uso de Coglive® não é recomendado nos pacientes com obstrução urinária ou em recuperação de cirurgia da bexiga. Coglive® não é indicado para indivíduos com o Transtorno Cognitivo Leve (TCL), isto é, aqueles que demonstram um comprometimento isolado de memória maior que o esperado para sua idade e instrução, mas não apresenta critérios para a Doença de Alzheimer. **Gravidez e lactação:** Categoria de risco na gravidez: B. **Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista.** **Coglive® cápsula de liberação prolongada não contém açúcar em sua composição. Interações com medicamentos, alimentos e álcool:** devido ao seu mecanismo de ação, a galantamina não deve ser administrada concomitantemente com outros colinomiméticos. A galantamina antagoniza o efeito de medicamentos anticolinérgicos. Como esperado para os colinomiméticos, é possível a ocorrência de uma interação farmacodinâmica com drogas que reduzem significativamente a frequência cardíaca (exemplos: digoxina e betabloqueadores). A galantamina, por ser um colinomimético, provavelmente exacerbará o relaxamento muscular produzido por fármacos do tipo succinilcolina durante a anestesia. CYP2D6 e CYP3A4 foram as principais enzimas envolvidas no metabolismo da galantamina. A inibição da secreção gástrica ácida não prejudica a absorção da galantamina. Fármacos que são inibidores potentes da CYP2D6 ou CYP3A4 podem aumentar a AUC da galantamina (exemplo: administração concomitante de cetoconazol, paroxetina e eritromicina). A análise farmacocinética na população com Doença de Alzheimer mostrou que a depuração da galantamina diminuiu cerca de 25-33% com a administração concomitante de amitriptilina, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina e quinqüina; inibidores conhecidos da CYP2D6. Portanto, no início do tratamento com inibidores potentes da CYP2D6 ou da CYP3A4 os pacientes podem apresentar aumento da incidência de efeitos colaterais colinérgicos, principalmente náusea e vômito. Nestas circunstâncias, uma redução da dose de manutenção da galantamina pode ser considerada, com base na tolerabilidade do paciente. **Posologia:** por via oral uma vez ao dia, pela manhã, de preferência com alimentos. A dose inicial recomendada é de 8 mg/dia. Pacientes em tratamento com bromidrato de galantamina comprimidos podem passar para Coglive® cápsulas de liberação prolongada tomando sua última dose de bromidrato de galantamina comprimidos à noite e começando o tratamento com Coglive® cápsulas de liberação prolongada uma vez ao dia na manhã seguinte. A mesma dose diária total deve ser administrada. A dose de manutenção inicial é de 16 mg/dia (cápsulas de 16 mg uma vez ao dia) durante pelo menos 4 semanas. Um aumento para a dose máxima de manutenção recomendada de 24 mg/dia (cápsulas de 24 mg uma vez ao dia) deve ser considerado após avaliação apropriada, incluindo avaliação do benefício clínico e da tolerabilidade. Não há efeito rebote após a interrupção abrupta do tratamento (exemplo: preparo para uma cirurgia). Nos pacientes tratados com inibidores potentes da CYP2D6 ou da CYP3A4, reduções da dose podem ser consideradas. **Reações Adversas e alterações de exames laboratoriais:** relacionadas por ≥ 1% dos indivíduos tratados com Coglive® em 8 estudos clínicos duplo-cego controlados com placebo: diminuição do apetite, depressão, vertigem, cefaleia, tremor, síncope, letargia, sonolência, bradicardia, náusea, vômito, diarreia, dor abdominal, dor no abdômen superior, dispnéia, desconforto abdominal, espasmos musculares, fadiga, astenia, indisposição, perda de peso, queda e laceração.

Reg. MS 1.0033.0181/Farm. Resp.: Cintia Delphino de Andrade CRF-SP nº 25.125  
LIBBS FARMACÊUTICA LTDA/CNPJ 61.230314/0001-75/Rua José Kyss, 250 – São Paulo -SP/Indústria Brasileira/COGLIVE-MB04-17/SAC: 0800-0135044. **Coglive® é um medicamento, durante seu uso, não dirija veículos ou opere máquinas, pois sua agilidade e atenção podem estar prejudicadas. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SO PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA.** A persistirem os sintomas, o médico deve ser consultado. Documentação científica e informações adicionais estão disponíveis no Serviço de Atendimento ao Consumidor e no serviço de atendimento aos profissionais prescritores e dispensadores de medicamentos.

**Contraindicações:** hipersensibilidade ao bromidrato de galantamina ou a qualquer um dos componentes do produto. **Interações com medicamentos, alimentos e álcool:** nos pacientes tratados com inibidores potentes da CYP2D6 ou da CYP3A4, reduções da dose podem ser consideradas.

# Dona Geralda



DOSE ÚNICA<sup>1</sup>



“ Após diagnóstico confirmando a doença de Alzheimer, **Dona Geralda** contou com sua força interior e o apoio de suas filhas e marido. Para manter-se ativa, faz parte de um grupo da Terceira Idade, onde pratica atividades, como vôlei, caminhada e faz algumas viagens. ”

**EMOÇÕES**  
QUE CONTINUAM  
**VIVAS**  
NA MEMÓRIA<sup>2-4</sup>

**Zider**  
cloridrato de memantina

508178-JUNHO/2020

**Coglive**  
bromidrato de galantamina