

Este PDF é interativo.
Este símbolo , URL's,
frases e palavras a azul
têm *links* associados.

ÍNDICE	Página
 Do Editor	2
 Ficha Técnica	2
 Bupropiom Risco de pancitopenia?	3
 Fluoroquinolonas Risco de deslocamento da retina?	4
 Modificadores do eixo Renina-Angiotensina Uso simultâneo combinado não recomendado	5
 Autoinjetores de Adrenalina Risco de exposição acidental	7
 Contracetivos de emergência e peso corporal	8
 Materiais Educacionais publicados na página eletrónica do Infarmed (junho a agosto de 2014)	9
 Comunicações dirigidas aos profissionais de saúde (junho a agosto de 2014)	11
 Interações a lembrar! RAM na Literatura... Acenocumarol e fármacos com maior risco de interação na “vida real”	12
 Interações a lembrar! RAM na Literatura... Felodipina: Um inibidor fraco do citocromo?	13
 Interações a lembrar! RAM na Literatura... Interações entre antagonistas dos canais de cálcio e claritromicina e lesão renal	13
 Notificar, pesquisar, manter-se a par.	14

Do Editor

Neste Número são abordadas questões variadas mas com relevância para a utilização de medicamentos de uso comum, como o bupropiom, as fluoroquinolonas ou os fármacos modificadores do eixo renina-angiotensina.

Também neste Número: autoinjetores de adrenalina, contraceptivos de emergência e os mais recentes materiais educacionais e comunicações de segurança. Retomamos duas secções habituais (Interações a Lembrar e RAM na Literatura), desta vez numa fusão 2-em-1 com a referência a interações com o anticoagulante acenocumarol, entre outras.

E mais uma vez lembre-se de incluir na sua Lista de Favoritos a página onde em qualquer momento poderá consultar os Alertas de Segurança (recentes e anteriores) emitidos pelo Infarmed I.P. :

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MAIS_ALERTAS/ALERTAS_DE_SEGURANCA

Ficha Técnica

Diretora:

Alexandra Pego

Editor (Coordenador):

[Rui Pombal](#)

Apoio Editorial:

[Leonor Nogueira Guerra](#)

Corpo Redatorial:

Catarina Fernandes Costa

Cristina Mousinho

Fátima Bragança

Fátima Hergy

Inês Clérigo

Leonor Nogueira Guerra

Magda Pedro

Margarida Guimarães

Pedro Marques Silva

Colaboração na Edição:

Inocência Pinto

Conselho Consultivo:

Conselho Diretivo do INFARMED, I.P.

Comissão de Avaliação de Medicamentos

INFARMED – Autoridade Nacional do
Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa
Av. do Brasil, N.º 53, 1749-004 Lisboa

Telefone:

+351 217 987 100

Correio eletrónico:

infarmed@infarmed.pt

Paginação:

Letras & Sinais

Comunicação e Imagem, Lda.

ISSN:

0873-7118

Bupropiom

Risco de pancitopenia?



Leitura Rápida

Não é certo que possa haver um risco de pancitopenia associado ao bupropiom, mas justifica-se atenção.

Durante as atividades de deteção de sinal de rotina, foi detetado um sinal de pancitopenia potencialmente associada à utilização de bupropiom, um inibidor selectivo da recaptação neuronal da noradrenalina e da dopamina, indicado no tratamento de episódios depressivos *maior* em adultos.

O Comité de Avaliação do Risco em Farmacovigilância (**PRAC**) da **EMA** recomendou que fosse realizada uma revisão cumulativa dos casos de pancitopenia e termos relacionados, incluindo revisão de literatura e discussão do potencial mecanismo de ação, independentemente da indicação. Os dados fornecidos pelo Titular de **AIM** levantaram algumas preocupações sobre a ocorrência de eventos adversos hematopénicos e mais especificamente anemia, trombocitopenia e leucopenia. A maioria dos casos apresentados correspondia a doentes jovens, incluindo crianças, sem comorbilidades relevantes e em vários casos havia explicações alternativas para os eventos adversos notificados.

Foi considerado que os dados não parecem indicar um risco específico para os doentes, no entanto, após analisar a evidência científica e os dados de segurança disponíveis, o PRAC recomendou que os **RCM** / **FI** sejam ser atualizados para incluir informação acerca do risco de pancitopenia.

As traduções para português dos textos a implementar nos **RCM** e **FI** estarão disponíveis em [Recomendações do PRAC decorrentes de avaliação de sinais de segurança](#).

Margarida Guimarães

Fluoroquinolonas

Risco de descolamento da retina?



Leitura Rápida

Existe evidência contraditória sobre a eventual associação entre fluoroquinolonas e descolamento da retina.

Por precaução, deverá manter-se atenção acrescida em relação à ocorrência de perturbações visuais durante ou na sequência da toma deste tipo de antibióticos.

Em outubro de 2012, o Comité de Avaliação do Risco em Farmacovigilância (**PRAC**) da Agência Europeia do medicamento (**EMA**) discutiu um estudo de caso-controle (**Etminan M et al.**) em que se concluiu haver um risco aumentado de descolamento de retina em associação com a toma de fluoroquinolonas. Foi considerado que o estudo apresentava grandes limitações, o que levou a que não fosse tomada qualquer medida regulamentar. Foram publicados outros estudos epidemiológicos sobre esta temática e a **EMA** realizou também uma análise na base de dados **Network Health Improvement**. Os estudos variam no que diz respeito aos métodos aplicados, às populações estudadas e ao nível e métodos de ajuste para possíveis fatores de confundimento. Em conjunto, mostram **resultados inconsistentes e variáveis**.

Um estudo de coorte retrospectivo de base populacional realizado por **Kuo et al.** também mostrou uma associação aparentemente significativa entre fluoroquinolonas e o risco de descolamento de retina. No entanto, a relação temporal não suporta os resultados do estudo de Etminan et al que apontam no sentido de um efeito agudo.

As análises efectuadas por **Fife et al.** em duas bases de dados de saúde dos EUA, incluindo uma tentativa de replicar os resultados de Etminan et al., não revelaram um risco aumentado da mesma magnitude. **Outras análises** também não encontraram riscos significativamente aumentados. Usando dados do Projeto de Epidemiologia Rochester, **Kapoor et al.** não encontraram um risco aumentado em até 90 dias a partir da exposição às fluoroquinolonas, quando comparado com macrólidos e beta-lactâmicos. **Eftekhari et al.** usou a base de dados THIN comparando coortes de pacientes a quem foram prescritas fluoroquinolonas ou beta-lactâmicos – não houve aumento na taxa de risco 30 ou 90 dias após a exposição. Num estudo de coorte realizado por **Pasternak et al.** não foi associado um aumento do risco de descolamento de retina à utilização de fluoroquinolonas. Todos estes estudos têm limitações no que diz respeito à sua capacidade de lidar com a complexidade de fatores de confundimento oftalmológicos e de fatores de risco para descolamento de retina. Além disso, a maioria dos estudos foi realizada em bases de dados com informações limitadas sobre fatores de confundimento. As populações estudadas também foram heterogêneas. Devido à raridade do descolamento de retina muitos estudos excluíram grandes aumentos de risco. No entanto, os intervalos de confiança foram relativamente grandes e, portanto, um pequeno aumento no risco não pode ser excluído, especialmente em doentes com fatores de risco.

Desde outubro de 2012, surgiram novos casos espontâneos de descolamento de retina com fluoroquinolonas na base de dados europeia (*EudraVigilance*), o que pode ter sido desencadeado pela publicação de Etminan et al. e discussões posteriores das autoridades regulamentares.

Em conclusão, **não pode nem ser determinada nem excluída uma relação causal entre a toma de fluoroquinolonas e descolamento de retina** com base nos dados atualmente disponíveis. Como medida de precaução entretanto, deve ser incluída na informação destes medicamentos uma advertência acerca da possibilidade da ocorrência de perturbações visuais. Com base nos dados avaliados, o PRAC concluiu que é apropriado atualizar os **RCM** / **FI** dos medicamentos contendo fluoroquinolonas para incluir o risco de descolamento da retina.

As traduções para português dos textos a implementar no **RCM** e **FI** estão disponíveis em [Recomendações do PRAC decorrentes de avaliação de sinais de segurança](#).

Margarida Guimarães

Modificadores do eixo Renina-Angiotensina

Uso simultâneo combinado não recomendado



Leitura Rápida

Exceto em situações raras e restritas, não deve ser utilizado em simultâneo mais do que um modificador do sistema renina-angiotensina.

O sistema renina-angiotensina é um sistema hormonal que controla a pressão arterial e o volume de fluidos no organismo. Os medicamentos que atuam neste sistema são conhecidos coletivamente como modificadores do sistema renina-angiotensina e podem atuar de três formas diferentes: antagonistas do recetor da angiotensina (ARA), inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) e inibidores diretos da renina (como o aliscireno). Em Portugal encontram-se autorizados e comercializados medicamentos destes três grupos.

A [EMA](#) efetuou uma revisão de segurança para avaliar o impacto da utilização simultânea de vários medicamentos modificadores do sistema renina-angiotensina no tratamento da hipertensão e da insuficiência cardíaca congestiva.

Atendendo aos resultados de alguns estudos publicados, incluindo a recente meta-análise de 33 estudos clínicos que envolveram mais de 68.000 doentes, publicada no *British Medical Journal* ([Makani H et al, 2013](#)), a [EMA](#) efetuou uma revisão de segurança para avaliar o impacto da utilização simultânea de vários medicamentos modificadores do sistema renina-angiotensina. No estudo cima referido, analisaram-se os riscos de hipercaliemia, redução da pressão arterial e insuficiência renal, em comparação com a utilização de apenas um tipo de modificador. Procurou-se ainda verificar se o benefício da utilização combinada seria superior ao da utilização de um único modificador, em termos de mortalidade global.

Após conclusão daquela revisão, o [PRAC](#) recomendou que não devem ser utilizados concomitantemente vários medicamentos modificadores do eixo renina-angiotensina no tratamento da hipertensão e insuficiência cardíaca congestiva.

Em particular aos doentes com patologia renal associada à diabetes (**nefropatia diabética**), não devem ser administrados em conjunto antagonistas do receptor da angiotensina (ARA) e inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA). Quando esta combinação é considerada absolutamente necessária, deve ser realizada por um médico especialista, que deverá fazer a monitorização da função renal, do equilíbrio hidroeletrólítico e da pressão arterial.

A utilização simultânea de aliscireno com um ARA ou IECA em doentes com patologia renal ou diabetes está contraindicada. Esta contraindicação deveu-se à conclusão de que aquela combinação aumenta o risco de efeitos cardíacos, circulatórios e renais.

As presentes conclusões do [PRAC](#) baseiam-se em vários estudos realizados em doentes com diferentes patologias cardíacas e circulatórias ou com diabetes tipo 2, em que a utilização simultânea de um ARA e um IECA foi associada ao aumento do risco de hipercaliemia, danos renais ou hipotensão, quando comparada com a utilização de cada medicamento separadamente.

Continua na próxima página

Modificadores do eixo Renina-Angiotensina

Uso simultâneo combinado não recomendado



Continuação da página anterior

Por outro lado, não foram encontradas evidências do benefício da utilização de dois modificadores do eixo renina-angiotensina (bloqueio duplo) em doentes sem insuficiência cardíaca. Os benefícios da **utilização simultânea** destes medicamentos **apenas** superam os riscos **num grupo restrito de doentes com insuficiência cardíaca em que a utilização de outros medicamentos não é recomendada**.

Assim, a [EMA](#) e o Infarmed recomendam aos profissionais de saúde:

- O tratamento concomitante com mais do que um modificador do eixo renina-angiotensina (bloqueio duplo) não é recomendado, particularmente nos doentes com patologia renal associada à diabetes.
- A utilização simultânea de aliscireno com um ARA ou IECA em doentes com diabetes mellitus e com insuficiência renal moderada ou grave (TFG <60 ml/min/1.73 m²) está contraindicada.
- Caso seja imprescindível utilizar mais do que um destes medicamentos simultaneamente, a monitorização da função renal, equilíbrio hidroeletrólítico e pressão arterial deve ser efetuada por um especialista.
- O bloqueio duplo (uso concomitante de candesartan ou valsartan) só deve ser considerado em caso de intolerância aos antagonistas mineralocorticoides, em doentes com insuficiência cardíaca.

Margarida Guimarães

Autoinjetores de Adrenalina

Risco de exposição acidental



Leitura Rápida

O perfil de absorção da adrenalina administrada por autoinjeter é adequadamente consistente em todos os indivíduos? Revisão em curso.

A adrenalina (epinefrina) é administrada através de autoinjeter a indivíduos em risco ou que tenham tido um episódio prévio de anafilaxia, como medida de primeiros socorros antes da chamada de assistência médica de emergência. A injeção de adrenalina ajuda a aliviar rapidamente as manifestações de anafilaxia ao produzir vasoconstrição (o que aumenta a pressão arterial) e broncodilatação.

A Agência do Medicamento do Reino Unido solicitou à [EMA](#) uma revisão de segurança dos autoinjetores, pois concluiu que, embora a informação que acompanha estes produtos afirme que a adrenalina é libertada para o músculo, não parece haver evidência robusta de que tal aconteça com todos os doentes. Dependendo de fatores individuais como a espessura relativa pele/músculo, a adrenalina poderá ser injetada sob a pele e não no tecido muscular, o que poderá resultar num perfil de absorção diferente do esperado.

A [EMA](#) vai rever os dados disponíveis sobre administração de adrenalina por autoinjetores e sobre se a informação dos produtos é apropriadamente clara e detalhada. As conclusões desta revisão serão divulgadas logo que estiverem disponíveis.



Leitura Rápida

Os contraceptivos de emergência levonorgestrel e ulipristal continuam a ser adequados para a sua indicação, independentemente do peso corporal da mulher.

Os contraceptivos de emergência, que atuam interrompendo ou atrasando a ovulação, são utilizados para prevenir gravidezes não desejadas na sequência de relações sexuais não protegidas ou de falência contraceptiva. Os contraceptivos de emergência que contêm levonorgestrel podem ser utilizados **até 72 horas após** a relação não protegida ou falência contraceptiva, enquanto o acetato de ulipristal pode ser utilizado **até 120 horas depois**.

A [EMA](#) concluiu uma revisão daqueles medicamentos no sentido de avaliar se um peso corporal aumentado poderia afetar a sua eficácia. Os **dados disponíveis** são limitados e não suficientemente robustos para apoiar com certeza a conclusão de que possa haver diminuição do efeito contraceptivo com o aumento do peso corporal / índice de massa corporal (IMC) da mulher, pelo que o Comité para os Medicamentos de Uso Humano (CHMP) da [EMA](#) recomenda atualmente que os contraceptivos de emergência referidos podem continuar a ser utilizados por mulheres com qualquer peso, uma vez que considera que, sendo os efeitos colaterais geralmente ligeiros, os benefícios ultrapassam os riscos e o perfil de segurança continua favorável.

As mulheres devem ser lembradas de que os contraceptivos de emergência devem ser tomados o mais cedo possível a seguir à relação sexual não protegida e apenas devem ser utilizados como método ocasional de “contingência” e não como método contraceptivo de uso regular.



Materiais Educacionais publicados na página eletrónica do Infarmed (junho a agosto de 2014)

Medicamento (DCI)	Clique nas hiperligações para consultar
Cimzia (certolizumab pegol)	 Informação para o médico Guia do prescriptor – 3.ª versão aprovada em abril de 2014 Para médicos reumatologistas e de medicina interna.  Informação para o doente Cartão de alerta – 3.ª versão aprovada em abril de 2014
Diane 35 (ciproterona + etinilestradiol)	 Informação para o médico Lista de verificação para os prescritores – 1.ª versão aprovada em agosto de 2014 Para médicos de ginecologia/obstetrícia, dermatovenereologia e medicina geral e familiar.  Informação para a doente Cartão de informação – 1.ª versão aprovada em agosto de 2014
Eliquis (apixabano)	 Informação para o médico Guia do prescriptor – 2.ª versão aprovada em janeiro de 2014 Para todos os médicos prescritores, nomeadamente de cardiologia, neurologia, medicina interna, medicina geral e familiar e hematologia.  Informação para o doente Cartão de alerta – 2.ª versão aprovada em janeiro de 2014
Erivedge (vismodegib)	 Informação para o profissional de saúde Brochura – 1.ª versão aprovada em novembro de 2013 Formulário de verificação de aconselhamento – 1.ª versão aprovada em novembro de 2013  Informação para o doente Brochura - 1ª versão aprovada em novembro de 2013 Cartão de informação - 1ª versão aprovada em novembro de 2013
Leflunomida Farmoz Leflunomida Pentafarma (leflunomida)	 Informação para o médico Brochura - 1ª versão aprovada em março de 2014



Materiais Educacionais publicados na página eletrónica do Infarmed (junho a agosto de 2014)

Medicamento (DCI)	Clique nas hiperligações para consultar
MabThera (rituximab)	 Informação para o profissional de saúde Guia para a utilização segura e eficiente do medicamento – 1.ª versão aprovada em abril de 2014 Cartão comparativo – 1.ª versão aprovada em abril de 2014 Para médicos hematologistas e oncologistas, bem como para farmacêuticos hospitalares e enfermeiros hospitalares.
Orphacol (ácido cólico)	 Informação para o médico Informação de segurança importante – 1.ª versão aprovada em junho de 2014 Para médicos hepatologistas e mais especificamente pediatras hepatologistas.
Pioglitazona Zentiva (pioglitazona)	 Informação para o médico Guia de prescrição – 1.ª versão aprovada em março de 2014 Para médicos de medicina geral e familiar, medicina interna e endocrinologia.
Tasigna (nilotinib)	 Informação para o profissional de saúde Brochura com informação de segurança importante – 3.ª versão aprovada em abril de 2014 Para hematologistas e todos os diretores dos serviços farmacêuticos dos hospitais que tratam doentes com leucemia mieloide crónica.
Zometa (ácido zoledrónico)	 Informação para o doente Material educacional – 1.ª versão aprovada em fevereiro de 2014

Compilado por Magda Pedro



Comunicações dirigidas aos profissionais de saúde (junho a agosto de 2014)

Medicamento (DCI)	Clique no assunto para saber pormenores
(Domperidona)	Novas recomendações para minimizar o risco cardíaco.
Erivedge (vismodegib)	Potencial problema com os rótulos dos frascos: importância de se ler o folheto informativo como medida de precaução para garantir uma utilização segura
Fentanilo (sistemas transdérmicos)	Risco de exposição accidental aos sistemas transdérmicos.
Invirase (saquinavir)	Atualização de segurança importante incluindo a indicação para ECG antes do tratamento e aproximadamente 10 dias após o seu início.
MST (morfina)	Alteração do nome do medicamento MST Comprimidos de libertação prolongada para tornar mais explícita a dosagem.
Pedea (ibuprofeno)	Rutura de stock e informação importante acerca das diferenças de concentração do medicamento alternativo
Velcade (bortezomib)	Casos isolados de frascos para injetáveis partidos/rachados

Compilado por Catarina Costa



Interações a lembrar!

RAM na Literatura...

Acenocumarol e fármacos com maior risco de interação na “vida real”

Foram estudadas, através de uma dupla análise retrospectiva de dados, abrangendo até 14 anos, as interações medicamentosas com acenocumarol clinicamente mais relevantes que afetaram a segurança dos doentes numa instituição hospitalar universitária suíça. Foram identificados vinte e oito fármacos como tendo **risco elevado de interação** com acenocumarol:

Acetilsalicilato de lisina

Ácido Acetilsalicílico

Ácido valproico

Amiodarona

Celecoxib

Cetorolac

Ciprofloxacina

Claritromicina

Clopidogrel

Diclofenac

Econazol

Escitalopram

Esomeprazol

Etodolac

Fluconazol

Fluvastatina

Fluvoxamina

Ibuprofeno

Imatinib

Leflunomida

Metronidazol

Miconazol

Omeprazol

Pantoprazol

Paracetamol

Prednisona

Sinvastatina

Voriconazol

O mecanismo **mais frequentemente** encontrado (em 75% dos casos) foi **farmacocinético**, tendo apenas 14% tido origem em mecanismos farmacodinâmicos e 11% em outros não identificados.

[Gschwind L et al. Eur J Clin Pharmacol. 2013;69\(3\):617-27.](#)



Interações a lembrar!

RAM na Literatura...

Felodipina:

Um inibidor fraco do citocromo?

Este estudo de pequena escala em seis sujeitos saudáveis durante sete dias concluiu que a felodipina poderá ser um fraco inibidor *in vivo* do citocromo CYP3A e CYP2D6, mas que será pouco provável estar na origem de interações farmacocinéticas fármaco-fármaco.

[Snyder BD et al. EurJ Clin Pharm 2014;70\(9\):1115-1122](#)



Interações a lembrar!

RAM na Literatura...

Lesão renal e interações entre antagonistas dos canais de cálcio e claritromicina

Os bloqueadores dos canais de cálcio (ex.: amlodipina, felodipina, nifedipina, diltiazem, verapamilo) são metabolizados pelos citocromo P450 3A4. Ao contrário da azitromicina, a claritromicina é um inibidor do CYP3A4. Neste estudo de coortes retrospectivo de base populacional realizado na província canadiana do Ontário, os autores procuraram caracterizar o risco de eventos adversos agudos nos primeiros 30 dias de co-prescrição de claritromicina ou azitromicina em adultos idosos que estavam a fazer bloqueadores dos canais de cálcio. O uso concomitante destes (especialmente de di-hidropriridinas) com claritromicina *versus* azitromicina esteve associado a um pequeno mas estatisticamente significativo aumento do risco de hospitalização a 30 dias por lesão renal aguda. Estes achados suportam a precaução a ter quando da utilização concomitante de inibidores do CYP3A4 em doentes que estejam a tomar antagonistas dos canais de cálcio.

[Gandhi S et al. JAMA. 2013;310\(23\):2544-2553.](#)

Notificação *online* de reações adversas a medicamentos por profissionais de saúde e utentes



O Portal RAM permite a notificação de reações adversas por profissionais de saúde e utentes, mediante o preenchimento de um formulário específico para cada um destes tipos de notificadores.

Como posso notificar uma reação adversa?

• Portal RAM

<http://extranet.infarmed.pt/page.seram.frontoffice.seramhomepage>

• Fichas de Notificação para imprimir:

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/FARMACOVIGILANCIA/NOTIFICACAO_DE_RAM

• Impresso RSF

INFARMED, I.P. – Direção de Gestão do Risco de Medicamentos

Tel: +351 217 987 140; +351 217 987 141

Fax: +351 217 987 397

E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt

Unidade de Farmacovigilância do Norte:

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Rua Doutor Plácido da Costa – 4200-450 Porto

Tel: +351 220 426 952/220 426 943 – Fax: +351 225 513 682

E-mail: ufn@med.up.pt

Site: www.ufn.med.up.pt

Unidade de Farmacovigilância de Lisboa e Vale do Tejo:

Laboratório de Farmacologia Clínica e Terapêutica

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Av. Prof. Egas Moniz – 1649-028 Lisboa

Tel: +351 217 802 120/7; Ext. 44136/7 – Fax: +351 217 802 129

E-mail: ufnlt@sapo.pt

Unidade de Farmacovigilância do Centro:

AIBILI

Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra

Tel: +351 239 480 138 – Fax: +351 239 480 117

E-mail: ufc@aibili.pt

Site: http://aibili.pt/ufc_about.php

Unidade de Farmacovigilância do Sul:

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

Av. das Forças Armadas – 1649-019 Lisboa

Tel./Fax: +351 217 971 340

E-mail: ufs@ff.ulisboa.pt

Site: <http://ufs.ff.ul.pt>

• OU

O que significam?!

AIM Autorização de Introdução no Mercado

EMA Agência Europeia do Medicamento
(European Medicines Agency)

FI Folheto Informativo

PRAC Comité de Avaliação
do Risco em Farmacovigilância

RAM Reação Adversa Medicamentosa

RCM Resumo das Características
do Medicamento

Agora também poderá aceder aos Alertas e Novidades através das páginas do Infarmed

no LinkedIn 

e Twitter 

Quer pesquisar outro medicamento ou assunto?

Basta ir ao índice remissivo *online* aqui.

Aceda aos Números anteriores do Boletim aqui.

Para novidades e publicações, bastam trinta segundos do seu tempo: registe-se aqui!