



Cristina Bárbara

“O MF nunca esteve tão bem preparado para lidar com as doenças respiratórias”

P. 8/9

Catarina Jesus

A elevada comorbilidade entre dor crónica e patologia psiquiátrica

P. 11



Pedro Melo

Anemia democratócica

P. 2

GASOXVIED

Cuidados Respiratórios Domiciliários

24 horas/365 dias
800 50 60 90

GRATUITO

PUB

Publicações
justNews

www.justnews.pt

Jornal Médico

Nesta edição

Especial
Primeiros 1000 Dias de Vida
Espaço
Dor - ASTOR 2024



Diretor: José Alberto Soares
Mensal • Abril 2024
Ano XII • Número 123 • 3 euros

DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

PUB

30° CNMI Congresso Nacional de Medicina Interna

23 - 26 Maio 2024

9° Congresso Ibérico de Medicina Interna
Centro de Congressos do Algarve, Vilamoura

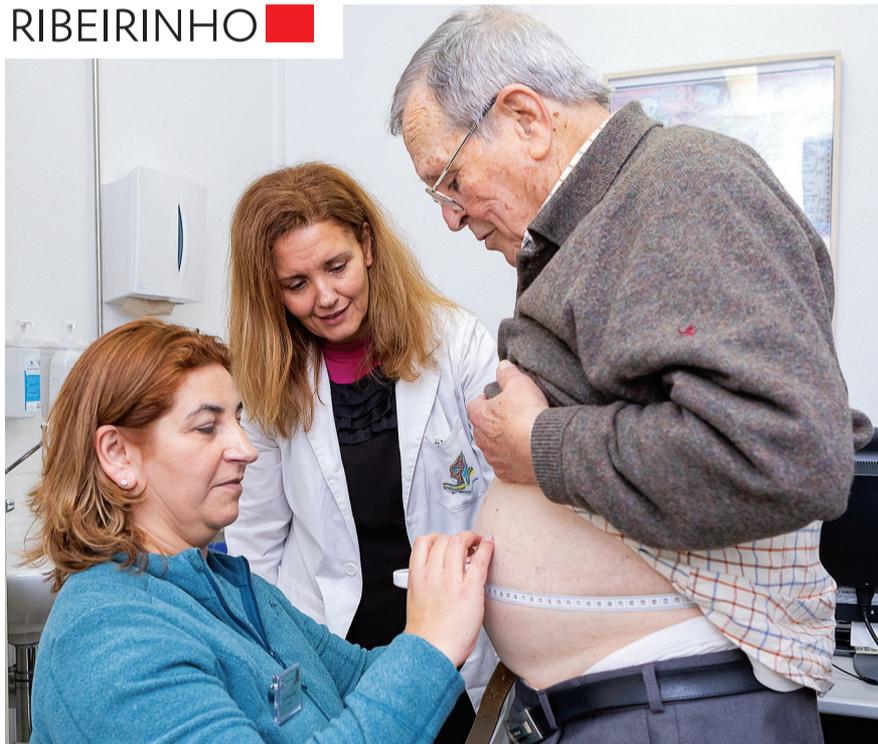
■ USF ALBURRICA, ULS DO ARCO RIBEIRINHO ■

Dinamizar consultas específicas

adequadas às necessidades dos seus utentes

P. 14/19

Criada há menos de três anos, a equipa tem procurado conquistar o seu espaço e crescer progressivamente, a fim de atrair colegas e abraçar mais listas de utentes. A criação das consultas de Obesidade, Contraceção e Cessação Tabágica insere-se nesse objetivo, que tem como desígnio maior servir a população do Barreiro.



ESPECIAL

Primeiros 1000 Dias de Vida

Joana Sousa

Alimentação e suplementação na grávida: qual a evidência?

Rafaela B. Campanha

Tabaco na grávida: quais os riscos?

Inês Lima Ferreira

O impacto da alimentação e da nutrição no leite materno

Carolina Andrade e Sousa

Atividade física na grávida: quais as recomendações?

Rita Cabrita

Amamentação: dos mitos à evidência

Ana Helena Pinto

Como promover uma alimentação saudável e sustentável?

Ana Margarida Pinto

Baby led weaning – qual a evidência?

Marta Barroca

Hábitos de sono saudáveis no bebé: qual o segredo?

Ana Margarida Pinto / Mariana Liñan Pinto / Marta Filipa Lopes / Telma Nogueira
Fortalecer a literacia alimentar

Mariana Vaz Marques

Mindfulness na gravidez e no puerpério

Vanda Guerra

Atividade física

P. 21/27

CLÁUDIO REBELO, PRESIDENTE DA SECÇÃO DE MENOPAUSA DA SPG:

“Os CSP têm de estar habilitados a olhar para as mulheres conforme elas vão amadurecendo”

P. 4/5



“A MGF não recebe o reconhecimento proporcional à sua importância”



A afirmação foi proferida por Rui Costa na sessão de abertura das VI Jornadas Multidisciplinares de MGF, evento que bateu o recorde de participação.

P. 6/7

CLÁUDIA VICENTE, COORDENADORA DO GRESP:

“Dispondo de mais armas terapêuticas, o médico de família consegue gerir hoje melhor o doente respiratório, otimizando de forma individualizada o seu tratamento, o que é desafiante mas igualmente interessante”

P. 9

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Anemia *democratocítica*



Pedro Melo

Doutor em Enfermagem. Professor adjunto na Escola Superior de Enfermagem do Porto

Na medicina há um diagnóstico de um tipo de anemia, designada por anemia macrocítica, que, numa definição genérica, se caracteriza pela existência de glóbulos vermelhos com um tamanho maior do que o normal. Neste “Diagnóstico de Enfermagem” vamos refletir sobre um novo conceito, adaptado do referido: a anemia *democratocítica*.

À semelhança da anemia macrocítica, neste caso, temos uma diminuição no volume de cidadania plena, por um tamanho aumentado da democracia. Parece

estranho fazer esta afirmação, não é? Mas vou usar outro exemplo para me tornar mais compreensível: As vacinas têm sido vítimas do seu próprio sucesso. Porquê?

Porque desde que o Programa Nacional de Vacinação começou a ser implementado em Portugal, nos anos sessenta do século XX, a maior parte das doenças foram erradicadas ou diminuídas de tal forma que não é fácil conhecer alguém que padeça de uma doença para a qual estamos universal e gratuitamente protegidos. Isso significa que, como diz o velho ditado português, “o que os olhos não veem o coração não sente”. E, por isso, o medo das doenças deixou de ser

O exercício da cidadania orientada para a Liberdade tem sido vítima do sucesso da democracia, que faz este abril de 2024 cinquenta anos de plenitude em Portugal.

uma emoção impulsionadora à adesão às vacinas e os movimentos antivacinas foram, por isso, aumentando.

Pois bem, o exercício da cidadania orientada para a Liberdade tem sido vítima do sucesso da democracia, que faz este abril de 2024 cinquenta anos de plenitude em Portugal. Cinquenta anos chegam para que as gerações que foram nascendo e crescendo não tenham tido contacto com um regime político ditatorial e, portanto, da mesma forma que o medo das doenças não permite ter o mesmo sentido de adesão às vacinas, o medo da repressão e da punição pelo exercício pleno da cidadania deixou de estar presente no sentido de adesão à defesa da democracia.

Por isso a designação de anemia *democratocítica*, um vazio de compreensão plena do sentido da Liberdade, por um aumento do ambiente democrático. Mas o aumento do ambiente democrático não é positivo? É o mesmo que o oxigénio, fundamental para respirar e viver, mas se consumido em ambientes de ausência de controlo pode provocar hiperoxia (excesso de oxigénio), com danos graves para a saúde. A exposição a informação não controlada, que aumenta ideais de uma toxicidade social, pode, da mesma forma, ser altamente mortal para uma sociedade democrática.

Atualmente, na arena virtual das redes sociais, por exemplo, as pessoas são expostas a informação tóxica (ainda que também a informação saudável), mas cuja ausência

A exposição a informação não controlada, que aumenta ideais de uma toxicidade social, pode, da mesma forma, ser altamente mortal para uma sociedade democrática.

de controlo permite uma sobredosagem de desinformação e informações falsas, o que aliado a uma iliteracia para o filtro e processamento de informação torna os ambientes atuais democraticamente asfixiantes.

Não é um problema exclusivo de Portugal. Tal como as alterações climáticas, as alterações democráticas são igualmente um flagelo que à distância de um clique pode ativar uma bomba atómica, potenciar genocídios, instigar o racismo, a xenofobia, a homofobia e uma roupagem de ódio, tecida com linhas de desumanização, que nos afastam da condição de Pessoas Humanas.

É um privilégio a ciência, a filosofia, a construção histórica do desenvolvimento humano nos demonstrar que ser Pessoa Humana é diferente de ser apenas um Ser Humano biológico, que assim se designa por se distinguir de outras espécies, como os cães, os gatos, os insetos. A espécie humana, desde logo, desenvolveu competências que lhe permitiu andar em pé, inventar a roda, descobrir o fogo, construir cidades, desenvolver sociedades.

As pólis, na Grécia antiga, onde os “Politikos” tinham o privilégio de exercer direitos e viver numa cidade organizada em eixos sociais evoluídos, são um exemplo das qualidades da espécie humana. Mas ser Pessoa Humana, nos preceitos de Arendt, é usar uma inteligibilidade de que somos dotados para garantir a nossa dignidade e as dos outros. Quando afirmamos, então, que alguém não tem direito a viver, a existir, a decidir sobre a sua identidade e condição, estaremos a ser Pessoas Humanas?

A anemia *democratocítica* tem, felizmente, tratamento. Alimentar os Seres Humanos de informação (desde a idade pré-escolar), de Amor (desde que nascem), de sentido de respeito (desde as escolas às ruas onde vivemos), para que se tornem Pessoas Humanas e o aumento das Pessoas Humanas torna a democracia viva em dose saudável.

Abril é um bom mote para pensar nisso com a seriedade que merece.



É este o número que vai ficar para sempre associado às VI Jornadas Multidisciplinares de MGF. Representa o total de inscritos numa reunião que à nascença (2019) já fazia adivinhar que haveria de crescer muito, em participação e em notoriedade! Os principais “culpados” por este sucesso aparecem na foto mais pequena, compreendendo-se, obviamente, o ar satisfeito de Manuel Viana, Rui Costa e Paulo Pessanha. **Nota importante: as próximas Jornadas vão decorrer entre 20 e 22 de março de 2025.**



Siga-nos
just news

JORNAL MÉDICO

Diretor: José Alberto Soares **Redação:** Miguel Anes Soares, Raquel Braz Oliveira **Fotografia:** Nuno Branco, Nuno Cruz **Publicidade:** Ana Mota, Diogo Varela **Diretor de Produção Gráfica:** José Manuel Soares **Diretor de Multimédia:** Luís Soares **Morada:** Alameda dos Oceanos, Nº 25, E 3, 1990-196 Lisboa **Jornal Médico é uma publicação híbrida da Just News**, de periodicidade mensal, dirigida a profissionais de saúde, isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º n.º 1A **Tiragem:** 12.000 exemplares **Preço:** 3 euros **Depósito Legal:** 355.701/13 **Notas:** 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência à Just News. 2. Qualquer texto de origem comercial eventualmente publicado neste jornal estará identificado como “Informação”.

geral@justnews.pt
agenda@justnews.pt
Tel. 21 893 80 30
www.justnews.pt

Publicações



Notícia

RUI COSTA, COPRESIDENTE DAS VI JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR:

“A MGF não recebe o reconhecimento proporcional à sua importância”

“A valorização profissional é determinante para atrair e manter médicos qualificados nesta especialidade” – alertou Rui Costa ao intervir na sessão de abertura da última edição das Jornadas Multidisciplinares de MGF, evento que o seu copresidente classificou como “a grande referência formativa da área atualmente”.

A VI edição destas Jornadas anuais, que manteve o formato híbrido adotado em 2021, em consequência das restrições originadas pela pandemia de covid-19, foi a mais concorrida de sempre, tendo o número de inscrições superado a barreira das 2500, cerca de metade das quais presenciais. O local da reunião manteve-se (Sheraton Porto), decorrendo a mesma entre os dias 21 e 23 de março.

Projeto lançado em março de 2019 pelos médicos de família Paulo Pessanha, Manuel Viana e Rui Costa, logo ficou decidido que a condução da sessão de abertura de cada edição iria rodando entre os três, cabendo ao anterior coordenador do GRESP-APMGF assumir essa tarefa agora em 2024.

Para além dos três responsáveis pelas Jornadas, a mesa de abertura, cuja sessão aconteceu ao final da manhã do primeiro dia de trabalhos, incluía o bastonário da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, e a vereadora da CM do Porto, Catarina Araújo.

Na sua intervenção, Rui Costa afirmou que “os médicos de MGF atuam como coordenadores da prestação de cuidados de saúde, integrando informações de diferentes especialidades e garantindo uma abordagem unificada e efetiva para o utente”.

Complementarmente, salientou que “o trabalho em equipa e a adequa-



da articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde, de forma a promover o custo-efetividade, a produtividade e a verdadeira integração dos cuidados de saúde, são desafios que o médico de MGF deve assumir e liderar”.

Quanto aos desafios que a MGF enfrenta, referiu “a falta de recursos, tanto humanos quanto materiais e financeiros”, sugerindo ser necessário, nomeadamente, promover remunerações adequadas

“para garantir o crescimento, a eficiência e a eficácia dos serviços de MGF e a satisfação de quem trabalha nesta área”.

Rui Costa lembrou ainda que “a constante evolução da medicina requer uma formação e atualização profissional contínua”. Nesse sentido, será preciso “garantir que os médicos estejam atualizados com as últimas práticas e avanços científicos”, pois, isso será “essencial para oferecer cuidados de saúde de elevada qualidade”.

Não excluindo o papel das novas tecnologias na medicina, defendeu que deviam ser “criadas e adotadas soluções de Inteligência Artificial que tornem os CSP atrativos, melhorando a eficiência, tanto para os médicos como para os doentes, e contribuir para os tão necessários e desejados cuidados de saúde de menor custo, mais eficientes e mais seguros.”

Carlos Cortes: “Vocês têm de saber continuar a defender a vossa especificidade”

Reagindo às palavras de Rui Costa sobre a falta de valorização da MGF, o bastonário da Ordem dos Médicos frisou que “a OM dá muito valor à MGF” e disse inclusivamente que a considera, a título pessoal, “a especialidade mais importante



Carlos Cortes, Manuel Viana, Catarina Araújo, Rui Costa e Paulo Pessanha

do SNS e do Sistema de Saúde em Portugal, porque tem características únicas e diferenciadoras”.

A primeira característica que apontou foi “a maneira como concebe a relação médico/doente”, adiantando tratar-se, provavelmente, da “única especialidade que tem esta proximidade com o doente, porque não se envolve só com ele, mas com todo o seu ambiente familiar e a comunidade, o que lhe confere uma capacidade única de privilegiar, valorizar, dignificar e dar uma plataforma humana à relação médico-doente”.

Carlos Cortes deixou vários elogios à MGF. Reconhecendo o “desenvolvimento notável na área técnico-científica” observado nos últimos anos, disse desconhecer a existência de “outra especialidade em que a formação médica esteja tão bem organizada e seja tão exigente do ponto de vista do seu internato médico como na MGF.”

Lembrando que “os CSP são, neste momento, o lugar de duas especialidades – MGF e Saúde Pública –, em que uma não tem nada a ver com a outra”, Carlos Cortes afirmou não querer que haja “a tentação de os dirigentes políticos confundirem o médico de família, que é um médico altamente diferenciado e especializado na prestação de cuidados de saúde à comunidade”.

Mas também partilhou algumas das suas preocupações, uma das quais relacionada com o futuro dos CSP no seio das ULS: “Acho que Portugal tem de desenvolver a integração de cuidados de saúde,

em proximidade e em comunicação com a população.”

Tendo como um dos seus pelouros a Saúde e Qualidade de Vida, Juventude e Desporto, a vereadora não pôde deixar de transmitir uma mensagem de esperança: “No atual momento político, em que foi já indigitado um primeiro-ministro, que

a Saúde e em particular a MGF venham a ter um olhar cuidado e redobrado da atenção, do papel e do reconhecimento que lhe é merecido e devido.”

Catarina Araújo sublinhou que “o aumento da esperança média de vida, fruto dos avanços em Medicina, quer-se acompanhado de um aumento da esperança de

vida com saúde, o que representa, simultaneamente, um ganho e um desafio, exigindo a adoção de medidas combinadas, que incluam o reconhecimento da importância do estilo de vida como uma forma de promoção da saúde e de prevenção da doença”.

Quanto à construção e à execução

Nome do medicamento: Rosamera 10 mg+5 mg+4 mg, 10 mg+5 mg+8 mg, 10 mg+10 mg+8 mg, 20 mg+5 mg+4 mg, 20 mg+5 mg+8 mg, 20 mg + 10 mg + 8 mg comprimidos revestidos por película. **Composição qualitativa e quantitativa:** cada comprimido revestido por película contém respetivamente 10mg, 10mg, 10mg, 20mg, 20 e 20mg de rosuvastatina (sob a forma de rosuvastatina cálcica), 5mg, 5mg, 10mg, 5mg, 5mg e 10mg de amlopipina (sob a forma de besilato de amlopipina) e 4mg, 8mg, 8mg, 4mg, 8mg e 8mg de tert-butilamina de perindopril. **Indicações terapêuticas:** Rosamera está indicado para terapêutica de substituição em doentes adultos controlados adequadamente com rosuvastatina, perindopril e amlopipina, administrados concomitantemente com o mesmo nível de dose da associação para o tratamento da hipertensão essencial e uma das seguintes condições coincidentes: hipercolesterolemia primária (tipo IIa incluindo hipercolesterolemia familiar heterozigótica), dislipidemia mista (tipo IIb) ou hipercolesterolemia familiar homozigótica. **Posologia e modo de administração:** A dose recomendada de Rosamera é um comprimido por dia, de preferência tomado de manhã e antes da refeição. A combinação de dose fixa não é adequada para terapia inicial. Antes de alterar para Rosamera, os doentes devem estar controlados com doses estáveis dos monocomponentes tomados ao mesmo tempo. A dose de Rosamera deve basear-se nas doses dos componentes individuais da combinação no momento da mudança. Se for necessária a alteração da posologia para qualquer uma das substâncias ativas da combinação fixa devido a qualquer motivo (por exemplo doença diagnosticada recentemente, relacionada com a alteração da condição do doente ou devido a interação medicamentosa), os componentes individuais devem ser utilizados novamente para determinação da posologia. Os idosos podem ser tratados após se considerar a função renal e a resposta da pressão arterial. Em doentes com compromisso renal grave (clearance de creatinina abaixo de 30 ml/min), o tratamento está contraindicado. Em doentes com compromisso renal moderado (clearance de creatinina 30-60 ml/min) recomenda-se uma titulação individual da dose com os monocomponentes. Em doentes com clearance de creatinina maior ou igual a 60 ml/min, não é necessária nenhuma alteração da dose. O acompanhamento médico usual inclui monitorização frequente dos níveis de creatinina e de potássio. No compromisso hepático grave, o tratamento está contraindicado. Rosamera está contraindicado em doentes com doença hepática ativa. Em doentes com compromisso hepático moderado, não é necessária nenhuma modificação da dose. Não se verificou um aumento da exposição sistémica à rosuvastatina em indivíduos com pontuações de 7 ou inferiores na classificação de Child-Pugh. No entanto, tem sido observado um aumento da exposição sistémica em indivíduos com pontuações 8 e 9 na classificação de Child-Pugh. Nestes doentes deve ser considerada a avaliação da função renal. Não existe experiência em indivíduos com pontuações na classificação de Child-Pugh superior a 9. Foi observado um aumento da exposição sistémica da rosuvastatina em indivíduos asiáticos. São conhecidos tipos específicos de polimorfismos genéticos que podem levar ao aumento da exposição à rosuvastatina. Para doentes que são conhecidos por terem esses tipos específicos de polimorfismos, é recomendada uma dose diária mais baixa de rosuvastatina. A rosuvastatina é um substrato de várias proteínas transportadoras. O risco de miopatia (incluindo rhabdomiólise) aumenta quando a rosuvastatina é administrada concomitantemente com determinados medicamentos, que podem aumentar a concentração plasmática da rosuvastatina devido a interações com essas proteínas transportadoras. Sempre que possível, devem ser considerados medicamentos alternativos, e se necessário, considerar temporariamente a interrupção da terapêutica com rosuvastatina. Em situações em que a administração concomitante destes medicamentos com rosuvastatina é inevitável, o benefício e o risco do tratamento concomitante e os ajustes na dose de rosuvastatina devem ser cuidadosamente considerados. Rosamera não deve ser utilizado em crianças e adolescentes devido a preocupações com a eficácia e tolerabilidade ainda não foram estabelecidas. **Método de administração:** via oral. **Contraindicações:** Hipersensibilidade às substâncias ativas, ou a qualquer inibidor da ECA, derivados da dihidropiridina ou a qualquer um dos excipientes do medicamento. Compromisso hepático grave. Doença hepática ativa, incluindo elevações persistentes e inexplicáveis das transaminases séricas e qualquer elevação das transaminases séricas excedendo 3 vezes o limite superior da normalidade (LSN). Compromisso renal grave (clearance creatinina <30 ml/min). Miopatia. Doentes tratados concomitantemente com a associação de sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir. Terapias concomitantes com ciclosporina. Gravidez e aleitamento. Mulheres em idade fértil que não adotam medidas contraceptivas apropriadas. História de angioedema (edema de Quincke) associado a terapêutica prévia com inibidor da ECA. Angioedema hereditário/diopático. O uso concomitante de Rosamera com medicamentos contendo aliscireno é contraindicado em doentes com diabetes mellitus ou compromisso renal (TFG < 60 ml/min/1,73m²). Tratamentos extracorpóreos que levam ao contacto do sangue com superfícies carregadas negativamente (ver secção 4.5). Estenose bilateral da artéria renal ou estenose da artéria renal num único rim funcional. No uso concomitante com sacubitril/valsartan, Rosamera não deve ser iniciado antes de 36 horas após a última dose de sacubitril/valsartan. Hipotensão grave. Choque (incluindo choque cardiogénico). Obstrução do trato de saída do ventrículo esquerdo (por ex. estenose aórtica de grau elevado). Insuficiência cardíaca após enfarte agudo do miocárdio, hemodinamicamente instável. **Efeitos indesejáveis:** Os eventos adversos mais frequentes observados com perindopril são: tonturas, cefaleias, parestesias, vertigens, alterações visuais, zumbidos, hipotensão, tosse, dispneia, dor abdominal, obstipação, diarreia, disgeusia, dispespsia, náuseas, vômitos, prurido, erupção cutânea, câibras musculares e astenia. Os seguintes efeitos indesejáveis podem ser observados durante o tratamento: Diabetes mellitus 1, tonturas, dor de cabeça, parestesia, vertigem, sonolência, compromisso visual, zumbidos, palpitações, Hipotensão (e efeitos relacionados com hipotensão), afrontamentos, tosse, dispneia, dor abdominal, disgeusia, dispespsia, náuseas, vômitos, alteração dos hábitos intestinais (incluindo diarreia e obstipação), prurido, erupção cutânea, espasmos musculares, mialgia, inchaço dos tornozelos, astenia, fadiga, eosinofilia, hipoglicémia, hipercaliémia reversível com descontinuação, hiponatremia, alterações de humor, perturbações do sono, insónia, depressão, síncope, tremor, hipostasia, taquicardia, arritmia (incluindo bradicardia, taquicardia ventricular e fibrilação auricular), vasculite, broncoespasmos, rinite, boca seca, prurido, urticária angioedema da face, extremidades, lábios, mucosas, língua, glote e/ou laringe, reações de fotossensibilidade, penfigoide, hiperidrose, alopecia, púrpura, descoloração da pele, exantema, artralgia, dores nas costas, Insuficiência renal, perturbações da micção, noctúria, aumento da frequência urinária, disfunção eréctil, ginecomastia, dor no peito, dor, mal-estar, edema periférico, pirexia, edema, aumento da ureia no sangue, aumento da creatinina no sangue, aumento do peso, diminuição do peso, chazudo, trombotocipenia, hipersensibilidade, incluindo reações de angioedema, síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH), confusão, pancreatite, aumento das transaminases hepáticas, agravamento da psoríase, miopatia (incluindo miosite), rhabdomiólise, ratura muscular, síndrome semelhante ao lúpus, insuficiência renal aguda, anúria/oligúria, aumento da bilirrubina no sangue, aumento das enzimas hepáticas, agranulocitose ou pancitopenia, diminuição da hemoglobina e hematócrito, leucopenia/ neutropenia, anemia hemolítica em doentes com deficiência congénita em G-6PDH, hiperglicémia, polineuropatia, perda de memória, neuropatia periférica, hipertonia, angina de peito, enfarte do miocárdio, possivelmente secundário a hipotensão excessiva em doentes de alto risco, AVC possivelmente secundário a hipotensão excessiva em doentes de alto risco, pneumonia eosinofílica, gastrite, hiperplasia gengival, hepatite citolítica ou colestática, icterícia, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, dermatite exfoliativa, edema Quincke, hematúria, perturbações do sono (incluindo insónias e pesadelos), miastenia grave, miastenia ocular, fenómeno de Raynaud, necrólise epidérmica tóxica, reação medicamentosa com eosinofilia e sintomas sistémicos (DRESS), afecções dos tendões, por vezes complicadas devido a ratura e miopatia necrosante imunomediada. Tal como se verifica com outros inibidores da redutase da HMG-CoA, a incidência de reações adversas medicamentosas tende a ser dose-dependente. **Informação adicional relacionada com rosuvastatina:** **Efeitos renais:** Em doentes tratados com rosuvastatina foi observada proteinúria, detetada por tiras de teste, sendo maioritariamente de origem tubular. Variação dos valores de proteinúria, desde ausência ou vestígios até um resultado ++ ou superior, foi observado em < 1% dos doentes em determinada altura durante o tratamento com 10 mg e 20 mg, e em aproximadamente 3% dos doentes tratados com 40 mg. Com a dose de 20 mg foi observada uma ligeira variação, desde ausência ou vestígios até um resultado +. Na maioria dos casos, a proteinúria diminui ou desaparece espontaneamente com a continuação da terapêutica. Até ao momento, a análise de dados provenientes de ensaios clínicos e da experiência pós-comercialização não identificou uma associação causal entre a proteinúria e doença renal aguda ou progressiva. A hematúria tem sido observada em doentes tratados com rosuvastatina e os dados de estudos clínicos mostram que a ocorrência é baixa. **Efeitos no músculo esquelético:** Efeitos no músculo esquelético, p. ex. mialgia, miopatia (incluindo miosite) e, raramente, rhabdomiólise com ou sem insuficiência renal aguda têm sido notificados em doentes tratados com rosuvastatina em todas as doses, em particular, com doses > 20 mg. Em doentes tratados com rosuvastatina foi observado um aumento dos níveis de CK relacionado com a dose; na maioria dos casos essa elevação foi ligeira, assintomática e transitória. Se os níveis de CK forem elevados (> 5xLNS), o tratamento deve ser interrompido. **Efeitos hepáticos:** Tal como com os outros inibidores da redutase da HMG-CoA, um aumento das transaminases, relacionado com a dose, foi observado num pequeno número de doentes tratados com rosuvastatina; na maioria destes casos, o aumento foi ligeiro, assintomático e transitório. Foram notificados os seguintes acontecimentos adversos com algumas estatinas: disfunção sexual. Casos raros de doença pulmonar intersticial, especialmente com terapêutica de longa duração. **População pediátrica:** As elevações da creatininaquinase > 10 x LSN e os sintomas musculares após exercício ou aumento da atividade física foram observados mais frequentemente em ensaios clínicos de 52 semanas em crianças e adolescentes em comparação com os adultos. Outros aspetos, o perfil de segurança de rosuvastatina foi semelhante em crianças e adolescentes comparativamente com adultos. **Notificação de suspeitas de reações adversas:** A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas diretamente ao: INFARMED, I.P.: Sítio da internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaooram> (preferencialmente) ou através dos seguintes contactos: Direção de Gestão do Risco de Medicamentos, Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53, 1749-004 Lisboa, Tel.: +351 21 798 73 73, Linha do Medicamento 800222444 (gratuita), E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt. Para mais informações consultar o Titular da AIM: Krka d.d., novo mesto ou Distribuidor: Krka Farmacêutica, Lda. Medicamento sujeito a receita médica. Regime de comparticipação: escalão B (69%). Data de revisão do texto: maio de 2023. PI_Text048566_5.

Catarina Araújo: a necessidade de “um olhar cuidado e redobrado”

Catarina Araújo, vereadora da Câmara Municipal do Porto, também usou da palavra para salientar o papel dos CSP como “o primeiro contacto com o Sistema Nacional de Saúde, colocando os especialistas em MGF na linha da frente,

Notícia