

**Avaliação dos Efeitos do Confinamento na
Saúde Mental e o Recurso a Ansiolíticos e
Antidepressivos nos estudantes da
Universidade da Beira Interior
Experiência Profissionalizante na Vertente de
Investigação e Farmácia Comunitária**

Ana Rita Carvalho Martins

Relatório para obtenção do Grau de Mestre em
Ciências Farmacêuticas
(mestrado integrado)

Orientador: Prof.^a Doutora Maria Eugenia Gallardo Alba
Coorientador: Prof. Doutor Tiago Alexandre Pires Rosado

novembro de 2022

Declaração de Integridade

Eu, Ana Rita Carvalho Martins, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 39151 do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 17 /11 /2022

Ana Rita Carvalho Martins

Aos meus pais.

Agradecimentos

A meta foi alcançada, o sonho foi cumprido, mas até tudo se tornar realidade houve um longo percurso onde várias pessoas se tornaram essenciais e às quais devo uma palavra de agradecimento.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Eugenia, por me ter orientado neste projeto de investigação, pela disponibilidade e dedicação demonstrada.

Ao meu coorientador, Prof. Dr. Tiago, pela partilha de conhecimentos, por toda a ajuda e orientação no tratamento estatístico dos resultados.

A toda a equipa da Farmácia Azevedo Carvalho, por todo o auxílio e simpatia, facilitando a minha integração e aprendizagem. Destaco com particular apreço a Dra. Manuela, diretora técnica, por me ter acolhido de braços abertos, e o Dr. Pedro, por todos os ensinamentos de ouro, profissionais e pessoais.

À família que construí na Covilhã, Mariana, Eduarda e Carolina, por estarem sempre de mãos dadas comigo nas conquistas e nas derrotas, nos pequenos e grandes momentos. Que este quarteto maravilha dure até sermos ‘velhinhas’.

À melhor colega de casa e melhor amiga Maria Inês, pelo abraço casa, por todas as pausas em dias de grande stress e, por todas as risadas sem horas nem datas. De Cabeceiras à Madeira, sempre!

À Margarida e à Bárbara, por toda a amizade, ajuda e incentivo que me deram desde o início.

Ao meu irmão João Pedro, à minha cunhada Cecília e à minha afilhada Matilde que estiveram, estão e permanecem sempre. Obrigada por todo o amor partilhado e força transmitida.

Ao maior pedaço que me forma e define, os meus pais Augusta e Francisco, por acreditarem em mim, por me ajudarem a crescer, por não me deixarem cair, por me ouvirem sem pressa, por me conhecerem no melhor e no pior e permanecerem. A eles, os trevos da minha vida, os que gostam mesmo de mim, para valer, na perfeita imperfeição que sou: obrigada. Obrigada por existirem. Apesar de ser uma frase muito *cliché*, sem dúvida alguma que tenho os melhores pais deste mundo.

A todos com quem tive o privilégio de criar amizades durante estes últimos cinco anos, por todas as memórias que levo para a vida. Certamente, ficarão para sempre no meu coração como pessoas especiais.

E por fim, àquela que me acolheu, que me integrou e que me deixa saudade, a Covilhã!

Resumo

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas e encontra-se dividido em 2 capítulos: o Capítulo I referente à vertente de investigação e o Capítulo II relativo à experiência profissionalizante na vertente de Farmácia Comunitária.

O primeiro capítulo diz respeito ao projeto de investigação intitulado de “*Avaliação dos Efeitos do Confinamento na Saúde Mental e o Recurso a Ansiolíticos e Antidepressivos nos estudantes da Universidade da Beira Interior*”.

O vírus SARS-CoV-2 foi identificado pela primeira vez no final de 2019, na cidade de Wuhan, China. Trata-se de um agente patogénico que causa principalmente infeções respiratórias, mas também pode apresentar manifestações cardiovasculares, renais, endócrinas, neurológicas, entre outras. A doença provocada por este vírus, designa-se COVID-19. A sua propagação rapidamente atingiu uma escala mundial, devido à rápida velocidade de contágio, causando uma acentuada subida no número de casos de infeção. Para conter a propagação do vírus, Portugal e vários países da Europa e de outras regiões do mundo, decretaram o estado de emergência, sendo implementadas várias medidas de contenção, tais como: confinamento obrigatório e encerramento de espaços públicos, incluindo Instituições de Ensino Superior. Assim, durante o período crítico desta doença, os estudantes universitários viram-se obrigados a abandonar a chamada “vida académica” (reuniões sociais, estudos em grupo e aulas presenciais) para regressar a casa a meio do semestre. Todas estas mudanças abruptas nas suas rotinas e atividades diárias, associadas ao medo da infeção ou medo da transmissão a outros, a diminuição dos contactos sociais e a preocupação com um futuro incerto, desencadearam instabilidade emocional e sofrimento psicológico, potenciando o consumo de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos.

Desta forma, realizou-se um estudo observacional e transversal através da aplicação de um inquérito *online* anónimo e confidencial, respondido por 370 estudantes da população dos 8573 alunos inscritos na Universidade da Beira Interior (UBI) no ano letivo 2021/2022. Este teve por objetivo avaliar, não só, os efeitos do confinamento na saúde mental, como também perceber a sua relação com o recurso a medicamentos ansiolíticos e antidepressivos na população descrita em epígrafe. Adicionalmente, tentou-se compreender quais foram os principais efeitos do confinamento na saúde mental, sentidos pelos estudantes, e quais os motivos que contribuíram para tal, assim como os motivos que originaram o consumo dos medicamentos referidos anteriormente,

possíveis efeitos adversos resultantes do consumo dos mesmos e, por último, avaliar o conhecimento e atitudes dos estudantes em relação aos medicamentos.

Este inquérito *online* e inscrito na plataforma *Google Forms*, obteve aprovação por parte da Comissão de Ética (CE) da UBI no mês de fevereiro de 2022.

Dos resultados obtidos fez parte a amostra dos 370 participantes, com uma maior percentagem de alunos do sexo feminino (78,4%), da faixa etária dos 18 aos 21 anos (53,8%) e da área das ciências da saúde (56,5%). O ciclo de estudos mais predominante foi o mestrado integrado (44,1%), sendo que o ano de curso mais prevalente foi o primeiro (25,1%).

O confinamento foi capaz de afetar a saúde mental da maior parte dos estudantes (56,8%), sendo que os mais afetados foram os participantes do sexo feminino (58,3%), da faixa etária dos 26 aos 29 anos (80,0%), da área das ciências (83,3%), do 5.º ano (80,5%) e os alunos de doutoramento (76,9%). No que diz respeito à forma como o confinamento afetou a saúde mental, “*Desmotivação*” (32,4%), “*Ansiedade*” (24,3%) e “*Stress*” (21,0%), foram os efeitos negativos mais relatados pelos inquiridos, sendo a “*Vida social reduzida*” (27,1%), a “*Falta de rotina*” (24,3%), a “*Preocupação com o sucesso académico*” (21,9%) e a “*Adaptação a uma vida diferente*” (20,5%) os motivos maioritariamente apontados que contribuíram para esses efeitos.

De entre as duas classes terapêuticas abordadas neste estudo, a mais consumida foi a dos ansiolíticos com 14,6% face aos antidepressivos (7,6%). De um modo geral, como resultados da associação entre o consumo destes medicamentos e as características sociodemográficas da amostra estudada, conclui-se que os que apresentaram uma maior percentagem de consumo foram o sexo masculino (com 20,0% e 8,8% para ansiolíticos e antidepressivos, respetivamente), da faixa etária dos 30 ou mais (36,8%) e pertencente à área das engenharias (34,8%) no caso dos ansiolíticos, e da faixa etária dos 26 a 29 anos (40,0%) e da área das ciências (16,7%) no caso dos antidepressivos.

Correlacionando os efeitos do confinamento com o recurso a medicamentos ansiolíticos e antidepressivos, conclui-se que dentro da amostra de estudantes que foram afetados negativamente pelo confinamento (56,8%), 22,4% são consumidores de ansiolíticos e 9,5% de antidepressivos. Dos 22,4%, 53,2% já eram consumidores de ansiolíticos antes do confinamento, sendo que desses, 28,0% ajustou a dose, enquanto quase metade (46,8%) não consumiam antes do confinamento, sendo que em 72,7% desses, o consumo foi devido à pandemia. Já dos 9,5% que consomem antidepressivos, a maioria (65,0%) já tomava estes medicamentos antes do confinamento, sendo que 23,1% ajustou a dose, enquanto 35,0% não consumia antes do confinamento, sendo que em 42,9% desses, o consumo foi devido à pandemia.

Por fim, no que concerne aos conhecimentos e atitudes por parte dos estudantes relativamente aos medicamentos abordados, quase na totalidade estão cientes e bem conscientizados em relação às temáticas destas substâncias.

No segundo capítulo encontram-se descritas as atividades desenvolvidas, competências e conhecimentos adquiridos no decorrer do estágio em Farmácia Comunitária. O respetivo relatório realizou-se durante o período compreendido entre 8 de fevereiro e 23 de junho de 2022, na Farmácia Azevedo Carvalho, em Cabeceiras de Basto, no distrito de Braga, sob orientação do Dr. José Pedro Neves Couto.

Palavras-chave

SARS-CoV-2;saúde mental;estudantes universitários;confinamento;ansiolíticos;antidepressivos.

Abstract

This document is part of the process of the curricular unit “Estágio” in order to obtain a Master's degree in Pharmaceutical Sciences and is divided into two chapters: Chapter I refers to the research aspect and Chapter II refers to the professional experience in Community Pharmacy.

The first chapter concerns the research project entitled *"Evaluation of the Effects of Lockdown on Mental Health and the Use of Anxiolytics and Antidepressants in Students at the University of Beira Interior"*.

The SARS-CoV-2 virus was first identified in late 2019 in Wuhan, China. It is a pathogen that causes mainly respiratory infections, but can also have cardiovascular, renal, endocrine, and neurological manifestations, among others. The disease caused by this virus is called COVID-19. It has spread quickly and reached a global scale, due to the rapid speed of contagion, causing a sharp rise in the number of cases of infection.

To contain the spread of the virus, Portugal and several countries in Europe and other regions of the world declared a state of emergency, and several containment measures were implemented, such as mandatory lockdown and closure of public spaces, including Higher Education Institutions. Thus, during the critical period of this disease, university students were forced to abandon their so-called "academic life" (social gatherings, group studies, and face-to-face classes) and return home in the middle of the semester. All these abrupt changes in their daily routines and activities, associated with the fear of infection or the fear of transmission to others, the decrease in social contacts and the concern with an uncertain future, triggered emotional instability and psychological suffering, increasing the use of anxiolytic and antidepressant medications.

Thus, a cross-sectional observational study was conducted through the application of an anonymous and confidential online survey, answered by 370 students from the population of 8573 students enrolled at Universidade da Beira Interior (UBI) in the academic year 2021/2022. This aimed to assess not only the effects of lockdown on mental health, but also to understand its relationship with the use of anxiolytic and antidepressant medications in the population described above. Additionally, we tried to understand what were the main effects of lockdown on mental health felt by the students and what were the reasons that contributed to this, as well as the reasons that led to the use of the above-mentioned medications, possible adverse effects resulting from their use and, finally, to assess the students' knowledge and attitudes towards medication.

This *online* survey, registered in the *Google Forms* platform, was approved by the Ethics Committee (EC) of UBI in February 2022.

The results obtained included a sample of 370 participants, with a higher percentage of female students (78.4%), aged between 18 and 21 years (53.8%) and from the health sciences area (56.5%). The most prevalent study cycle was the integrated master's degree (44.1%), and the most prevalent course year was the first (25.1%).

Lockdown affected the mental health of most students (56.8%), and the most affected were female participants (58.3%), 26-29 year old (80.0%), from the sciences fields (83.3%), 5th year students (80.5%), and PhD students (76.9%). With regard to how lockdown affected mental health, "*Demotivation*" (32.4%), "*Anxiety*" (24.3%) and "*Stress*" (21.0%), were the negative effects most reported by respondents, with "*Reduced social life*" (27.1%), "*Lack of routine*" (24.3%), "*Concern with academic success*" (21.9%) and "*Adapting to a different life*" (20.5%) were the most frequently mentioned reasons that contributed to these effects.

Among the two therapeutic classes addressed in this study, the most consumed was anxiolytics with 14.6% compared to antidepressants (7.6%). In general, as a result of the association between the consumption of these drugs and the sociodemographic characteristics of the sample studied, it was concluded that those with a higher percentage of consumption were males (with 20.0% and 8.8% for anxiolytics and antidepressants, respectively), 30 years old or older (36.8%) and from the engineering field (34.8%) in the case of anxiolytics, and 26 to 29 years old (40.0%) and from the science field (16.7%) in the case of antidepressants.

Correlating the effects of lockdown with the use of anxiolytic and antidepressant medications, we conclude that within the sample of students who were negatively affected by lockdown (56.8%), 22.4% are anxiolytic users and 9.5% are antidepressant users. Of the 22.4%, 53.2% were anxiolytic users before lockdown, and of these, 28.0% adjusted their dose, while almost half (46.8%) did not use them before lockdown, and in 72.7% of these, the use was due to the pandemic. Of the 9.5% that use antidepressants, most (65.0%) were already taking these medications before lockdown, and 23.1% adjusted their dose, while 35.0% did not use them before, and 42.9% of these, consumption was due to the pandemic.

Finally, with regard to the students' knowledge and attitudes about the drugs discussed, almost all of them are aware and well aware of the issues surrounding these substances.

The second chapter describes the activities developed, skills and knowledge acquired during the internship in Community Pharmacy. The respective report took place between February 8th and June 23rd, 2022, in Farmácia Azevedo Carvalho, in Cabeceiras de Basto, Braga district, under the supervision of Dr. José Pedro Neves Couto.

Keywords

SARS-CoV-2;mental health;college students;lockdown;anxiolytics;antidepressants.

Índice

Capítulo I – Avaliação dos Efeitos do Confinamento na Saúde Mental e o Recurso a Ansiolíticos e Antidepressivos nos estudantes da Universidade da Beira Interior 1

1. Introdução	1
1.1. Informação geral.....	1
1.2. Saúde mental	2
1.2.1. Impacto do confinamento na saúde mental	3
1.2.2. Estudantes universitários: uma população vulnerável	3
1.3. Psicofármacos	4
1.3.1. Ansiolíticos	4
1.3.1.1. Benzodiazepinas	5
1.3.1.2. Zolpidem.....	6
1.3.1.3. Barbitúricos	6
1.3.1.4. Buspirona	7
1.3.1.5. Anti-histamínicos	7
1.3.1.6. Antagonistas β -adrenérgicos.....	7
1.3.1.7. Valeriana (<i>valeriana officinalis</i>)	8
1.3.1.8. Melatonina.....	8
1.3.2. Antidepressivos	8
1.3.2.1. Classificação dos fármacos antidepressivos	9
• Antidepressivos Tricíclicos (ADT)	9
• Antidepressivos Inibidores da Monoamina Oxidase (IMAO)	10
• Antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS)	10
• Antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (ISRSN)	11
• Outros antidepressivos	11
2. Justificação do tema e objetivos.....	12
2.1. Justificação do tema	12
2.2. Objetivos	12
3. Material e métodos	13
3.1. Tipo de estudo	13
3.2. Seleção da amostra	13
3.3. Participantes/Critérios de inclusão e exclusão.....	14
3.4. Recolha de dados	14

3.4.1.	Instrumento de recolha de dados.....	14
3.4.2.	Procedimento de recolha de dados.....	15
3.5.	Análise dos dados	16
4.	Resultados e discussão	17
4.1.	Caracterização sociodemográfica da amostra	17
4.1.1.	Sexo	17
4.1.2.	Idade	17
4.1.3.	Área de curso	18
4.1.4.	Ciclo de estudos	18
4.1.5.	Residência na cidade de estudo	19
4.2.	Efeitos do confinamento na saúde mental	20
4.3.	Consumo de medicamentos ansiolíticos	25
4.3.1.	Impacto do confinamento no consumo de ansiolíticos	29
4.3.2.	Efeitos adversos dos ansiolíticos	31
4.3.3.	Noções sobre medicamentos ansiolíticos	32
4.4.	Consumo de medicamentos antidepressivos	35
4.4.1.	Impacto do confinamento no consumo de antidepressivos	37
4.4.2.	Efeitos adversos dos antidepressivos	40
4.4.3.	Noções sobre medicamentos antidepressivos	41
5.	Limitações e pontos fortes do estudo	43
6.	Conclusões	43
7.	Referências bibliográficas	45

Capítulo II – Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária 54

1.	Introdução	54
2.	Localização, caracterização e organização geral da farmácia.....	54
2.1.	Localização	54
2.2.	Horário de funcionamento	55
2.3.	Recursos humanos.....	55
2.4.	Espaço físico	56
2.4.1.	Espaço exterior	56
2.4.2.	Espaço interior	57
2.5.	Sistema informático.....	59
3.	Informação e documentação científica.....	60
4.	Medicamentos e outros produtos de saúde	60
5.	Aprovisionamento e armazenamento	61

5.1. Seleção de fornecedores e critérios de aquisição de medicamentos e produtos de saúde	62
5.2. Processamento de encomendas	62
5.3. Receção de encomendas	63
5.4. Marcação de preços e etiquetagem.....	65
5.5. Armazenamento e condições de conservação	65
5.6. Devoluções.....	66
5.7. Controlo de prazos de validade	67
6. Interação farmacêutico-utente-medicamento.....	67
6.1. Farmacovigilância	68
6.2. VALORMED	69
7. Dispensa de medicamentos	69
7.1. Dispensa de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM)	69
7.1.1. Dispensa de receita manual.....	70
7.1.2. Dispensa de Receita Eletrónica Materializada (REM)	71
7.1.3. Dispensa de Receita Eletrónica Desmaterializada (RED)	72
7.1.4. Planos de participação	72
7.2. Dispensa de Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos (MEP)	73
7.3. Dispensa de medicamentos hospitalares	74
7.4. Dispensa de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM)	75
8. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde.....	75
8.1. Produtos de dermofarmácia, cosmética e produtos de higiene	75
8.2. Produtos dietéticos para alimentação especial	76
8.3. Produtos dietéticos infantis	77
8.4. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)	77
8.5. Medicamentos de Uso Veterinário (MUV).....	78
8.6. Dispositivos médicos	78
9. Cuidados de saúde prestados na farmácia	79
9.1. Medição do peso, altura e IMC	79
9.2. Medição da pressão arterial.....	80
9.3. Medição da glicémia, colesterol total e triglicéridos	80
9.4. Administração de injetáveis e de vacinas não incluídas no PNV	81
10. Preparação de medicamentos	81
10.1. Medicamentos manipulados	81
10.2. Preparações extemporâneas	82
11. Contabilidade e gestão.....	83
11.1. Processamento de receituário e faturação	83

12. Formações e atividades	83
13. Conclusão	84
14. Referências bibliográficas	85
Apêndices	90
Anexos	100

Lista de Figuras

Figura 1 – Espaço exterior da farmácia	130
Figura 2 – Área de atendimento ao público	130
Figura 3 – Gabinete de atendimento personalizado	131
Figura 4 – Área de receção de encomendas	131
Figura 5 – Armazém	131
Figura 6 – Laboratório	131
Figura 7 – Robot (ROWA VMAX 210®)	132
Figura 8 – Documento de psicotrópicos	134
Figura 9 – Registo de requisição de substâncias psicotrópicas	135
Figura 10 – Ficha de preparação do manipulado.....	137
Figura 11 – Manipulado	138

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Classificação das benzodiazepinas segundo o seu $t_{1/2}$ de eliminação, em horas	5
Tabela 2 – Distribuição da amostra que afirmou que o confinamento teve um efeito negativo na saúde mental segundo o consumo de ansiolíticos	25
Tabela 3 – Distribuição da amostra que afirmou que o confinamento teve um efeito negativo na saúde mental segundo o consumo de ansiolíticos antes do confinamento.	30
Tabela 4 – Distribuição da amostra que afirmou que o confinamento teve um efeito negativo na saúde mental segundo a necessidade de ajustar a dose do ansiolítico	30
Tabela 5 – Estatística descritiva dos resultados obtidos acerca da razão do aconselhamento de ansiolíticos ser fundamental	32
Tabela 6 – Distribuição da amostra que afirmou que o confinamento teve um efeito negativo na saúde mental segundo o consumo de antidepressivos	35
Tabela 7 – Distribuição da amostra que afirmou que o confinamento teve um efeito negativo na saúde mental segundo o consumo de antidepressivos antes do confinamento	38
Tabela 8 – Distribuição da amostra que afirmou que o confinamento teve um efeito negativo na saúde mental segundo a necessidade de ajustar a dose do antidepressivo.	39
Tabela 9 – Estatística descritiva dos resultados obtidos acerca dos efeitos adversos resultantes da toma do medicamento antidepressivo	40
Tabela 10 – Estatística descritiva dos resultados obtidos acerca da razão do aconselhamento de antidepressivos ser fundamental	41

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo o sexo	17
Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo a idade	18
Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo a área de curso	18
Gráfico 4 – Distribuição da amostra segundo o ciclo de estudos	19
Gráfico 5 – Distribuição da amostra segundo o ano de ciclo de estudos	19
Gráfico 6 – Distribuição da amostra segundo a residência na cidade de estudo	20
Gráfico 7 – Distribuição da amostra segundo a existência de efeitos negativos do confinamento na saúde mental dos estudantes universitários	20
Gráfico 8 – Distribuição da amostra segundo a forma como o confinamento afetou a saúde mental dos estudantes universitários	21
Gráfico 9 – Distribuição da amostra segundo o motivo que contribuiu para o efeito negativo na saúde mental dos estudantes universitários	21
Gráfico 10 – Distribuição da amostra segundo o hábito de lazer adotado para combater o efeito negativo na saúde mental dos estudantes universitários	22
Gráfico 11 – Distribuição da amostra dos estudantes que tiveram necessidade de contactar um profissional de saúde	22
Gráfico 12 – Distribuição da amostra segundo os profissionais de saúde requisitados ...	23
Gráfico 13 – Distribuição da amostra segundo o consumo de medicamentos ansiolíticos	25
Gráfico 14 – Distribuição da amostra dos estudantes detentores de receita médica	26
Gráfico 15 – Distribuição da amostra segundo o fármaco ansiolítico consumido	27
Gráfico 16 – Distribuição da amostra segundo a frequência de consumo do medicamento ansiolítico	27
Gráfico 17 – Distribuição da amostra segundo o motivo de consumo do medicamento ansiolítico	28
Gráfico 18 – Distribuição da amostra dos estudantes que receberam aconselhamento para o uso do medicamento ansiolítico	28
Gráfico 19 – Distribuição da amostra segundo o profissional de saúde que prestou aconselhamento do medicamento ansiolítico	28

Gráfico 20 – Distribuição da amostra segundo o consumo de ansiolíticos antes do confinamento	29
Gráfico 21 – Distribuição da amostra dos estudantes que tiveram necessidade de ajustar a dose do medicamento ansiolítico	29
Gráfico 22 – Distribuição da amostra dos estudantes em que o consumo de ansiolíticos se deveu à pandemia	30
Gráfico 23 – Distribuição da amostra dos estudantes que sentiram efeitos adversos devido à toma do ansiolítico	31
Gráfico 24 – Distribuição da amostra segundo os efeitos adversos resultantes da toma do medicamento ansiolítico	31
Gráfico 25 – Distribuição da amostra segundo a necessidade de pôr fim à terapêutica devido aos efeitos adversos provocados pelo ansiolítico	32
Gráfico 26 – Distribuição da amostra segundo a opinião sobre o aconselhamento de medicamentos ansiolíticos ser fundamental	32
Gráfico 27 – Noção dos estudantes quanto ao facto dos medicamentos ansiolíticos causarem dependência e/ou tolerância	33
Gráfico 28 – Noção dos estudantes relativamente à conclusão do tratamento com medicamentos ansiolíticos	33
Gráfico 29 – Distribuição da amostra segundo o consumo de medicamentos antidepressivos	35
Gráfico 30 – Distribuição da amostra segundo o fármaco antidepressivo consumido...36	
Gráfico 31 – Distribuição da amostra segundo o motivo de consumo do medicamento antidepressivo	36
Gráfico 32 – Distribuição da amostra dos estudantes que receberam aconselhamento para o uso do medicamento antidepressivo	37
Gráfico 33 – Distribuição da amostra segundo o profissional de saúde que prestou aconselhamento do medicamento antidepressivo	37
Gráfico 34 – Distribuição da amostra segundo o consumo de antidepressivos antes do confinamento	38
Gráfico 35 – Distribuição da amostra dos estudantes que tiveram necessidade de ajustar a dose do medicamento antidepressivo	38

Gráfico 36 – Distribuição da amostra dos estudantes em que o consumo de antidepressivos se deveu à pandemia	39
Gráfico 37 – Distribuição da amostra dos estudantes que sentiram efeitos adversos devido à toma do antidepressivo	40
Gráfico 38 – Distribuição da amostra segundo a necessidade de pôr fim à terapêutica devido aos efeitos adversos provocados pelo antidepressivo	40
Gráfico 39 – Distribuição da amostra segundo a opinião sobre o aconselhamento de medicamentos antidepressivos ser fundamental	41
Gráfico 40 – Noção dos estudantes quanto ao facto dos medicamentos antidepressivos causarem dependência e/ou tolerância	41
Gráfico 41 – Noção dos estudantes relativamente à conclusão do tratamento com medicamentos antidepressivos	42

Lista de Acrónimos

ADT – Antidepressivos Tricíclicos

ANF – Associação Nacional de Farmácias

ARS – Administração Regional de Saúde

BZD – Benzodiazepinas

CCF – Centro de Conferências de Faturas

CE-UBI – Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior

CHUC – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

CHUSJ – Centro Hospitalar Universitário São João

CNP – Código Nacional do Produto

CNPEM – Código Nacional de Prescrição Eletrónica de Medicamentos

DCI – Denominação Comum Internacional

DGAV – Direção Geral de Alimentação e Veterinária

DGS – Direção Geral de Saúde

DT – Diretora Técnica

FAC – Farmácia Azevedo Carvalho

FC – Farmácia Comunitária

FGP – Formulário Galénico Português

FP – Farmacopeia Portuguesa

GABA – Ácido Gama-Aminobutírico

5-HT – Serotonina

IMAO – Inibidores da Monoamina Oxidase

IMC – Índice de Massa Corporal

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

INT - Índice Nacional Terapêutico

ISRS – Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina

ISRSN – Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina

IVA – Imposto sobre o Valor Acrescentado

MBP – Medicamentos à Base de Plantas

MEP – Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos

MSRM – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MNSRM – EF – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica Exclusiva em Farmácia

MUV – Medicamentos de Uso Veterinário

NA – Noradrenalina

OF – Ordem dos Farmacêuticos

PNV – Plano Nacional de Vacinação

PVF – Preço de Venda à Farmácia

PVP – Preço de Venda ao Público

PT – Prontuário Terapêutico

RAM – Reação Adversa a Medicamentos

RED – Receita Eletrónica Desmaterializada

REM – Receita Eletrónica Materializada

SI – Sistema Informático

SIGREM – Sistema Integrado de Gestão de Resíduos de Embalagens e Medicamentos

SNC – Sistema Nervoso Central

SNF – Sistema Nacional de Farmacovigilância

SNS – Serviço Nacional de Saúde

URF – Unidade Regional de Farmacovigilância

Capítulo I – Avaliação dos Efeitos do Confinamento na Saúde Mental e o Recurso a Ansiolíticos e Antidepressivos nos estudantes da Universidade da Beira Interior

1. Introdução

1.1. Informação geral

Em dezembro de 2019, em Wuhan, província de Hubei, China, foi detetada uma nova estirpe de um coronavírus. Esse vírus foi nomeado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como SARS-CoV-2 (“Síndrome Respiratória Aguda Grave – Coronavírus 2”), sendo o responsável pela doença, Covid-19 (*Coronavirus Disease-2019*) (1,2).

Em janeiro de 2020, a OMS declarou-a como uma emergência em saúde pública de nível internacional. Em Portugal, o primeiro caso foi registado a 2 de março de 2020 (3). A 11 de março desse mesmo ano, foi declarada pandemia, data em que a doença já tinha provocado mais de 118 mil infetados e 4.292 mortes em 113 países (4,5).

Segundo a evidência disponível, o vírus pode ser transmitido diretamente por gotículas respiratórias da pessoa infetada, através da tosse, espirro ou fala, sendo posteriormente essas gotículas inaladas ou pousarem na boca, nariz ou olhos de pessoas que estão próximas. A transmissão também pode ocorrer de forma indireta, por contacto das mãos em superfícies que estejam contaminadas, que por sua vez, são levadas ao rosto. O vírus pode sobreviver em diferentes superfícies, durante horas ou dias, se estas não forem desinfetadas (1,2,6).

O SARS-CoV-2 pode infetar o ser humano de maneira sintomática, apresentando um período de incubação com uma duração de 14 dias, compreendido entre a exposição ao vírus até ao aparecimento dos sintomas, ou assintomática (7,8).

Embora seja uma doença que afeta predominantemente o sistema respiratório, também pode afetar o sistema cardiovascular, renal, endócrino, entre outros. Relativamente ao sistema respiratório, os principais sintomas são: febre, tosse seca, fadiga, produção de expetoração, dificuldade respiratória, dor de garganta, calafrios, congestão nasal e hemoptise. Em alguns casos, a doença pode evoluir para algo mais grave, como lesão pulmonar aguda e síndrome respiratória aguda com choque séptico (7,9).

Devido à propagação da doença e às potenciais complicações, foram implementadas várias medidas de mitigação e contenção, incluindo, distanciamento físico, confinamento em casa, restrições de circulação nacional, juntamente com o encerramento de serviços não essenciais, tal como aconteceu com as Instituições de Ensino Superior (10). Nesse contexto nunca antes vivido, as universidades tiveram necessidade de desenvolver soluções direcionadas aos

alunos que permitissem a continuidade da sua aprendizagem, como a introdução do ensino à distância e avaliações realizadas *online* em salas de videoconferência (11). Assim, de forma a se adaptarem à nova realidade, os estudantes viram-se obrigados a reorganizar o seu quotidiano. A maioria dos estudantes que viviam longe das suas famílias, regressaram a casa, causando alterações de rotinas de socialização que outrora faziam parte do dia-a-dia de um universitário (12). Esta falta de suporte social está referenciada como um dos fatores que se correlaciona fortemente com a experiência de ansiedade nos estudantes, o que em época de pandemia se agravou pelas medidas de confinamento e proteção impostas (13).

Devido a este contexto, a pandemia de Covid-19 causou danos irreparáveis ao redor do mundo, tendo impactos não apenas na saúde física, como também na saúde mental. Alguns fatores, como a duração da quarentena, associada ao medo da infeção ou medo da transmissão a outros, o acesso a informações inadequadas, a diminuição dos contactos sociais, a perda de capacidade financeira e o estigma em relação aos contaminados ou familiares, têm sido referidos como preditores de problemas de saúde mental, estando relacionados a um aumento significativo de sofrimento psicológico (14).

Associado a este sofrimento psicológico está o aumento da procura e consequente consumo de psicofármacos. Através de estudos anteriormente realizados a estudantes de uma Universidade de Lisboa, cerca de 8% dos 1145 inquiridos consumiam psicofármacos antes da pandemia, principalmente em épocas de grande esforço intelectual e desequilíbrio emocional (15).

Em Portugal, embora os dados sobre o impacto do Covid-19 na saúde mental e sobre o consumo de psicofármacos tenha vindo a aumentar nos últimos anos, são ainda notoriamente escassos, existindo uma série de aspetos que requerem aprofundamento, nomeadamente no que diz respeito à interligação destas duas problemáticas.

A limitada informação sobre os efeitos do confinamento na saúde mental dos universitários e, a sua relação com o recurso a ansiolíticos e antidepressivos por parte destes, motivou a realização desta investigação.

1.2. Saúde mental

A saúde é definida pela OMS como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades” (16). Por sua vez, a saúde mental é definida como um estado de bem-estar em que a pessoa está ciente das suas próprias habilidades, consegue enfrentar as dificuldades normais da vida, consegue trabalhar de forma produtiva e é capaz de contribuir para a sua comunidade (17).

Estudos epidemiológicos, mostram que os distúrbios psiquiátricos e os problemas relacionados à saúde mental são a principal causa de incapacidade, morbidade e morte prematura em todo o mundo (18). Em Portugal, um em cada cinco portugueses sofre de problemas de saúde mental, em que as perturbações de ansiedade são as mais prevalentes, representando cerca de 16,5% seguidas das depressivas com 7,9% (19).

1.2.1. Impacto do confinamento na saúde mental

Em Portugal, como em quase todo o mundo, as medidas de contenção adotadas como forma de evitar a expansão da doença Covid-19 ficaram marcadas socialmente pela quarentena e pelo confinamento obrigatório, afetando profundamente as rotinas da vida diária das pessoas, desafiando a sua resiliência psicológica (20,21).

Como consequência destas medidas e, com base no conhecimento sobre o impacto das situações pandémicas anteriores (por exemplo, a epidemia de síndrome respiratória aguda grave (SARS) em 2002, a epidemia de síndrome respiratória do médio oriente (MERS) em 2012, a epidemia de ébola na África Ocidental em 2014 e a pandemia de H1N1 em 2009), sabe-se que o confinamento e a quarentena têm um impacto psicológico, a curto e longo prazo, na saúde mental dos indivíduos a eles sujeitos (22). Por exemplo, após a epidemia de SARS de 2002, uma investigação em Hong Kong, mostrou consequências negativas a longo prazo na saúde mental de sobreviventes, nomeadamente perturbação de *stress* pós-traumático (23). Igualmente durante o surto de ébola, devido à sintomatologia e mortalidade da doença, verificou-se nos sobreviventes e na comunidade a existência de sofrimento psicológico (24).

Assim, antecipa-se que a experiência de confinamento, a incerteza e as preocupações em relação ao que o futuro reserva terão um impacto psicológico significativo. Este impacto psicológico tem sido caracterizado por um aumento de sintomas de *stress*, ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono e sintomas depressivos (25,26).

Devido à sua dimensão global e à necessidade de adaptação da população às medidas recomendadas, a pandemia de Covid-19 também trouxe fortes repercussões ao campo da saúde mental. Segundo um estudo recente do Instituto Nacional Ricardo Jorge (INSA), sete em dez portugueses que estiveram em quarentena ou já recuperados da Covid-19 acusaram sofrimento psicológico e mais de metade apontou sintomas de depressão moderada a grave (27).

1.2.2. Estudantes universitários: uma população vulnerável

Apesar dos estudos sobre o impacto psicológico das epidemias e pandemias, reconheçam grupos de maior risco, como profissionais de saúde que estão na linha da frente do combate à infeção, pessoas com fatores de risco que foram infetadas, pessoas com perdas significativas e pessoas previamente diagnosticadas com psicopatologias (28,29), os estudantes universitários têm sido também identificados como uma população vulnerável (30,31).

Previamente à pandemia de COVID-19, estudos anteriores já haviam identificado os estudantes universitários como um grupo com muitos desafios que afetam a saúde mental (32). A pressão da sociedade, da família e o próprio ambiente de competição que os estudantes vivenciam nas instituições de ensino superior, a procura pelo melhor desempenho académico e sucesso pessoal, a pressão das avaliações e prazos a cumprir, assim como a gestão da vida pessoal, são algumas das situações que possibilitam o desencadeamento de emoções negativas que podem ser prejudiciais para a saúde mental (33).

A Covid-19 e todas as mudanças que a doença trouxe para a vida dos estudantes, veio agravar o panorama, dado que outros fatores de risco foram adicionados (34). Entre esses fatores incluem-se: a alteração do formato de ensino presencial para *online*; o afastamento das rotinas normais dos estudantes, quer relacionadas com o estudo e atividades letivas, quer relacionadas com as dinâmicas interpessoais associadas ao distanciamento dos colegas, amigos e professores; as preocupações com familiares infetados ou com maior risco de o serem (pais, avós), bem como as preocupações com a perda ou instabilidade financeira pessoal e/ou familiar e, a falta de espaço pessoal em consequência da medida de confinamento (34,35).

Desde o início da pandemia, estudos realizados com amostras de estudantes universitários, em diferentes países, têm encontrado evidências de grande instabilidade emocional, sintomas de ansiedade e de depressão e diversos problemas de adaptação devido às circunstâncias provocadas pela pandemia (36–38).

1.3. Psicofármacos

De forma a aliviar o sofrimento psicológico e desconforto emocional, e a melhorar o desempenho diário e qualidade de vida, os estudantes recorrem ao consumo de psicofármacos. O termo psicofármaco é aplicado a substâncias que modificam as funções psíquicas e os estados mentais, devido à sua capacidade de alterar a ação de neurotransmissores no cérebro. São usados principalmente para o tratamento de distúrbios mentais, como: psicoses, transtornos de ansiedade, transtorno de deficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtorno bipolar (39–41).

Os psicofármacos são classificados em ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, antidepressivos e antipsicóticos (42). O efeito destas substâncias depende de vários fatores, tais como: tipo de fármaco, via de administração, dose e condições psicológicas e físicas do indivíduo.

Os psicofármacos devem ser utilizados de uma forma racional, dado que o uso excessivo, prolongado e indiscriminado dos mesmos pode produzir diversos efeitos adversos, tais como sonolência, confusão, alteração da capacidade de atenção, entre outros. Para além disso, se forem usados durante um longo período de tempo, provocam dependência e, quando retirados de forma abrupta, originam a síndrome de abstinência caracterizada pelo aumento da agitação psicomotora e/ou maior risco de convulsões, sendo por esta razão, fundamental o acompanhamento de um profissional de saúde especializado (43,44).

No presente capítulo serão focadas duas classes de psicofármacos: os ansiolíticos e os antidepressivos.

1.3.1. Ansiolíticos

Neste grupo incluem-se os fármacos que têm como principal indicação o tratamento das síndromes de ansiedade, primários ou secundários e/ou indução ou manutenção do sono (45). Diferentes grupos farmacológicos têm estas ações: medicamentos pertencentes à classe das benzodiazepinas e seus análogos (como o zolpidem), os barbitúricos, a buspirona (agonista

parcial do recetor 5-HT_{1A}), os antagonistas β-adrenérgicos (como o propranolol), alguns antidepressivos e anti-histamínicos (46–48).

Para além destes, alguns extratos de plantas, como a valeriana, apresentam propriedades importantes para o controlo da ansiedade. Concomitantemente, também estão disponíveis hormonas para o alívio da ansiedade, como é o caso da melatonina, que se encontra em vários suplementos alimentares (45).

Nas próximas secções será feita uma breve introdução sobre estes tipos de substâncias e que serão abordadas na secção de resultados do presente documento.

1.3.1.1. Benzodiazepinas

As benzodiazepinas (BZD) são usadas pelas suas propriedades ansiolíticas e indutoras do sono, mas também pelas suas propriedades anticonvulsivantes, relaxantes musculares e adjuvantes de anestesia (49).

Estas exercem a sua ação ansiolítica através da ligação específica a um recetor benzodiazepínico localizado maioritariamente nas subunidades α e β. Este recetor modula a ligação do GABA ao recetor GABA-A que, por sua vez, modula a condutância transmembranar de cloro provocando um aumento da frequência de abertura dos canais de cloro, resultando na hiperpolarização da célula (50).

Entre as BZD comercializadas existem diferenças em termos de potência, início de ação e duração de ação relacionadas com o tempo de semivida e a presença de metabolitos ativos (42). As BZD podem ser classificadas segundo o seu tempo de meia-vida de eliminação ($t_{1/2}$) e a dos seus metabolitos ativos. As BZD de duração de ação curta têm $t_{1/2}$ inferior a 8 horas, as BZD de duração de ação intermédia têm $t_{1/2}$ entre 8-24 horas e as BZD de duração de ação longa têm $t_{1/2}$ superior a 24 horas (51). Desta forma, estas moléculas são subdivididas em três grupos (Tabela 1):

Tabela 1 - Classificação das benzodiazepinas segundo o seu $t_{1/2}$ de eliminação, em horas (52,53).

Ação curta (<8horas)	Ação intermédia (8-24horas)	Ação longa (>24horas)
Brotizolam Midazolam Coxazepam Triazolam	Alprazolam Bromazepam Cetazolam Clobazam Estazolam Loprazolam Lorazepam Temazepam	Clorazepato dipotássico Cloxazolam Diazepam Flurazepam Loflazepato de etilo Mexazolam

De acordo com a norma elaborada pela Direção Geral da Saúde (DGS) as BZD têm indicação no tratamento da ansiedade e insónia quando os sintomas assumem carácter psicológico, não devendo ser utilizadas por rotina (54). Estas possuem um bom perfil de segurança e são efetivas nas indicações para as quais estão aprovadas, contudo, a duração do

tratamento com estes fármacos deve ser curta devido ao risco elevado de dependência e habituação, caracterizando-se geralmente por uma duração de 8 a 12 semanas (incluindo o período de descontinuação) no tratamento da ansiedade e no máximo 4 semanas (incluindo o período de descontinuação) nos casos de insónia. Em certas situações, o período máximo de utilização pode prolongar-se, porém, para tal, deve ocorrer uma reavaliação em consulta especializada (42,54).

Apesar destes fármacos proporcionarem um alívio rápido dos sintomas, podem apresentar determinadas reações adversas, tais como sonolência, amnésia, ataxia, descoordenação motora e alteração da capacidade de atenção (55).

1.3.1.2. Zolpidem

O zolpidem é um agonista não-benzodiazepínico do recetor GABA-A da família das imidazopiridinas com elevada afinidade e seletividade para a subunidade α_1 (56). Deste modo, apresenta fraca atividade ansiolítica, anticonvulsivante e miorelaxante contudo, é um potente hipnótico, devendo ser tomado ao deitar (57,58).

O zolpidem é eficaz em adultos e em idosos com insónia quando usado em regimes intermitentes ou, quando usado durante um período máximo de 4 semanas. Ainda que este seja recomendado apenas para uso de curta duração em doentes com insónia, não existe muita evidência de que este possa causar tolerância, insónia “*rebound*” ou dependência nas doses recomendadas (56). Todavia, existem relatos de casos de tolerância em doentes que excederam a dose de zolpidem, e também casos de dependência física em doentes com histórico de abuso de substâncias e/ou transtorno psiquiátrico (56,58).

Não isentos de desvantagens, induzem sonolência e dificuldades na marcha, bem como efeitos negativos na vigilância e função cognitiva que podem ter consequências físicas como quedas, fraturas e fadiga diurna, semelhante aos efeitos observados com as BZD (59,60).

1.3.1.3. Barbitúricos

Os barbitúricos foram descobertos no início do século XX e até à década de 50 eram os mais utilizados no tratamento da ansiedade e insónia devido aos seus efeitos sedativos e hipnóticos. O seu mecanismo de ação é semelhante ao das BZD. Os barbitúricos potenciam e prolongam a ação do neurotransmissor GABA, dado que se ligam ao recetor GABA-A e aumentam o tempo de abertura do canal de cloro, o que faz aumentar a afinidade do recetor pelo GABA. Com a entrada de iões cloro, ocorre a hiperpolarização do neurónio e, por consequência, a transmissão do impulso nervoso é bloqueada (61). Este efeito é responsável pelas suas propriedades ansiolíticas, hipnóticas, anestésicas e antiepiléticas.

Apesar de serem eficazes como ansiolíticos ou hipnóticos, apresentam risco de abuso e overdose, alto nível de toxicidade, interação com outros fármacos e elevada probabilidade de desenvolver tolerância e dependência (62). Assim, a existência de alternativas mais seguras, como é o caso das BZD, faz com que a sua utilização esteja reservada para casos especiais (45).

1.3.1.4. Buspirona

A buspirona é um ansiolítico não benzodiazepínico atuando principalmente como agonista parcial dos recetores 5-HT_{1A} (63). Geralmente é utilizada como segunda linha quando os pacientes não respondem ou não toleram os efeitos adversos provocados pelos ISRS.

Clinicamente, a buspirona assemelha-se às benzodiazepinas e comprovou-se ser tão eficaz no tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) como o diazepam, clorazepato, alprazolam e lorazepam. No entanto, ao contrário das benzodiazepinas, a buspirona não causa dependência ou síndrome de abstinência, nem possui propriedades anticonvulsivantes e relaxantes musculares, devido à falta de interação com os recetores GABA (64). Todavia, a sua principal desvantagem é possuir um início de ação lento, visto que os seus efeitos terapêuticos só surgem duas a quatro semanas após o início do tratamento (65).

Os efeitos adversos reportados incluem tonturas, dor de cabeça, náuseas, nervosismo, distúrbios gastrointestinais, entre outros (64).

1.3.1.5. Anti-histamínicos

Como mencionado anteriormente, os anti-histamínicos também podem ser utilizados no tratamento da ansiedade, por exemplo a hidroxizina, que possui propriedades anti-histamínicas e ansiolíticas.

A hidroxizina é um antagonista H₁ indicado para o alívio dos sintomas de ansiedade e como tratamento adjuvante em patologias cuja ansiedade se manifesta (66). Contudo, devido à escassez de dados disponíveis acerca deste fármaco, o seu uso no alívio da ansiedade deve ser muito bem ponderado (47).

1.3.1.6. Antagonistas β-adrenérgicos

Os antagonistas β-adrenérgicos, como o propranolol, são utilizados no tratamento da hipertensão e, ainda que não sejam ansiolíticos, podem ser usados para o alívio da ansiedade, devido à sua eficácia no combate a sintomas somáticos desta patologia resultantes da ativação do Sistema Nervoso Autónomo Simpático, como taquicardia e palpitações (67).

Os β-bloqueadores (pelos menos nas doses usuais para o tratamento da hipertensão) não devem ser recomendados a pacientes com asma, síndrome de disfunção reativa das vias aéreas e sinusite. Quanto a interações com outros fármacos, combinar com diltiazem ou verapamil pode resultar em efeitos depressores adicionais nos nódulos sinoauricular e auriculoventricular e, a combinação com pseudoefedrina, edefrina e fenilpropanolamina pode provocar aumentos na pressão arterial graças à vasoconstrição induzida por recetores α-adrenérgicos (68).

1.3.1.7. Valeriana (*valeriana officinalis*)

A valeriana é uma planta nativa da Europa, América do Norte e Ásia, cuja raiz é amplamente utilizada, pelas suas propriedades sedativas, hipnóticas e ansiolíticas. Os extratos desta planta medicinal têm afinidade para o recetor GABA-A que está envolvido na promoção e regularização do sono (69).

A valeriana contém uma variedade de compostos químicos, incluindo o ácido valerénico, que atuam sinergicamente para exercer um efeito sedativo (70).

Valdispert® (sob a forma de comprimidos, nas doses disponíveis de 45,125 e 450 mg) e Livetan® (comprimidos de 500 mg) são alguns medicamentos à base de plantas (MBP) que pertencem ao grupo de medicamentos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, contendo extrato de valeriana (71). A maioria dos MBP está disponível no mercado como medicamento não sujeito a receita médica (MNSRM).

A valeriana apresenta um bom perfil de segurança, sendo raros os efeitos adversos (69). Contudo, esta planta apresenta algumas desvantagens tais como, interação com o álcool, barbitúricos e BZD (potenciando o seu efeito depressor), cafeína (anulando o seu efeito estimulante) e outras plantas medicinais (*ginkgo biloba* e hipericão) (72).

1.3.1.8. Melatonina

A melatonina é uma hormona endógena produzida pela glândula pineal, libertada exclusivamente à noite (73), com capacidade de aliviar a ansiedade por diminuir o tempo para adormecer. A sua presença em suplementos alimentares, cujo objetivo seja atuar ao nível do sono, é muito comum, dado que se trata de uma hormona associada diretamente ao ciclo circadiano no corpo humano (74).

Um estudo realizado em voluntários saudáveis mostrou que, após administração de elevadas doses orais de melatonina (20, 30, 50 e 100 mg/dia), não foram observados efeitos adversos significativos (75), concluindo-se assim que a suplementação com melatonina é bem tolerada e segura (73).

Valdispert Noite® e *Angelicalm*® são alguns exemplos de suplementos com melatonina na sua constituição.

1.3.2. Antidepressivos

Os antidepressivos têm demonstrado eficácia no controlo sintomático das perturbações depressivas do humor, quer se trate de depressão *major* ou de alteração distímica (76). Para além disto, como já mencionado, estes fármacos têm também eficácia comprovada no tratamento da ansiedade. No entanto, os efeitos terapêuticos surgem apenas algumas semanas após o início da sua utilização, o que pode provocar problemas de adesão à terapêutica (77).

Dentro deste grupo, destacam-se os antidepressivos tricíclicos, os inibidores da monoamina oxidase, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina, os inibidores seletivos

da recaptação da serotonina e noradrenalina e outros onde se incluem a bupropiona, mirtazapina e trazodona (42).

Os antidepressivos inibem a recaptação de neurotransmissores (noradrenalina e serotonina) através da interação com recetores seletivos presentes nos neurónios pré-sinápticos, aumentando assim a sua concentração nas sinapses neuronais do SNC (78).

Tal como outras classes de fármacos referidas, os antidepressivos também desencadeiam efeitos secundários, (79) sendo a sedação, as tonturas, as náuseas, os vômitos, a obstipação e a sonolência alguns exemplos. Tipicamente, os efeitos secundários surgem na fase inicial do tratamento, antes do efeito terapêutico. Alguns efeitos adversos, tais como náuseas e cefaleias, têm tendência a remitir durante a 1ª semana de tratamento, enquanto outros como os efeitos anticolinérgicos e disfunção sexual, tendem a persistir (80).

Apesar do uso generalizado destes medicamentos, muito resta ainda por compreender sobre o seu mecanismo de ação, metabolismo e potenciais interações dos antidepressivos com outros medicamentos (79). A maioria das interações farmacocinéticas dos antidepressivos está relacionada com a capacidade de estes inibirem as enzimas do citocromo P450 (CYP450), sendo as enzimas CYP1A2, CYP2D6 e CYP3A4 as que requerem maior atenção, dado que a maioria dos fármacos são metabolizados por elas (81).

1.3.2.1. Classificação dos fármacos antidepressivos

❖ Antidepressivos Tricíclicos (ADT)

Os ADT foram os primeiros antidepressivos a serem desenvolvidos, começando a ser utilizados na década de 1960. O seu mecanismo de ação, consiste na inibição, de forma não seletiva, da recaptação de noradrenalina (NA) e serotonina (5-HT), o que leva ao aumento da concentração desses neurotransmissores na fenda sináptica (42,82).

No entanto, estes fármacos apresentam uma estrutura tricíclica que apresenta afinidade para vários tipos de recetores, nomeadamente recetores alfa colinérgicos (alfa1 e alfa2), muscarínicos e histaminérgicos (H1), o que contribui para a multiplicidade de efeitos adversos observados. Entre os efeitos secundários dos ADT, destacam-se:

- Efeitos anticolinérgicos: boca seca, constipação, visão turva, retenção urinária;
- Efeitos cardíacos: taquicardia, arritmias, como prolongamento do intervalo QT, fibrilação ventricular;
- Hipotensão ortostática (pode resultar em quedas e lesões em indivíduos);
- Sedação (devido ao efeito anticolinérgico e anti-histamínico);
- Aumento de peso (82).

Dentro desta classe terapêutica incluem-se substâncias ativas como a amitriptilina e a maprotilina (42).

❖ **Antidepressivos Inibidores da Monoamina Oxidase (IMAO)**

Os IMAO são responsáveis pela inibição da Enzima Monoamina Oxidase (MAO), responsável por degradar monoaminas como a NA e 5-HT, aumentando assim a sua concentração na fenda sináptica (83).

Embora os IMAO sejam eficazes, a utilização destes como fármacos de primeira linha foi sempre limitada. Tal se deve à necessidade de restrições alimentares e ao potencial para efeitos adversos graves como hipertensão potencialmente fatal depois da ingestão de alimentos ricos em tiramina (42,83).

Atualmente, os IMAO estão indicados principalmente em caso de resistência a outros fármacos antidepressivos. Contudo, com o aparecimento da moclobemida, um inibidor seletivo, reversível e competitivo da MAO-A, o risco associado a interações medicamentosas e a ingestão concomitante de alimentos ricos em tiramina é reduzido (84,85).

❖ **Antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS)**

De forma a conseguir compostos tão eficazes quanto os referidos anteriormente, mas de maior segurança e perfil de tolerabilidade foram desenvolvidos os ISRS (84,86). Estes inibem seletivamente a recaptação de serotonina da fenda sináptica, aumentando assim a sua atividade (87).

Ao longo das últimas décadas, os ISRS tornaram-se os antidepressivos mais utilizados, em grande parte, devido aos seus efeitos colaterais relativamente menores em comparação com os ADT e os IMAO. Os ISRS têm pouco ou nenhum efeito sobre a dopamina, norepinefrina, histamina ou acetilcolina, estando assim menos associados a efeitos adversos como xerostomia, sedação, constipação e retenção urinária (86,87).

Assim, o aumento da tolerabilidade comparada com outras classes de medicamentos torna os ISRS opções de primeira linha. Contudo, apesar de serem mais seguros, devido à sua seletividade para a serotonina, os ISRS não são isentos de riscos, sendo a disfunção sexual, distúrbios de sono, alterações de peso, ansiedade, tontura, dor de cabeça e desconforto gastrointestinal os efeitos adversos mais comuns associados aos ISRS (87).

Os ISRS são fortemente contraindicados em pacientes medicados com IMAO, uma vez que esta associação pode induzir a síndrome serotoninérgica, possivelmente fatal. Assim sendo, é fundamental existir um intervalo de duas semanas entre a descontinuação de um IMAO e o começo de um ISRS (83).

Alguns dos exemplos de fármacos que pertencem a esta classe são: fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina e escitalopram (42).

❖ **Antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (ISRSN)**

Os ISRSN apresentam também melhor tolerabilidade que os ADT e os IMAO. Estes combinam as propriedades dos ISRS e dos ADT e não apresentam os efeitos secundários destes últimos. No entanto, estes medicamentos podem induzir efeitos cardiovasculares relevantes, como taquicardia, hipertensão ou hipotensão (88).

Esta classe incluiu substâncias ativas como a duloxetina e a venlafaxina (42).

❖ **Outros antidepressivos**

✓ Bupropiona

A bupropiona é um inibidor da recaptação de dopamina, com efeitos mínimos na recaptação de 5-HT e NA (89). Deste modo, não induz efeitos adversos comuns dos outros antidepressivos, como disfunção sexual, sedação significativa e aumento de peso (90). O principal efeito adverso da bupropiona, quando tomado em doses excessivas, são as convulsões.

Para além da depressão é utilizada também na cessação tabágica (89,91).

✓ Mirtazapina

A mirtazapina aumenta a neurotransmissão noradrenérgica e serotonérgica, através do bloqueio de auto e heterorreceptores α_2 -adrenérgicos centrais pré-sinápticos, recetores 5-HT₂ e 5-HT₃ pós-sinápticos e recetores histamínicos H₁ (92,93).

A mirtazapina é um antidepressivo com início de ação mais rápido do que os ISRS e com tolerabilidade e perfil de segurança semelhantes (92). O facto de antagonizar os autorreceptores α_2 -adrenérgicos reduz o papel destas estruturas sinápticas em retardar a resposta antidepressiva. Este fenómeno neurobiológico pode explicar o início de ação aparentemente mais rápido da mirtazapina em comparação com os ISRS. Para além de que, também é importante no sentido em que a utilização de BZD como tratamento concomitante é menos frequente com a mirtazapina que com os ISRS (94).

Apesar de não possuir todos os efeitos secundários dos ISRS, pode causar sedação, aumento do apetite e do peso (93).

✓ Trazodona

A trazodona é um antagonista dos recetores 5-HT_{2A} e um inibidor fraco da recaptação de 5-HT na membrana do neurónio pré-sináptico, potenciando os efeitos sinápticos da 5-HT. Estudos clínicos mostraram que a trazodona é comparável em termos de eficácia aos ADT, ISRS e ISRSN no tratamento de transtornos depressivos maiores (95).

A terapia com trazodona requer especial atenção em pacientes tratados com IMAO, dado que estes prejudicam o metabolismo da serotonina e a administração concomitante aumenta os

níveis séricos de serotonina. Assim sendo, deve existir um período de 14 dias para reduzir o risco de síndrome serotoninérgica antes de iniciar o tratamento com trazodona (96).

Quanto aos efeitos adversos, a trazodona pode induzir dores de cabeça, fadiga, tonturas, sonolência, boca seca, hipotensão ortostática e prolongamento do intervalo QT (95,96).

2. Justificação do tema e objetivos

2.1. Justificação do tema

Os problemas de saúde mental são um dos principais focos de preocupação do século XXI. Os estudantes universitários constituem uma população considerada particularmente vulnerável a este tipo de problemas, visto que enfrentam situações de grande pressão durante o seu percurso académico (33).

A pandemia veio agravar o panorama. Nesse contexto, que implicou confinamento obrigatório por parte da população, os estudantes universitários sofreram alterações abruptas nas suas rotinas e atividades diárias, com perdas sociais e ocupacionais (20,21).

Assim, o impacto social e ambiente restritivo sentidos tornaram-se uma séria ameaça à saúde mental, desencadeando grande instabilidade emocional, sintomas de ansiedade e depressão e diversos problemas de adaptação (36–38). Todos estes sentimentos originam um aumento da procura e consequente consumo de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos (15).

Tendo em conta estas considerações, torna-se cada vez mais pertinente verificar o quão e de que forma o confinamento afetou a saúde mental, bem como perceber a sua relação com o consumo de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos nos jovens. Neste sentido, com este estudo, pretendem-se avaliar os efeitos do confinamento na saúde mental e o recurso a ansiolíticos e antidepressivos nos estudantes da Universidade da Beira Interior (UBI).

2.2. Objetivos

O presente projeto de investigação tem como principal objetivo perceber e correlacionar os efeitos do confinamento na saúde mental, devido à pandemia Covid-19, com o recurso a ansiolíticos e antidepressivos, por parte dos alunos da UBI, inscritos no ano letivo 2021/2022, através do preenchimento de um questionário em plataforma *online*.

Como objetivos secundários e adjacentes, este projeto visa:

- Verificar a percentagem de estudantes em que o confinamento teve um efeito negativo na saúde mental e relacioná-la com as características sociodemográficas;
- Compreender de que forma o confinamento afetou a saúde mental dos estudantes;
- Avaliar os principais motivos que despoletaram os efeitos negativos nos estudantes;

- Determinar o grau de consumo de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos e relacioná-los com as características sociodemográficas;
- Aferir os principais motivos que levam os estudantes a consumir medicamentos ansiolíticos e antidepressivos;
- Compreender os efeitos adversos mais comumente sentidos pelos estudantes aquando do consumo de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos;
- E, finalmente, verificar o conhecimento e as atitudes dos estudantes em relação aos medicamentos ansiolíticos e antidepressivos.

3. Material e métodos

3.1. Tipo de estudo

O presente projeto de investigação assume-se, estatisticamente, como um estudo observacional, analítico e transversal avaliando para tal, parâmetros de estatística descritiva, bem como de estatística inferencial. O estudo teve a duração de 6 meses, constituído por:

- Implementação de um inquérito *online* de 45 questões (Apêndice I), baseado em inquéritos de artigos científicos e estudos internacionais do âmbito;
- Preenchimento do mesmo por parte da população em estudo;
- Pesquisa de informação e revisão da literatura relacionada com o tema;
- Recolha dos dados estatísticos inquiridos;
- Tratamento/relação entre as diferentes variáveis avaliadas.

Antes da implementação do inquérito acima referido, o presente estudo foi submetido, analisado e aprovado por parte da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (CE-UBI) a 15 de fevereiro de 2022 (Código nº CE-UBI-Pj-2022-015-ID1225), como verificado no Anexo I.

Após a aprovação do projeto por parte da CE-UBI, realizou-se um pré-teste a 25 alunos da UBI, inscritos no ano letivo 2021/2022, de forma a averiguar a sua aplicabilidade e efetuar alterações que fossem pertinentes.

Por último, e após serem realizadas alterações com base nos resultados do pré-teste, o inquérito foi divulgado e preenchido pela população em estudo, ficando disponível durante, aproximadamente, seis meses (de março a agosto de 2022). Após este tempo, procedeu-se à recolha dos dados estatísticos inquiridos com subsequente tratamento/relação entre as diversas variáveis avaliadas.

3.2. Seleção da amostra

Segundo os dados fornecidos pelos Serviços Académicos da UBI, o número total de estudantes dos diversos cursos e ciclos de estudos, inscritos na UBI no ano letivo 2021/2022, foi

definido como aproximadamente 8573 alunos. Desta forma, ficou definida a população do presente estudo.

De forma a obter um número mínimo de participantes, tendo em conta uma margem de erro de 5%, um intervalo de confiança de 95% e uma percentagem de frequência de efeitos negativos na saúde mental e consumo de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos de 50%, a amostra representativa aleatória simples mínima necessária e calculada através do programa *Epi Info™*, ficou definida como pelo menos 368 inquéritos, para que os resultados fossem estatisticamente significativos.

3.3. Participantes/Critérios de inclusão e exclusão

Antes da elaboração do inquérito foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão. Nos critérios de inclusão, os participantes declararam:

- serem estudantes da UBI, inscritos no ano letivo 2021/2022;
- terem lido os objetivos a que este estudo se propõe;
- participarem de forma anónima, voluntária e confidencial, sendo para tal, salvaguardada a confidencialidade de todas as suas respostas;
- autorizarem a utilização dos dados apenas para análise estatística, inerente à realização do presente trabalho.

Em relação aos critérios de exclusão, estiverem em linha de conta:

- antigos estudantes da UBI (término dos estudos em anos anteriores ao ano letivo 2021/2022);
- alunos de outras instituições de ensino superior;
- alunos que se recusassem a participar no estudo.

3.4. Recolha de dados

3.4.1. Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através de um inquérito *online* com recurso à aplicação “*Formulários*” da *Google*, com o objetivo de alcançar o maior número de estudantes da UBI e consequente preenchimento do mesmo.

O inquérito intitulado de “*Avaliação dos Efeitos do Confinamento na Saúde Mental e o Recurso a Ansiolíticos e Antidepressivos nos estudantes da Universidade da Beira Interior*” apresenta uma pequena introdução inerente ao estudo, e a partir da qual, os estudantes tomaram a decisão de participar ou não, declarando ter lido e compreendido toda a informação fornecida. Dessa informação destacam-se: a explicação dos objetivos e finalidade do estudo; a identificação do autor e orientador do projeto; a garantia da confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos; a elucidação da ausência de riscos associados; a informação de que foi aprovado pela

Comissão de Ética da UBI (projeto com o código n.º CE-UBI-Pj-2022-015-ID1225) e, a disponibilização de um contacto para o caso de surgir alguma dúvida.

3.4.2. Procedimento de recolha de dados

O processo de divulgação do inquérito foi conseguido através do envio de um *email* a cada aluno com o *link* de acesso ao mesmo pelo Gabinete de Relações Públicas (GRP) da UBI, pelas redes sociais *Facebook* e *Instagram*, pela partilha nos núcleos dos diferentes cursos da UBI e partilha entre alunos.

Relativamente à constituição do inquérito (Apêndice I), com o intuito de alcançar os objetivos previstos para este projeto de investigação, este foi subdividido em 13 secções:

- **Secção 1 – Consentimento informado**
- **Secção 2 - Informação do participante** – com questões relativas ao sexo, idade, faculdade/área de curso, ciclo de estudos e correspondente ano, residência e com quem reside.
- **Secção 3 - Efeitos do confinamento na saúde mental** – inicialmente, percebeu-se se o confinamento afetou a saúde mental dos inquiridos. Para quem respondeu afirmativamente, inquiriu-se sobre um conjunto de questões relacionadas com a forma como o confinamento afetou a saúde mental, o motivo que mais contribuiu para o estado de saúde mental, o hábito de lazer adotado para enfrentar o confinamento, se houve necessidade de contactar um profissional de saúde e, em caso afirmativo, qual.
- **Secção 4- Consumo de medicamentos ansiolíticos** - constituída por uma série de questões referentes aos hábitos de consumo de medicamentos ansiolíticos, por exemplo, alprazolam, clonazepam, propranolol, entre outros. Inquiriu-se se, no caso de terem consumido ansiolíticos, dispunham de prescrição médica, quais consumiam, com que frequência os consumiam habitualmente, se receberam algum tipo de aconselhamento para o uso dessas substâncias (e de quem) e o motivo do consumo.
- **Secção 5 e 6– Impacto do confinamento no consumo de ansiolíticos** – de maneira a perceber o impacto que o confinamento teve no consumo de ansiolíticos, foram realizadas as seguintes questões aos participantes: “*O consumo deveu-se/deve-se à atual pandemia?*” e “*Antes do confinamento, já tomava ansiolíticos?*”. Para quem respondeu de forma positiva à última questão inquiriu-se sobre a necessidade de ajustar a dose.
- **Secção 7 – Efeitos adversos dos ansiolíticos** – com questões destinadas a perceber se sentiram efeitos adversos com a toma (e quais) e se sentiram necessidade de pôr fim à terapêutica devido aos mesmos.
- **Secção 8 – Noções sobre medicamentos ansiolíticos** – com o objetivo de inferir o grau de conhecimento dos alunos inquiridos relativamente ao tema dos medicamentos ansiolíticos. Questionaram-se noções sobre as substâncias, nomeadamente acerca do aconselhamento, dependência e/ou tolerância e conclusão do tratamento.

- **Secção 9 - Consumo de medicamentos antidepressivos** - constituída por uma série de questões referentes aos hábitos de consumo de medicamentos antidepressivos, por exemplo, duloxetine, fluoxetine, mirtazapina, sertralina, venlafaxina, entre outros. Inquiriu-se se, no caso de terem consumido antidepressivos, quais consumiam, se receberam algum tipo de aconselhamento para o uso dessas substâncias (e de quem) e o motivo do consumo.
- **Secção 10 e 11 - Impacto do confinamento no consumo de antidepressivos** - de forma a perceber o impacto que o confinamento teve no consumo de antidepressivos, foram realizadas as seguintes questões aos participantes: “O consumo deveu-se/deve-se à atual pandemia?” e “Antes do confinamento, já tomava antidepressivos?”. Para quem respondeu de forma positiva à última questão inquiriu-se sobre a necessidade de ajustar a dose.
- **Secção 12 – Efeitos adversos dos antidepressivos** – com questões para perceber se sentiram efeitos adversos com a toma (e quais) e se sentiram necessidade de pôr fim à terapêutica devido aos efeitos adversos.
- **Secção 13 – Noções sobre medicamentos antidepressivos** – com o objetivo de inferir o grau de conhecimento dos alunos inquiridos relativamente ao tema dos medicamentos antidepressivos. Questionaram-se noções sobre as substâncias, nomeadamente acerca do aconselhamento, dependência e/ou tolerância e conclusão do tratamento.

Todas as questões eram de resposta fechada (escolha única), havendo, somente 2 de resposta aberta simples, respeitante ao nome do medicamento ansiolítico e/ou antidepressivo que consome/consumia.

Dos 373 inquiridos respondidos, apenas foram considerados 370, devido à presença de erros de preenchimento nos restantes 3. Mesmo assim, ultrapassaram-se os 368 questionários exigidos aquando do cálculo da amostra representativa para este estudo.

3.5. Análise dos dados

Com a finalidade de proceder à análise estatística dos dados recolhidos, recorreu-se ao *software IBM SPSS Statistics* versão 28 e ao programa informático *Microsoft Office Excel* (versão 2210), sendo as variáveis definidas como ordinais para os diferentes parâmetros.

Além disto, para a análise estatística foram usados os testes *Kruskal-Wallis H*, também chamado de “ANOVA unilateral em classificações” e o teste *Qui-Quadrado*. O primeiro define-se por ser um teste não-paramétrico usado para determinar diferenças estatisticamente significativas entre dois ou mais grupos de uma variável independente e uma variável dependente contínua ou ordinal. É considerado, portanto, a alternativa não-paramétrica à ANOVA de um fator. Recorreu-se à utilização de um teste não-paramétrico, dado que numa primeira análise estatística dos resultados verificou-se, através do teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov*

com correção de *Lilliefors*, que as variáveis não apresentavam uma distribuição normal ($p < 0,05$). Para além disso, pelo teste de *Levene*, também se averiguou que não apresentavam homogeneidade de variância (Anexo II).

Já o teste *Qui-Quadrado*, consiste no cruzamento de duas variáveis numa tabela cruzada, permitindo avaliar a existência de associação ou não entre as variáveis.

4. Resultados e discussão

Neste capítulo serão apresentados os resultados e respetiva discussão. Primeiramente, serão apresentadas todas as questões relativas à caracterização sociodemográfica dos participantes, seguindo-se a avaliação dos efeitos do confinamento na saúde mental. Posteriormente, é exposta a prevalência do consumo de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos, bem como o impacto do confinamento no consumo destes.

4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

4.1.1. Sexo

Através da análise dos dados, verifica-se que existe uma predominância do sexo feminino, assumindo-se com uma população de 290 dos inquiridos, correspondentes a 78,4% do total. Os restantes 21,6% eram do sexo masculino, correspondendo a um total de 80 indivíduos (Gráfico 1).

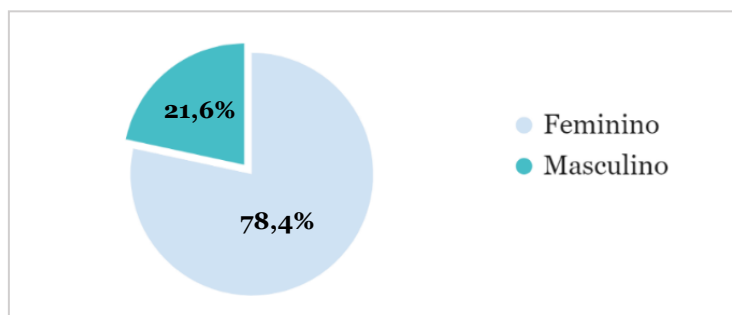


Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo o sexo.

4.1.2. Idade

Em relação à idade dos alunos inquiridos, é possível observar no gráfico 2, que a faixa etária mais frequente foi a dos 18 a 21 anos, com uma percentagem de 53,8%, seguida da dos 22 a 25 anos (38,4%) e dos 30 ou mais anos (5,1%). A minoria corresponde aos alunos com idades compreendidas entre os 26 e 29 anos (2,7%).

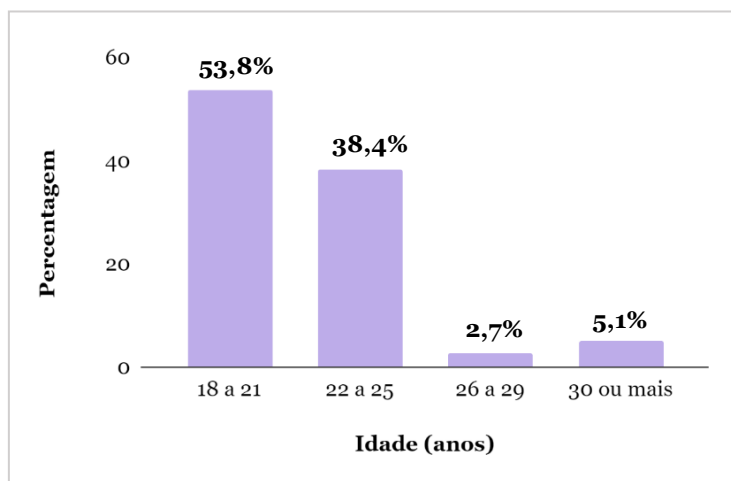


Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo a idade.

4.1.3. Área de curso

Relativamente à área de curso dos alunos participantes no inquérito, verificou-se uma predominância da área das ciências da saúde, onde preencheram um total de 209 alunos (56,5%). Pode-se também verificar que cerca de 70 alunos, correspondente a uma percentagem de 18,9%, eram da área das ciências sociais e humanas. A área com menos adesão por parte dos alunos foi a área das artes e letras, verificando-se um total de 21 alunos (5,7%) (Gráfico 3).

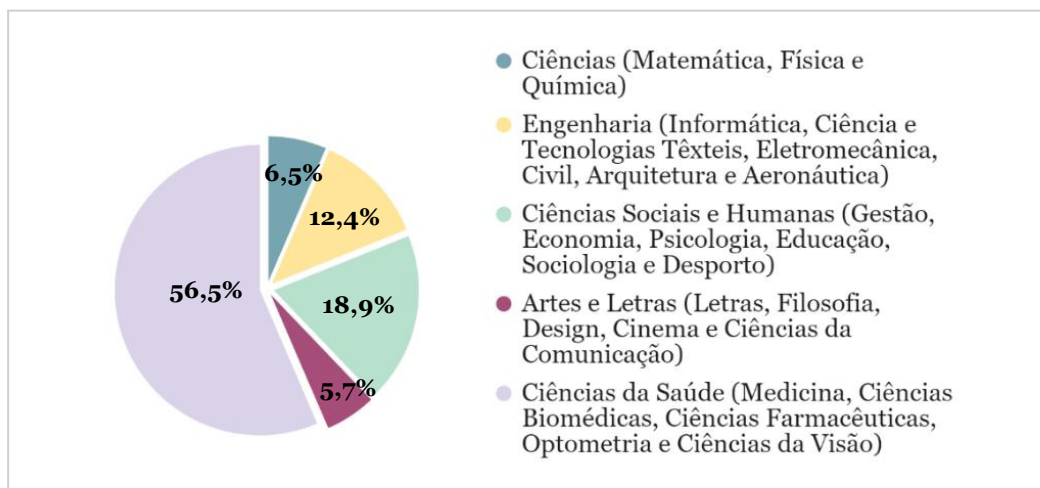


Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo a área de curso.

4.1.4. Ciclo de estudos

Em relação ao ciclo de estudos, a maioria dos estudantes que participaram no inquérito encontravam-se em mestrado integrado, representando 44,1%. Por outro lado, os estudantes a frequentar a licenciatura representam 39,7% das respostas obtidas, e os de mestrado 12,7%. O

ciclo de estudos com menor número de participantes foi o doutoramento, representando apenas 3,5% (Gráfico 4).

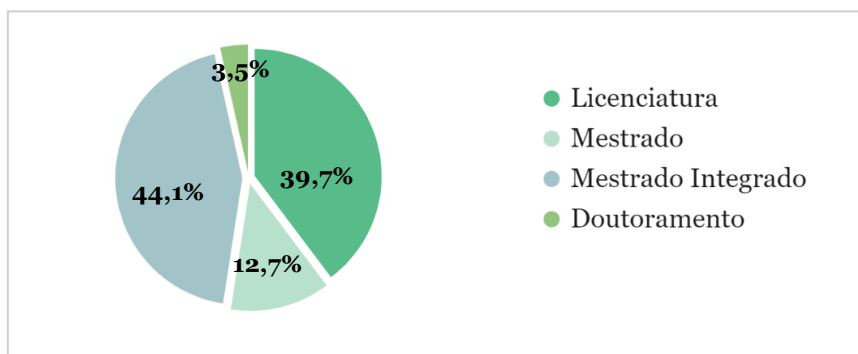


Gráfico 4 – Distribuição da amostra segundo o ciclo de estudos.

Quanto ao ano do ciclo de estudos, grande parte dos estudantes encontram-se no primeiro ano, representando cerca de 25,1% do total, seguido do terceiro ano com 23,2%, do quinto ano com 20,8% e do quarto ano com 13,8%. Os menos predominantes foram o segundo e sexto anos com apenas 12,4% e 4,6% dos participantes, respetivamente (Gráfico 5).

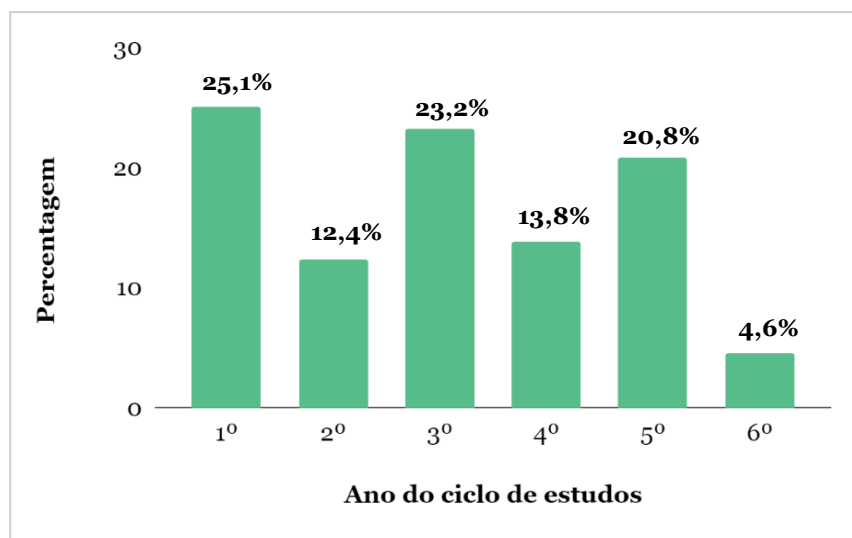


Gráfico 5 – Distribuição da amostra segundo o ano de ciclo de estudos.

4.1.5. Residência na cidade de estudo

Relativamente à residência na cidade de estudo, a maioria dos estudantes vivia com amigos/colegas, representando mais de metade da amostra (75,4%), seguida da residência com pais e familiares, equivalendo a 17,3%. Dos restantes, 3,8% moravam sozinhos, 3,2% com o namorado(a) e somente 0,3% se encontrava num hotel (Gráfico 6).

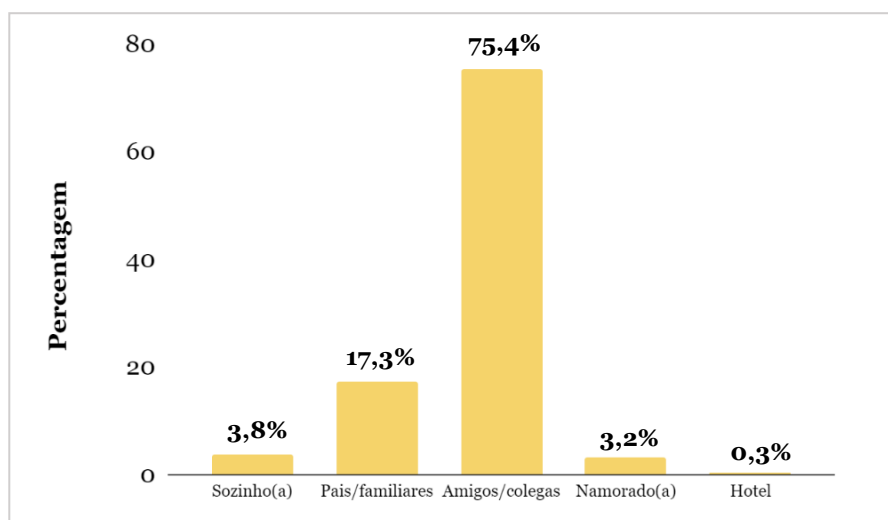


Gráfico 6– Distribuição da amostra segundo a residência na cidade de estudo.

4.2. Efeitos do confinamento na saúde mental

De forma a perceber se o confinamento teve efeitos negativos na saúde mental da população em estudo, os participantes foram questionados com a seguinte pergunta “*Considera que o confinamento devido à Covid-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?*”. Através do gráfico 7, verifica-se que a maioria dos participantes (56,8%) responderam “*Sim*”. Este resultado era espectável, visto que os estudantes universitários tiveram de alterar por completo a sua vida académica, social e pessoal em resposta ao confinamento imposto (34). Além disso, na literatura estão descritos vários estudos realizados com estudantes universitários, que concluem que o confinamento teve um impacto negativo na sua saúde mental (36–38).

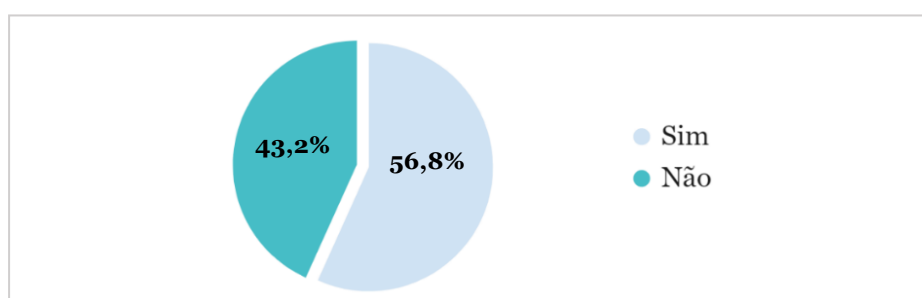


Gráfico 7 – Distribuição da amostra segundo a existência de efeitos negativos do confinamento na saúde mental dos estudantes universitários.

Os participantes, após responderem “*Sim*” à pergunta anterior, foram confrontados com um conjunto de questões relacionadas com a forma como o confinamento afetou a saúde mental,

o motivo que contribuiu para o estado de saúde mental, o hábito de lazer adotado para enfrentar o confinamento e se houve necessidade de contactar um profissional de saúde.

No que diz respeito à forma como o confinamento afetou a saúde mental, 32,4% dos estudantes relatou a “Desmotivação” como o principal efeito negativo, seguido da “Ansiedade” (24,3%) e do “Stress” (21,0%) (Gráfico 8).

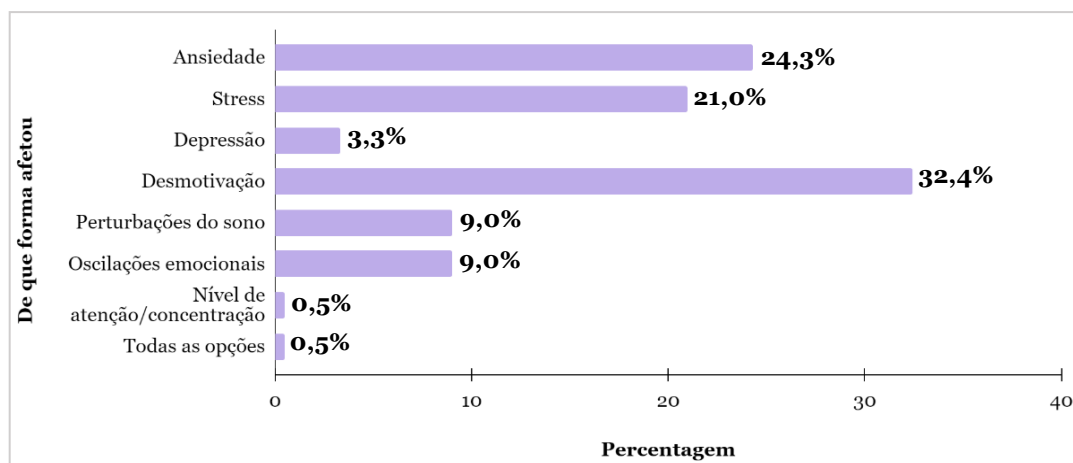


Gráfico 8 – Distribuição da amostra segundo a forma como o confinamento afetou a saúde mental dos estudantes universitários.

Em relação ao motivo que contribuiu para esse efeito negativo, “Vida social reduzida” (27,1%), “Falta de rotina” (24,3%), “Preocupação com o sucesso académico” (21,9%) e “Adaptação a uma vida diferente” (20,5%), foram os maioritários. Os motivos minoritários corresponderam a “Número de horas de sono insuficientes” (3,3%), “Abuso emocional pelos pais” (1,0%), “Preocupação com a família”, “Solidão” e “Métodos de estudo e de avaliação diferentes”, todos com 0,5% (Gráfico 9).

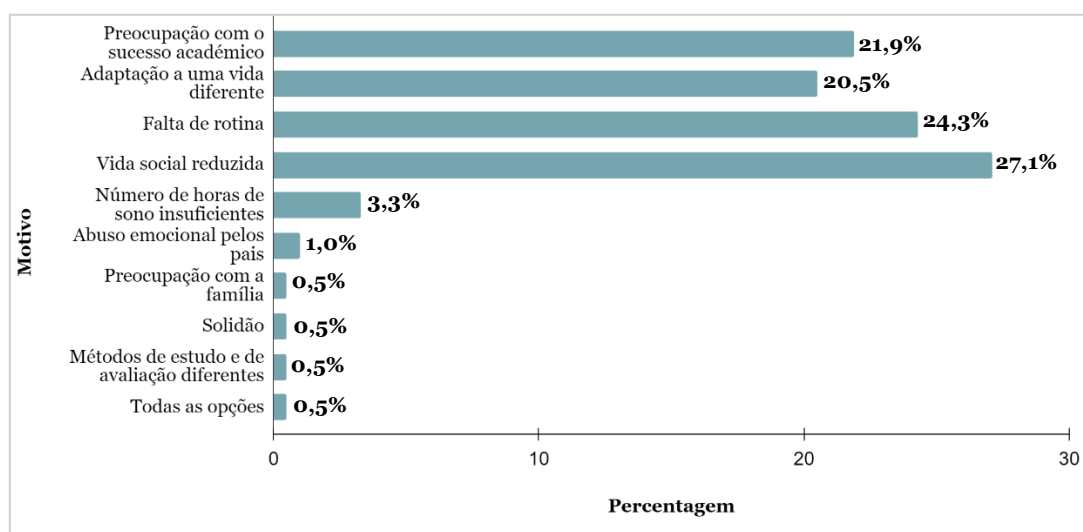


Gráfico 9 – Distribuição da amostra segundo o motivo que contribuiu para o efeito negativo na saúde mental dos estudantes universitários.

Os estudantes foram ainda questionados acerca dos hábitos de lazer que adotavam para combater os efeitos negativos na saúde mental, sendo que a medida mais apontada foi “*Ver um filme/série*” com cerca de 49,5% de respostas, seguida de “*Exercício físico*” com 26,2% (Gráfico 10).

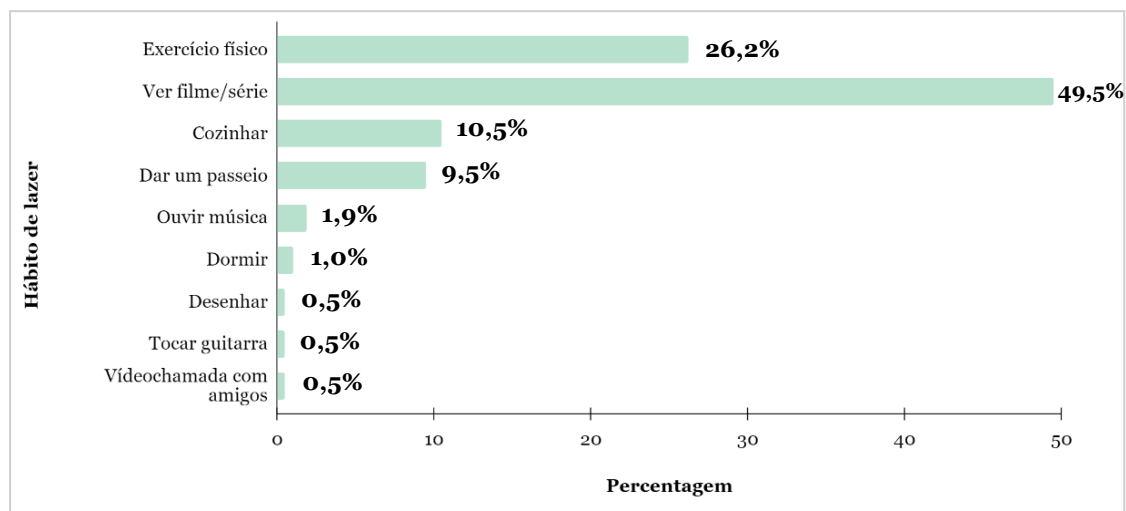


Gráfico 10– Distribuição da amostra segundo o hábito de lazer adotado para combater o efeito negativo na saúde mental dos estudantes universitários.

De entre os 210 alunos que afirmaram que o confinamento teve um efeito negativo na sua saúde mental, 26 (12,4%) sentiram a necessidade de contactar algum profissional de saúde para resolver o seu problema (Gráfico 11). O profissional de saúde mais requisitado foi o psicólogo, representando 80,8% dos inquiridos, juntamente com o médico assumindo 15,4% do total (Gráfico 12).

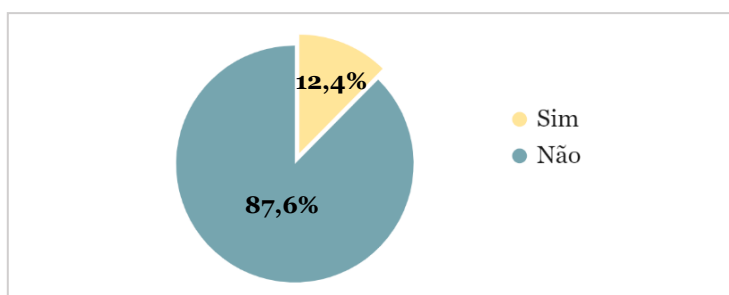


Gráfico 11– Distribuição da amostra dos estudantes que tiveram necessidade de contactar um profissional de saúde.

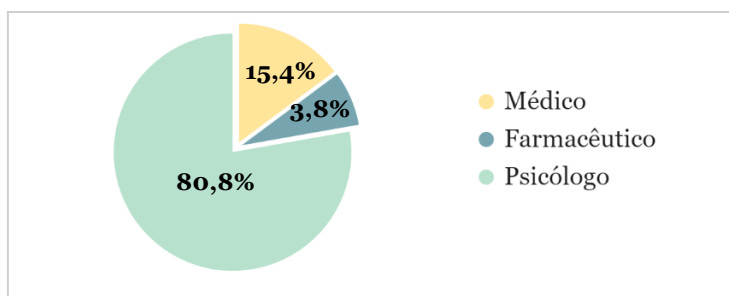


Gráfico 12– Distribuição da amostra segundo os profissionais de saúde requisitados.

Associação entre os efeitos do confinamento na saúde mental e as variáveis sociodemográficas dos inquiridos

No que diz respeito à pergunta “*Considera que o confinamento devido à Covid-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?*” através da análise da tabela “*Sumarização de Teste de Hipótese de Kruskal-Wallis para os efeitos do confinamento na saúde mental*” presente no Anexo III, constata-se que existiram diferenças significativas entre a idade ($p < 0,001$), a área de curso ($p < 0,001$), o ano de ciclo de estudos ($p < 0,001$) e ciclo de estudos ($p < 0,001$). Para as restantes variáveis tal não aconteceu, tais como: sexo ($p = 0,262$), “*Estuda na cidade em que reside*” ($p = 0,657$) e “*Na cidade onde estuda, com quem reside?*” ($p = 0,650$).

- **Sexo**

Relativamente ao sexo, um estudo realizado na China com o objetivo de explorar o impacto psicológico do Covid-19 em estudantes universitários, também comprovou que esta variável não afetou significativamente a saúde mental da população (36). Neste estudo, embora não tenham ocorrido diferenças estatisticamente significativas, segundo a análise da tabela do *Qui-Quadrado* exposta no Anexo IV, o sexo feminino revelou uma maior percentagem de efeitos negativos na saúde mental (58,3%).

- **Idade**

Em relação à idade, a diferença estatisticamente significativa ocorreu entre o intervalo de idades 18 a 21 anos e os intervalos 22 a 25 ($p < 0,001$), 26 a 29 ($p = 0,022$) e 30 ou mais ($p = 0,011$). De facto, e observando pela tabela do *Qui-Quadrado*, é possível verificar que, dentro dos indivíduos com idades compreendidas entre os 18 a 21 anos, 43,2% afirmaram que o confinamento teve um efeito negativo na saúde mental, enquanto para as restantes idades a resposta positiva é superior: 22 a 25 (71,8%), 26 a 29 (80,0%) e 30 ou mais (73,7%) (Anexo V).

Estes resultados não estão de acordo com um estudo realizado num grupo de estudantes universitários da Jordânia, cujo objetivo foi avaliar os níveis de sofrimento psicológico devido à pandemia de Covid-19, sendo que níveis de sofrimento psicológico foram mais elevados nos alunos com idades compreendidas entre os 18 e os 21 anos (97).

- Área de curso

No que concerne à área de curso, a diferença estatisticamente significativa ocorreu entre a área das ciências da saúde e as áreas das ciências ($p < 0,001$), das artes e letras ($p = 0,003$) e de engenharia ($p = 0,001$) e, entre a área das ciências e a área das ciências sociais e humanas ($p = 0,026$). Pela análise da tabela *Qui-Quadrado* (Anexo VI) pode-se verificar que:

- ✓ dentro dos alunos que responderam que o confinamento teve um efeito negativo na saúde mental, o departamento com maior número de respostas foi ciências da saúde (47,1%), enquanto nos departamentos de artes e letras, ciências e engenharia o número de respostas foi inferior, isto é, 8,1%, 9,5% e 16,2%, respetivamente;
- ✓ dentro dos alunos que responderam que o confinamento não teve um efeito negativo na saúde mental, verifica-se a mesma coisa, ou seja, o departamento com maior número de respostas foi ciências da saúde (68,8%), enquanto nos departamentos de artes e letras, ciências e engenharia o número de respostas foi inferior, isto é, 2,5%, 2,5% e 7,5%, respetivamente;
- ✓ dentro do departamento de ciências, apenas 16,7% disseram que a sua saúde mental não foi afetada pelo confinamento, enquanto para os departamentos de ciências da saúde e ciências sociais e humanas cerca de metade dos alunos disseram não ter sido afetados pelo confinamento.

- Ano de ciclo de estudos

Relativamente ao ano de ciclo de estudos, a diferença estatisticamente significativa ocorreu entre o 5.º ano e o 1.º ($p < 0,001$), o 3.º ($p < 0,001$) e o 4.º ($p = 0,004$), e entre o 2.º ano e o 1.º ($p = 0,003$) e o 3.º ($p = 0,002$). Através da análise da tabela de *Qui-Quadrado* (Anexo VII), conclui-se que:

- ✓ dentro dos alunos que responderam que o confinamento teve um efeito negativo na saúde mental, o ano com maior número de respostas foi o 5.º ano (29,5%);
- ✓ dentro do 5.º ano, 80,5% afirmaram que a sua saúde mental foi afetada pelo confinamento, comparativamente a 43,0% do 1.º ano, 41,9% do 3.º ano e 56,9% do 4.º ano;
- ✓ dentro do 2.º ano, 69,6% disseram que o confinamento teve um impacto na sua saúde mental, em relação aos 43,0% do 1.º ano e 41,9% do 3.º ano.

- Ciclo de estudos

Em relação ao ciclo de estudos, a diferença estatisticamente significativa ocorreu entre o ciclo de estudos mestrado integrado e licenciatura ($p < 0,001$). Pela análise da tabela *Qui-Quadrado*, presente no Anexo VIII, a maioria dos alunos de mestrado (63,8%), de mestrado integrado (64,4%) e doutoramento (76,9%) responderam que o confinamento afetou a sua saúde mental, enquanto a minoria respondeu que não afetou. Em relação ao ciclo de estudos licenciatura, verifica-se o oposto, isto é, a maioria (55,8%) respondeu negativamente, enquanto a minoria (44,2%) respondeu de forma positiva. É importante referir que seria expectável a observação de uma diferença significativa entre os ciclos de estudos licenciatura e doutoramento, no entanto, a amostra dos alunos de doutoramento que responderam não haver um efeito

negativo na sua saúde mental foi reduzida. Desta forma, não se pode afirmar a existência de diferença significativa entre um e outro.

4.3. Consumo de medicamentos ansiolíticos

Quando questionados acerca do consumo de medicamentos ansiolíticos, do total de 370 inquiridos, mais de metade (85,4%) responderam “Não”, ou seja, apenas 14,6% dos estudantes assumiram consumir este tipo de substâncias (Gráfico 13). Este valor está de acordo com um estudo realizado numa amostra de estudantes de enfermagem de uma universidade pública, em que numa amostra de 308 estudantes, 16,0% afirmou consumir medicamentos ansiolíticos (98).

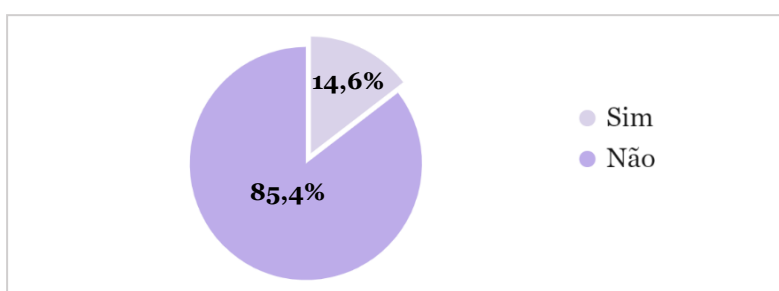


Gráfico 13– Distribuição da amostra segundo o consumo de medicamentos ansiolíticos.

Dentro da amostra de estudantes que afirmaram que o confinamento teve um efeito negativo na saúde mental, 22,4% consomem ansiolíticos (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição da amostra que afirmou que o confinamento teve um efeito negativo na saúde mental segundo o consumo de ansiolíticos.

Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	47	22,4	22,4	22,4
	Não	163	77,6	77,6	100,0
Total		210	100,0	100,0	

Os participantes, que responderem “Sim” à pergunta “Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?”, depararam-se com um conjunto de questões sobre os hábitos de consumo dos ansiolíticos (com/sem receita médica, tipo, frequência de consumo, motivo do consumo e aconselhamento).

De entre os estudantes que afirmaram consumir ou já terem consumido ansiolíticos, 24,1% não detinham indicação médica, sendo a maioria (75,9%) detentora de prescrição médica

(Gráfico 14). Considera-se assim que a maioria dos consumidores de ansiolíticos apresentam uma atitude responsável, uma vez que, este tipo de medicamentos pode provocar inúmeros efeitos adversos.

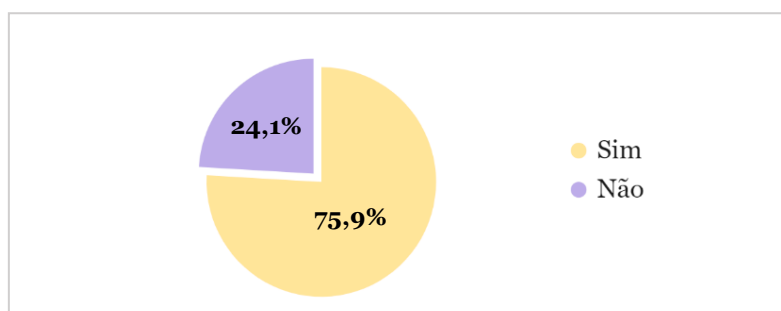


Gráfico 14– Distribuição da amostra dos estudantes detentores de receita médica.

Relativamente à questão “Qual o nome do(s) medicamento(s) que tomou/toma?”, recorrendo ao gráfico 15, pode-se observar que o alprazolam (18,5%) e o bromazepam (18,5%) foram tanto as substâncias ativas mais usadas, entre todos os fármacos ansiolíticos mencionados, como as benzodiazepinas mais consumidas. Estes resultados são concordantes com um estudo realizado pela Universidade Fernando Pessoa, com o intuito de analisar a evolução do consumo de ansiolíticos, entre 2010 e 2020, em Portugal continental, em que os ansiolíticos mais consumidos pertenciam precisamente à classe das benzodiazepinas, sendo a substância ativa alprazolam a mais consumida, seguida do bromazepam (99). Logo a seguir, o segundo ansiolítico mais popular foi a valeriana, com 16,7% das respostas (13,0% de valdispert® e 3,7% de livetan®) (Gráfico 15). Este facto está de acordo com outro estudo, realizado numa amostra da população estudantil de Bragança, que conclui que a valeriana é, a seguir às BZD, o ansiolítico mais consumido (100).

Era expectável a observação destes resultados, dado que as BZD possuem várias indicações terapêuticas, e os medicamentos à base de plantas, por serem medicamentos não sujeitos a receita médica, são mais fáceis de obter, havendo uma maior tendência para o seu uso.

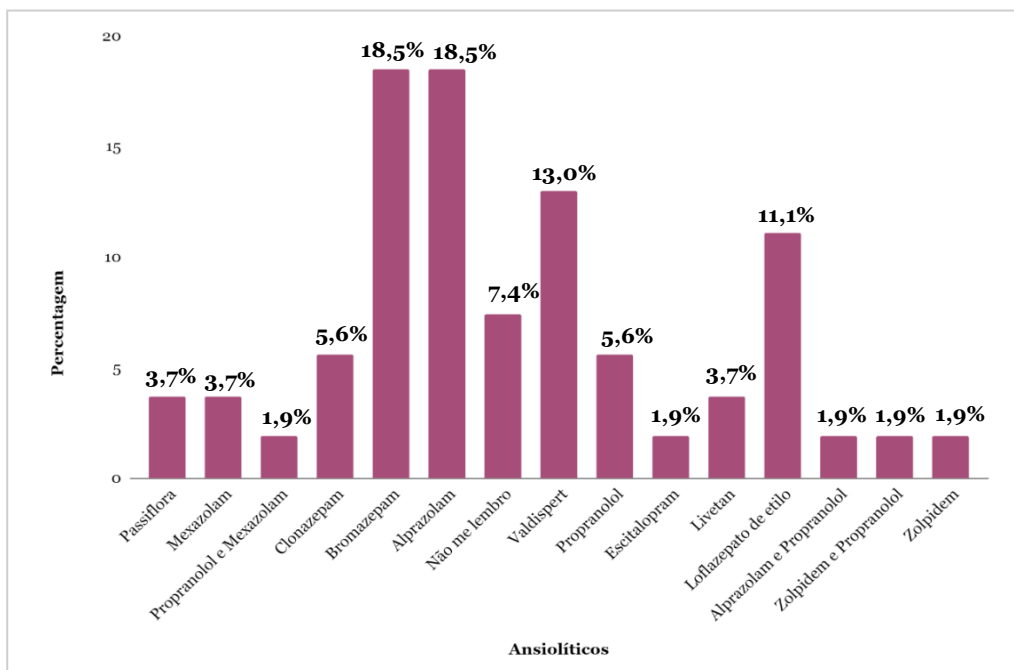


Gráfico 15 – Distribuição da amostra segundo o fármaco ansiolítico consumido.

Na grande maioria, os inquiridos consomem este tipo de medicamentos mais de 5 vezes por semana (53,7%), seguida de 3 a 5 vezes por semana (13,0%) e 1 vez por semana e em SOS, ambas com 11,1% (Gráfico 16).

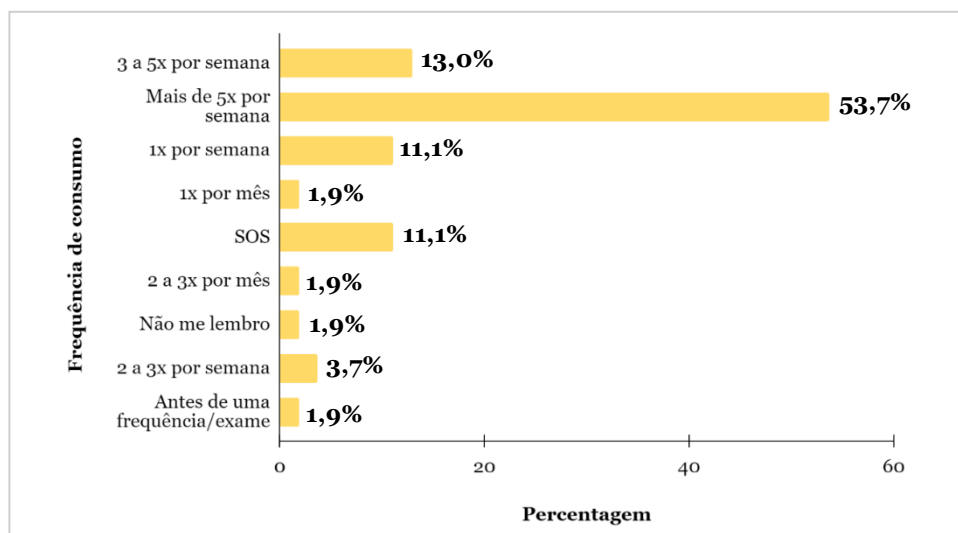


Gráfico 16 – Distribuição da amostra segundo a frequência de consumo do medicamento ansiolítico.

Os motivos que podem desencadear o consumo de medicamentos ansiolíticos nos estudantes são vários sendo que, neste estudo a maioria dos inquiridos respondeu “Gerir o stress”, com 40,7% de respostas, seguida de “Ajudar a dormir”, com 31,5% (Gráfico 17).

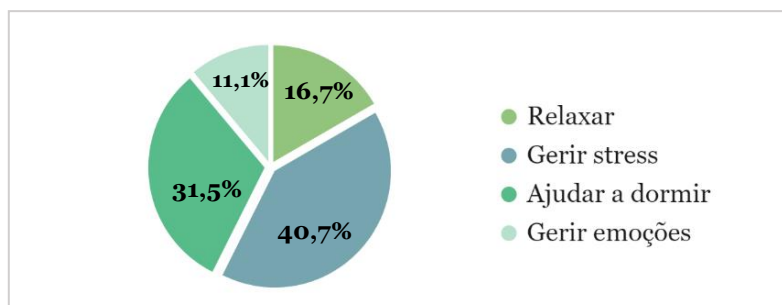


Gráfico 17– Distribuição da amostra segundo o motivo de consumo do medicamento ansiolítico.

Quando questionados se “Recebeu algum tipo de aconselhamento para o uso dos mesmos?”, a maioria dos alunos (88,9%) referiu que “Sim”, sendo que 11,1% respondeu “Não” (Gráfico 18). Quando questionados por parte de quem receberam o aconselhamento, a maioria dos inquiridos (79,2%) respondeu “Médico”, seguido de “Farmacêutico” com 14,6% de respostas (Gráfico 19).

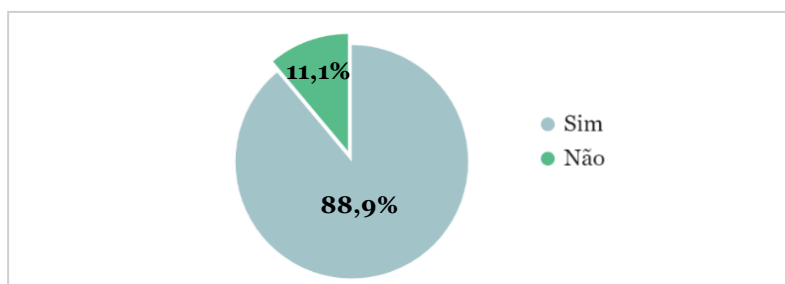


Gráfico 18– Distribuição da amostra dos estudantes que receberam aconselhamento para o uso do medicamento ansiolítico.

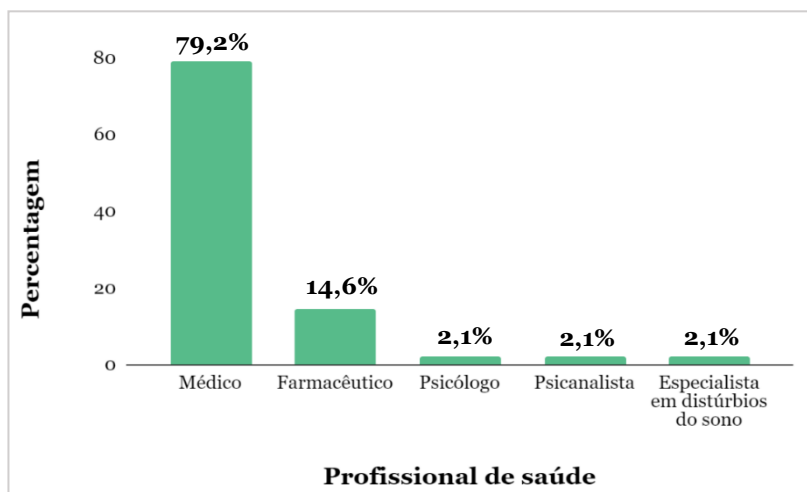


Gráfico 19– Distribuição da amostra segundo o profissional de saúde que prestou aconselhamento do medicamento ansiolítico.

4.3.1. Impacto do confinamento no consumo de ansiolíticos

De maneira a perceber o impacto da pandemia de Covid-19 e do confinamento, imposto como medida de contenção desta, no consumo de ansiolíticos na população em estudo, foram realizadas as seguintes questões aos participantes: “O consumo *deveu-se/deve-se* à atual pandemia?” e “Antes do confinamento, já tomava ansiolíticos?”. Relativamente a esta última pergunta, 30 dos 54 inquiridos revelaram fazer uso antes do confinamento, o que equivale a uma percentagem de 55,6% (Gráfico 20). Desses 55,6%, 26,7 % (8 alunos) assumiram ter tido a necessidade de ajustar a dose, ou seja, 73,3% (22 alunos) não alteraram a dosagem consumida (Gráfico 21). Os restantes 24 inquiridos (44,4%) responderam que “*Não*” consumiam este tipo de substâncias antes do confinamento, iniciando, portanto, a toma durante ou após o período de confinamento (Gráfico 20).

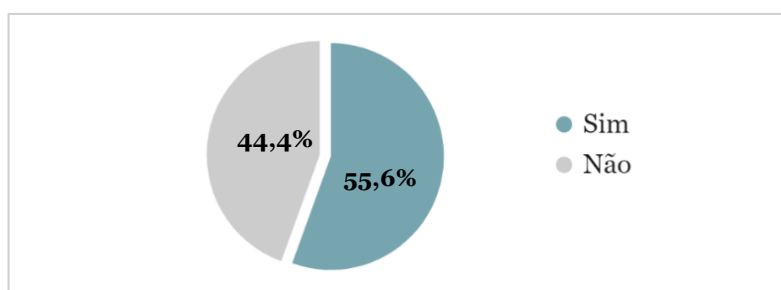


Gráfico 20– Distribuição da amostra segundo o consumo de ansiolíticos antes do confinamento.

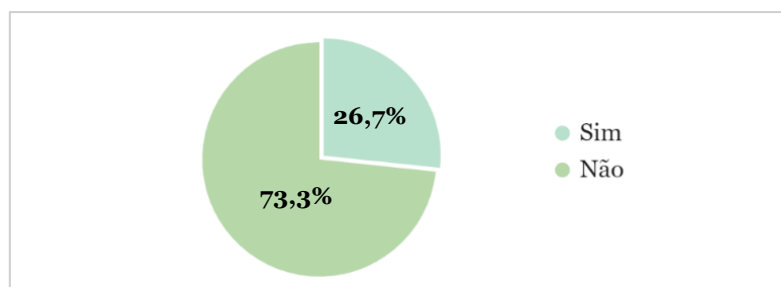


Gráfico 21– Distribuição da amostra dos estudantes que tiveram necessidade de ajustar a dose do medicamento ansiolítico.

De entre os inquiridos que responderam afirmativamente à pergunta “*Considera que o confinamento devido à Covid-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?*”, 53,2% afirmaram consumir ansiolíticos antes do confinamento (Tabela 3), sendo que 28,0% tiveram necessidade de ajustar a dose durante esse período (Tabela 4), enquanto quase metade (46,8%) assumiu não consumir este tipo de substâncias antes do confinamento (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da amostra que afirmou que o confinamento teve um efeito negativo na saúde mental segundo o consumo de ansiolíticos antes do confinamento.

Antes do confinamento, já tomava ansiolíticos?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	25	11,9	53,2	53,2
	Não	22	10,5	46,8	100,0
	Total	47	22,4	100,0	
Omisso	Sistema	163	77,6		
Total		210	100,0		

Tabela 4 – Distribuição da amostra que afirmou que o confinamento teve um efeito negativo na saúde mental segundo a necessidade de ajustar a dose do ansiolítico.

Houve necessidade de ajustar a dose?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	7	3,3	28,0	28,0
	Não	18	8,6	72,0	100,0
	Total	25	11,9	100,0	
Omisso	Sistema	185	88,1		
Total		210	100,0		

Em relação à questão “O consumo deveu-se/deve-se à atual pandemia?”, da totalidade dos 54 alunos que consomem ansiolíticos, apenas 29,6% afirmaram que o consumo se deveu à pandemia (Gráfico 22).

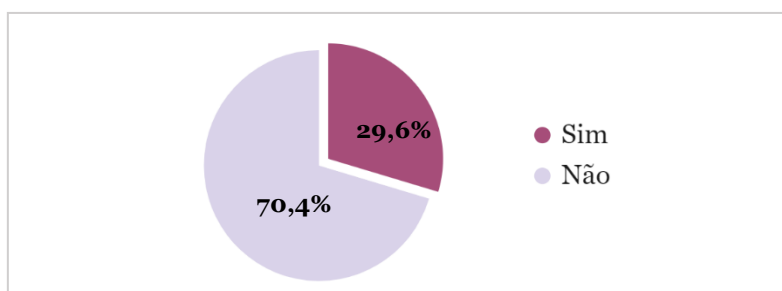


Gráfico 22– Distribuição da amostra dos estudantes em que o consumo de ansiolíticos se deveu à pandemia.

Posto isto, e como forma de explorar a associação entre as duas questões anteriores (“O consumo deveu-se/deve-se à atual pandemia?” e “Antes do confinamento, já tomava ansiolíticos?”), dentro da população que afirma que o confinamento teve um efeito negativo na saúde mental, realizou-se uma tabela cruzada, presente no Anexo IX, a partir da qual se conclui que:

- ✓ dentro dos inquiridos que afirmaram não consumir ansiolíticos antes do confinamento (população de 22 estudantes, tabela 3), mais de metade (n=16; 72,7%) afirmaram começar a tomar devido à pandemia, enquanto apenas 27,3% revelaram que o início da toma não se deveu à pandemia;
- ✓ dentro dos inquiridos que já consumiam ansiolíticos antes do confinamento (população de 25 estudantes, tabela 3), a totalidade (100,0%) revelaram que o consumo destes não se deveu à pandemia.

4.3.2. Efeitos adversos dos ansiolíticos

No que se refere a efeitos adversos, apenas 25,9% dos inquiridos já sentiu efeitos adversos resultantes da toma de ansiolíticos (Gráfico 23), sendo que o sintoma mais frequente foi a “*Sonolência*”, presente em 64,3% dos estudantes, seguida de “*Tonturas*”, representando 28,6% das respostas (Gráfico 24).

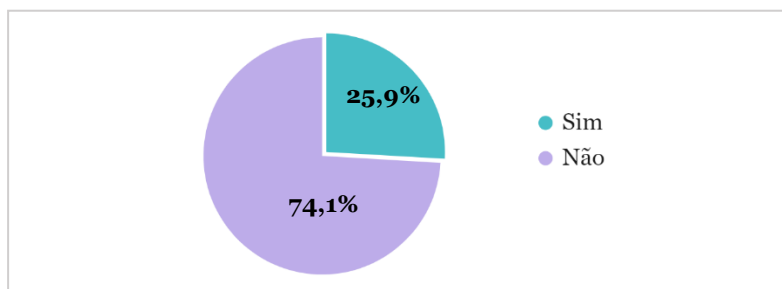


Gráfico 23– Distribuição da amostra dos estudantes que sentiram efeitos adversos devido à toma do ansiolítico.

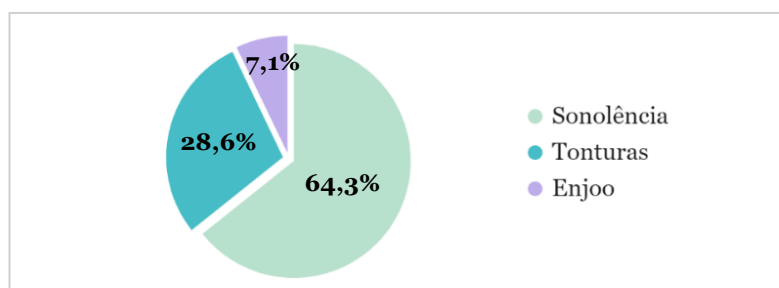


Gráfico 24– Distribuição da amostra segundo os efeitos adversos resultantes da toma do medicamento ansiolítico.

Quanto à questão “*Sentiu/sente necessidade de pôr fim à terapêutica devido aos efeitos colaterais da medicação?*”, 64,3 % dos inquiridos respondeu “*Não*” enquanto os restantes 35,7% respondeu “*Sim*” (Gráfico 25).

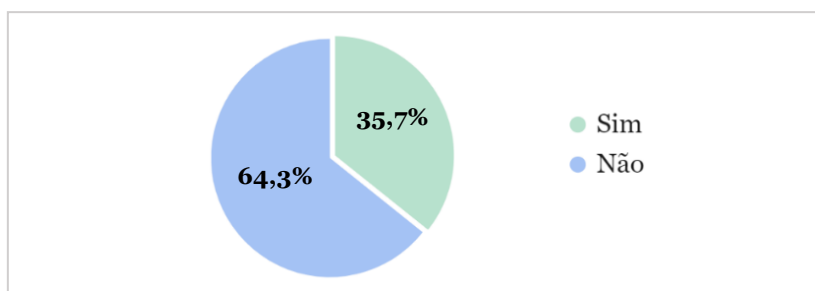


Gráfico 25– Distribuição da amostra segundo a necessidade de pôr fim à terapêutica devido aos efeitos adversos provocados pelo ansiolítico.

4.3.3. Noções sobre medicamentos ansiolíticos

Em relação à questão “Na sua opinião, o aconselhamento é fundamental para o bom uso dos ansiolíticos?” apenas 1,4% considerou que “Não”, verificando-se uma predominância dos alunos que responderam afirmativamente (Gráfico 26).

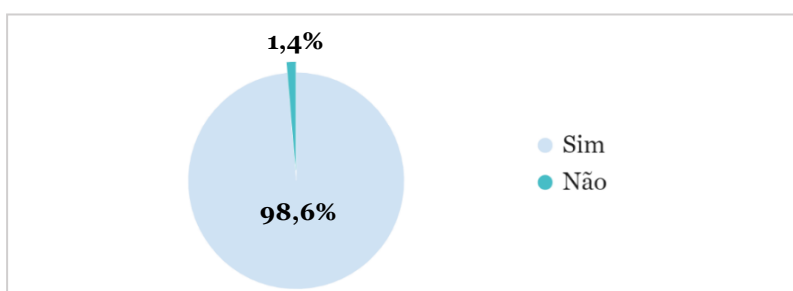


Gráfico 26– Distribuição da amostra segundo a opinião sobre o aconselhamento de medicamentos ansiolíticos ser fundamental.

Quando interrogados acerca da razão dessa opinião, a maior parte dos estudantes (76,4%) escolheu “Permite uma correta utilização do medicamento” (Tabela 5).

Tabela 5 - Estatística descritiva dos resultados obtidos acerca da razão do aconselhamento de ansiolíticos ser fundamental.

Razão do aconselhamento ser fundamental	Respostas	
	n	%
Aumenta a confiança no tratamento	14	3,8
Reduz a probabilidade de efeitos adversos resultantes da má utilização	61	16,7
Permite uma correta utilização do medicamento	279	76,4
Todas as opções	11	3,0

No que concerne ao facto de os ansiolíticos poderem ser causadores de dependência e/ou tolerância, 354 estudantes (95,7%) responderam afirmativamente e 16 (4,3%) responderam negativamente (Gráfico 27).

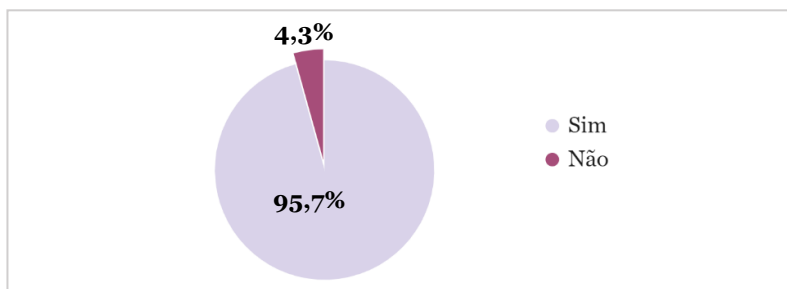


Gráfico 27 – Noção dos estudantes quanto ao facto dos medicamentos ansiolíticos causarem dependência e/ou tolerância.

Por fim, 88,1% dos estudantes considerou que a conclusão do tratamento deve ser realizada de uma forma gradual. Dos restantes, 4,1% respondeu “Talvez” e 7,8% “Não sei” (Gráfico 28).

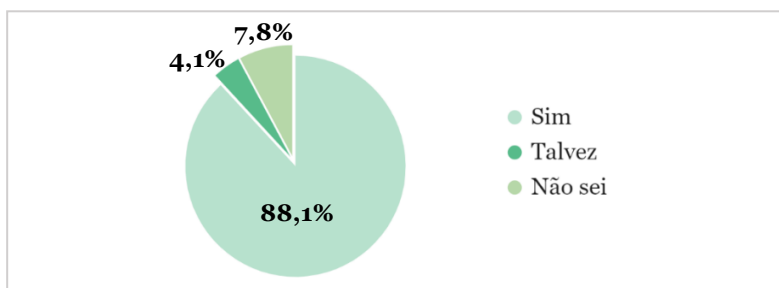


Gráfico 28 – Noção dos estudantes relativamente à conclusão do tratamento com medicamentos ansiolíticos.

Associação entre o consumo de medicamentos ansiolíticos e as variáveis sociodemográficas dos inquiridos

No que concerne ao uso de medicamentos ansiolíticos, segundo a tabela “*Sumarização de Teste de Hipótese de Kruskal-Wallis para o consumo de medicamentos ansiolíticos*”, do Anexo X, verifica-se que existiram diferenças significativas entre a idade ($p < 0,001$), a área de curso ($p < 0,001$), o ano de ciclo de estudos ($p = 0,016$) e ciclo de estudos ($p < 0,001$). Para as restantes variáveis tal não aconteceu, tais como: sexo ($p = 0,122$), “*Estuda na cidade em que reside*” ($p = 0,890$) e “*Na cidade onde estuda, com quem reside?*” ($p = 0,167$).

- **Sexo**

Em relação ao sexo, apesar de não se terem observado diferenças estatisticamente significativas, o sexo masculino demonstra um consumo superior de medicamentos ansiolíticos face ao sexo feminino com 20,0% e 13,1%, respetivamente (Anexo XI). De destacar que a amostra dos alunos do sexo masculino é inferior. Este facto não vai de encontro a um estudo realizado pela Universidade de São Paulo, com o intuito de analisar o consumo de ansiolíticos pelos estudantes de enfermagem, em que o consumo foi mais elevado no sexo feminino (98).

- **Idade**

Relativamente à idade, a diferença estatisticamente significativa ocorreu entre o intervalo de idades 18 a 21 anos e os intervalos de idades 22 a 25 anos ($p=0,007$) e 30 ou mais ($p<0,001$). De facto, e observando pela tabela do *Qui-Quadrado*, é possível verificar que, dentro da idade dos 18 a 21 anos, 8,5% referiram consumir ansiolíticos comparativamente às restantes idades em que as respostas são superiores: 22 a 25 (19,0%), 26 a 29 (30,0%) e 30 ou mais (36,8%) (Anexo XII). De salientar que a amostra de estudantes na faixa etária dos 26 aos 29 anos foi relativamente inferior às restantes.

- **Área de curso**

Ao nível da área de curso, a diferença estatisticamente significativa ocorreu entre a área de engenharia e as áreas de ciências sociais e humanas ($p<0,001$) e ciências da saúde ($p<0,001$). Pela análise da tabela de *Qui-Quadrado*, consegue-se observar que, de entre os estudantes que assumiram estudar num curso inserido na área das engenharias, 34,8% afirmaram consumir ansiolíticos, enquanto para as restantes áreas, a percentagem é inferior, nomeadamente: ciências sociais e humanas (11,4%) e ciências da saúde (10,0%) (Anexo XIII).

- **Ano de ciclo de estudos**

Quanto ao ano de ciclo de estudos, a diferença estatisticamente significativa ocorreu entre o 5.º ano e o 1.º ($p=0,011$), o 3.º ($p=0,003$) e o 4.º ($p=0,020$) e, entre o 6.º ano e o 1.º ($p=0,045$), o 3.º ($p=0,023$) e o 4.º ($p=0,048$). Através da análise da tabela *Qui-Quadrado* (Anexo XIV), verifica-se que:

- ✓ dentro dos alunos do 5.º ano, 24,7% referiram consumir ansiolíticos, enquanto para o 1.º (10,8%), o 3.º (8,1%) e para o 4.º (9,8%) o número de respostas foi inferior;
- ✓ dentro dos alunos do 6.º ano, 29,4% afirmaram consumir ansiolíticos face aos 10,8% do 1.º, 8,1% do 3.º e 9,8% do 4.º, ressaltando que a amostra de alunos do 6.º ano é inferior às restantes.

- **Ciclo de estudos**

Em relação ao ciclo de estudos, a diferença estatisticamente significativa ocorreu entre licenciatura e mestrado integrado ($p<0,001$) e doutoramento ($p=0,023$). De facto, pela análise da tabela de *Qui-Quadrado*, observa-se que, dentro do ciclo de estudos licenciatura, 7,5% referiram consumir ansiolíticos comparativamente ao ciclo de estudos mestrado integrado (20,9%) e

doutoramento (30,8%), em que o número de respostas é superior (Anexo XV). De ressaltar, mais uma vez, que a amostra de alunos de doutoramento foi inferior às restantes.

4.4. Consumo de medicamentos antidepressivos

Quando questionados acerca do consumo de medicamentos antidepressivos, do total de 370 inquiridos, a maioria (92,4%) responderam “Não”, ou seja, apenas 28 (7,6%) estudantes assumiram consumir este tipo de substâncias (Gráfico 29). Este valor está de acordo com um estudo realizado numa mostra de estudantes universitários de uma Instituição de Ensino Superior, em que numa amostra de 368 estudantes, encontrou-se um consumo de 9,5% de fármacos antidepressivos (101).

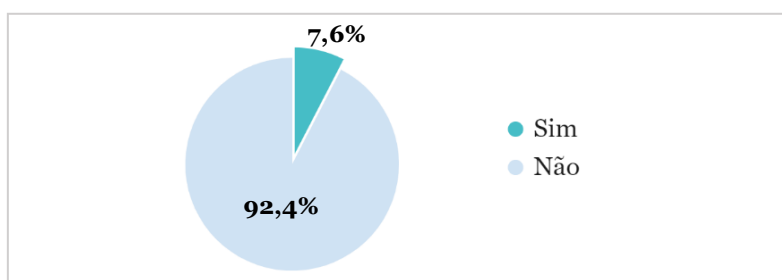


Gráfico 29 – Distribuição da amostra segundo o consumo de medicamentos antidepressivos.

Dentro da amostra de estudantes que afirmaram que o confinamento teve um efeito negativo na saúde mental, 9,5% consomem antidepressivos (Tabela 6).

Tabela 6– Distribuição da amostra que afirmou que o confinamento teve um efeito negativo na saúde mental segundo o consumo de antidepressivos.

Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos?					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	20	9,5	9,5	9,5
	Não	190	90,5	90,5	100,0
Total		210	100,0	100,0	

Os participantes, que responderem “Sim” à pergunta “Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos?”, depararam-se com um conjunto de questões sobre o consumo de medicamentos antidepressivos.

Na pergunta “Qual o nome do(s) medicamento(s) que tomou/toma?”, apurou-se que o medicamento antidepressivo mais consumido foi a sertralina, com 46,4% (Gráfico 30). Este facto

está de acordo com a tendência nacional em que, entre 2000 e 2012, o antidepressivo com maior nível de consumo foi a sertralina (102).

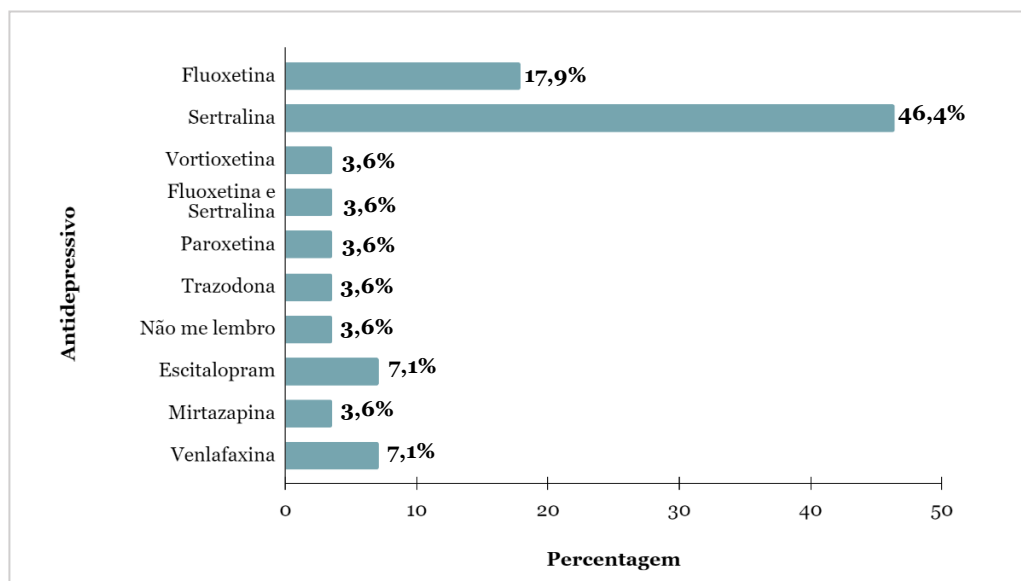


Gráfico 30 – Distribuição da amostra segundo o fármaco antidepressivo consumido.

Os motivos que podem desencadear o consumo de medicamentos antidepressivos nos estudantes são vários sendo que, neste estudo, a maioria respondeu “Gerir emoções” com 64,3% dos inquiridos, seguida de “Gerir o stress” (25,0%) (Gráfico 31).

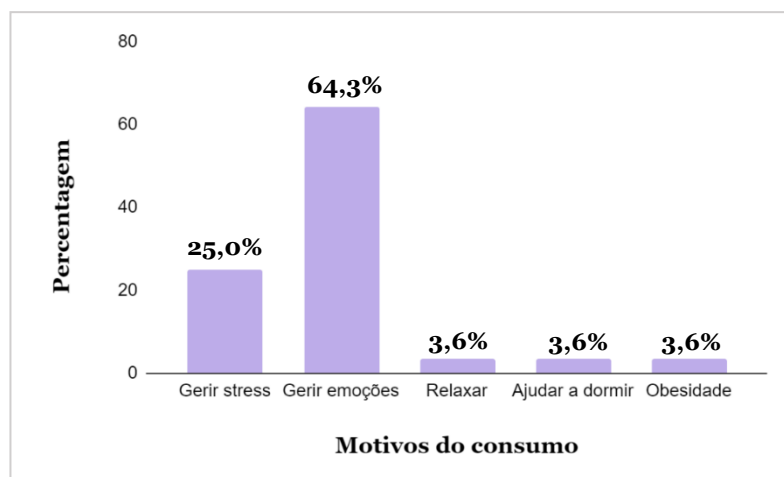


Gráfico 31 – Distribuição da amostra segundo o motivo de consumo do medicamento antidepressivo.

À pergunta “Recebeu algum tipo de aconselhamento para o uso dos mesmos?”, a totalidade dos alunos (100,0%) referiu que “Sim” (Gráfico 32). Quando questionados por parte de

quem receberam aconselhamento, a maioria dos inquiridos (89,2%) respondeu “Médico”, seguido de “Farmacêutico” com 7,1% de respostas (Gráfico 33).

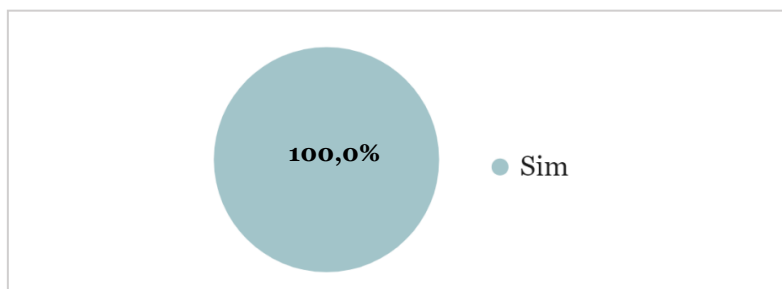


Gráfico 32 – Distribuição da amostra dos estudantes que receberam aconselhamento para o uso do medicamento antidepressivo.

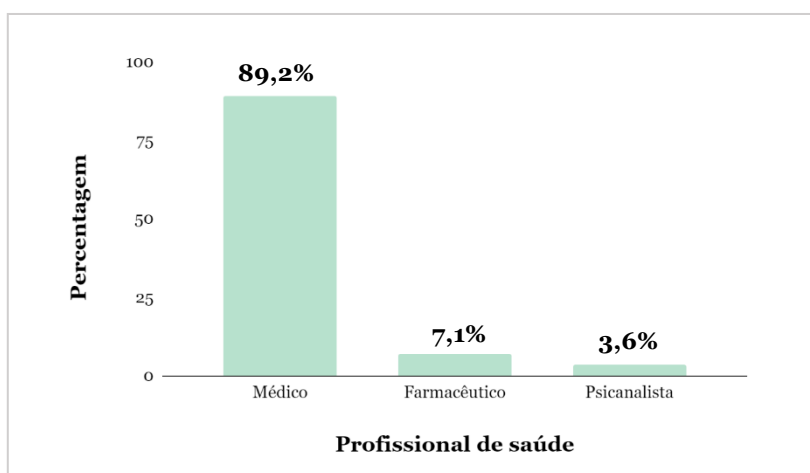


Gráfico 33 – Distribuição da amostra segundo o profissional de saúde que prestou aconselhamento do medicamento antidepressivo.

4.4.1. Impacto do confinamento no consumo de antidepressivos

De maneira a perceber o impacto da pandemia de Covid-19 e do confinamento, imposto como medida de contenção desta, no consumo de antidepressivos, foram realizadas as seguintes questões aos participantes: “O consumo deveu-se/deve-se à atual pandemia?” e “Antes do confinamento, já tomava antidepressivos?”. Relativamente à última pergunta, 19 dos 28 inquiridos revelaram consumir antidepressivos antes do confinamento, o que equivale a uma percentagem de 67,9% (Gráfico 34). Desses 67,9%, 31,6 % (6 alunos) assumiram ter tido a necessidade de ajustar a dose, ou seja, 68,4% (13 alunos) não alteraram a dosagem consumida (Gráfico 35). Os restantes 9 inquiridos (32,1%) responderam que “Não” consumiam este tipo de substâncias antes do confinamento, iniciando, portanto, a toma durante ou após o período de confinamento (Gráfico 34).

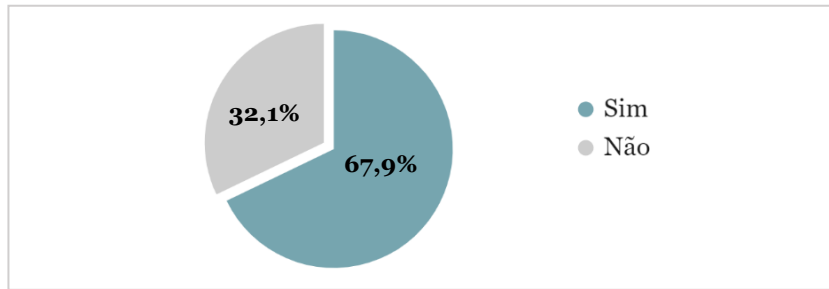


Gráfico 34– Distribuição da amostra segundo o consumo de antidepressivos antes do confinamento.

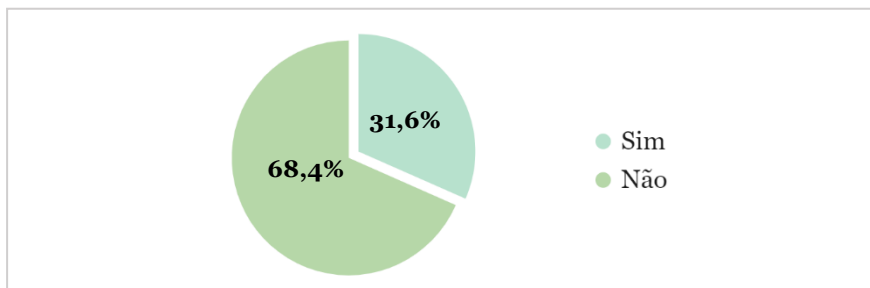


Gráfico 35– Distribuição da amostra dos estudantes que tiveram necessidade de ajustar a dose do medicamento antidepressivo.

De entre os inquiridos que responderam afirmativamente à pergunta “*Considera que o confinamento devido à Covid-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?*”, 65,0% já consumiam antidepressivos antes do confinamento (Tabela 7), sendo que desses, 23,1% tiveram necessidade de ajustar a dose (Tabela 8), e apenas 35,0% assumiu que antes do confinamento não tomava este tipo de substâncias (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição da amostra que afirmou que o confinamento teve um efeito negativo na saúde mental segundo o consumo de antidepressivos antes do confinamento.

Antes do confinamento, já tomava antidepressivos?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	13	65,0	65,0	65,0
	Não	7	35,0	35,0	100,0
Total		20	100,0	100,0	

Tabela 8 – Distribuição da amostra que afirmou que o confinamento teve um efeito negativo na saúde mental segundo a necessidade de ajustar a dose do antidepressivo.

Houve necessidade de ajustar a dose?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	3	15,0	23,1	23,1
	Não	10	50,0	76,9	100,0
	Total	13	65,0	100,0	
Omisso	Sistema	7	35,0		
Total		20	100,0		

Em relação à questão “*O consumo deveu-se/deve-se à atual pandemia?*”, da totalidade dos 28 alunos que consomem antidepressivos, apenas 3 (10,7%) afirmaram que o consumo se deveu à pandemia (Gráfico 36).

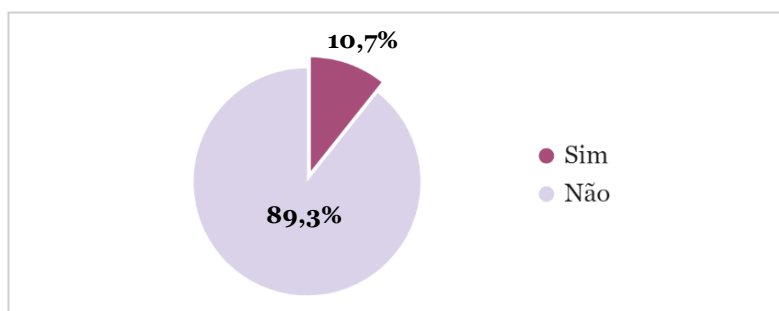


Gráfico 36– Distribuição da amostra dos estudantes em que o consumo de antidepressivos se deveu à pandemia.

Perante este contexto, e como forma de explorar a associação entre as duas questões anteriores (“*O consumo deveu-se/deve-se à atual pandemia?*” e “*Antes do confinamento, já tomava antidepressivos?*”), dentro da população que o confinamento teve um impacto negativo na saúde mental, realizou-se uma tabela cruzada, presente no Anexo XVI, a partir da qual se conclui que:

- ✓ dentro dos inquiridos que afirmaram não consumir antidepressivos antes do confinamento (7 estudantes, tabela 7), mais de metade (57,1 %) afirma que não começou a tomar devido à pandemia, enquanto 42,9% revelaram que o início da toma se deveu à pandemia.
- ✓ dentro dos inquiridos que já consumiam ansiolíticos antes do confinamento (13 estudantes, tabela 7), a totalidade (100,0%) revelaram que o consumo destes não se deveu à pandemia.

4.4.2. Efeitos adversos dos antidepressivos

No que se refere a efeitos adversos, 39,3% dos inquiridos já sentiu efeitos adversos (Gráfico 37) resultantes da toma de antidepressivos, sendo que o sintoma mais frequente foi a “Sonolência”, presente em 45,5% dos estudantes (Tabela 9).

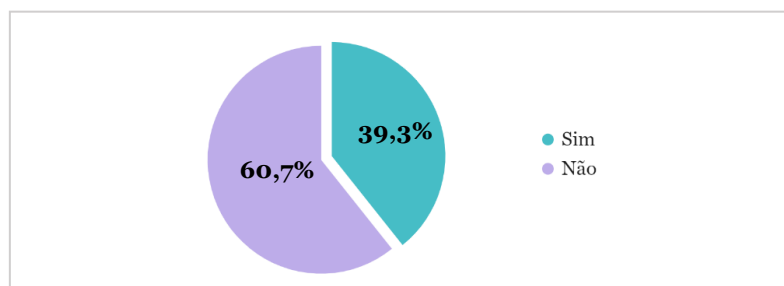


Gráfico 37– Distribuição da amostra dos estudantes que sentiram efeitos adversos devido à toma do antidepressivo.

Tabela 9 - Estatística descritiva dos resultados obtidos acerca dos efeitos adversos resultantes da toma do medicamento antidepressivo.

Efeitos adversos	Respostas	
	n	%
Insónia	1	9,1
Dor de cabeça	1	9,1
Manchas no corpo	1	9,1
Sonolência	5	45,5
Sonolência, falta de libido, dificuldade de concentração, perda de memória momentânea	1	9,1
Tontura e dor de cabeça	1	9,1
Náusea	1	9,1

Quanto à questão “Sentiu/sente necessidade de pôr fim à terapêutica devido aos efeitos colaterais da medicação?”, 54,5 % dos inquiridos respondeu “Não” enquanto os restantes 45,5% respondeu “Sim” (Gráfico 38).

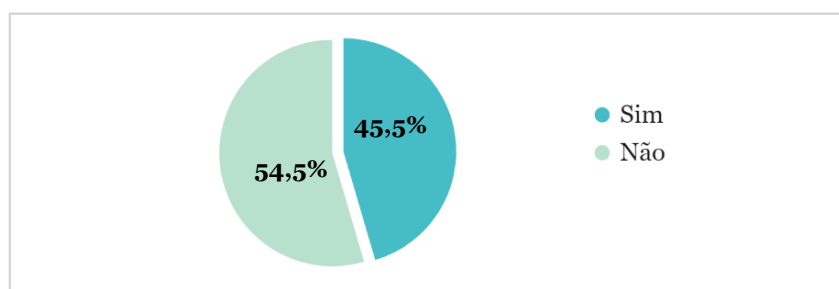


Gráfico 38– Distribuição da amostra segundo a necessidade de pôr fim à terapêutica devido aos efeitos adversos provocados pelo antidepressivo.

4.4.3. Noções sobre medicamentos antidepressivos

À pergunta “Na sua opinião, o aconselhamento é fundamental para o bom uso dos antidepressivos?”, quase a totalidade (99,5%) considerou que “Sim” (Gráfico 39).

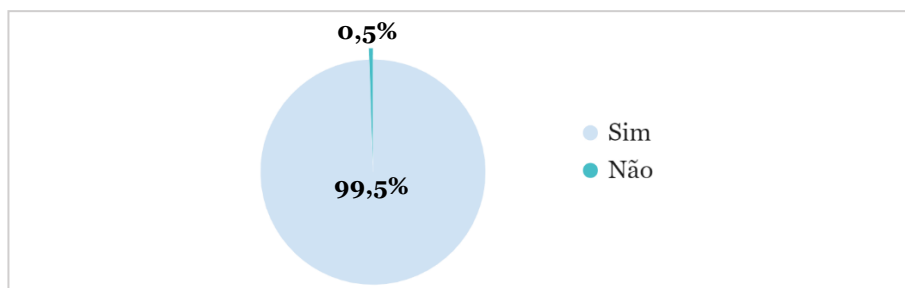


Gráfico 39 – Distribuição da amostra segundo a opinião sobre o aconselhamento de medicamentos antidepressivos ser fundamental.

Quando interrogados acerca da razão dessa opinião, a maior parte dos estudantes (76,4%) selecionou a opção “Permite uma correta utilização do medicamento” (Tabela 10).

Tabela 10 - Estatística descritiva dos resultados obtidos acerca da razão do aconselhamento de antidepressivos ser fundamental.

Razão do aconselhamento ser fundamental	Respostas	
	n	%
Aumenta a confiança no tratamento	16	4,3
Reduz a probabilidade de efeitos adversos resultantes da má utilização	60	16,3
Permite uma correta utilização do medicamento	281	76,4
Todas as opções	11	3,0

No que concerne ao facto de os antidepressivos poderem ser causadores de dependência e/ou tolerância, 352 estudantes (95,1%) responderam afirmativamente e 18 (4,9%) responderam negativamente (Gráfico 40).

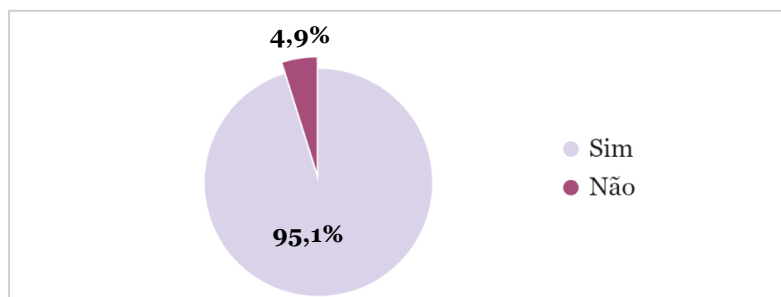


Gráfico 40 – Noção dos estudantes quanto ao facto dos medicamentos antidepressivos causarem dependência e/ou tolerância.

Para terminar, 90,5% dos estudantes considerou que a conclusão do tratamento deve ser realizada de uma forma gradual. Dos restantes, 4,1% respondeu “Talvez” e 5,4% “Não sei” (Gráfico 41).

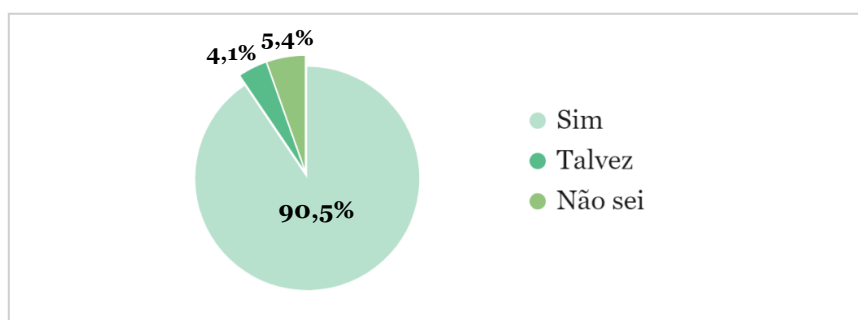


Gráfico 41– Noção dos estudantes relativamente à conclusão do tratamento com medicamentos antidepressivos.

Associação entre o consumo de medicamentos antidepressivos e as variáveis sociodemográficas dos inquiridos

No que respeita ao consumo de medicamentos antidepressivos, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ao nível da área de curso ($p=0,007$), como se pode comprovar pela tabela “*Sumarização de Teste de Hipótese de Kruskal-Wallis para o consumo de medicamentos antidepressivos*” existente no Anexo XVII, não se comprovando o mesmo para as restantes variáveis, tais como: sexo ($p=0,652$), idade ($p=0,090$), ano de ciclo de estudos ($p=0,454$), ciclo de estudos ($p=0,257$), “*Estuda na cidade em que reside?*” ($p=0,597$), “*Na cidade onde estuda, com quem reside?*” ($p=0,167$).

- **Sexo**

Em relação ao sexo, um estudo realizado para avaliar o uso de antidepressivos em estudantes de uma Instituição de Ensino Superior, também comprovou que esta variável não afetou significativamente o consumo deste tipo de medicamentos (101). No presente estudo, apesar de não terem ocorrido diferenças estatisticamente significativas, segundo a análise da tabela do *Qui-Quadrado*, exposta no Anexo XVIII, verificou-se um maior grau de consumo de medicamentos antidepressivos no sexo masculino (8,8%).

- **Idade**

Ainda que não se tenha detetado nenhuma diferença estatisticamente significativa entre as diversas idades, foi na faixa etária dos 26 aos 29 anos que se verificou um maior grau de consumo de medicamentos antidepressivos, com 40,0% de respostas. De salientar que a amostra de inquiridos dos 26 aos 29 anos foi inferior às restantes idades (Anexo XIX).

- **Área de curso**

Em relação à área de curso, observa-se aparentemente uma diferença estatística entre o curso de ciências da saúde (4,3%) com os restantes cursos: ciências (16,7%), engenharia (10,9%), ciências sociais e humanas (10,0%) e artes e letras (14,3%). Ressalvando que a população dos outros cursos é bastante inferior (Anexo XX).

5. Limitações e pontos fortes do estudo

Tal como qualquer outro estudo, este projeto de investigação deparou-se com algumas limitações e condicionantes com possível influência na qualidade dos resultados obtidos.

Em primeiro lugar, a representatividade da amostra é limitada, por se tratar de uma amostra constituída apenas por estudantes da UBI, não sendo assim possível extrapolar sobre a presença de efeitos negativos na saúde mental devido ao confinamento e recurso a medicamentos ansiolíticos e antidepressivos para os restantes alunos do Ensino Superior do país.

Em segundo lugar, o facto do inquérito não ter chegado a todos os alunos da UBI, nem a distribuição dos alunos inquiridos dos diversos cursos ter sido homogénea, uma vez que a maioria foram alunos da área das ciências da saúde, com cerca de 56,5%.

Em terceiro lugar, viés de memória, dado que o inquérito aplicado é sobre um período anterior, o que obriga o aluno a recordar-se de situações e hábitos passados.

Contudo, este questionário apresenta também pontos fortes, tal como a elevada adesão que se verificou, conseguindo ultrapassar o número de questionários previamente estabelecidos, obtendo-se assim uma amostra representativa da população em estudo. De salientar ainda que se trata de um estudo bastante atual, podendo contribuir para o despertar da curiosidade deste trabalho de investigação.

6. Conclusões

Este estudo teve dois objetivos gerais, passando estes por avaliar, não só, os efeitos do confinamento na saúde mental, como também perceber a sua relação com o consumo de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos nos estudantes da UBI, inscritos no ano letivo 2021/2022.

O instrumento utilizado para alcançar os vários objetivos do estudo foi um inquérito *online* através do qual se obteve uma amostra de 370 estudantes universitários, que revelou ser representativa, e dessa forma, possibilitou a extrapolação dos dados para todos os alunos da UBI, inscritos no ano letivo anteriormente referido.

Após obtenção dos resultados e análise dos mesmos, foi possível verificar que a saúde mental se relaciona diretamente com o confinamento e juntos são vistos como forma de

contribuição para a procura de soluções imediatas para problemas psicológicos decorrentes desse cenário, por meio do consumo de ansiolíticos e antidepressivos.

O confinamento foi capaz de afetar a saúde mental da maior parte dos estudantes (56,8%), sendo que os mais afetados foram os participantes do sexo feminino (58,3%), da faixa etária dos 26 aos 29 anos (80,0%), da área das ciências (83,3%), do 5.º ano (80,5%) e os alunos de doutoramento (76,9%). No que diz respeito à forma como o confinamento afetou a saúde mental, “*Desmotivação*” (32,4%), “*Ansiedade*” (24,3%) e “*Stress*” (21,0%), foram os efeitos negativos mais relatados pelos inquiridos, sendo a “*Vida social reduzida*” (27,1%), a “*Falta de rotina*” (24,3%), a “*Preocupação com o sucesso académico*” (21,9%) e a “*Adaptação a uma vida diferente*” (20,5%) os motivos maioritariamente apontados que contribuíram para esses efeitos. Relativamente aos alunos que revelaram que o confinamento teve um impacto negativo na sua saúde mental, apenas 12,4% admitiu a necessidade de recorrer a um profissional de saúde, sendo o mais requisitado o psicólogo (80,8%).

De entre as duas classes terapêuticas abordadas neste estudo, a mais consumida foi a dos ansiolíticos (14,6%) face aos antidepressivos (7,6%). De um modo geral, como resultados da associação entre o consumo destes medicamentos e as características sociodemográficas da amostra estudada, conclui-se que os que apresentaram uma maior percentagem de consumo foram o sexo masculino (com 20,0% e 8,8% para ansiolíticos e antidepressivos, respetivamente), da faixa etária dos 30 ou mais (36,8%) e pertencente à área das engenharias (34,8%) no caso dos ansiolíticos, e da faixa etária dos 26 a 29 anos (40,0%) e da área das ciências (16,7%) no caso dos antidepressivos. Foi curioso perceber que, os cursos da área das ciências da saúde são os que consomem menos medicamentos (tanto ansiolíticos como antidepressivos), possivelmente por estarem mais ocorrentes dos efeitos adversos por eles provocados.

Correlacionando os efeitos do confinamento com o recurso a esses medicamentos, conclui-se que dentro da amostra de estudantes que foram afetados negativamente pelo confinamento (56,8%), 22,4% são consumidores de ansiolíticos e 9,5% de antidepressivos. Dos 22,4%, 53,2% já eram consumidores de ansiolíticos antes do confinamento, sendo que desses, 28,0% ajustou a dose. Uma curiosidade interessante é perceber que quase metade (46,8%) não consumia antes do confinamento, sendo que em 72,7% desses, o consumo foi devido à pandemia. Já dos 9,5% que consomem antidepressivos, a maioria (65,0%) já tomava estes medicamentos antes do confinamento, sendo que 23,1% ajustou a dose, enquanto 35,0% não consumia antes, sendo que em 42,9% desses, o consumo foi devido à pandemia.

Por fim, no que concerne aos conhecimentos e atitudes por parte dos estudantes relativamente aos medicamentos abordados, quase na totalidade estão cientes e bem conscientizados em relação às temáticas destas substâncias.

7. Referências bibliográficas

1. Wang MY, Zhao R, Gao LJ, Gao XF, Wang DP, Cao JM. SARS-CoV-2: Structure, Biology, and Structure-Based Therapeutics Development. Vol. 10, *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*. Frontiers Media S.A.; 2020.
2. Lotfi M, Hamblin MR, Rezaei N. COVID-19: Transmission, prevention, and potential therapeutic opportunities. Vol. 508, *Clinica Chimica Acta*. Elsevier B.V.; 2020. p. 254–66.
3. Paulino M, Dumas-Diniz R, Brissos S, Brites R, Alho L, Simões MR, et al. COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on the general population. *Psychol Health Med*. 2021;26(1):44–55.
4. Magalhães R. Covid-19, distance education, and the intensification of educational inequalities. *Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos*. 2021;28(4):1263–7.
5. WHO. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report-51 [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 22]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10
6. Bundgaard H, Bundgaard JS, Raaschou-Pedersen DET, von Buchwald C, Todsén T, Norsk JB, et al. Effectiveness of adding a mask recommendation to other public health measures to prevent sars-cov-2 infection in danish mask wearers a randomized controlled trial. *Ann Intern Med*. 2021 Mar 1;174(3):335–43.
7. Mehta OP, Bhandari P, Raut A, Kacimi SEO, Huy NT. Coronavirus Disease (COVID-19): Comprehensive Review of Clinical Presentation. Vol. 8, *Frontiers in Public Health*. Frontiers Media S.A.; 2021.
8. SNS24 | COVID-19 [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 22]. Available from: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/#sec-7>
9. Dinakaran D, Manjunatha N, Naveen Kumar C, Suresh BM. Neuropsychiatric aspects of COVID-19 pandemic: A selective review. Vol. 53, *Asian Journal of Psychiatry*. Elsevier B.V.; 2020.
10. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, de Souza-Filho JA, Rocha ADS, et al. Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: Potential impacts and challenges in Brazil. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2020 Jun 1;25:2423–46.
11. dos Santos GMRF, da Silva ME, Belmonte BDR. COVID-19: Emergency remote teaching and university professors' mental health. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*. 2021;21:S245–51.

12. UNESCO. COVID-19 e educação superior: dos efeitos imediatos ao dia seguinte [Internet]. 2020 [cited 2022 Jul 19]. Available from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pfo000374886>
13. Thompson G, McBride RB, Hosford CC, Halaas G. Resilience Among Medical Students: The Role of Coping Style and Social Support. <https://doi.org/10.1080/1040133420161146611> [Internet]. 2016 Apr 2 [cited 2022 Jul 19];28(2):174–82. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10401334.2016.1146611>
14. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Vol. 395, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2020. p. 912–20.
15. Cabrita J, Ferreira H, Paula I, Baptista T, Rocha E, Lopes da Silva A, et al. Estudo do padrão de consumo de medicamentos pelos estudantes da Universidade de Lisboa. Vol. 19. 2001.
16. WHO. Saúde mental: nova concepção, nova esperança [Internet]. 2001 [cited 2022 Jul 19]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001_por.pdf;jsessionid=6862C868DE7C5F6C3ED7043226F7C87F?sequence=4
17. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, de Micheli A, Nieman DH, Correll CU, Kessing LV, et al. What is good mental health? A scoping review. Vol. 31, *European Neuropsychopharmacology*. Elsevier B.V.; 2020. p. 33–46.
18. Xavier M, Baptista H, Mendes JM, Magalhães P, Caldas-de-Almeida JM. Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal - rationale, design and fieldwork procedures. *Int J Ment Health Syst*. 2013 Jul 9;7(1).
19. Caldas De Almeida M, Xavier M, de Investigação -José E, Cardoso G, Pereira MG, Gusmão R, et al. Estudo epidemiológico nacional de saúde mental - 1º relatório. 2013.
20. Crescentini C, Feruglio S, Matiz A, Paschetto A, Vidal E, Cogo P, et al. Stuck Outside and Inside: An Exploratory Study on the Effects of the COVID-19 Outbreak on Italian Parents and Children's Internalizing Symptoms. *Front Psychol*. 2020 Oct 22;11.
21. Passavanti M, Argentieri A, Barbieri DM, Lou B, Wijayaratna K, Foroutan Mirhosseini AS, et al. The psychological impact of COVID-19 and restrictive measures in the world. *J Affect Disord*. 2021 Mar 15;283:36–51.
22. Busch IM, Moretti F, Mazzi M, Wu AW, Rimondini M. What We Have Learned from Two Decades of Epidemics and Pandemics: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Psychological Burden of Frontline Healthcare Workers. Vol. 90, *Psychotherapy and Psychosomatics*. S. Karger AG; 2021. p. 178–90.

23. Mak IWC, Chu CM, Pan PC, Yiu MGC, Ho SC, Chan VL. Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in SARS survivors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010 Nov;32(6):590–8.
24. van Bortel T, Basnayake A, Wurie F, Jambai M, Koroma AS, Muana AT, et al. Effets psychosociaux d'une flambée de maladie à virus ebola aux échelles individuelle, communautaire et internationale. *Bull World Health Organ*. 2016 Mar 1;94(3):210–4.
25. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Vol. 395, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2020. p. 912–20.
26. Reynolds DL, Garay JR, Deamond SL, Moran MK, Gold W, Styra R. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect*. 2008 Jul;136(7):997–1007.
27. SM-COVID19: Saúde mental em tempos de pandemia – relatório final - INSA [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 5]. Available from: <https://www.insa.min-saude.pt/sm-covid19-saude-mental-em-tempos-de-pandemia-relatorio-final/>
28. Gardner PJ, Moallem P. Psychological impact on SARS survivors: Critical review of the english language literature. Vol. 56, *Canadian Psychology*. Canadian Psychological Association; 2015. p. 123–35.
29. Inchausti F, MacBeth A, Hasson-Ohayon I, Dimaggio G. Psychological Intervention and COVID-19: What We Know So Far and What We Can Do. *J Contemp Psychother*. 2020 Dec 1;50(4):243–50.
30. Lee J, Solomon M, Stead T, Kwon B, Ganti L. Impact of COVID-19 on the mental health of US college students. *BMC Psychol*. 2021 Dec 1;9(1).
31. Son C, Hegde S, Smith A, Wang X, Sasangohar F. Effects of COVID-19 on college students' mental health in the United States: Interview survey study. Vol. 22, *Journal of Medical Internet Research*. JMIR Publications Inc.; 2020.
32. Auerbach RP, Alonso J, Axinn WG, Cuijpers P, Ebert DD, Green JG, et al. Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Vol. 46, *Psychological Medicine*. Cambridge University Press; 2016. p. 2955–70.
33. Hesler K. Perfectionism, Social Support, and Social Anxiety in College Students [Internet]. Vol. 2015, *Proceedings of GREAT Day*. 2015. Available from: <https://knightscholar.geneseo.edu/proceedings-of-great-day/vol2015/iss1/9>
34. Salman M, Asif N, Mustafa ZU, Mehmood Khan T, Shehzadi N, Hussain K, et al. Psychological Impact of COVID-19 on Pakistani University Students and How They Are Coping. 2020; Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.05.21.20108647>

35. Irawan AW, Dwisona D, Lestari M. Psychological Impacts of Students on Online Learning During the Pandemic COVID-19. *KONSELI: Jurnal Bimbingan dan Konseling (E-Journal)*. 2020 May 31;7(1):53–60.
36. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res*. 2020 May 1;287.
37. Ryerson NC, Wilson OWA, Pena A, Duffy M, Bopp M. What happens when the party moves home? The effect of the COVID-19 pandemic on U.S. college student alcohol consumption as a function of legal drinking status using longitudinal data. *Transl Behav Med*. 2021 Mar 1;11(3):814–20.
38. Verma K. The mental health impact of the COVID-19 epidemic on college students in India. Vol. 53, *Asian Journal of Psychiatry*. Elsevier B.V.; 2020.
39. WebMD Editorial Contributs. What are psychotropic medications? [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 29]. Available from: <https://www.webmd.com/mental-health/what-are-psychotropic-medications>
40. Picolotto E, Libardoni L, Migott AM, Geib L. Prevalência e fatores associados com o consumo de substâncias psicoativas por acadêmicos de enfermagem da Universidade de Passo Fundo. 2007.
41. Martínez D GI, Martínez S LM, de los Ángeles RODRÍGUEZ MG, Mesa M PA, Muñoz M JE, Bedoya JM, et al. Características del consumo de fármacos psicotrópicos en estudiantes de ciencias de la salud. 2008;
42. Furtado C, Ribeirinho M, Gaspar M. Análise da evolução da utilização de psicofármacos em Portugal Continental entre 2000 e 2009. 2010.
43. Simas da Rocha B, Werlang MC. Psicofármacos na estratégia saúde da família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. 2012.
44. Sinclair LI, Nutt DJ. *Anxiolytics*. 2012.
45. Prontuário terapêutico online [Internet]. [cited 2022 Aug 17]. Available from: <https://app10.infarmed.pt/prontuario/framepesactivos.php?palavra=diazepam&x=0&y=0&rb1=0>
46. Rudoy CA, van Bockstaele EJ. Betaxolol, a selective β 1-adrenergic receptor antagonist, diminishes anxiety-like behavior during early withdrawal from chronic cocaine administration in rats. 2007;
47. Shirley DW, Sterrett J, Haga N, Durham C. The therapeutic versatility of antihistamines. 2020.
48. Taylor C, Nutt D. *Anxiolytics*. 2004.

49. Limites CG, Nelson VL. Benzodiazepines [Internet]. StatPearls Publishing; 2021 [cited 2022 Aug 17]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470159/>
50. Schuttler J, Schwilden H. Handbook of Experimental Pharmacology. Vol. 182. 2008. 335–336 p.
51. Griffin Iii CE, Kaye AM, Rivera Bueno F, Kaye AD. Benzodiazepine Pharmacology and Central Nervous System-Mediated Effects [Internet]. 2013. Available from: <http://ccforum.com/>
52. Lechuga G, Indart I. Selección de benzodiazepinas. Bases para su utilización en el hospital. 1997.
53. Benzodiazepine Equivalence Table [Internet]. 2007 [cited 2022 Oct 5]. Available from: <https://www.benzo.org.uk/bzequiv.htm>
54. Direção-Geral da Saúde. Tratamento sintomático da ansiedade e insónia com benzodiazepinas e fármacos análogos [Internet]. 2011 [cited 2022 Jul 26]. Available from: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Tratamento-Sintom%C3%A1tico-da-Ansiedade-e-Ins%C3%B3nia-com-Benzodiazepinas-e-F%C3%A1rmacos-An%C3%A1logos.pdf>
55. Howard P, Twycross R, Shuster J, Mihalyo M, Wilcock A. Benzodiazepines. Vol. 47, Journal of pain and symptom management. Elsevier Inc.; 2014. p. 955–64.
56. Harrison TS, Keating GM, Ancoli-Israel S, Nutt DJ, Verster JC. Zolpidem: a review of its use in the management of insomnia. Vol. 19, CNS Drugs. 2005.
57. Dang A, Garg A, Rataboli P v. Role of Zolpidem in the Management of Insomnia. Vol. 17, CNS Neuroscience and Therapeutics. 2011. p. 387–97.
58. Holm KJ, Goa KL, Cluydts R. Zolpidem: an update of its pharmacology, therapeutic efficacy and tolerability in the treatment of insomnia. 2000.
59. Cumming RG, le Couteur DG. Benzodiazepines and Risk of Hip Fractures in Older People A Review of the Evidence. Vol. 17, CNS Drugs. 2003.
60. Allain H, Ele Bentué-Ferrer D, Polard E, Akwa Y, Patat A. Postural Instability and Consequent Falls and Hip Fractures Associated with Use of Hypnotics in the Elderly. Vol. 22, Drugs Aging. 2005.
61. Löscher W, Rogawski MA. How theories evolved concerning the mechanism of action of barbiturates. *Epilepsia*. 2012;53 Suppl 8:12–25.
62. Serra J. Terapêutica farmacológica da insónia. 2006.
63. Buspirone: back to the future. *Journal of Psychosocial Nursing*. 2015;53:21–4.

64. Loane C, Politis M. Buspirone: What is it all about? Vol. 1461, Brain Research. 2012. p. 111–8.
65. Desai AK, Grossberg GT. Buspirone in Alzheimer's disease. Vol. 3, Expert Review of Neurotherapeutics. 2003. p. 19–28.
66. INFARMED I.P. Folheto informativo Atarax-comprimidos revestidos por película [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 6]. Available from: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>
67. P. Dooley T. Treating Anxiety with either Beta Blockers or Antiemetic Antimuscarinic Drugs: A Review. Ment Health Fam Med. 2015 Nov 30;11(02).
68. Frishman WH, Saunders E. β -Adrenergic blockers. Vol. 13, Journal of Clinical Hypertension. 2011. p. 649–53.
69. Nunes A, Sousa M. Utilização da valeriana nas perturbações de ansiedade e do sono. Qual a melhor evidência? 2011.
70. Tracy TS, Kingston RL. Herbal Products. 2007.
71. Infomed [Internet]. [cited 2022 Aug 18]. Available from: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>
72. Bailey D. Stockley's Herbal Medicines Interactions. Br J Clin Pharmacol. 2011 Jan;71(1):143–143.
73. Xie Z, Chen F, Li WA, Geng X, Li C, Meng X, et al. A review of sleep disorders and melatonin. Vol. 39, Neurological Research. Taylor and Francis Ltd.; 2017. p. 559–65.
74. Andersen L. The analgesic effects of exogenous melatonin in humans [Internet]. 2016. Available from: <http://www.medstat.dk>
75. Galley HF, Lowes DA, Allen L, Cameron G, Aucott LS, Webster NR. Melatonin as a potential therapy for sepsis: A phase i dose escalation study and an ex vivo whole blood model under conditions of sepsis. J Pineal Res. 2014;56(4):427–38.
76. Prontuário terapêutico online [Internet]. [cited 2022 Jul 29]. Available from: <https://app10.infarmed.pt/prontuario/framepesactivos.php?palavra=fluoxetina&x=0&y=0&rb1=0>
77. Martin-Vazquez MJ. Adherence to antidepressants: A review of the literature. Vol. 6, Neuropsychiatry. Future Medicine Ltd.; 2016. p. 236–41.
78. Sharma B. Antidepressants: Mechanism of Action, Toxicity and Possible Amelioration. Journal of Applied Biotechnology & Bioengineering. 2017 Sep 1;3(5).
79. Baker GB, Coutts RT, Greenshaw AJ, Baker GB. Neurochemical and metabolic aspects of antidepressants: an overview. Vol. 25, NS. J Psychiatry Neurosci. 1999.

80. Direção-Geral da Saúde. Terapêutica farmacológica da depressão major e da sua recorrência no adulto [Internet]. 2012 [cited 2022 Jul 31]. Available from: www.dgs.pt
81. Richelson E. Pharmacology of antidepressants. Vol. 76, Mayo Clinic Proceedings. Elsevier Ltd; 2001. p. 511–27.
82. Moraczewski J, Aedma KK. Tricyclic Antidepressants. *Veterinary Psychopharmacology* [Internet]. 2022 May 2 [cited 2022 Oct 5];231–56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557791/>
83. Laban TS, Saadabadi A. Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOI). *StatPearls* [Internet]. 2022 Jul 19 [cited 2022 Oct 5]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539848/>
84. Pacher P, Kecskemeti V. Trends in the Development of New Antidepressants. Is there a Light at the End of the Tunnel? Vol. 11, *Curr Med Chem*. 2004.
85. Branco JC, Tomé AM, Cruz MR, Filipe A. Pirlindole in the Treatment of Depression and Fibromyalgia Syndrome. 2011.
86. Jain R. Single-Action Versus Dual-Action Antidepressants. 2004.
87. Ogata N, de Souza Dantas LM, Crowell-Davis SL. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors. *Veterinary Psychopharmacology* [Internet]. 2022 May 8 [cited 2022 Oct 5];103–28. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554406/>
88. Stoetzer C, Papenberg B, Doll T, Völker M, Heineke J, Stoetzer M, et al. Differential inhibition of cardiac and neuronal Na⁺ channels by the selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors duloxetine and venlafaxine. *Eur J Pharmacol*. 2016 Jul 15;783:1–10.
89. Huecker MR, Smiley A, Saadabadi A. Bupropion. *xPharm: The Comprehensive Pharmacology Reference* [Internet]. 2022 May 2 [cited 2022 Oct 5];1–4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470212/>
90. Patel K, Allen S, Haque MN, Angelescu I, Baumeister D, Tracy DK. Bupropion: a systematic review and meta-analysis of effectiveness as an antidepressant. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2016 Apr;6(2):99–144.
91. Portugal GS, Gould TJ. Bupropion Dose-Dependently Reverses Nicotine Withdrawal Deficits in Contextual Fear Conditioning. 2007.
92. Pacher P, Kecskemeti V. Trends in the Development of New Antidepressants. Is there a Light at the End of the Tunnel? Vol. 11, *Curr Med Chem*. 2004.
93. Jilani TN, Gibbons JR, Faizy RM, Saadabadi A. Mirtazapine. *StatPearls* [Internet]. 2022 May 2 [cited 2022 Oct 5]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519059/>

94. Danilevičiūtė V, Sveikata A. Contemporary approach to pharmacological and clinical aspects of novel antidepressants [Internet]. Vol. 38, MEDICINA. 2002. Available from: <http://medicina.kmu.lt>
95. Shin JJ, Saadabadi A. Trazodone. The Essence of Analgesia and Analgesics [Internet]. 2022 Jul 10 [cited 2022 Oct 5];351–3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470560/>
96. Folheto informativo Trazodona - comprimidos [Internet]. 2014 [cited 2022 Aug 7]. Available from: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>
97. Al-Tammemi B, Akour A, Alfalah L. Is it Just About Physical Health? An Online Cross-Sectional Study Exploring the Psychological Distress Among University Students in Jordan in the midst of COVID-19 Pandemic [Internet]. 2020. Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.05.14.20102343>
98. Marchi KC, Bárbaro AM, Miasso AI, Tirapelli CR. Ansiedade e consumo de ansiolíticos entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública. Vol. 15, Revista Eletrônica de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás; 2013 Sep.
99. Martins DAR. Análise da evolução do consumo de ansiolíticos e antidepressivos em Portugal continental entre 2010 e 2020 [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 9]. Available from: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/10877>
100. Correia T, Nunes M, Barros S, Penas S. Consumo de psicofármacos pelos alunos do ensino superior. PROMOÇÃO da SAÚDE e ATIVIDADE FÍSICA: Contributos para o Desenvolvimento Humano [Internet]. 2010. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/277204507>
101. Scolaro L, Bastiani D, Mella E. Avaliação do uso de antidepressivos por estudantes de uma Instituição de Ensino Superior. 2010.
102. Furtado C. Psicofármacos: Evolução do consumo em Portugal Continental (2000-2012).

Capítulo II – Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

1. Introdução

A Farmácia Comunitária (FC) é a face mais reconhecida da profissão, sendo por isso a área que emprega mais farmacêuticos. Devido à grande proximidade junto dos utentes, a FC é o primeiro local a que recorrem em questões de saúde (1).

Devido à crescente procura de cuidados de saúde, o papel das farmácias e dos farmacêuticos comunitários tem vindo a evoluir, indo muito além da simples dispensa de medicamentos. Cada vez mais, as farmácias disponibilizam um vasto conjunto de serviços, tais como: aconselhamento ao utente, preparação individualizada de medicamentos, administração de vacinas e injetáveis, disponibilização de rastreios, avaliação de parâmetros bioquímicos, entre outros, desempenhando uma função crucial na promoção da saúde e na prevenção de doenças dos utentes (2).

Os farmacêuticos comunitários são profissionais de saúde cuja responsabilidade é assegurar que os utentes usufruem de um benefício terapêutico máximo. Para isso, é requerido que os farmacêuticos se mantenham atualizados com novas informações técnico-científicas, encontrando-se aptos para esclarecer qualquer dúvida que possa surgir, assegurando sempre que a informação é transmitida e percebida com clareza. Assim sendo, os utentes reconhecem-lhe proximidade, disponibilidade, confiança e competência profissional (3).

O estágio curricular em Farmácia Comunitária é a última etapa essencial para a conclusão do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, permitindo ao aluno contactar e aprender com profissionais de saúde capacitados e colocar todo o conhecimento adquirido ao longo dos cinco anos de curso em prática.

O meu estágio curricular em Farmácia Comunitária foi realizado no período de 8 de fevereiro a 23 de junho de 2022 na Farmácia Azevedo Carvalho (FAC), situada em Cabeceiras de Basto sob orientação do farmacêutico Dr. José Pedro Neves Couto.

2. Localização, caracterização e organização geral da farmácia

2.1. Localização

A FAC situa-se na Rua Fonte S. João, na freguesia de Refojos, concelho de Cabeceiras de Basto, que pertence ao distrito de Braga. Esta possui uma boa localização, uma vez que se encontra próxima do Centro de Saúde com Serviço de Urgência, bem como de uma central de camionagem. Para além desta farmácia, existem mais duas farmácias comunitárias na vila.

Ao longo do meu estágio, verifiquei que os utentes que mais frequentaram o estabelecimento foram idosos poli medicados, visto que se trata de uma região com uma população bastante envelhecida.

A FAC faz parte da Associação Nacional de Farmácias (ANF), sendo uma vantagem para o correto funcionamento da mesma.

2.2. Horário de funcionamento

O horário de funcionamento da FAC é das 9h00 às 13h00 e das 14h00 às 19h00, de segunda a sexta-feira e das 9:00h às 13:00h aos sábados. Domingos e feriados, a farmácia encontra-se encerrada, salvo se estiver de serviço.

Nas semanas de regime de rotatividade, funciona 24 horas por dia, sendo que até às 22h encontra-se aberta ao público e a partir daí o atendimento é efetuado através do postigo. Este regime de turnos foi acordado pelas três farmácias e pela Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte.

Tanto o horário de funcionamento como a farmácia que se encontra de serviço apresenta-se sempre afixado no exterior.

2.3. Recursos humanos

A FAC apresenta uma equipa técnica jovem e dinâmica que proporciona um serviço de qualidade, sendo formada no total por dez elementos, estando esta sob a direção técnica da Dra. Maria Manuela Coimbra Leite de Azevedo Carvalho. Esta farmácia dispõe de um quadro farmacêutico, constituído por quatro farmacêuticos: Dr. Pedro Couto e Dr. André Ramos (farmacêuticos adjuntos com poderes de substituição), Dra. Carla Simões e Dra. Margarida Martins e, de um quadro não farmacêutico composto por cinco elementos: Tânia Silva (técnica de farmácia), Juliana Cardoso e Fátima Carvalho (técnicas auxiliares de farmácia), Agostinho Ramos (responsável pela receção de encomendas) e Sameiro Pereira (responsável pela limpeza do estabelecimento).

Todos os elementos da equipa apresentam-se devidamente identificados, através do uso de um cartão que contém o respetivo nome e o título profissional.

De evidenciar que, a farmácia conta ainda com a presença de uma nutricionista todas as terças-feiras.

Deste modo, segundo o artigo 23º do Decreto-Lei nº 307/2007 de 31 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei nº 171/2012, de 1 de agosto, pode-se verificar que a equipa da FAC cumpre todos os critérios, dado que, as farmácias devem dispor, pelo menos, de um diretor técnico e de um farmacêutico (4).

De acordo com o artigo 24º do Decreto-Lei n.º 307/2007 de 31 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 16/2013 de 8 de fevereiro, “os farmacêuticos podem ser coadjuvados por técnicos de farmácia ou por outro pessoal devidamente habilitado”, isto é, “outros profissionais habilitados

com formação técnico-profissional certificada no âmbito das funções de coadjuvação na área farmacêutica, nos termos a fixar pelo INFARMED, I.P”, podendo-se assim constatar também que a FAC se encontra em conformidade com este princípio (4).

Segundo o artigo 21º do Decreto-Lei n.º 307/2007 de 31 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto, compete à Diretora Técnica (DT), Dra. Manuela Azevedo Carvalho:

- Assumir a responsabilidade pelos atos farmacêuticos praticados na farmácia;
- Garantir a prestação de esclarecimentos aos utentes sobre o modo de utilização dos medicamentos;
- Promover o uso racional do medicamento;
- Assegurar que os medicamentos sujeitos a receita médica só são dispensados aos utentes que a não apresentem em casos de força maior, devidamente justificados;
- Garantir que os medicamentos e demais produtos são fornecidos em bom estado de conservação;
- Garantir que a farmácia se encontra em condições de adequada higiene e segurança;
- Assegurar que a farmácia dispõe de um aprovisionamento suficiente de medicamentos;
- Zelar para que o pessoal que trabalha na farmácia mantenha, em permanência, o asseio e a higiene;
- Verificar o cumprimento das regras deontológicas da atividade farmacêutica;
- Assegurar o cumprimento dos princípios e deveres previstos neste diploma e na demais legislação reguladora da atividade farmacêutica (4).

Durante o meu estágio, observei uma equipa em que o respeito, a empatia, a união, a prestabilidade e a entreaajuda predominavam, o que fez com que a minha integração e aquisição de conhecimentos fossem mais fáceis. Além do mais, todo este ambiente de conforto foi muito útil para que me sentisse à vontade para colocar todas as minhas dúvidas.

2.4. Espaço físico

2.4.1. Espaço exterior

No exterior da FAC são facilmente visíveis e identificáveis, o símbolo “Cruz Verde” e um letreiro onde está escrito “Farmácia Azevedo Carvalho”, ambos devidamente iluminados quando esta se encontra de serviço (4).

A farmácia apresenta duas entradas: uma principal, possibilitando o acesso dos utentes à zona de atendimento e, outra secundária que tem como fim a entrada de encomendas e também a movimentação dos funcionários da farmácia. Para além disso, apresenta uma escadaria e uma rampa para facilitar a deslocação de cidadãos portadores de deficiência ou que apresentem problemas de mobilidade, estando em conformidade com o artigo 10º do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto (4).

Na porta de entrada principal, a farmácia divulga de forma visível, as informações relevantes no relacionamento com os utentes, designadamente: nome da DT, horário de funcionamento, farmácia de serviço e serviços prestados, bem como, o postigo e a campanha para atendimento noturno. A farmácia possui também uma grande montra envidraçada, usada como área de exposição de informação pertinente, divulgação de marcas ou até anunciação de datas comemorativas (Anexo XXI).

Através do artigo 28º do Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei nº 171/2012, de 1 de agosto, verifica-se que a farmácia cumpre todos os critérios.

2.4.2. Espaço interior

A FAC dispõe de instalações apropriadas que garantem a segurança, conservação e preparação de medicamentos assim como, o bem-estar e privacidade dos utentes e de toda a equipa, conforme indica o artigo 29º do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto (4).

De acordo com a Deliberação n.º 1502/2014 de 3 de julho, as farmácias devem ter uma área útil mínima de 95 m², sendo as seguintes áreas obrigatórias:

- sala de atendimento ao público com, pelo menos, 50 m²;
- armazém com, pelo menos, 25 m²;
- laboratório com, pelo menos, 8 m²;
- instalações sanitárias com, pelo menos, 5 m².

Para além destas divisões, as farmácias podem ainda apresentar áreas facultativas, designadamente: gabinete da direção técnica, zona de recolhimento ou quarto, área técnica de informática e economato. A FAC possui todas as instalações mínimas obrigatórias e dispõe ainda de uma facultativa, o gabinete de direção técnica (5).

Passo a enumerar e a descrever todas as áreas da FAC:

❖ Área de atendimento ao público

A área de atendimento ao público é um espaço amplo, organizado e bem iluminado. Possui quatro balcões de atendimento em linha, encontrando-se cada um devidamente equipado com todo o material informático necessário, como: computador, leitor de código de barras, impressora de etiquetas e talões, impressora que permite a impressão no verso das receitas, caixa automática, terminais de multibanco e leitores de cartões de cidadão. Atrás dos balcões pode-se encontrar várias gavetas com medicamentos de venda livre mais frequentes, como anti-inflamatórios, analgésicos, antialérgicos, entre outros. A envolver a zona de atendimento, existe uma balança eletrónica que fornece parâmetros como a altura, peso e o índice de massa corporal (IMC). Existe também várias áreas de exposição em categorias como dermocosmética, acessórios, alimentação infantil, ortopedia, espaço animal, cuidado capilar e expositores, que mudam consoante a sazonalidade.

Atrás da área de atendimento é possível aceder ao robot, a um contentor da VALORMED, ao gabinete da direção técnica, ao laboratório e às instalações sanitárias destinadas à equipa técnica.

É possível ainda encontrar informação sobre a existência do livro de reclamações e preçário de serviços prestados (Anexo XXI).

❖ Gabinete de atendimento personalizado

O gabinete de atendimento garante condições de privacidade aos utentes, sempre que a situação assim o exija. Este local é utilizado para medição de colesterol, triglicéridos, glicémia, pressão arterial, administração de injetáveis e vacinas fora do Plano Nacional de Vacinação (PNV), prestação de primeiros-socorros e também rastreios.

O gabinete apresenta mesa, cadeiras, armários, caixote do lixo, recipiente para o material cortante e contaminante, marquesa e um lavatório (Anexo XXI).

❖ Gabinete da Direção Técnica

Destina-se à gestão administrativa, sendo também neste local que se realizam as reuniões com os delegados de vários laboratórios. O gabinete é constituído por uma secretária e por um armário, no qual se encontra arquivada toda a documentação da FAC.

❖ Área de receção de encomendas

A área de receção de encomendas encontra-se próxima da porta de entrada secundária, tornando o processo de entrega e receção muito mais fácil e também menos demorado. Nesta área encontram-se vários equipamentos, tais como, computador, leitor de código de barras, duas impressoras, uma impressora de etiquetas e um telemóvel para contactar com os fornecedores.

Além disso, neste local também se encontram várias prateleiras onde estão presentes os medicamentos e produtos de saúde que têm de ser devolvidos, assim como os produtos que foram encomendados pelos utentes, faturados e não faturados (Anexo XXI).

❖ Laboratório

Destinado à preparação de medicamentos manipulados e de preparações extemporâneas, como suspensão de antibióticos.

Contém duas bancadas, um lavatório, um exaustor, armários onde são armazenadas as matérias-primas, bibliografia de suporte para a preparação de medicamentos manipulados assim como todo o material necessário. É também nesta zona que se encontram os medicamentos que requerem um acondicionamento no frio (2-8°C), como insulinas, colírios, vacinas, injeções, produtos ginecológicos, oftálmicos, dermatológicos e veterinária. No frigorífico, existe também uma gaveta que se destina àqueles produtos que necessitam de estar conservados a baixas temperaturas, mas que já se encontram reservados para alguém (Anexo XXI).

❖ Robot

Desde outubro de 2020, a FAC dispõe de um robot de armazenamento e dispensa de medicamentos (ROWA VMAX 210[®]), que se encontra interligado ao programa Sifarma 2000[®] e ao Sifarma.MA[®].

Todos os medicamentos são inseridos no robot segundo os prazos de validade, sendo que, se a validade for inferior à validade pré-definida no robot, esta deve ser modificada no seu painel de controlo para que assim este seja o primeiro a ser dispensado. De seguida, o robot armazena as embalagens em prateleiras de acordo com as suas dimensões.

Quando existem falhas no robot, este emite um sinal sonoro acompanhado com uma mensagem no painel de controlo, mencionando a fila e a prateleira onde ocorreu o problema. Seguidamente, o medicamento tem de ser retirado com especial cuidado com uma espátula de metal, sendo esta uma das principais desvantagens do robot dado que exige tempo. No entanto, a implementação do robot apresenta várias vantagens como: redução de tempo no armazenamento e na dispensa, redução do erro humano, informação atualizada dos níveis de stock e prazos de validade, otimização de espaço e captura de várias embalagens ao mesmo tempo (Anexo XXI).

Uma das minhas primeiras funções como estagiária foi colocar os medicamentos no robot. O facto de ter iniciado por esta tarefa, permitiu-me conhecer os medicamentos e ter em atenção desde cedo os prazos de validade.

❖ Armazém

Destinado ao armazenamento de produtos de saúde ou a medicamentos que por algum motivo não podem ser arrumados no robot, como xaropes, Medicamentos de Uso Veterinário (MUV), cosméticos, máscaras, luvas, compressas, algodão, entre outros (Anexo XXI).

❖ Instalações sanitárias

A FAC dispõe de uma única instalação sanitária para uso exclusivo dos funcionários da farmácia, estando esta também destinada ao armazenamento de produtos e utensílios de limpeza.

2.5. Sistema informático

O Sistema Informático (SI) é indispensável ao funcionamento da farmácia, uma vez que, para além de ser crucial para a otimização dos serviços prestados, permite também que os profissionais de saúde dediquem mais tempo aos seus utentes.

A FAC dispõe de sete computadores equipados com o Sistema Informático (SI) Sifarma[®], desenvolvido pela Glintt[®]. Primeiro, era apenas usada a versão Sifarma 2000[®], no entanto, recentemente a farmácia aderiu também à versão mais atualizada, Sifarma.MA[®], dado que esta não apresenta todas as funcionalidades. O Sifarma 2000[®] apresenta-se dividido em: módulo de

atendimento, módulo de receção de encomendas, gestão de encomendas, gestão de lotes por faturar, gestão de utentes e gestão de produtos, permitindo desempenhar funções como: gestão de stocks; receção de encomendas; gestão de devoluções; consulta de vendas; etiquetagem de produtos de venda livre; controlar stocks mínimos e máximos; gerir medicamentos psicotrópicos; gestão de encomendas. O Sifarma.MA[®] é bastante flexível, apresentando vantagens como: possibilidade de gerir vários utentes ao mesmo tempo, possibilidade de retroceder no caso de o utente querer acrescentar e/ou retirar algum medicamento e possibilidade de uma gestão mais eficiente do tempo com o utente.

De maneira a ser possível rastrear tudo o que cada funcionário da FAC efetuou no SI, cada um possui um código de acesso e uma palavra-passe, que deve ser inserido antes de qualquer atividade.

O facto de no decorrer do meu estágio ter trabalhado com as duas versões Sifarma[®] permitiu-me adquirir experiência com estes dois softwares.

3. Informação e documentação científica

De acordo com o Manual das Boas Práticas Farmacêuticas, o farmacêutico deve dispor de informação sobre medicamentos, de forma a manter-se sempre informado, para que assim assuma um nível de competência adequado à prestação de uma prática eficiente (6).

Para isso, a FAC dispõe de uma vasta biblioteca continuamente atualizada e organizada, da qual destaco a Farmacopeia Portuguesa em papel e em formato eletrónico encontrando-se, portanto, de acordo com o artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto. Para além disto, também possui o Prontuário Terapêutico (PT), o Formulário Galénico Português (FGP) e o Índice Nacional Terapêutico (INT).

Podemos ainda encontrar no SI informação resumida sobre um determinado medicamento, como a sua composição, indicação, posologia, reações adversas, interações, contraindicações e precauções.

Além disto, os profissionais de saúde da FAC assistem semanalmente a formações *online* e, têm também a oportunidade de estarem pessoalmente com delegados que fazem breves apresentações sobre os produtos, proporcionando-lhes um melhor aconselhamento.

4. Medicamentos e outros produtos de saúde

Para além de medicamentos, a farmácia também tem disponível outros produtos de saúde, sendo crucial que o farmacêutico os conheça e os saiba distinguir. Tendo em conta o artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, medicamento é definido como “toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou

preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas” (7).

Por sua vez, medicamento genérico define-se como “medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados” (7).

Os estupefacientes e psicotrópicos atuam diretamente sobre o sistema nervoso central, sendo utilizados no tratamento de diversas doenças. No entanto, apesar das suas propriedades benéficas, estas substâncias possuem alguns riscos, podendo causar habituação e dependência, quer física quer psíquica (8).

Por último, sendo a farmácia comunitária um local onde também se preparam medicamentos, é importante saber a diferença entre uma fórmula magistral e um preparado oficial. A fórmula magistral é preparada segundo uma receita médica e, é destinada a um determinado doente. Enquanto o preparado oficial é preparado segundo as indicações de uma farmacopeia ou, de um formulário oficial (7).

De acordo com o artigo 33.º do Decreto-lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto, as farmácias podem fornecer ao público outros produtos, tais como: substâncias medicamentosas, medicamentos e produtos veterinários, medicamentos e produtos homeopáticos, produtos naturais, dispositivos médicos, suplementos alimentares e produtos de alimentação especial, produtos fitofarmacêuticos, produtos cosméticos e de higiene corporal, artigos de puericultura e produtos de podologia (4).

A FAC dispõe da maioria dos produtos acima referidos, o que se tornou muito importante durante o meu estágio, pois permitiu familiarizar-me com os mesmos, adquirindo e aprofundando novos conhecimentos para um melhor aconselhamento.

5. Aprovisionamento e armazenamento

De modo a satisfazer as necessidades dos utentes, é preciso fazer um controlo rigoroso da gestão de medicamentos e produtos de saúde para que estes estejam disponíveis, sempre que necessário. A gestão de stock de uma farmácia está dependente de vários fatores, tais como: as necessidades que as diferentes classes de utentes têm, região onde se encontra localizada a farmácia, hábitos de prescrição dos médicos da zona, estação do ano, entre outros.

Vários processos estão envolvidos no aprovisionamento e armazenamento, como: os critérios de seleção do fornecedor e aquisição de medicamentos e produtos de saúde, receção das encomendas, a marcação de preços e etiquetagem, o armazenamento das encomendas, controlo dos prazos de validade, as reclamações e devoluções. Durante o meu estágio tive a possibilidade de acompanhar todos estes processos.

5.1. Seleção de fornecedores e critérios de aquisição de medicamentos e produtos de saúde

De acordo com o artigo 34.º do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, alterado pelo Decreto-lei n.º 171/2012, de 1 de agosto, as farmácias apenas podem adquirir medicamentos a fabricantes e distribuidores grossistas autorizados pelo INFARMED, I.P (4).

Para a escolha dos fornecedores tem de se ter em conta diversos fatores, como a disponibilidade do medicamento, a qualidade do serviço, a relação interpessoal, custos para a farmácia, bonificações, descontos, condições de transporte, disponibilidade para entrega e facilidade com que é resolvida alguma inconformidade. Para assegurar o stock de produtos, a FAC trabalha com dois fornecedores: Alliance Healthcare Portugal (fornecedor preferencial) e a Medicanorte. Para além dos fornecedores, também é possível adquirir os medicamentos e produtos de saúde por contacto direto com laboratórios, por intermédio de delegados que se deslocam à farmácia.

Ao longo do meu estágio tive a oportunidade de contactar por telefone os dois fornecedores, verificando que é crucial trabalhar com mais do que um fornecedor diário, de forma a assegurar que têm os produtos e quantidades necessárias a tempo. Deste modo, se algum produto se encontrar esgotado no fornecedor preferencial, podemos sempre recorrer ao outro.

5.2. Processamento de encomendas

Com o objetivo de adquirir rapidamente os medicamentos e produtos de saúde necessários, de maneira a satisfazer as necessidades do utente, é possível realizar na FAC quatro tipos de encomendas: Encomendas Diárias, Encomendas Instantâneas, Encomendas Diretas e Encomendas Via Verde.

- Encomenda Diária

Gerada de forma automática pelo SI, tendo como base o stock mínimo e máximo que se encontra definido, pela farmácia, na “ficha do produto”. Desta forma, quando um produto atinge o número estabelecido como mínimo, o Sifarma® gera uma proposta de encomenda. Esta é analisada, aprovada ou alterada pelo membro da equipa responsável.

Ao longo do meu estágio foi-me possível analisar várias vezes com o Dr. Pedro Couto, responsável pelas encomendas diárias, as propostas de encomendas. Na análise eram tidos em conta vários fatores: tipo de produto, histórico de vendas, rotatividade do produto e o preço de venda à farmácia (PVF), sendo posteriormente enviadas aos fornecedores.

- Encomenda Instantânea

Efetua este tipo de encomenda durante o atendimento ao balcão, quando o produto que o utente necessitava não se encontrava disponível na farmácia. Para efetuar a encomenda recorria ao SI em “Enc. Instantânea” e colocava a quantidade pretendida.

De seguida, verificava no programa se o medicamento estava disponível, o PVP, data e hora prevista em que chegava à farmácia. Porém, isto apenas era possível para a Alliance, fornecedor preferencial. Quando a Alliance não apresentava o produto disponível ou o fornecedor preferencial era a Medicanorte, realizava diretamente a encomenda com este último, por via telefónica. No caso de o utente querer adquirir o produto, realizava uma reserva no SI, ficando ao critério do utente se queria pagar na hora ou mais tarde. Depois desta ser efetuada, saíam dois talões de reserva, que continham o nome do utente, o produto e a quantidade pretendida e se estava faturada ou não. Um era entregue ao utente e outro ficava na farmácia. Assim que o utente se dirigisse à farmácia para proceder ao levantamento do produto efetuava-se a regularização da entrega do produto no SI.

- Encomenda Direta

Realizadas diretamente aos laboratórios através de reuniões, previamente agendadas, entre a DT e os delegados (representantes de laboratórios), sendo possível adquirir medicamentos em grande quantidade e obter bonificações e descontos. São exemplos de alguns laboratórios a Alter[®], ToLife[®], Baldacci[®], Naos[®], Sanofi[®], Glaxo[®], Bayer[®] e Vichy[®]. Durante o meu estágio foi-me dada a oportunidade de assistir a duas reuniões com os delegados da Alter[®] e da Bayer[®], permitindo-me perceber como as encomendas diretas eram efetuadas e, sendo assim também possível ter contacto com uma das funções da Dra. Manuela.

- Encomenda Via Verde

De maneira a ter acesso de forma rápida a medicamentos rateados ou com dificuldades de abastecimento, as farmácias recorrem às encomendas Via Verde. Este tipo de encomendas são realizadas através do SI, sendo esta uma via excecional de obtenção de medicamentos com base numa prescrição médica válida e, tendo um limite máximo de duas embalagens de medicamentos. Alguns exemplos de medicamentos encomendados por via verde são: Eliquis[®], Jardiance[®], Pradaxa[®], Lixiana[®] e Brintellix[®].

5.3. Receção de encomendas

Todos os dias na FAC, são feitas duas encomendas à Alliance e duas encomendas à Medicanorte. As encomendas da Alliance chegam à farmácia em contentores verdes, sendo que os produtos que requerem refrigeração chegam em contentores térmicos azuis. Já as da Medicanorte são entregues em caixas de cartão e os produtos que necessitam de refrigeração vêm em sacos de plástico, estando identificados com a indicação “FRIO”. De salientar que, os produtos que precisam de refrigeração são os primeiros a serem armazenados.

Todas as encomendas fazem-se acompanhar pelas respetivas faturas (original e duplicado) ou guia de remessa, que contém: número da fatura, data, identificação do fornecedor e da farmácia, total do valor da fatura e total de embalagens. Pode-se ainda encontrar a lista de

todos os produtos recebidos onde consta informações como: o Código Nacional do Produto (CNP), a designação do produto, a forma farmacêutica, a dosagem, o tamanho da embalagem, a quantidade encomendada e enviada, o Preço de Venda à Farmácia (PVF), o Preço de Venda ao Público (PVP), o Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA), o Preço de Venda ao Armazenista (PVA), descontos e bonificações, se aplicável. Caso os produtos não tenham sido enviados, estes encontram-se no final de cada fatura indicados, juntamente com o motivo para o não envio, podendo ser por estarem esgotados, rateados ou descontinuados.

A receção de encomendas foi a primeira atividade que contactei no meu estágio em Farmácia Comunitária, o que considero uma vantagem, uma vez que me possibilitou contactar desde cedo com todos os produtos. Primeiramente, comecei por auxiliar na separação de todos os produtos encomendados, ou seja, tirava-os dos contentores e colocava em cima da bancada, permitindo-me conhecer os medicamentos, começando a associar a marca comercial à substância ativa. Depois, passei a ter contacto com o programa, fazendo a receção com supervisão e, mais tarde realizei sozinha esta tarefa. Considero fundamental que este processo tenha acontecido de forma gradual, dado que é uma tarefa que requer bastante atenção e organização de forma a evitar erros.

Para a realização da receção da encomenda recorria ao Sifarma2000[®], no menu “Receção de Encomendas”, onde se encontravam todas as encomendas que ainda não tinham sido rececionadas e seleccionava a que pretendia. No caso de existirem várias encomendas na mesma fatura, tinha de as seleccionar e agrupar, criando assim uma nova encomenda. Iniciava a receção pela introdução do número de fatura e do valor total e, de seguida efetuava a leitura do produto através do leitor de código de barras. Posteriormente, verificava a quantidade encomendada/enviada, o prazo de validade e o PVP. Relativamente ao prazo de validade, podia acontecer as seguintes situações: apresentar uma validade inferior aos produtos que se encontravam em stock e, neste caso era imediatamente atualizada no sistema, ou apresentar uma validade superior, não sendo alterada no sistema. Se o produto não existisse em stock, a data apresentada na embalagem era inserida no sistema. Quanto ao PVP, se o produto apresentasse um diferente dos que estavam em stock, era colocado numa prateleira de forma a aguardar que os produtos com PVP mais antigo fossem dispensados em primeiro lugar, para mais tarde ser colocado no robot com o PVP novo. Caso não existisse em stock, o PVP podia ser logo modificado.

Ao longo da receção da encomenda, sempre que surgia alguma observação, como por exemplo, se produto x estava reservado, era necessário armazená-lo num local específico para as reservas, juntamente com o seu talão, disponibilizando-o no “Gerir Reservas”.

Após a leitura de todos os produtos, verificava se o número de unidades presente no programa correspondia ao número de unidades presente na fatura. Se estivesse conforme, fazia a atualização do PVA tendo em conta a fatura. Nos MNSRM aplicava as margens e colocava novos preços, caso estes não existissem em stock. Para finalizar, comparava o preço final do programa com o da fatura. De ressaltar que, no caso dos medicamentos psicotrópicos era necessário tirar uma fotocópia à fatura, sublinhar o produto em questão, número e data da fatura e guardar num dossier.

Os produtos que se encontravam esgotados ou rateados eram enviados a outro fornecedor, com o objetivo da farmácia ainda os conseguir obter. A lista com informação dos produtos esgotados era enviada também ao INFARMED, I.P.

No final, todo este processo era impresso no verso da fatura original e arquivado num dossiê próprio. Posteriormente, o conjunto de faturas organizadas eram enviadas à contabilidade.

5.4. Marcação de preços e etiquetagem

Segundo o Decreto-Lei nº. 97/2015 de 1 de junho, no caso dos MSRM, o PVP é fixado pelo INFARMED, I.P (9). O PVP destes medicamentos encontra-se pré-estabelecido, estando por isso indicado na embalagem do medicamento.

Relativamente à marcação de preços de MNSRM e produtos de saúde, estes são definidos pela farmácia. Para o cálculo do PVP, a FAC tinha em conta o PVF, a margem de lucro mais favorável e o IVA (6% ou 23%).

Depois dos preços serem estabelecidos, procedia-se à impressão de etiquetas, nas quais devia constar as seguintes informações: nome do produto, o CNP, o código de barras, o PVP e o IVA.

No meu estágio realizei inúmeras vezes o processo de etiquetagem, tendo sempre o cuidado de confirmar as informações da etiqueta com o produto, e de certificar que a etiqueta não ocultava nenhuma informação importante, como o prazo de validade, indicações e precauções de utilização.

5.5. Armazenamento e condições de conservação

Após a receção de encomendas, os produtos devem ser armazenados em locais adequados, em que as condições de temperatura, humidade e ventilação respeitem as exigências específicas de cada produto, de forma a garantir o bom estado de conservação dos mesmos. Estas condições são medidas, registadas e avaliadas constantemente (4,6).

Os medicamentos e produtos de saúde devem ser armazenados a temperatura ambiente (temperatura inferior a 25°C), num local seco e ao abrigo da luz (10).

Na FAC o robot é o principal local de armazenamento. No entanto, existe como armazenamento secundário um local com várias estantes destinadas a xaropes, produtos de veterinária e produtos líquidos de aplicação tópica por ordem alfabética segundo a regra do FEFO (*First Expired, First Out*), quando o produto apresenta prazo de validade e, a regra FIFO (*First in, First Out*), para aqueles que não apresentam. Em relação aos medicamentos e produtos de saúde que necessitam de refrigeração, estes devem ser mantidos a uma temperatura compreendida entre 2°C a 8°C. Na FAC existe um frigorífico, no laboratório, que permite manter estas condições.

O armazenamento de medicamentos e produtos de saúde foi uma tarefa que realizei, todos os dias, durante o período de estágio. O correto armazenamento é fundamental para o bom

funcionamento da farmácia, dado que aquando do atendimento ao público permite uma dispensa de medicamentos e produtos de saúde de maneira mais eficiente.

5.6. Devoluções

Por vezes, são efetuadas devoluções de medicamentos e produtos de saúde por parte da farmácia aos fornecedores. Existem vários motivos que justificam as devoluções, nomeadamente: embalagem incompleta ou danificada, produto alterado ou não pedido, medicamentos/produtos de saúde com prazo de validade curto ou fora de prazo, produto ou quantidade pedida por lapso, desistência por parte do utente e medicamentos/produtos de saúde retirados por ordem do INFARMED, I.P.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de processar devoluções de alguns medicamentos e produtos, bem como de realizar regularizações no SI de devoluções anteriormente efetuadas. Os motivos mais comuns de devoluções foram “embalagem danificada”, “prazo de validade muito curto” e “pedido por lapso”.

Para a realização de uma devolução, recorria ao Sifarma2000® no separador “Gestão de devoluções” para criar uma nota de devolução (Anexo XXII), na qual devia constar as seguintes informações: nome do fornecedor, número da fatura, identificação dos produtos devolvidos, número de embalagens a devolver, o motivo da devolução, o CNP, o preço de custo e o IVA. Seguidamente, a nota de devolução era impressa em triplicado, sendo cada cópia carimbada e assinada por mim. O original e o duplicado acompanhavam os produtos a devolver e o triplicado ficava arquivado na farmácia.

Ao receber a nota de devolução o fornecedor podia: aceitar e emitir uma nota de crédito com o valor de aquisição do produto ou, trocar por outro produto idêntico (guia de remessa), realizando-se posteriormente a regularização no SI através do item “Regularização de devoluções”. Podia também não aceitar a devolução e voltar a enviar o produto para a farmácia. No caso desta última hipótese, a farmácia avaliava a integridade do produto para dispensar ou então dar quebra, resultando em prejuízo.

De salientar que, a devolução de produtos líquidos que se encontrassem a verter tinham de ser enviados dentro de sacos plásticos isolados dos restantes produtos e, produtos que requeriam refrigeração deviam ser acondicionados numa embalagem térmica (saco ou contentor).

As devoluções à Alliance eram efetuadas entre segunda e quinta-feira e as devoluções à Medicanorte entre segunda e sexta-feira.

5.7. Controlo de prazos de validade

Nas farmácias comunitárias, deve ser assegurado um controlo regular e planeado, que permita a sustentabilidade do serviço, evitando a existência de produtos até ao termo do seu prazo de validade.

Na FAC, no início de cada mês, é gerada uma listagem de todos os medicamentos e produtos de saúde em que o prazo de validade expira no prazo de 6 meses.

A informação presente na listagem é confirmada manualmente, sendo que se o prazo de validade do produto não se encontrar de acordo com a lista, o profissional que está a realizar o controlo deve fazer imediatamente a atualização.

Os produtos em que o prazo de validade termina no próprio mês de verificação são retirados do local. Em relação aos restantes medicamentos presentes na lista, se o medicamento se encontrar armazenado no robot, estes permanecem lá visto que ainda estão com validade para serem dispensados. Caso não se encontrem no robot, cria-se um local no backoffice para os MSRM ou, cria-se um destaque na zona de atendimento para os MNSRM, com o objetivo de estes produtos serem os primeiros a serem dispensados, sempre que possível.

Posteriormente, também se verifica o stock existente na farmácia, comparando este com o stock presente na lista. Se não coincidirem, verifica-se se não estará armazenado no sítio errado. Caso o produto não fosse encontrado, imprimia-se uma lista de movimentos de stock de maneira a averiguar a irregularidade. Se depois de todas as tentativas acima mencionadas não for encontrado o motivo, procede-se à correção de stock por contagem física.

Durante o meu estágio tive a possibilidade de realizar o controlo dos prazos de validade e de retificar o prazo de validade no SI, quando necessário. Apesar desta tarefa ser de extrema importância para uma adequada gestão da farmácia, foi a que menos gostei de realizar, pois tinha dificuldade em encontrar o local onde alguns produtos estavam armazenados.

6. Interação farmacêutico-utente-medicamento

O farmacêutico tem como principal dever contribuir para o bem-estar e saúde das pessoas, devendo sempre colocar o bem das pessoas à frente dos seus interesses pessoais e/ou comerciais (11).

A relação farmacêutico-utente não deve estar limitada à dispensa de medicamentos. Assim sendo, durante o atendimento é fundamental que o farmacêutico garanta que o utente percebeu a posologia, indicação terapêutica, via de administração, condições especiais de armazenamento, precauções de utilização, interações ou efeitos adversos que poderão surgir. Para além de todo o conhecimento científico e competências técnicas do farmacêutico, este deve ser capaz de adaptar o seu discurso tendo em consideração as dificuldades/limitações do utente, mostrando sempre simpatia, compreensão e respeito.

Desde o início do meu estágio, sempre me reforçaram a ideia de que o mais importante numa farmácia é o utente, devendo o exercício da nossa profissão ser regida pelos valores de disponibilidade, atenção, empatia, cuidado, compaixão e tolerância.

Desde o mês de março, comecei a acompanhar alguns atendimentos, o que me permitiu observar a interação entre farmacêutico-utente. Durante este tempo, foi-me também explicado o funcionamento do módulo de atendimento. A partir de abril, tive a oportunidade de realizar atendimentos de forma autónoma. Esta foi a atividade que mais gostei durante o meu estágio, tendo sempre tentado adotar uma postura confiante e segura para com os utentes. No Apêndice II apresento alguns dos casos clínicos que surgiram nos meus atendimentos ao público enquanto estagiária.

6.1. Farmacovigilância

Antes de qualquer medicamento ser autorizado, é sujeito a vários ensaios clínicos que comprovam a sua qualidade, eficácia e segurança. Esses ensaios permitem detetar as reações adversas mais frequentes. Uma reação adversa a medicamento(s) (RAM) corresponde a uma resposta nociva e não intencional a um ou mais medicamentos. Contudo, existem reações adversas raras ou de aparecimento mais tardio, que não são detetadas durante a fase experimental (12).

Segundo o Manual das Boas Práticas Farmacêuticas, Farmacovigilância é “a atividade de saúde pública que tem por objetivo a identificação, quantificação, avaliação e prevenção dos riscos associados ao uso dos medicamentos em comercialização, permitindo o seguimento dos possíveis efeitos adversos dos medicamentos (RAM)” (6).

O Sistema de Farmacovigilância opera entre o INFARMED I.P., entidade nacional responsável pelo Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF), as Unidades Regionais de Farmacovigilância (URF) e a Agência Europeia do Medicamento (13).

Sempre que se suspeite de uma RAM deve proceder-se, logo que possível, à sua notificação. Para isso, é necessário preencher uma ficha de notificação no Portal RAM, disponível no site do INFARMED, I.P. ou notificar através do endereço eletrónico, via telefónica ou em papel. Esta notificação pode ser realizada por qualquer profissional de saúde ou por qualquer cidadão.

De maneira a ser mais fácil a avaliação da notificação é indispensável fornecer a seguinte informação: descrever a(s) reação(ões) adversa(s); identificar o(s) medicamento(s) suspeito(s) de ter(em) causado a RAM; fornecer dados como sexo e a idade do utente e o contacto de quem procede à notificação (12, 14).

O farmacêutico tem o dever de notificar uma suspeita de RAM, assim como de sensibilizar a população, informando de que em caso de suspeita de RAM, o utente também a pode notificar.

Durante o meu estágio não tive a possibilidade de realizar nenhuma notificação de RAM, no entanto foi-me explicado como proceder caso acontecesse.

6.2. VALORMED

Constituída em 1999, a VALORMED é uma sociedade sem fins lucrativos responsável pela gestão de resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de uso de origem doméstica através do Sistema Integrado de Gestão de Resíduos de Embalagens e Medicamentos (SIGREM) (15).

A FAC promove este projeto e, para tal possui dois contentores de recolha, estando um na área de atendimento ao público e outro próximo da área de receção de encomendas. Quando os contentores atingem a capacidade máxima, é necessário selá-los. De seguida, realiza-se o seu registo no SI e é impresso um talão onde consta o nome do distribuidor, farmácia, data, local para assinatura do farmacêutico e do responsável de recolha. O talão é depois colado no respetivo contentor. No caso da FAC, o distribuidor que procede à recolha é sempre a Alliance.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de recolher medicamentos que eram entregues por utentes e, também de fazer todo o processo desde o fecho dos contentores à entrega aos distribuidores.

7. Dispensa de medicamentos

De acordo com o Manual das Boas Práticas Farmacêuticas, a dispensa de medicamentos “é o ato profissional em que o farmacêutico, após avaliação da medicação, cede medicamentos ou substâncias medicamentosas aos doentes mediante prescrição médica ou em regime de automedicação ou indicação farmacêutica, acompanhada de toda a informação indispensável para o correto uso dos medicamentos” (6).

A dispensa é uma ação complexa que envolve grande responsabilidade. Durante o ato, o farmacêutico deve assegurar que o regime posológico, a forma farmacêutica e a dosagem são adequadas para aquele utente, que as possíveis interações medicamentosas são prevenidas e que as possíveis reações adversas são explicadas. Além disso, no final da dispensa é fundamental garantir que toda a informação indispensável para o uso correto dos medicamentos é transmitida, questionando o utente quanto à existência de dúvidas (16).

Os medicamentos, são classificados, quanto à dispensa ao público, em MSRM e MNSRM.

7.1. Dispensa de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM)

Os MSRM são medicamentos que apenas podem ser dispensados mediante uma receita médica válida. Segundo o artigo n.º 114 do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, os MSRM são aqueles que preencham uma das seguintes condições: “possam constituir um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica; possam constituir um risco, direto ou indireto, para

a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele se destinam; contenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja, atividade ou reações adversas seja, indispensável aprofundar; destinam-se a ser administrados por via parentérica” (7).

Os MSRM podem ser classificados como: medicamentos de receita médica renovável, medicamentos de receita médica especial e medicamentos de receita médica restrita. Os medicamentos de receita médica renovável destinam-se a determinadas doenças ou tratamentos prolongados, podendo ser adquiridos mais de uma vez, sem ser necessário uma nova prescrição médica. Já uma receita médica especial é utilizada numa das seguintes situações: “contenham, em dose sujeita a receita médica, uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópico; possam, em caso de utilização anormal, dar origem a riscos importantes de abuso medicamentoso, criar toxicod dependência ou ser utilizados para fins ilegais; contenham uma substância que, pela sua novidade ou propriedades, se considere, por precaução, deve ser incluída no ponto anterior”. Por fim, a receita médica restrita é aplicada quando se destina: a uso exclusivo hospitalar; a patologias cujo diagnóstico seja efetuado apenas em meio hospitalar ou estabelecimentos diferenciados; a pacientes em tratamento ambulatorio em que a sua utilização é suscetível de causar efeitos adversos muito graves (17).

A prescrição de um medicamento deve incluir, obrigatoriamente, a Denominação Comum Internacional (DCI) da substância ativa, a forma farmacêutica, a dosagem, a apresentação, a quantidade e a posologia. Contudo, em algumas situações, a prescrição pode ser feita pela denominação comercial do medicamento, por marca ou indicação do nome do titular de introdução no mercado. Esta situação é válida quando não existe medicamento genérico participado ou, quando o médico prescriptor justifica devidamente o motivo da substituição do medicamento (18).

Durante o meu estágio dispensei várias receitas médicas, garantindo sempre que estas eram dispensadas corretamente. A minha maior dificuldade na dispensa de MSRM era o facto de na receita apresentar o princípio ativo e o utente pedir muitas vezes para dispensar um determinado medicamento mencionando apenas a marca comercial.

7.1.1. Dispensa de receita manual

De acordo com o artigo nº. 8 da Portaria nº. 224/2015 de 27 de julho, a prescrição pode, excecionalmente, ser feita por via manual nas seguintes situações: falência do sistema informático, inadaptação fundamentada do prescriptor, prescrição ao domicílio e prescrição até um máximo de 40 receitas médicas por mês (17).

Durante o meu estágio, dispensei várias receitas manuais, sendo que a principal dificuldade foi, sem dúvida, entender a caligrafia do médico prescriptor. Aquando da apresentação de uma receita manual, para que pudesse dispensar os medicamentos nela contidos, verificava o número da receita, vinheta identificativa do local de prescrição, contacto do médico prescriptor, se estava assinalada a justificação para ocorrer a prescrição manual, nome e número do utente, identificação da especialidade médica, data de emissão e assinatura do médico, quando aplicável

o regime de comparticipação, verificando também se a prescrição não se encontrava rasurada e se não estavam presentes diferentes caligrafias e/ou não eram utilizadas diferentes canetas. Ainda verificava a validade da prescrição, sendo esta limitada a 30 dias e, número de embalagens. Em cada receita podem ser prescritos até 4 medicamentos diferentes num máximo de 2 embalagens por medicamento, num total de 4 embalagens por receita. No entanto, nos casos em que os medicamentos prescritos se apresentem sob a forma de embalagem unitária podem ser prescritas até 4 embalagens do mesmo medicamento (18).

Após a dispensa dos medicamentos, era impresso no verso da receita um comprovativo de que a medicação tinha sido dispensada ao utente, sendo este assinado pelo mesmo. De seguida, era carimbada, datada e assinada pelo responsável pela verificação das receitas manuais.

7.1.2. Dispensa de Receita Eletrónica Materializada (REM)

Este tipo de prescrição já se encontra informatizada minimizando assim a ocorrência de erros. Quanto à validade destas prescrições, podem ter uma validade de 30 dias, receita não renovável, ou de 6 meses, receita médica renovável, podendo estas prescrições terem até 3 vias devidamente identificadas. As prescrições materializadas podem ser renováveis, desde que contenham medicamentos destinados a tratamentos de longa duração (18).

Cada prescrição, tal como nas receitas manuais, pode conter até 4 medicamentos diferentes, num total de 4 embalagens, não podendo ultrapassar o limite de 2 embalagens por medicamento (18).

Ao longo do meu estágio, tive a oportunidade de dispensar várias REM. Antes da dispensa dos medicamentos confirmava se os seguintes elementos estavam presentes: DCI da substância ativa, dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem e número de embalagens, denominação comercial do medicamento, se aplicável, código nacional de prescrição eletrónica de medicamentos (CNPEM) ou outro código oficial identificador do produto, data de prescrição e assinatura do prescriptor (18).

Este tipo de prescrição apresenta 2 partes: uma que corresponde ao guia de tratamento e outra que contém a prescrição. Assim, depois de submeter a receita no SI, dividia a mesma ao meio ficando as duas partes separadas. De seguida, entregava o guia de tratamento ao utente e, na parte da receita médica era impresso no verso, tal como nas prescrições manuais, informações como lote, o número atribuído à receita e descrição dos medicamentos dispensados, sendo necessário também pedir a assinatura do utente. Posteriormente, procedia à arrumação da prescrição na farmácia.

7.1.3. Dispensa de Receita Eletrónica Desmaterializada (RED)

Uma receita eletrónica desmaterializada, também chamada de “Receita Sem Papel”, pode apresentar diferentes linhas de prescrição. Cada linha de prescrição contém no máximo 2 embalagens, caso o medicamento se destine a tratamentos de curta ou média duração com uma validade de 60 dias e, um máximo de 6 embalagens para tratamentos de longa duração, com uma validade de 6 meses. Caso os medicamentos se apresentem sob a forma de embalagem unitária podem ser prescritas até 4 embalagens do mesmo medicamento, ou até 12 embalagens quando se trata de medicamentos de longa duração.

Excecionalmente, o médico pode efetuar prescrições com um número de embalagens superior, com validade de 12 meses, desde que devidamente fundamentada no processo clínico do utente.

Para conseguir dispensar este tipo de receita era necessário a apresentação de um guia de tratamento ou, de uma mensagem que o utente recebia no telemóvel, onde constava o número da receita, o código de acesso e o código de opção. Este tipo de receita apresenta desvantagens, nomeadamente para utentes que têm dificuldade em utilizar o telemóvel. Outra desvantagem é o facto de o utente não saber o que consta na receita, no entanto, através da aplicação do SNS24 ou *email* já é possível verificar a prescrição. Contudo, de forma a facilitar e a permitir um maior controlo por parte do utente, imprimia um talão onde constava toda a medicação disponível na receita, número de embalagens e data de validade.

Este tipo de prescrição permite ao utente adquirir medicamentos ou produtos prescritos em diferentes linhas de prescrição da mesma receita desmaterializada em farmácias diferentes ou, em momentos diferentes na mesma farmácia.

7.1.4. Planos de participação

Vários medicamentos que se encontram na farmácia para dispensa são participados, permitindo ao utente pagar apenas a diferença entre o PVP total e o valor da participação. Esta participação de medicamentos pode ser realizada através de um regime geral ou de um regime excecional.

No regime geral de participação, o Estado paga uma percentagem do PVP dos medicamentos de acordo com a sua classificação farmacoterapêutica. Assim sendo, a participação é efetuada tendo em conta os seguintes escalões: escalão A (90%), escalão B (69%), escalão C (37%), escalão D (15%).

Em relação ao regime excecional de participação, a participação pode ser efetuada em função dos beneficiários, nomeadamente pensionistas, em que os medicamentos que se inserem no escalão A são participados em 95%, os do escalão B em 84% e os do escalão C e D em 52% e 30%, respetivamente ou, em função de patologias, como é exemplo a psoríase, alzheimer, lúpus, ictiose, doença inflamatória intestinal, entre outros (18).

Ainda existem regimes de complementaridade, que complementam o regime geral ou excepcional cobrindo assim uma percentagem/totalidade do valor que o utente tem de pagar relativamente aos medicamentos. Desta forma, é importante que o utente apresente o cartão de beneficiário para que o farmacêutico possa verificar a sua validade e posteriormente aplicar a sua comparticipação. Em alguns casos, o SI emite um talão, onde o utente deve assinar, servindo como comprovativo de como foi aplicada a comparticipação. Futuramente, a farmácia envia à respetiva entidade de forma a ser reembolsada.

Durante o meu estágio na FAC, a EDP-Savida, a Caixa Geral de Depósitos e o Sindicato dos Quadros dos Técnicos Bancários foram os regimes de complementaridade com os quais tive a oportunidade de contactar.

7.2. Dispensa de Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos (MEP)

Tendo em consideração os efeitos dos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos no sistema nervoso central e o facto de muitas vezes estarem associados a atos ilícitos, estes são alvo de muita atenção e de um controlo mais rigoroso (8).

A aquisição pela farmácia destes medicamentos é feita do mesmo modo que outros medicamentos, sendo requisitados aos fornecedores habituais. Quanto ao armazenamento, devem ficar num local inacessível ao público, que no caso da FAC é o robot.

Todos os medicamentos que contenham substâncias controladas, só podem ser dispensados mediante a apresentação de uma receita médica. No caso de uma prescrição eletrónica ou manual, estes devem ser prescritos isoladamente.

Durante o período de atendimento tive a oportunidade de dispensar este tipo de medicamentos, sendo o Palexia®, o Fentanilo e a Buprenorfina os que mais dispensei.

Após introduzir a receita no SI, o SI obrigava ao preenchimento de vários campos. Assim, o registo de saída de psicotrópicos incluía:

- dados da receita - número da receita, nome do médico, número da cédula profissional;
- dados do utente- nome, morada e código postal;
- dados do adquirente - nome, morada, código postal, tipo de identificação (cartão de cidadão, bilhete de identidade, carta de condução, passaporte), número de identificação, data de validade do documento de identificação, idade.

No final da dispensa, eram emitidos dois talões de psicotrópicos e arquivados na farmácia durante um período mínimo de 3 anos (Anexo XXIII). No caso de se tratar de receitas manuais era impressa uma fotocópia e nela anexado o respetivo documento de dispensa de psicotrópicos e/ou estupefacientes.

Mensalmente até ao dia 8 do mês seguinte deve ser enviado ao INFARMED, I.P. uma listagem resumo das saídas, assim como, as cópias das receitas manuais. Anualmente até dia 31

de janeiro do ano seguinte deve ser enviado um mapa de balanço das entradas e saídas de substâncias estupefacientes e/ou psicotrópicos e de benzodiazepinas.

No final de cada mês, o armazenista envia para a farmácia um registo de requisição deste tipo de medicamentos relativamente ao mês anterior, onde constam as substâncias solicitadas, as quantidades que foram fornecidas, o respetivo código CNP, o número da fatura e a data de aquisição. Seguidamente, o diretor técnico ou farmacêutico insere no documento a data de receção e número de inscrição na Ordem dos Farmacêuticos (OF), rubrica e carimba (Anexo XXIII).

7.3. Dispensa de medicamentos hospitalares

Existe uma grande variedade de medicamentos que necessitam de uma maior monitorização dos efeitos adversos e, de um controlo mais rigoroso do seu uso, sendo por isso apenas dispensados em meio hospitalar.

No entanto, de forma a assegurar a prestação de cuidados de saúde hospitalares aos utentes, a FAC aderiu ao Projeto Farma2Care. Este projeto resulta de uma colaboração entre a ANF, o Centro Hospitalar Universitário São João (CHUSJ), a ADIFA (Associação dos Distribuidores Farmacêuticos) e a Ordem dos Farmacêuticos. Atualmente, este projeto abrange três áreas terapêuticas (VIH/SIDA, Esclerose Múltipla e Cancro da Mama) e visa a dispensa em farmácia comunitária de medicamentos habitualmente dispensados no hospital, assumindo a farmácia um papel fulcral no acompanhamento contínuo destes doentes.

Para além de melhorar a acessibilidade ao tratamento, promover o uso efetivo e seguro da terapêutica, promover a adesão à terapêutica e melhorar a qualidade de vida e satisfação dos doentes, a farmácia também tem inúmeras vantagens em aderir a este tipo de projetos, uma vez que oferece um serviço inovador, acompanha os utentes em colaboração com outros profissionais de saúde e consolida conhecimentos em novas áreas terapêuticas.

A FAC colabora ainda com o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). A ANF envia um email à farmácia comunicando o dia e hora em que irá receber este tipo de medicamentos. Quando estes chegam à farmácia, é responsabilidade do farmacêutico validar as condições de transporte dos medicamentos hospitalares recebidos. Com os medicamentos vem sempre um documento com a informação farmacoterapêutica, que o farmacêutico deverá certificar se foi enviada a medicação, dose e quantidades corretas (Anexo XXIV).

De seguida, é enviado um email à ANF com as informações importantes da dispensa como data da dispensa, nome e número da carteira profissional do farmacêutico, tipo de dispensa, nome da pessoa que levantou a medicação e, número de identificação do utente ou da pessoa responsável por este.

A dispensa deste tipo de medicamentos só pode ser efetuada por farmacêuticos e o ato da dispensa deve ser sempre efetuada no Sifarma 2000®. Ao longo do meu estágio tive a possibilidade de acompanhar a receção e todo o processo de entrega deste tipo de medicamentos aos doentes.

7.4. Dispensa de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM)

Os MNSRM são medicamentos que não cumprem nenhuma condição dos MSRM presentes no artigo 114º do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto. Os MNSRM podem ser adquiridos em farmácias ou em locais de venda autorizados pelo INFARMED, I.P, sem a necessidade da apresentação de uma receita médica. Contudo, têm de possuir indicações terapêuticas destinadas a situações de automedicação presentes no anexo do Despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho (19).

A automedicação é definida como a utilização de MNSRM de uma forma responsável, de forma a aliviar e a tratar queixas de saúde passageiras e sem gravidade. No entanto, a prática de automedicação não deve, mesmo nos casos aparentemente mais simples, ultrapassar um pequeno número de dias. Assim sendo, é muito importante que o utente tenha consciência dos riscos, tais como: possibilidade de agravar a doença que se pretende tratar, de mascarar sintomas característicos de doenças mais graves ou pré-existentes, de favorecer a ocorrência de RAM ou de interações medicamentosas (20).

Deste modo, para diminuir os riscos é fundamental um aconselhamento por parte do farmacêutico, surgindo assim uma subcategoria, os medicamentos não sujeitos a receita médica de dispensa exclusiva em farmácia (MNSRM-EF), cuja aquisição está limitada à farmácia com intervenção do farmacêutico tendo em consideração o perfil de segurança e as indicações de segurança. Sendo exemplos destes a loratadina (10mg), ácido fólico (0,4 mg), ibuprofeno (400 mg), entre outros.

O farmacêutico apresenta um papel fulcral na automedicação e na educação do utente, verificando em cada caso a utilização correta do medicamento e, quando necessário uma intervenção mais específica, o encaminhamento para o médico. Como tal, é indispensável que o farmacêutico efetue uma correta avaliação inicial do utente, de maneira a poder indicar o medicamento mais adequado ao caso, e aconselhar sobre o mesmo.

Na FAC são vários os MNSRM disponíveis, tendo sido durante o meu período de estágio os anti-histamínicos de uso tópico, laxantes, antidiarreicos, antiácidos, anti-inflamatórios e analgésicos os medicamentos mais procurados pelos utentes.

8. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde

8.1. Produtos de dermofarmácia, cosmética e produtos de higiene

Um produto cosmético pode ser definido como “qualquer substância ou mistura destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais” (21).

Na FAC os produtos cosméticos encontram-se disponíveis na área de atendimento ao público, estando expostos em estantes ou expositores de forma organizada por marca, dos quais destaco: Bexident[®], Vichy[®], Isdin[®], Bioderma[®], Instituit Esthederm[®] e Neutrogena[®].

Apesar de, muitas vezes os utentes escolherem de forma autónoma os seus produtos, frequentemente é solicitada a ajuda do profissional de saúde para aquisição deste tipo de produtos. Assim, é fulcral que o farmacêutico conheça bem os produtos de forma a ser selecionado o(s) produto(s) mais adequado(s) de acordo com a situação do utente, sendo acompanhado por um bom aconselhamento.

O aconselhamento de produtos de dermocosmética foi sem dúvida o meu maior desafio, devido à complexidade e variedade dos mesmos. No entanto, com a ajuda da equipa e de várias formações que pude assistir, o meu conhecimento aumentou, melhorando o meu aconselhamento ao utente. Ao longo do meu estágio na FAC, aconselhei frequentemente cremes e/ou sérums antienvelhecimento, protetores solares, produtos de limpeza facial e produtos de higiene íntima.

8.2. Produtos dietéticos para alimentação especial

Alimentos dietéticos são definidos como “uma categoria de géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial, sujeitos a processamento ou formulação especial, com vista a satisfazer as necessidades nutricionais de pacientes e para consumo sob supervisão médica, destinando-se à alimentação exclusiva ou parcial de pacientes com capacidade limitada, diminuída ou alterada para ingerir, digerir, absorver, metabolizar ou excretar géneros alimentícios correntes ou alguns dos nutrientes neles contidos ou seus metabólicos, ou cujo estado de saúde determina necessidades nutricionais particulares que não géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial ou por uma combinação de ambos” (22).

Estes produtos são utilizados nas seguintes categorias de pessoas: pessoas em que o processo de assimilação ou metabolismo esteja perturbado, pessoas que se encontram em condições fisiológicas que podem ser beneficiadas com a ingestão controlada de determinadas substâncias presentes nestes alimentos e, lactentes/crianças em bom estado de saúde (23).

Na FAC não existe uma grande variedade destes produtos, no entanto dispensei alguns produtos pertencentes a esta categoria como, espessantes para utentes com problemas de deglutição e suplementos nutricionais hiperproteicos como o Fortimel[®].

8.3. Produtos dietéticos infantis

Sem dúvida que o leite materno é o melhor e mais completo alimento que existe para o bebé, fornecendo todos os nutrientes essenciais para o seu desenvolvimento e prevenindo infeções, obesidade, diabetes, entre outros. No entanto, o leite materno pode nem sempre ser cedido ou não satisfazer as necessidades nutricionais do bebé, pelo que é necessário substituir por fórmulas para lactentes. As fórmulas para lactentes têm por finalidade satisfazer as necessidades nutritivas do lactente durante os primeiros meses de vida. Por outro lado, o leite de transição é dado quando o bebé precisa de nutrientes diferentes e de mais alimento.

Outro produto desta classe são as farinhas: lácteas (possuem leite na sua constituição sendo preparadas com água) e as não lácteas (deve adicionar-se o leite adaptado).

Na FAC não existe um stock muito vasto destes produtos, contudo é possível encontrar produtos como os leites (NAN[®] e Nutribén[®]) e as farinhas lácteas e não lácteas (Nutribén[®]). Durante o meu estágio tive a oportunidade de dispensar os tipos de leites existentes no stock da farmácia.

8.4. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)

A fitoterapia tem como base o uso de plantas para tratar problemas. Por medicamento à base de plantas entende-se qualquer medicamento que contenha exclusivamente uma ou mais: substâncias ativas ou substâncias derivadas de plantas ou, preparações à base de plantas ou, substâncias derivadas de plantas em associação com uma ou mais preparações à base de plantas (24).

Na FAC existem alguns produtos fitoterapêuticos, tais como: infusões e chás (Bekunis[®], Manasul[®], Fitos[®]), para o tratamento da obstipação (Agiolax[®], Bekunis[®]) e para distúrbios do sono e ansiedade (Valdispert[®], Arkorelax[®]).

Segundo o Decreto-Lei n.º 118/2015, de 23 de junho, suplementos alimentares são definidos como “géneros alimentícios que se destinam a complementar ou suplementar o regime alimentar normal e que constituem fontes concentradas de nutrientes ou outras substâncias com efeito nutricional ou fisiológico, comercializadas em forma doseada e que se destinam a ser tomadas em unidades de medida de quantidade reduzida” (25).

A entidade responsável pelos suplementos alimentares é a DGAV (Direção Geral de Alimentação e Veterinária).

Na FAC existe uma grande variedade de suplementos alimentares nomeadamente complexos multivitamínicos (Centrum[®], Absorvit[®], Tonosol[®]), suplementos para articulações (Artrozen[®], Structomax[®], Cartilom[®]), para o bom funcionamento do sistema imunitário (Imunoferon[®]) para ajudar na prevenção de distúrbios urinários recorrentes e promover um alívio dos sintomas associados (Lactoflora[®], Cistisil[®]), para aliviar a ansiedade e a dificuldade em

dormir (Dormidina[®], Calmly[®], Sedopax Noite[®]), para restabelecer a flora intestinal (Atyflor[®]), entre outros.

Aquando da dispensa deste tipo de produtos questionava o utente acerca da sua medicação habitual, dado que podiam ocorrer interações e reações adversas.

8.5. Medicamentos de Uso Veterinário (MUV)

Entende-se por medicamento veterinário “toda a substância, ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas” (26).

Os MUV são classificados, quanto à dispensa, em: medicamentos não sujeitos a receita-médico-veterinária, medicamentos sujeitos a receita médico-veterinária e medicamentos de uso exclusivo por médicos veterinários. Assim como os suplementos alimentares, os MUV são regulados e supervisionados pela DGAV.

Na FAC encontram-se disponíveis anticoncepcionais orais (Pilucat[®], Pilodog[®]), vacinas para cães (Vanguard[®]), vacinas para coelhos (Mixohipra[®], Cylap[®]) antiparasitários internos (Drontal[®], Cazitel[®], Caniquantel[®]) e externos (Advantix[®], Frontline[®]), antibióticos (Terramicina[®]), para o tratamento e/ou prevenção das mamites (Mastidina[®]), complementos alimentares (Ferrovet[®], Anima Strath[®], Syvacal Complex[®]).

Durante o meu estágio, os MUV que mais frequentemente me solicitavam eram: desparasitantes externos, desparasitantes internos e anticoncepcionais para cães e gatos. Durante a dispensa tinha o cuidado de questionar o utente para que espécie animal se destinava, qual o seu peso e idade, informando igualmente a posologia, precauções e possíveis efeitos adversos que podiam surgir.

8.6. Dispositivos médicos

Dispositivo médico é definido como “qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, destinado pelo seu fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de: diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença; diagnóstico, controlo, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência; estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico; controlo de concepção” (27).

Critérios como os potenciais riscos inerentes à sua utilização, os possíveis incidentes relacionados com as suas características e/ou o seu funcionamento, a sua duração de contacto com o corpo humano, a invasibilidade no corpo humano e a anatomia afetada pelo seu uso, permitem classificar os dispositivos médicos em 4 classes:

- Dispositivos médicos de classe I (baixo risco);
- Dispositivos médicos de classe IIa (baixo médio risco);
- Dispositivos médicos de classe IIb (alto médio risco);
- Dispositivos médicos de classe III (alto risco) (28).

Os dispositivos médicos para estarem em conformidade com os requisitos essenciais e legais devem possuir sempre a marcação CE.

Pude verificar no decorrer do estágio que os dispositivos médicos mais dispensados foram: testes de gravidez, canadianas, compressas, máscaras cirúrgicas, seringas, agulhas, material ortopédico, termómetros e frascos para colheita de urina.

9. Cuidados de saúde prestados na farmácia

Para além da dispensa de medicamentos, as farmácias comunitárias podem prestar outros serviços de saúde e de promoção do bem-estar dos utentes. O artigo 2.º da Portaria n.º. 1429/2007, de 2 de novembro, estabelece os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pela farmácia, sendo complementado pela Portaria n.º. 97/2018, de 9 de abril. Na FAC são vários os cuidados prestados: determinação da pressão arterial, colesterol total, triglicéridos, glicémia, peso, altura, IMC, administração de injetáveis e de vacinas não incluídas no PNV, prestação de primeiros socorros, consultas de nutrição, demonstração de produtos cosméticos e rastreios. Todos estes serviços são prestados no gabinete de atendimento personalizado de forma a garantir a privacidade do utente.

Durante o meu estágio na FAC, tive oportunidade de realizar várias vezes a medição da pressão arterial, glicémia capilar, colesterol total e triglicéridos.

9.1. Medição do peso, altura e IMC

Para a determinação do peso (Kg), altura (m^2) e IMC (Kg/m^2) do utente, a FAC dispõe de uma balança eletrónica, sendo que esta pode ser utilizada com ou sem intervenção de um profissional.

Quando me pediam auxílio, aconselhava sempre o utente a colocar-se numa posição vertical, com a cabeça quieta e a olhar em frente, colocando os braços ao longo do corpo e as palmas das mãos voltadas para dentro. No final era impresso automaticamente um talão onde constavam os valores medidos. Caso os valores de IMC não estivessem dentro dos valores normais de referência alertava o utente sobre a importância da adoção de estilos de vida saudáveis.

9.2. Medição da pressão arterial

Para a medição da pressão arterial é utilizado um tensiómetro digital automático que permite obter os valores da pressão arterial sistólica e diastólica, em milímetros de mercúrio (mmHg) e, da frequência cardíaca, em batimentos por minuto (bpm). Antes da medição pedia ao utente para descansar durante 5 minutos, momento em que aproveitava para averiguar se este tinha fumado, ingerido bebidas alcoólicas ou se tinha bebido café nos 30 minutos anteriores. No final da medição, avaliava a situação e adaptava o discurso conforme os resultados obtidos, alertando sempre para a promoção de estilos de vida mais saudáveis como, a prática regular de exercício físico, uma dieta equilibrada e até a redução do consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, de forma a minimizar assim os fatores de risco modificáveis, melhorando a sua qualidade de vida.

Os valores, idealmente, devem encontrar-se abaixo de 120/80 mmHg (29). Caso a pressão arterial se encontrasse muito elevada e o utente não fizesse nenhuma medicação anti hipertensora, para além das medidas não farmacológicas já mencionadas, recomendava também ao utente um controlo da pressão arterial nos próximos dias e, caso permanesse elevada recomendava a ida ao médico. No caso de o utente já ser medicado tentava perceber se a posologia estava a ser respeitada e alertava também para a medição frequente. Por último, entregava ao utente um cartão onde este podia inserir os valores da pressão arterial, anotando igualmente o dia em que realizou a medição, sendo desta forma possível um maior controlo.

Este tipo de medição foi o mais pedido durante o meu estágio.

9.3. Medição da glicémia, colesterol total e triglicéridos

A medição da glicémia é realizada através de um aparelho medidor de glicose, uma tira-teste e uma lanceta. Antes da medição perguntava ao utente se estava em jejum ou há quantas horas tinha comido, de forma a se obter resultados fiáveis. Seguidamente, realizava uma pequena massagem no dedo do utente de maneira a estimular a circulação sanguínea, desinfetava o local com álcool e depois de bem seco, com recurso a uma lanceta efetuava a picada na zona lateral do dedo. Posteriormente, colocava a amostra de sangue na tira-teste inserindo-a de seguida no aparelho de medição e, esperava até obter o resultado. O diagnóstico de diabetes *mellitus* é confirmado quando em jejum se obtém um valor ≥ 126 mg/dl e após refeições ≥ 200 mg/dl (30).

Para a medição do colesterol total e triglicéridos também se recorre à técnica capilar, no entanto as tiras e o medidor da glicémia são distintos das tiras e do medidor do colesterol total/triglicéridos, sendo que nestas últimas é necessária uma gota de sangue maior. De salientar que, para a determinação dos triglicéridos é necessário um jejum de 12 horas, dado que os resultados são muito afetados pela dieta.

Relativamente às dislipidemias, o valor do colesterol total deve ser < 190 mg/dl e dos triglicéridos < 150 mg/dl (31).

No final da medição, tal como na medição da pressão arterial, anotava os valores medidos dos parâmetros bioquímicos num cartão próprio com o dia e a hora da medição e interpretava-os, relembrando sempre a importância de uma alimentação equilibrada e saudável e, alertando para os perigos de valores muito altos.

9.4. Administração de injetáveis e de vacinas não incluídas no PNV

A FAC realiza também, apesar de pouco frequente, a administração de injetáveis e de vacinas não incluídas no PNV, sendo este serviço sempre executado por um farmacêutico devidamente habilitado. Em cada administração é obrigatório registar os dados relativos ao doente (nome e data de nascimento), à vacina (nome, lote e via de administração) e ao farmacêutico (dados profissionais), devendo estes registos serem mantidos na farmácia, em suporte eletrónico, e serem fornecidos ao INFARMED, I.P. (32).

10. Preparação de medicamentos

10.1. Medicamentos manipulados

Medicamento manipulado é “qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico” (33).

Atualmente, devido às inovações tecnológicas da indústria farmacêutica, a manipulação de medicamentos nas farmácias tem vindo a diminuir.

O Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril regula a prescrição e a preparação destes medicamentos e, as boas práticas a observar na sua preparação estão na Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho (33).

Na FAC nem sempre são possíveis de preparar manipulados, devido à dificuldade de obtenção de matérias-primas e pelas quantidades elevadas que têm de ser pedidas, acabando por passar de validade, dado que o pedido para preparação de medicamentos não é muito comum. Devido a estes fatores limitantes, compensa mandar fazer (quando necessário) medicamentos manipulados à Farmácia Barreiros e à Farmácia Lemos no Porto, sendo estes enviados posteriormente para a FAC dispensar.

Para a preparação de um medicamento manipulado é necessário a apresentação de uma receita médica válida. Nesta receita deve constar o nome do manipulado, a(s) substância(s) ativa(s), excipiente(s), dosagem e a designação “manipulado” ou a referência da sigla “F.S.A” (faça segundo a arte). Além disso, nesta receita não podem estar prescritos outro tipo de medicamentos e deve ter uma validade de 30 dias.

Durante o meu estágio tive a possibilidade de fazer a preparação de uma Solução Alcoólica de Minoxidil a 5%. Iniciei a preparação do manipulado pelo registo das matérias-primas, que devem ser encomendas a fornecedores autorizados pelo INFARMED, I.P., e registei também o procedimento a adotar na “Ficha de preparação do manipulado” (34) (Anexo XXV).

Depois da preparação do manipulado verifiquei as características organolépticas (cor, aspeto, cheiro), massa ou volume total e pH, acondicionei em recipiente apropriado, calculei o PVP e rotulei.

Para o cálculo do PVP tive em atenção o valor dos honorários, das matérias-primas e do material de embalagem, tendo aplicado a seguinte fórmula: $PVP = (\text{Valor dos honorários} + \text{Valor das matérias-primas} + \text{Valor dos materiais de embalagem}) \times 1,3 + \text{Iva à taxa legal em vigor}$ (35).

Todos os medicamentos apresentados no anexo do Despacho n.º. 18694/2010, de 18 de novembro são comparticipados em 30% do respetivo preço (36).

Quanto ao rótulo que coloquei na embalagem de acondicionamento do medicamento manipulado, constavam as seguintes informações: identificação da farmácia; identificação do Diretor Técnico; nome do doente; fórmula do medicamento manipulado prescrita pelo médico; número do lote; prazo de utilização; condições de conservação; instruções especiais, como por exemplo, “uso externo” (em fundo vermelho); via de administração; posologia (35) (Anexo XXV).

No momento da dispensa deste medicamento informei o utente em relação à posologia, modo de utilização, prazo de validade e condições de conservação.

10.2. Preparações extemporâneas

As preparações extemporâneas, que correspondem maioritariamente a pós e grânulos, são definidas como medicamentos que possuem baixa disponibilidade após a sua reconstituição, sendo apenas preparadas no ato da dispensa.

Durante o meu estágio curricular tive a oportunidade de preparar preparações extemporâneas, sobretudo suspensões orais de antibióticos para uso pediátrico, tais como o Clamoxyl® e o Ceclor®. Para proceder à sua reconstituição, primeiramente agitava bem o frasco de forma a permitir que o pó se soltasse das paredes e do fundo do frasco. Em seguida, adicionava água purificada em frações, agitando o frasco entre adições, até perfazer o volume indicado no mesmo por uma linha de referência e, por último, agitava novamente, de modo a obter uma mistura homogénea e sem aglomerações.

Durante a dispensa alertava o utente para agitar bem o frasco antes de cada utilização e para conservar a preparação no frigorífico.

11. Contabilidade e gestão

11.1. Processamento de receituário e faturação

Na farmácia a maioria dos medicamentos dispensados são comparticipados e, como já mencionado anteriormente, o utente paga somente a diferença entre o preço total e o valor da comparticipação. Deste modo, para que a farmácia receba o valor de todas as comparticipações é crucial que o receituário e respetiva faturação sejam conferidos e enviados mensalmente aos organismos correspondentes.

Em relação às receitas eletrónicas materializadas ou manuais, é necessário que o farmacêutico as submeta manualmente, sendo responsabilidade do profissional de saúde verificar se os vários campos da receita e os planos de comparticipação cumprem todas as condições para a receita poder ser comparticipável. Durante o mês na FAC, estas receitas vão sendo conferidas novamente por um segundo elemento da equipa para garantir a ausência de erros. Depois de conferidas, as receitas são carimbadas, rubricadas, separadas e organizadas por entidades comparticipáveis, número de lote e número de série, sendo que, cada lote é constituído no máximo por 30 receitas.

No fim do mês, com recurso ao SI no separador “Gestão de lotes por faturar”, são impressos os verbetes de identificação de lote, que apresentam o resumo das receitas pertencentes ao respetivo lote, bem como o valor pago pelo utente e o valor a pagar pelo organismo comparticipante e, a relação resumos de lotes que apresenta o resumo destes verbetes.

No início de cada mês, os lotes das receitas sujeitas a comparticipações pelo SNS são enviados ao Centro de Conferências de Faturas (CCF) e, as receitas correspondentes às restantes entidades são enviadas à ANF, que encaminha de seguida para os respetivos organismos. No final, a ANF envia para a farmácia o valor reembolsado das comparticipações e, quando aplicável, as receitas que contenham algum erro, acompanhadas por um documento com a justificação da devolução. Deste modo, a farmácia tem a possibilidade de corrigir o erro, contudo se não existir correção possível a farmácia tem de assumir o prejuízo.

Nas receitas eletrónicas desmaterializadas não é necessário realizar todo este processo, dado que estas são submetidas automaticamente ao CCF.

Durante o período de estágio na FAC tive a possibilidade de acompanhar todo este processo.

12. Formações e atividades

Ao longo do meu estágio tive a oportunidade de assistir a várias formações, presenciais e *online*, que contribuíram muito para adquirir novos conhecimentos. Presencialmente assisti a quatro formações:

- Confymol®, produtos para incontinência urinária feminina;
- Cantabria Labs®, produtos para queda de cabelo, dermatite seborreica e cabelos oleosos;

- Institut Esthederm® e Bioderma®, protetores solares (destas duas gostei particularmente pois as delegadas trouxeram amostras e, à medida que davam a formação, era possível experimentar os produtos, tendo assim uma noção de como era a textura, podendo dar o meu feedback durante o aconselhamento ao utente);
- Arkopharma®, produtos fitoterapêuticos.

Em formato *online* assisti à formação da CPCH – formação em saúde animal, sobre vários temas: “antiparasitários internos e externos”, “dermatologia no cão e gato”, “otologia e oftalmologia no cão e gato”, “saúde oral” e “controlo do cio nas cadelas e nas gatas”.

Para além de todas estas formações a que tive o privilégio de assistir, antes de ir para o atendimento foi-me solicitado pelo Dr. Pedro Couto a preparação de uma tabela com os problemas mais comuns dos utentes da FAC, passíveis de automedicação e respetivo tratamento com MNSRM, bem como a sua posologia, precauções, possíveis efeitos adversos, contraindicações e medidas não farmacológicas (Anexo XXVI). Depois de terminada, o Dr. Pedro corrigiu e falou comigo sobre cada problema, tirando todas as dúvidas que ainda tinha. Considerei esta tarefa uma mais-valia, pois permitiu-me conhecer de forma mais aprofundada cada medicamento, aumentando o meu conhecimento e conseqüentemente a minha segurança durante o aconselhamento ao utente.

Por fim, também tive a oportunidade de sensibilizar os utentes para a importância de um rastreio à insuficiência venosa que se realizou na farmácia no mês de abril. Para além de sensibilizar, pude também participar no rastreio, aprendendo muito sobre o assunto, inclusive medidas não farmacológicas e MNSRM que poderia aconselhar aos utentes.

13. Conclusão

O estágio curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas é a última etapa do curso, sendo esta fundamental na formação de um futuro farmacêutico. É nesta fase que temos a possibilidade de colocar em prática todos os nossos conhecimentos, adquirir novos, e principalmente, é aqui que estamos em contacto com o que vai ser a realidade da nossa vida futura.

Na FAC, foi-me dada a oportunidade de passar por todas as vertentes da farmácia (receção de encomendas, aprovisionamento e armazenamento, atendimento, dispensa e aconselhamento aos utentes e, medição de parâmetros bioquímicos), podendo assim verificar que o papel do farmacêutico é muito diversificado. Sem dúvida que o atendimento foi o mais gratificante e desafiante, dado que diariamente aparecem situações e utentes diferentes, sendo necessário saber a melhor forma de os abordar, aconselhar e escutar.

Ao longo destes 5 meses de estágio na FAC, aprendi, cresci e evolui muito, tanto a nível profissional como pessoal. Hoje, sinto-me uma profissional competente, autónoma, assertiva e muito mais segura, terminando assim este ciclo com a máxima satisfação e realização.

Para terminar, deixo um grande agradecimento à equipa da FAC que me acolheu de braços abertos, dando-me ferramentas para ser uma profissional exemplar.

Com toda a certeza, esta foi uma experiência muito enriquecedora.

14. Referências bibliográficas

1. Ordem dos Farmacêuticos. A Farmácia Comunitária [Internet]. [cited 2022 Feb 8]. Available from: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/a-farmacia-comunitaria/>
2. LisbonPH. A importância das farmácias comunitárias para a população. [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 8]. Available from: <https://lisbonph.pt/blog/a-importancia-dos-cuidados-com-a-terapeutica-medicamentosa-no-idoso-2/>
3. Ordem dos farmacêuticos. Boas práticas de farmácia comunitária – Norma geral sobre o farmacêutico e pessoal de apoio. [Internet]. 2015 [cited 2022 Feb 8]. Available from: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/norma_geral_sobre_o_farmaceutico_e_o_pessoal_de_apoio_5695580485ab147f4836e5.pdf
4. INFARMED, I.P. Decreto-Lei n.º. 307/2007 de 31 de agosto - Regime jurídico das farmácias de oficina [Internet]. 2007 [cited 2022 Feb 18]. Available from: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1067254/022-A_DL_307_2007_6ALT.pdf
5. Diário da República. Deliberação n.º. 1502/2014 de 30 de julho [Internet]. 2014 [cited 2022 Feb 22]. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/deliberacao/1502-2014-55031018>
6. Ordem dos Farmacêuticos. Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF). 3ª Edição [Internet]. 2009 [cited 2022 Mar 3]. Available from: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/boas_praticas_farmaceuticas_para_a_farmacia_comunitaria_2009_20853220715ab14785a01e8.pdf
7. INFARMED, I.P. Decreto-Lei n.º 176/2006 de 30 de agosto - Estatuto do Medicamento – Versão consolidada com alterações à data de 22/08/2019 [Internet]. [cited 2022 Mar 10]. Available from: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/1068535/Estatuto+do+Medicamento/1dc6ada4-f002-4a12-ab8d-ebaba772068e?version=1.1>

8. INFARMED, I.P. Psicotrópicos e Estupefacientes [Internet]. [cited 2022 Mar 12]. Available from: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1228470/22_Psicotropicos_Estupefacientes.pdf
9. Diário da República. Decreto-Lei nº. 97/2015 de 1 de junho [Internet]. 2015 [cited 2022 Mar 22]. Available from: <https://files.dre.pt/1s/2015/06/10500/0345303464.pdf>
10. INFARMED, I.P. Conservação dos Medicamentos em Caso de Onda de Calor [Internet]. 2016 [cited 2022 Mar 30]. Available from: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/profissionais-de-saude/prescricao-e-dispensa/medicamentos_e_calor/conservacao_medicamentos_calor
11. Diário da República. Regulamento nº. 1015/2021 de 20 de dezembro [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 3]. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/1015-2021-176147634>
12. INFARMED,I.P. Perguntas frequentes sobre Farmacovigilância [Internet]. [cited 2022 Apr 5]. Available from: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/perguntas-frequentes-area-transversal/medicamentos_uso_humano/farmacovigilancia
13. INFARMED,I.P. Farmacovigilância [Internet]. [cited 2022 Apr 5]. Available from: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/farmacovigilancia>
14. INFARMED, I.P. Notificação de reações adversas/efeitos indesejáveis de medicamentos [Internet]. 2016 [cited 2022 Apr 5]. Available from: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/portalam>
15. VALORMED. Quem somos [Internet]. [cited 2022 Apr 9]. Available from: <http://www.valormed.pt/paginas/2/quem-somos/>
16. Ordem dos farmacêuticos. Boas práticas de farmácia comunitária – Norma específica sobre dispensa de medicamentos e produtos de saúde. [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 10]. Available from: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/of.c_n004_00_norma_especifica_sobre_dispensa_de_medicamentos_e_produtos_de_sauyde_5214920525afd9c8445f2c.pdf
17. Diário da República. Portaria nº. 224/2015 de 27 de julho [Internet]. 2015 [cited 2022 Apr 15]. Available from: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/portaria/2015-74448401-75670622>

18. INFARMED, I.P. Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde [Internet]. [cited 2022 Apr 15]. Available from: https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Dispenza/4c1aea02-a266-4176-b3ee-a2983bdfe790
19. INFARMED, I.P. Despacho nº. 17690/2007 de 23 de julho [Internet]. 2007 [cited 2022 Apr 22]. Available from: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1065790/011-D1_Desp_17690_2007.pdf
20. Farmácias Portuguesas. Automedicação e bom senso. [Internet]. [cited 2022 Apr 22]. Available from: <https://www.farmaciasportuguesas.pt/menu-principal/doencas-cronicas/automedicacao-e-bom-senso.html>
21. Diário da República. Decreto-Lei nº. 113/2010 de 21 de outubro [Internet]. 2010 [cited 2022 Apr 30]. Available from: <https://files.dre.pt/1s/2010/10/20500/0467904727.pdf>
22. Diário da República. Decreto-Lei nº. 216/2008 de 11 de novembro [Internet]. 2008 [cited 2022 May 2]. Available from: <https://files.dre.pt/1s/2008/11/21900/0787407879.pdf>
23. Diário da República. Decreto-Lei nº. 74/2010 de 21 de junho [Internet]. 2010 [cited 2022 May 2]. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2010-335468>
24. INFARMED, I.P. Medicamentos à base de plantas. [Internet]. 2016 [cited 2022 May 4]. Available from: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/autorizacao-de-introducao-no-mercado/medicamentos_a_base_de_plantas
25. Diário da República. Decreto-Lei nº. 118/2015 de 23 de junho. [Internet]. 2015. [cited 2022 May 5]. Available from: <https://files.dre.pt/1s/2015/06/12000/0438904394.pdf>
26. Diário da República. Decreto-Lei nº. 314/2009 de 28 de outubro [Internet]. 2009 [cited 2022 May 4]. Available from: <https://files.dre.pt/1s/2009/10/20900/0810608215.pdf>
27. INFARMED, I.P. Decreto-Lei nº. 145/2009 de 17 de junho [Internet]. 2009 [cited 2022 May 5]. Available from: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1076625/122-A_DL_145_2009_2ALT.pdf
28. INFARMED, I.P. Dispositivos médicos na farmácia [Internet]. 2016 [cited 2022 May 5]. Available from: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/dispositivos-medicos/aquisicao-e-utilizacao/dispositivos_medicos_farmacia

29. DGS. Norma n.º. 020/2011. Hipertensão Arterial: definição e classificação [Internet]. 2011 [cited 2021 Jun 21]. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013-jpg.aspx>
30. DGS. Norma n.º. 002/2011. Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus [Internet]. 2011 [cited 2022 May 13]. Available from: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Diagn%C3%B3stico-e-Classifica%C3%A7%C3%A3o-da-Diabetes-Mellitus.pdf>
31. DGS. Norma n.º. 019/2011. Abordagem Terapêutica das Dislipidemias no Adulto [Internet]. 2011 [cited 2022 May 13]. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192011-de-28092011-png.aspx>
32. Ordem dos Farmacêuticos. Administração de vacinas e injetáveis por farmacêuticos. [Internet]. 2015 [cited 2022 May 14]. Available from: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/qualidade/administracao_de_vacinas_e_medicamentos_injetaveis_por_farmaceuticos_uma_abordagem_pratica_17036922485cacca3188654.pdf
33. INFARMED, I.P. Decreto-Lei n.º. 95/2004 de 22 de abril [Internet]. 2004 [cited 2022 May 16]. Available from: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1070327/067-A-DL_95_2004.pdf
34. INFARMED, I.P. Portaria n.º. 594/2004 de 2 de junho [Internet]. 2004 [cited 2022 May 16]. Available from: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1070327/portaria_594-2004.pdf
35. Diário da República. Portaria n.º. 769/2004 de 1 de julho [Internet]. 2004 [cited 2022 May 16]. Available from: <https://files.dre.pt/1s/2004/07/153b00/40164017.pdf>
36. INFARMED, I.P. Despacho n.º 18694/2010 de 18 de novembro [Internet]. 2010 [cited 2022 May 16]. Available from: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1070327/067-A01_Desp_18694_2010doc.pdf

Apêndices

Apêndice I

Inquérito realizado no âmbito do projeto de investigação “Avaliação dos Efeitos do Confinamento na Saúde Mental e o Recurso a Ansiolíticos e Antidepressivos nos estudantes da Universidade da Beira Interior”.

Caro(a) participante,

Antes de iniciar a sua participação, leia com atenção a seguinte informação.

O meu nome é Ana Rita Carvalho Martins e sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, na Universidade da Beira Interior (UBI).

O presente questionário aplica-se no âmbito do projeto de investigação para a minha dissertação de mestrado e tem como objetivo perceber os efeitos do confinamento na saúde mental nos estudantes da Universidade da Beira Interior inscritos no ano letivo 2021/2022, bem como avaliar o consumo de ansiolíticos e antidepressivos.

O objetivo deste trabalho é, unicamente, obter e acrescentar conhecimento científico ao já existente, beneficiando, desta forma, o círculo da comunidade científica e poderá inclusive, a partir deste conhecimento, gerar contributos para os participantes ou terceiros num futuro próximo. Por essas razões, neste estudo estão ausentes quaisquer benefícios ou riscos para quem participa. Além disso, este estudo não se encontra financiado.

Neste sentido, peço-lhe que leia e responda ao questionário APENAS se for ESTUDANTE da UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR. A sua participação será ANÓNIMA, VOLUNTÁRIA e CONFIDENCIAL, sendo para tal, salvaguardada a confidencialidade de todas as suas respostas. Ao participar estará a autorizar a utilização dos dados APENAS para a análise estatística, inerente à realização deste estudo. Os dados serão apenas tratados exclusivamente pela equipa responsável pelo projeto de investigação, que engloba a proponente Ana Rita Carvalho Martins e a orientadora Professora Doutora Maria Eugenia Gallardo Alba. Poderá desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer tipo de consequência.

Leia atentamente cada pergunta e selecione a opção que constitui a sua resposta. No caso das perguntas de resposta aberta, tente, por favor, responder de forma clara e sucinta. Agradeço a sua colaboração e disponibilidade.

As perguntas assinaladas com * são de resposta obrigatória.

Secção 1

Ao seleccionar "*Sim*" na caixa abaixo, declaro ter lido e compreendido todas as informações que me foram fornecidas e aceito participar neste estudo, permitindo a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela proponente. Confirmando também que me foi garantido o direito de desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer tipo de consequência. Se escolher "*Não*", a sua participação termina aqui. *

Sim

Não

Secção 2 – Informação do participante

1. Sexo*

Feminino

Masculino

2. Idade*

18 a 21

22 a 25

26 a 29

30 ou mais

3. Faculdade/Departamento ou Área do Curso que frequenta*

Ciências (Matemática, Física e Química)

Engenharia (Informática, Ciência e Tecnologias Têxteis, Eletromecânica, Civil, Arquitetura e Aeronáutica)

Ciências Sociais e Humanas (Gestão, Economia, Psicologia, Educação, Sociologia e Desporto)

Artes e Letras (Letras, Filosofia, Design, Cinema e Ciências da Comunicação)

Ciências da Saúde (Medicina, Ciências Biomédicas, Ciências Farmacêuticas, Optometria e Ciências da Visão)

4. Ano do ciclo de estudos: *

1º

2º

3º

4º

5º

6º

5. Ciclo de estudos: *

Licenciatura

Mestrado

Mestrado Integrado

- Doutoramento
6. Estuda na cidade em que reside?
- Sim
- Não
7. Na cidade onde estuda, com quem reside?
- Sozinho
- Com pais/familiares
- Com amigos/colegas
- Outro. Qual? _____

Secção 3 – Efeitos do confinamento na saúde mental

A seguir encontra um conjunto de questões relacionadas com os efeitos do confinamento na saúde mental. POR FAVOR, SELECIONE A OPÇÃO QUE MAIS SE ADEQUA.

8. Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental? *

- Sim
- Não

(Se responder “Não”, o questionário avança automaticamente para a secção 4)

9. De que forma o/a afetou mais? *

- Ansiedade
- Stress
- Depressão
- Desmotivação
- Perturbações do sono
- Oscilações emocionais
- Outro. Qual? _____

10. Qual o motivo que considera que despoletou o efeito negativo durante o confinamento? *

- Preocupação com o sucesso académico
- Adaptação a uma vida diferente
- Falta de rotina
- Vida social reduzida
- Número de horas de sono insuficientes
- Outro. Qual? _____

11. Qual o hábito de lazer que adotava para o combater? *

- Fazer exercício físico
- Ver um filme/série
- Cozinhar
- Dar um passeio
- Outro. Qual? _____

12. Durante o confinamento houve necessidade de contactar algum profissional de saúde para responder às dúvidas sobre a sua saúde mental? *

Sim

Não

12.1. Se respondeu "Sim" à questão anterior, a quem recorreu?

Médico

Farmacêutico

Enfermeiro

Psicólogo

Outro. Qual? _____

Secção 4 – Consumo de medicamentos ansiolíticos

A seguir encontra um conjunto de questões acerca dos hábitos de consumo de ansiolíticos, por exemplo, Alprazolam (Xanax®), Clonazepam (Rivotril®), Propranolol (Inderal®), Loflazepato de Etilo (Victan®), Valdispert®. POR FAVOR, SELECIONE A OPÇÃO QUE MAIS SE ADEQUA ao seu consumo, no quotidiano, destas substâncias.

13. Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos? *

Sim

Não

(Se responder "Não", o questionário avança automaticamente para a secção 8)

14. Dispunha/dispõe de receita médica? *

Sim

Não

15. Qual o nome do(s) medicamento(s) que tomou/toma? *

16. Com que frequência costumava/costuma consumir estes medicamentos? *

1x por semana

2 a 3x por semana

3 a 5x por semana

Mais de 5x por semana

Outra. Qual? _____

17. Qual o motivo que o levou/ levam a recorrer a ansiolíticos? *

Relaxar

Gerir o stress

Gerir emoções

Ajudar a dormir

Outro. Qual? _____

18. Recebeu algum tipo de aconselhamento para o uso dos mesmos? *

Sim

Não

18.1. Se respondeu "Sim" à pergunta anterior, a quem recorreu?

- Médico
- Farmacêutico
- Enfermeiro
- Outro. Qual? _____

Secção 5 – Impacto do confinamento no consumo de ansiolíticos

A seguir encontra um conjunto de questões acerca do impacto do confinamento no consumo de ansiolíticos.

19. O consumo deveu-se/ deve-se à atual pandemia? *

- Sim
- Não

20. Antes do confinamento, já tomava ansiolíticos? *

- Sim
- Não

(Se responder “Sim”, o questionário avança automaticamente para a secção 6)

Secção 6 – Impacto do confinamento no consumo de ansiolíticos

21. Houve necessidade de ajustar a dose? *

- Sim
- Não

Secção 7 – Efeitos adversos dos ansiolíticos

A seguir, encontra um conjunto de questões acerca dos efeitos adversos dos medicamentos ansiolíticos. POR FAVOR, SELECIONE A OPÇÃO QUE MAIS SE ADEQUA.

22. Sentiu/sente efeitos adversos devido à toma dos ansiolíticos? *

- Sim
- Não

(Se responder “Não”, o questionário avança automaticamente para a secção 8)

23. Qual sentiu/sente? *

- Sonolência
- Enjoo
- Ataxia
- Tonturas
- Confusão
- Outro. Qual? _____

24. Sentiu/sente necessidade de pôr fim à terapêutica devido aos efeitos colaterais da medicação? *

- Sim
- Não

Secção 8 – Noções sobre medicamentos ansiolíticos

Em seguida, encontra um conjunto de questões acerca de noções sobre os medicamentos ansiolíticos. POR FAVOR, SELECIONE A OPÇÃO QUE MAIS SE ADEQUA.

25. Na sua opinião, o aconselhamento é fundamental para o bom uso dos ansiolíticos? *

Sim

Não

25.1. Se respondeu "Sim" à pergunta anterior, qual a razão?

Aumenta a confiança no tratamento

Reduz a probabilidade de efeitos adversos resultantes da má utilização

Permite uma correta utilização do medicamento

Outra. Qual? _____

26. Considera que os ansiolíticos podem causar dependência e/ou tolerância? *

Sim

Não

27. Considera que a conclusão do tratamento com ansiolíticos deve ser feita gradualmente? *

Sim

Não

Talvez

Não sei

Secção 9 – Consumo de medicamentos antidepressivos

A seguir encontra um conjunto de questões acerca dos hábitos do consumo de medicamentos antidepressivos, por exemplo, Duloxetina, Fluoxetina, Mirtazapina, Sertralina, Venlafaxina. POR FAVOR, SELECIONE A OPÇÃO QUE MAIS SE ADEQUA ao seu consumo, no quotidiano, destas substâncias.

28. Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos? *

Sim

Não

(Se responder "Não", o questionário avança automaticamente para a Secção 13)

29. Qual o motivo que o levou/ levam a tomar antidepressivos? *

Relaxar

Gerir o stress

Gerir emoções

Ajudar a dormir

Outro. Qual? _____

30. Qual o nome do(s) medicamento(s) que tomou/toma? * _____

31. Recebeu algum tipo de aconselhamento para o uso dos mesmos? *

Sim

Não

31.1. Se respondeu "Sim" à pergunta anterior, quem o aconselhou?

Médico

Farmacêutico

Enfermeiro
 Outro. Qual? _____

Secção 10 – Impacto do confinamento no consumo de antidepressivos

A seguir encontra um conjunto de questões acerca do impacto do confinamento no consumo de antidepressivos.

32. O consumo deveu-se/ deve-se à atual pandemia? *

Sim
 Não

33. Antes do confinamento, já tomava antidepressivos? *

Sim
 Não

(Se responder “Sim”, o questionário avança automaticamente para a secção 11)

Secção 11 – Impacto do confinamento no consumo de antidepressivos

34. Houve necessidade de ajustar a dose? *

Sim
 Não

Secção 12 – Efeitos adversos dos antidepressivos

A seguir encontra um conjunto de questões acerca dos efeitos adversos dos medicamentos antidepressivos. POR FAVOR, SELECIONE A OPÇÃO QUE MAIS SE ADEQUA.

35. Sentiu/sente efeitos adversos devido à toma de antidepressivos? *

Sim
 Não

(Se responder “Não”, o questionário avança automaticamente para a secção 13)

35.1. Qual sentiu/sente? *

Insónia
 Sonolência
 Tontura
 Dor de cabeça
 Diarreia
 Outro. Qual? _____

35.2. Sentiu/sente necessidade de pôr fim à terapêutica devido aos efeitos colaterais da medicação? *

Sim
 Não

Secção 13 – Noções sobre medicamentos antidepressivos

Em seguida, encontra um conjunto de questões acerca de noções sobre os medicamentos antidepressivos. POR FAVOR, SELECIONE A OPÇÃO QUE MAIS SE ADEQUA.

36. Na sua opinião, o aconselhamento é fundamental para o bom uso dos antidepressivos? *

Sim

Não

36.1. Se respondeu "Sim" à pergunta anterior, qual a razão?

Aumenta a confiança no tratamento

Reduz a probabilidade de efeitos adversos resultantes da má utilização

Permite uma correta utilização do medicamento

Outra. Qual?

37. Considera que os antidepressivos podem causar dependência e/ou tolerância? *

Sim

Não

38. Considera que a conclusão do tratamento com antidepressivos deve ser feita gradualmente?

*

Sim

Não

Talvez

Não sei

Apêndice II

Casos clínicos

Caso clínico 1: Infecção urinária

Senhora com 65 anos desloca-se à FAC afirmando que tem uma infecção urinária e questiona-me se lhe posso dar um medicamento que já tinha tomado anteriormente, dizendo que não se lembra do nome. Perante a situação descrita, recorri ao SI para analisar o histórico de vendas e, vi que o medicamento que a senhora falava era o antibiótico fosfomicina. De seguida, expliquei à senhora que não lhe poderia ceder aquele medicamento, uma vez que os antibióticos só podem ser cedidos na presença de uma receita médica. A utente perguntou-me então se não lhe poderia dar uma alternativa.

Após questionar a utente dos sintomas (dor ao urinar, frequência e urgência a urinar e se é frequente apresentar infeções urinárias), expliquei que de facto tudo indicava para uma infecção urinária. Para tal, aconselhei um suplemento à base de arando vermelho, o Cis-Control®, explicando à utente para tomar 1 saqueta de ativos vegetais de manhã, misturando-a com 1 sitck de fermentos lácteos dissolvidos num copo de água (200mL) e, que à noite tomava apenas a saqueta de ativos vegetais. Para além disso, lembrei da importância de beber pelo menos 1,5 litro de água por dia e ainda, para o facto de que se não melhorasse deveria contactar o médico.

Caso clínico 2: Candidíase vaginal

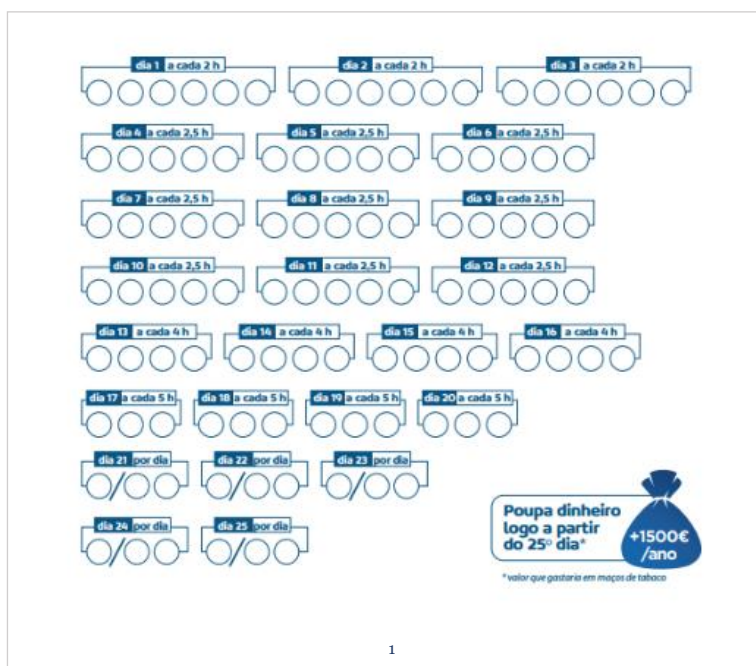
Mulher de 32 anos chega à FAC queixando-se do prurido que sente na zona íntima. Após breve questionário, verifiquei que tinha feito tratamento com antibiótico recentemente e, que apresentava corrimento de tom esbranquiçado e sem alteração de odor. Dado que o corrimento era esbranquiçado, sem odor e que tinha também ardimento ao urinar, assumi tratar-se de uma candidíase vaginal, resultante da toma do antibiótico. Perante esta situação, optei por aconselhar o Gino-Canesten® e um gel de higiene íntima. Seguidamente, expliquei à senhora como a aplicação deveria ser efetuada: primeiro lavar bem as mãos e a zona íntima, depois encher o aplicador com creme e inseri-lo o mais fundo possível na vagina, retirando uma pequena porção de creme e aplicar nos lábios vaginais, deixando atuar até de manhã. De manhã, fazer apenas lavagem da zona com o gel de higiene íntima. Referi ainda que, este processo era para fazer todos os dias, durante 6 dias.

Por fim, concluí o atendimento recomendando algumas medidas não farmacológicas, tais como: uso de roupas íntimas de algodão, evitar calças apertadas e retirar a roupa íntima para dormir. Alertei ainda para o facto de que se não melhorasse deveria contactar o médico.

Caso clínico 3: Tratamento de dependência de nicotina

Senhor de 50 anos desloca-se à FAC e questiona se temos comprimidos para deixar de fumar. Eu respondi que sim, apresentei-lhe as duas alternativas existentes no imediato na

farmácia: Nicotinell® em pastilhas e Dextazin® e, reforcei a ideia de que para deixar de fumar era fundamental que a pessoa estivesse motivada, que o medicamento ia ser apenas um suporte adicional à sua força de vontade. De seguida, expliquei que o Nicotinell® apresenta na sua constituição nicotina, o principal alcalóide nos produtos do tabaco e, que se trata de uma espécie de pastilhas elásticas, que devem ser mastigadas sempre que o utente apresente vontade de fumar. Pelo contrário, o Dextazin® não apresenta nicotina na sua constituição, mas sim um agonista do recetor de nicotina, a citisina, onde promete o efeito terapêutico pretendido ao fim de 25 dias. Para esclarecer melhor o utente, em relação à posologia, expliquei o seguinte esquema terapêutico:



O utente preferiu levar o Dextazin®, porque lhe pareceu ser o mais indicado e vantajoso.

¹ Retirado de: <https://www.dextazin.pt/downloads/Cartao-Posologia-Dextazin.pdf>

Anexos

Anexo I

Parecer favorável da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior, relativo à Avaliação dos Efeitos do Confinamento na Saúde Mental e o Recurso a Ansiolíticos e Antidepressivos nos estudantes da Universidade da Beira Interior inscritos no ano letivo 2021/2022



comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2022-015-ID1225

Na sua reunião de 15 de fevereiro de 2022, a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto “**Avaliação dos Efeitos do Confinamento na Saúde Mental e Recurso a Antidepressivos e Ansiolíticos nos Estudantes da Universidade da Beira Interior**”, da proponente **Ana Rita Carvalho Martins**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2022-015.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: **ANA LEONOR SERRA MORAIS DOS SANTOS**
Num. de Identificação: BI112741975
Data: 2022.03.03 11:35:17+00'00'



(Professora Doutora Ana Leonor Serra Morais dos Santos)
(Professora Auxiliar)

Anexo II

Resultados dos testes de normalidade e homogeneidade de variância (justificação do uso do teste não paramétrico *Kruskal-Wallis H* para o tratamento estatístico dos resultados do estudo em causa)

Testes de Normalidade

	Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Sexo	Sim	,493	210	<,001	,484	210	<,001
	Não	,471	160	<,001	,533	160	<,001
Idade	Sim	,280	210	<,001	,744	210	<,001
	Não	,415	160	<,001	,579	160	<,001
Faculdade/Departamento ou Área do Curso que frequenta	Sim	,294	210	<,001	,802	210	<,001
	Não	,423	160	<,001	,652	160	<,001
Ano do ciclo de estudos	Sim	,195	210	<,001	,889	210	<,001
	Não	,205	160	<,001	,877	160	<,001
Ciclo de estudos:	Sim	,319	210	<,001	,783	210	<,001
	Não	,332	160	<,001	,728	160	<,001
Estuda na cidade em que reside?	Sim	,482	210	<,001	,510	210	<,001
	Não	,491	160	<,001	,490	160	<,001
Na cidade onde estuda, com quem reside?	Sim	,430	210	<,001	,650	210	<,001
	Não	,438	160	<,001	,641	160	<,001

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Teste de Homogeneidade de Variância

		Estadística de Levene	gl1	gl2	Sig.
Sexo	Com base em média	4,949	1	368	,027
	Com base em mediana	1,259	1	368	,263
	Com base em mediana e com gl ajustado	1,259	1	365,626	,263
	Com base em média aparada	4,949	1	368	,027
Idade	Com base em média	4,227	1	368	,040
	Com base em mediana	10,008	1	368	,002
	Com base em mediana e com gl ajustado	10,008	1	365,407	,002
	Com base em média aparada	9,355	1	368	,002
Faculdade/Departamento ou Área do Curso que frequenta	Com base em média	25,096	1	368	<,001
	Com base em mediana	30,474	1	368	<,001
	Com base em mediana e com gl ajustado	30,474	1	309,621	<,001
	Com base em média aparada	26,704	1	368	<,001
Ano do ciclo de estudos	Com base em média	5,685	1	368	,018
	Com base em mediana	6,365	1	368	,012
	Com base em mediana e com gl ajustado	6,365	1	363,929	,012
	Com base em média aparada	5,030	1	368	,026
Ciclo de estudos:	Com base em média	,709	1	368	,400
	Com base em mediana	,651	1	368	,420
	Com base em mediana e com gl ajustado	,651	1	364,566	,420
	Com base em média aparada	,591	1	368	,442
Estuda na cidade em que reside?	Com base em média	,796	1	368	,373
	Com base em mediana	,197	1	368	,657
	Com base em mediana e com gl ajustado	,197	1	367,618	,657
	Com base em média aparada	,796	1	368	,373
Na cidade onde estuda, com quem reside?	Com base em média	,441	1	368	,507
	Com base em mediana	,052	1	368	,820
	Com base em mediana e com gl ajustado	,052	1	367,673	,820
	Com base em média aparada	,147	1	368	,702

Anexo III

Sumarização de Teste de Hipótese de *Kruskal-Wallis* para os efeitos do confinamento na saúde mental

Sumarização de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de Sexo é igual nas categorias de Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,262	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de Idade é igual nas categorias de Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	<,001	Rejeitar a hipótese nula.
3	A distribuição de Faculdade/Departamento ou Área do Curso que frequenta é igual nas categorias de Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	<,001	Rejeitar a hipótese nula.
4	A distribuição de Ano do ciclo de estudos é igual nas categorias de Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	<,001	Rejeitar a hipótese nula.
5	A distribuição de Ciclo de estudos: é igual nas categorias de Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	<,001	Rejeitar a hipótese nula.
6	A distribuição de Estuda na cidade em que reside? é igual nas categorias de Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,657	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de Na cidade onde estuda, com quem reside? é igual nas categorias de Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,650	Reter a hipótese nula.

a. O nível de significância é ,050.

b. A significância assintótica é exibida.

Anexo IV

Resultados do teste *Qui-Quadrado* para associação entre os efeitos do confinamento na saúde mental e o sexo

Tabulação cruzada Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental? * Sexo

			Sexo		Total	
			Feminino	Masculino		
Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?	Sim	Contagem	169	41	210	
		% em Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?	80,5%	19,5%	100,0%	
		% em Sexo	58,3%	51,2%	56,8%	
		% do Total	45,7%	11,1%	56,8%	
	Não	Contagem	121	39	160	
		% em Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?	75,6%	24,4%	100,0%	
		% em Sexo	41,7%	48,8%	43,2%	
		% do Total	32,7%	10,5%	43,2%	
		Total	Contagem	290	80	370
			% em Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?	78,4%	21,6%	100,0%
% em Sexo	100,0%		100,0%	100,0%		
% do Total	78,4%		21,6%	100,0%		

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. exata (2 lados)	Sig. exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	1,261 ^a	1	,261		
Correção de continuidade ^b	,991	1	,319		
Razão de verossimilhança	1,254	1	,263		
Teste Exato de Fisher				,308	,160
Associação Linear por Linear	1,258	1	,262		
N de Casos Válidos	370				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 34,59.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Anexo V

Resultados dos testes de *Kruskal-Wallis* e do *Qui-Quadrado* para associação entre os efeitos do confinamento na saúde mental e a idade

Comparações por Método Pairwise de Idade

Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Erro Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. ^a
26 a 29-30 ou mais	-11,684	35,855	-,326	,745	1,000
26 a 29-22 a 25	15,113	30,027	,503	,615	1,000
26 a 29-18 a 21	68,050	29,742	2,288	,022	,133
30 ou mais-22 a 25	3,428	22,419	,153	,878	1,000
30 ou mais-18 a 21	56,366	22,037	2,558	,011	,063
22 a 25-18 a 21	52,938	10,082	5,251	<,001	,000

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais. As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,050.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Tabulação cruzada Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental? * Idade

			Idade				Total
			18 a 21	22 a 25	26 a 29	30 ou mais	
Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?	Sim	Contagem	86	102	8	14	210
		% em Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?	41,0%	48,6%	3,8%	6,7%	100,0%
		% em Idade	43,2%	71,8%	80,0%	73,7%	56,8%
		% do Total	23,2%	27,6%	2,2%	3,8%	56,8%
	Não	Contagem	113	40	2	5	160
		% em Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?	70,6%	25,0%	1,3%	3,1%	100,0%
		% em Idade	56,8%	28,2%	20,0%	26,3%	43,2%
		% do Total	30,5%	10,8%	0,5%	1,4%	43,2%
Total	Contagem	199	142	10	19	370	
	% em Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?	53,8%	38,4%	2,7%	5,1%	100,0%	
	% em Idade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	53,8%	38,4%	2,7%	5,1%	100,0%	

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	32,432 ^a	3	<,001
Razão de verossimilhança	33,195	3	<,001
Associação Linear por Linear	23,188	1	<,001
N de Casos Válidos	370		

a. 1 células (12,5%) esperavam uma contagem menor que 5.
A contagem mínima esperada é 4,32.

Anexo VI

Resultados dos testes *Kruskal-Wallis* e do *Qui-Quadrado* para associação entre os efeitos do confinamento na saúde mental e as diversas áreas de curso

Comparações por Método Pairwise de Faculdade/Departamento ou Área do Curso que frequenta

Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Erro Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. ^a
Ciências (Matemática, Física e Química)-Artes e Letras (Letras, Filosofia, Design, Cinema e Ciências da Comunicação)	-4,405	27,423	-,161	,872	1,000
Ciências (Matemática, Física e Química)-Engenharia (Informática, Ciência e Tecnologias Têxteis, Eletromecânica, Civil, Arquitetura e Aeronáutica)	-17,428	23,110	-,754	,451	1,000
Ciências (Matemática, Física e Química)-Ciências Sociais e Humanas (Gestão, Economia, Psicologia, Educação, Sociologia e Desporto)	-48,452	21,709	-2,232	,026	,256
Ciências (Matemática, Física e Química)-Ciências da Saúde (Medicina, Ciências Biomédicas, Ciências Farmacêuticas, Optometria e Ciências da Visão)	-66,535	19,780	-3,364	<,001	,008
Artes e Letras (Letras, Filosofia, Design, Cinema e Ciências da Comunicação)-Engenharia (Informática, Ciência e Tecnologias Têxteis, Eletromecânica, Civil, Arquitetura e Aeronáutica)	13,023	24,170	,539	,590	1,000

Artes e Letras (Letras, Filosofia, Design, Cinema e Ciências da Comunicação)-Ciências Sociais e Humanas (Gestão, Economia, Psicologia, Educação, Sociologia e Desporto)	44,048	22,834	1,929	,054	,537
Artes e Letras (Letras, Filosofia, Design, Cinema e Ciências da Comunicação)-Ciências da Saúde (Medicina, Ciências Biomédicas, Ciências Farmacêuticas, Optometria e Ciências da Visão)	-62,130	21,009	-2,957	,003	,031
Engenharia (Informática, Ciência e Tecnologias Têxteis, Eletromecânica, Civil, Arquitetura e Aeronáutica)-Ciências Sociais e Humanas (Gestão, Economia, Psicologia, Educação, Sociologia e Desporto)	-31,025	17,419	-1,781	,075	,749
Engenharia (Informática, Ciência e Tecnologias Têxteis, Eletromecânica, Civil, Arquitetura e Aeronáutica)-Ciências da Saúde (Medicina, Ciências Biomédicas, Ciências Farmacêuticas, Optometria e Ciências da Visão)	-49,108	14,947	-3,286	,001	,010
Ciências Sociais e Humanas (Gestão, Economia, Psicologia, Educação, Sociologia e Desporto)-Ciências da Saúde (Medicina, Ciências Biomédicas, Ciências Farmacêuticas, Optometria e Ciências da Visão)	-18,083	12,674	-1,427	,154	1,000

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais. As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,050.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

**Tabulação cruzada Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental? *
Faculdade/Departamento ou Área do Curso que frequenta**

		Faculdade/Departamento ou Área do Curso que frequenta					Total	
		Ciências (Matemática, Física e Química)	Engenharia (Informática, Ciência e Tecnologias Têxteis, Eletromecânica, Civil, Arquitetura e Aeronáutica)	Ciências Sociais e Humanas (Gestão, Economia, Psicologia, Educação, Sociologia e Desporto)	Artes e Letras (Letras, Filosofia, Design, Cinema e Ciências da Comunicação)	Ciências da Saúde (Medicina, Ciências Biomédicas, Ciências Farmacêuticas, Optometria e Ciências da Visão)		
Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?	Sim	Contagem	20	34	40	17	99	210
		% em Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?	9,5%	16,2%	19,0%	8,1%	47,1%	100,0%
		% em Faculdade/Departamento ou Área do Curso que frequenta	83,3%	73,9%	57,1%	81,0%	47,4%	56,8%
	Não	% do Total	5,4%	9,2%	10,8%	4,6%	26,8%	56,8%
		Contagem	4	12	30	4	110	160
		% em Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?	2,5%	7,5%	18,8%	2,5%	68,8%	100,0%
		% em Faculdade/Departamento ou Área do Curso que frequenta	16,7%	26,1%	42,9%	19,0%	52,6%	43,2%
		% do Total	1,1%	3,2%	8,1%	1,1%	29,7%	43,2%
Total	Contagem	24	46	70	21	209	370	
	% em Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?	6,5%	12,4%	18,9%	5,7%	56,5%	100,0%	
	% em Faculdade/Departamento ou Área do Curso que frequenta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	6,5%	12,4%	18,9%	5,7%	56,5%	100,0%	

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	24,942 ^a	4	<,001
Razão de verossimilhança	26,506	4	<,001
Associação Linear por Linear	18,023	1	<,001
N de Casos Válidos	370		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 9,08.

Anexo VII

Resultados dos testes *Kruskal-Wallis* e do *Qui-Quadrado* para associação entre os efeitos do confinamento na saúde mental e o ano de ciclo de estudos

Comparações por Método Pairwise de Ano do ciclo de estudos

Sample 1-Sample 2	Estadística de teste	Sig.	Adj. Sig. ^a
2º-1º	8,692	,003	,048
4º-1º	.	.	.
5º-1º	24,693	<,001	,000
6º-1º	.	.	.
2º-4º	1,672	,196	1,000
2º-5º	1,918	,166	1,000
2º-6º	,135	,713	1,000
2º-3º	9,210	,002	,036
4º-3º	.	.	.
5º-3º	25,324	<,001	,000
6º-3º	.	.	.
4º-5º	8,355	,004	,058
4º-6º	,324	,569	1,000
5º-6º	2,007	,157	1,000
1º-3º	b	.	.

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais.

As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,050.

- a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.
- b. Não é possível calcular, pois todas as medianas de amostra neste par são menores que ou iguais à mediana hipotética.

Tabulação cruzada Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental? * Ano do ciclo de estudos

		Ano do ciclo de estudos						Total	
		1°	2°	3°	4°	5°	6°		
Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?	Sim	Contagem	40	32	36	29	62	11	210
		% em Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?	19,0%	15,2%	17,1%	13,8%	29,5%	5,2%	100,0%
		% em Ano do ciclo de estudos	43,0%	69,6%	41,9%	56,9%	80,5%	64,7%	56,8%
		% do Total	10,8%	8,6%	9,7%	7,8%	16,8%	3,0%	56,8%
	Não	Contagem	53	14	50	22	15	6	160
		% em Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?	33,1%	8,8%	31,3%	13,8%	9,4%	3,8%	100,0%
		% em Ano do ciclo de estudos	57,0%	30,4%	58,1%	43,1%	19,5%	35,3%	43,2%
		% do Total	14,3%	3,8%	13,5%	5,9%	4,1%	1,6%	43,2%
	Total	Contagem	93	46	86	51	77	17	370
		% em Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?	25,1%	12,4%	23,2%	13,8%	20,8%	4,6%	100,0%
		% em Ano do ciclo de estudos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	25,1%	12,4%	23,2%	13,8%	20,8%	4,6%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	36,163 ^a	5	<,001
Razão de verossimilhança	37,831	5	<,001
Associação Linear por Linear	15,955	1	<,001
N de Casos Válidos	370		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 7,35.

Anexo VIII

Resultados dos testes *Kruskal-Wallis* e do *Qui-Quadrado* para associação entre os efeitos do confinamento na saúde mental e o ciclo de estudos

Comparações por Método Pairwise de Ciclo de estudos:

Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Sig.	Adj. Sig. ^a
Mestrado-Licenciatura	.	.	.
Mestrado Integrado-Licenciatura	12,734	<,001	,002
Doutoramento-Licenciatura	.	.	.
Mestrado-Mestrado Integrado	,005	,941	1,000
Mestrado-Doutoramento	,786	,375	1,000
Mestrado Integrado-Doutoramento	,831	,362	1,000

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais.

As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,050.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Tabulação cruzada Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental? * Ciclo de estudos:

		Ciclo de estudos:				Total	
		Licenciatura	Mestrado	Mestrado Integrado	Doutoramento		
Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?	Sim	Contagem	65	30	105	10	210
		% em Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?	31,0%	14,3%	50,0%	4,8%	100,0%
		% em Ciclo de estudos:	44,2%	63,8%	64,4%	76,9%	56,8%
		% do Total	17,6%	8,1%	28,4%	2,7%	56,8%
	Não	Contagem	82	17	58	3	160
		% em Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?	51,2%	10,6%	36,3%	1,9%	100,0%
		% em Ciclo de estudos:	55,8%	36,2%	35,6%	23,1%	43,2%
		% do Total	22,2%	4,6%	15,7%	0,8%	43,2%
Total	Contagem	147	47	163	13	370	
	% em Considera que o confinamento devido à COVID-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental?	39,7%	12,7%	44,1%	3,5%	100,0%	
	% em Ciclo de estudos:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	39,7%	12,7%	44,1%	3,5%	100,0%	

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	16,426 ^a	3	<,001
Razão de verossimilhança	16,559	3	<,001
Associação Linear por Linear	14,875	1	<,001
N de Casos Válidos	370		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 5,62.

Anexo IX

Associação entre o consumo de ansiolíticos antes do confinamento e o consumo devido à pandemia

Tabulação cruzada O consumo deveu-se/deve-se à atual pandemia? * Antes do confinamento, já tomava ansiolíticos?

		Antes do confinamento, já tomava ansiolíticos?		Total	
		Sim	Não		
O consumo deveu-se/deve-se à atual pandemia?	Sim	Contagem	0	16	16
		% em O consumo deveu-se/deve-se à atual pandemia?	0,0%	100,0%	100,0%
		% em Antes do confinamento, já tomava ansiolíticos?	0,0%	72,7%	34,0%
		% do Total	0,0%	34,0%	34,0%
	Não	Contagem	25	6	31
		% em O consumo deveu-se/deve-se à atual pandemia?	80,6%	19,4%	100,0%
		% em Antes do confinamento, já tomava ansiolíticos?	100,0%	27,3%	66,0%
		% do Total	53,2%	12,8%	66,0%
	Total	Contagem	25	22	47
		% em O consumo deveu-se/deve-se à atual pandemia?	53,2%	46,8%	100,0%
		% em Antes do confinamento, já tomava ansiolíticos?	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	53,2%	46,8%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	27,566 ^a	1	<,001		
Correção de continuidade ^b	24,422	1	<,001		
Razão de verossimilhança	34,502	1	<,001		
Teste Exato de Fisher				<,001	<,001
Associação Linear por Linear	26,979	1	<,001		
N de Casos Válidos	47				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 7,49.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Anexo X

Sumarização de Teste de Hipótese de *Kruskal-Wallis* para o consumo de medicamentos ansiolíticos

Sumarização de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de Sexo é igual nas categorias de Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,122	Retar a hipótese nula.
2	A distribuição de Idade é igual nas categorias de Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	<,001	Rejeitar a hipótese nula.
3	A distribuição de Faculdade/Departamento ou Área do Curso que frequenta é igual nas categorias de Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	<,001	Rejeitar a hipótese nula.
4	A distribuição de Ano do ciclo de estudos é igual nas categorias de Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,016	Rejeitar a hipótese nula.
5	A distribuição de Ciclo de estudos: é igual nas categorias de Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	<,001	Rejeitar a hipótese nula.
6	A distribuição de Estuda na cidade em que reside? é igual nas categorias de Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,890	Retar a hipótese nula.
7	A distribuição de Na cidade onde estuda, com quem reside? é igual nas categorias de Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,167	Retar a hipótese nula.

a. O nível de significância é ,050.

b. A significância assintótica é exibida.

Anexo XI

Resultados do teste *Qui-Quadrado* para associação entre o consumo de medicamentos ansiolíticos e o sexo

Tabulação cruzada Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos? * Sexo

			Sexo		Total		
			Feminino	Masculino			
Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?	Sim	Contagem	38	16	54		
		% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?	70,4%	29,6%	100,0%		
		% em Sexo	13,1%	20,0%	14,6%		
		% do Total	10,3%	4,3%	14,6%		
	Não	Contagem	252	64	316		
		% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?	79,7%	20,3%	100,0%		
		% em Sexo	86,9%	80,0%	85,4%		
		% do Total	68,1%	17,3%	85,4%		
		Total		Contagem	290	80	370
				% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?	78,4%	21,6%	100,0%
		% em Sexo	100,0%	100,0%	100,0%		
		% do Total	78,4%	21,6%	100,0%		

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	1,261 ^a	1	,261		
Correção de continuidade ^b	,991	1	,319		
Razão de verossimilhança	1,254	1	,263		
Teste Exato de Fisher				,308	,160
Associação Linear por Linear	1,258	1	,262		
N de Casos Válidos	370				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 34,59.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Anexo XII

Resultados dos testes de *Kruskal-Wallis* e do *Qui-Quadrado* para associação entre o consumo de medicamentos ansiolíticos e a idade

Comparações por Método Pairwise de Idade

Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Erro Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. ^a
30 ou mais-26 a 29	12,658	25,552	,495	,620	1,000
30 ou mais-22 a 25	32,982	15,977	2,064	,039	,234
30 ou mais-18 a 21	52,354	15,704	3,334	<,001	,005
26 a 29-22 a 25	20,324	21,398	,950	,342	1,000
26 a 29-18 a 21	39,696	21,196	1,873	,061	,367
22 a 25-18 a 21	19,372	7,185	2,696	,007	,042

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais. As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,050.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Tabulação cruzada Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos? * Idade

			Idade				Total
			18 a 21	22 a 25	26 a 29	30 ou mais	
Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?	Sim	Contagem	17	27	3	7	54
		% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?	31,5%	50,0%	5,6%	13,0%	100,0%
		% em Idade	8,5%	19,0%	30,0%	36,8%	14,6%
		% do Total	4,6%	7,3%	0,8%	1,9%	14,6%
	Não	Contagem	182	115	7	12	316
		% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?	57,6%	36,4%	2,2%	3,8%	100,0%
		% em Idade	91,5%	81,0%	70,0%	63,2%	85,4%
		% do Total	49,2%	31,1%	1,9%	3,2%	85,4%
Total	Contagem	199	142	10	19	370	
	% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?	53,8%	38,4%	2,7%	5,1%	100,0%	
	% em Idade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	53,8%	38,4%	2,7%	5,1%	100,0%	

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	17,521 ^a	3	<,001
Razão de verossimilhança	16,034	3	,001
Associação Linear por Linear	17,396	1	<,001
N de Casos Válidos	370		

a. 2 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,46.

Anexo XIII

Resultados dos testes de *Kruskal-Wallis* e do *Qui-Quadrado* para associação entre o consumo de medicamentos ansiolíticos e a área de curso

Comparações por Método Pairwise de Faculdade/Departamento ou Área do Curso que frequenta

Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Erro Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. ^a
Engenharia (Informática, Ciência e Tecnologias Têxteis, Eletromecânica, Civil, Arquitetura e Aeronáutica)-Ciências (Matemática, Física e Química)	25,806	16,469	1,567	,117	1,000
Engenharia (Informática, Ciência e Tecnologias Têxteis, Eletromecânica, Civil, Arquitetura e Aeronáutica)-Artes e Letras (Letras, Filosofia, Design, Cinema e Ciências da Comunicação)	-29,110	17,225	-1,690	,091	,910
Engenharia (Informática, Ciência e Tecnologias Têxteis, Eletromecânica, Civil, Arquitetura e Aeronáutica)-Ciências Sociais e Humanas (Gestão, Economia, Psicologia, Educação, Sociologia e Desporto)	-43,205	12,414	-3,480	<,001	,005
Engenharia (Informática, Ciência e Tecnologias Têxteis, Eletromecânica, Civil, Arquitetura e Aeronáutica)-Ciências da Saúde (Medicina, Ciências Biomédicas, Ciências Farmacêuticas, Optometria e Ciências da Visão)	-45,759	10,652	-4,296	<,001	,000
Ciências (Matemática, Física e Química)-Artes e Letras (Letras, Filosofia, Design, Cinema e Ciências da Comunicação)	-3,304	19,543	-,169	,866	1,000
Ciências (Matemática, Física e Química)-Ciências Sociais e Humanas (Gestão, Economia, Psicologia, Educação, Sociologia e Desporto)	-17,399	15,471	-1,125	,261	1,000
Ciências (Matemática, Física e Química)-Ciências da Saúde (Medicina, Ciências Biomédicas, Ciências Farmacêuticas, Optometria e Ciências da Visão)	-19,953	14,096	-1,416	,157	1,000

Artes e Letras (Letras, Filosofia, Design, Cinema e Ciências da Comunicação)-Ciências Sociais e Humanas (Gestão, Economia, Psicologia, Educação, Sociologia e Desporto)	14,095	16,273	,866	,386	1,000
Artes e Letras (Letras, Filosofia, Design, Cinema e Ciências da Comunicação)-Ciências da Saúde (Medicina, Ciências Biomédicas, Ciências Farmacêuticas, Optometria e Ciências da Visão)	-16,650	14,972	-1,112	,266	1,000
Ciências Sociais e Humanas (Gestão, Economia, Psicologia, Educação, Sociologia e Desporto)-Ciências da Saúde (Medicina, Ciências Biomédicas, Ciências Farmacêuticas, Optometria e Ciências da Visão)	-2,554	9,032	-,283	,777	1,000

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais. As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,050.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Tabulação cruzada Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos? * Faculdade/Departamento ou Área do Curso que frequenta

		Faculdade/Departamento ou Área do Curso que frequenta					Total		
		Ciências (Matemática, Física e Química)	Engenharia (Informática, Ciência e Tecnologias Têxteis, Eletromecânica, Civil, Arquitetura e Aeronáutica)	Ciências Sociais e Humanas (Gestão, Economia, Psicologia, Educação, Sociologia e Desporto)	Artes e Letras (Letras, Filosofia, Design, Cinema e Ciências da Comunicação)	Ciências da Saúde (Medicina, Ciências Biomédicas, Ciências Farmacêuticas, Optometria e Ciências da Visão)			
Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?	Sim	Contagem	5	16	8	4	21	54	
		% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?	9,3%	29,6%	14,8%	7,4%	38,9%	100,0%	
		% em Faculdade/Departamento ou Área do Curso que frequenta	20,8%	34,8%	11,4%	19,0%	10,0%	14,6%	
		% do Total	1,4%	4,3%	2,2%	1,1%	5,7%	14,6%	
	Não	Contagem	19	30	62	17	188	316	
		% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?	6,0%	9,5%	19,6%	5,4%	59,5%	100,0%	
		% em Faculdade/Departamento ou Área do Curso que frequenta	79,2%	65,2%	88,6%	81,0%	90,0%	85,4%	
		% do Total	5,1%	8,1%	16,8%	4,6%	50,8%	85,4%	
		Total	Contagem	24	46	70	21	209	370
		% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?	6,5%	12,4%	18,9%	5,7%	56,5%	100,0%	
% em Faculdade/Departamento ou Área do Curso que frequenta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%			
% do Total	6,5%	12,4%	18,9%	5,7%	56,5%	100,0%			

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	20,153 ^a	4	<,001
Razão de verossimilhança	17,021	4	,002
Associação Linear por Linear	10,882	1	<,001
N de Casos Válidos	370		

a. 2 células (20,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 3,06.

Anexo XIV

Resultados dos testes *Kruskal-Wallis* e do *Qui-Quadrado* para associação entre o consumo de medicamentos ansiolíticos e o ano de ciclo de estudos

Comparações por Método Pairwise de Ano do ciclo de estudos

Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Erro Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. ^a
6º-5º	8,762	17,526	,500	,617	1,000
6º-2º	22,238	18,564	1,198	,231	1,000
6º-1º	34,519	17,252	2,001	,045	,681
6º-4º	36,275	18,317	1,980	,048	,715
6º-3º	39,354	17,360	2,267	,023	,351
5º-2º	13,475	12,188	1,106	,269	1,000
5º-1º	25,757	10,077	2,556	,011	,159
5º-4º	27,512	11,808	2,330	,020	,297
5º-3º	30,591	10,261	2,981	,003	,043
2º-1º	12,281	11,789	1,042	,298	1,000
2º-4º	-14,037	13,299	-1,055	,291	1,000
2º-3º	-17,116	11,947	-1,433	,152	1,000
1º-4º	-1,755	11,396	-,154	,878	1,000
1º-3º	-4,834	9,784	-,494	,621	1,000
4º-3º	3,079	11,559	,266	,790	1,000

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais. As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,050.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Tabulação cruzada Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos? * Ano do ciclo de estudos

			Ano do ciclo de estudos						
			1°	2°	3°	4°	5°	6°	Total
Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?	Sim	Contagem	10	8	7	5	19	5	54
		% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?	18,5%	14,8%	13,0%	9,3%	35,2%	9,3%	100,0%
		% em Ano do ciclo de estudos	10,8%	17,4%	8,1%	9,8%	24,7%	29,4%	14,6%
		% do Total	2,7%	2,2%	1,9%	1,4%	5,1%	1,4%	14,6%
	Não	Contagem	83	38	79	46	58	12	316
		% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?	26,3%	12,0%	25,0%	14,6%	18,4%	3,8%	100,0%
		% em Ano do ciclo de estudos	89,2%	82,6%	91,9%	90,2%	75,3%	70,6%	85,4%
		% do Total	22,4%	10,3%	21,4%	12,4%	15,7%	3,2%	85,4%
		Total	Contagem	93	46	86	51	77	17
	% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?	25,1%	12,4%	23,2%	13,8%	20,8%	4,6%	100,0%	
	% em Ano do ciclo de estudos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	25,1%	12,4%	23,2%	13,8%	20,8%	4,6%	100,0%	

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	14,476 ^a	5	,013
Razão de verossimilhança	13,669	5	,018
Associação Linear por Linear	6,051	1	,014
N de Casos Válidos	370		

a. 1 células (8,3%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 2,48.

Anexo XV

Resultados dos testes *Kruskal-Wallis* e do *Qui-Quadrado* para associação entre o consumo de medicamentos ansiolíticos e o ciclo de estudos

Comparações por Método Pairwise de Ciclo de estudos:

Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Erro Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. ^a
Doutoramento-Mestrado Integrado	18,334	18,849	,973	,331	1,000
Doutoramento-Mestrado	37,242	20,495	1,817	,069	,415
Doutoramento-Licenciatura	43,080	18,925	2,276	,023	,137
Mestrado Integrado-Mestrado	18,908	10,828	1,746	,081	,485
Mestrado Integrado-Licenciatura	24,745	7,439	3,326	<,001	,005
Mestrado-Licenciatura	5,837	10,960	,533	,594	1,000

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais. As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,050.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Tabulação cruzada Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos? * Ciclo de estudos:

			Ciclo de estudos:				Total
			Licenciatura	Mestrado	Mestrado Integrado	Doutoramento	
Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?	Sim	Contagem	11	5	34	4	54
		% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?	20,4%	9,3%	63,0%	7,4%	100,0%
		% em Ciclo de estudos:	7,5%	10,6%	20,9%	30,8%	14,6%
		% do Total	3,0%	1,4%	9,2%	1,1%	14,6%
	Não	Contagem	136	42	129	9	316
		% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?	43,0%	13,3%	40,8%	2,8%	100,0%
		% em Ciclo de estudos:	92,5%	89,4%	79,1%	69,2%	85,4%
		% do Total	36,8%	11,4%	34,9%	2,4%	85,4%
Total	Contagem	147	47	163	13	370	
	% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome ansiolíticos?	39,7%	12,7%	44,1%	3,5%	100,0%	
	% em Ciclo de estudos:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	39,7%	12,7%	44,1%	3,5%	100,0%	

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	14,415 ^a	3	,002
Razão de verossimilhança	14,520	3	,002
Associação Linear por Linear	13,853	1	<,001
N de Casos Válidos	370		

a. 1 células (12,5%) esperavam uma contagem menor que 5.
A contagem mínima esperada é 1,90.

Anexo XVI

Associação entre o consumo de antidepressivos antes do confinamento e o consumo devido à pandemia

Tabulação cruzada O consumo deveu-se/ deve-se à atual pandemia? * Antes do confinamento, já tomava antidepressivos?

		Antes do confinamento, já tomava antidepressivos?		Total	
		Sim	Não		
O consumo deveu-se/ deve-se à atual pandemia?	Sim	Contagem	0	3	3
		% em O consumo deveu-se/ deve-se à atual pandemia?	0,0%	100,0%	100,0%
		% em Antes do confinamento, já tomava antidepressivos?	0,0%	42,9%	15,0%
		% do Total	0,0%	15,0%	15,0%
	Não	Contagem	13	4	17
		% em O consumo deveu-se/ deve-se à atual pandemia?	76,5%	23,5%	100,0%
		% em Antes do confinamento, já tomava antidepressivos?	100,0%	57,1%	85,0%
		% do Total	65,0%	20,0%	85,0%
Total	Contagem	13	7	20	
	% em O consumo deveu-se/ deve-se à atual pandemia?	65,0%	35,0%	100,0%	
	% em Antes do confinamento, já tomava antidepressivos?	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	65,0%	35,0%	100,0%	

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	6,555 ^a	1	,010		
Correção de continuidade ^b	3,624	1	,057		
Razão de verossimilhança	7,348	1	,007		
Teste Exato de Fisher				,031	,031
Associação Linear por Linear	6,227	1	,013		
N de Casos Válidos	20				

a. 2 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,05.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Anexo XVII

Sumarização de Teste de Hipótese de *Kruskal-Wallis* para o consumo de medicamentos antidepressivos

Sumarização de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de Sexo é igual nas categorias de Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos?.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,652	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de Idade é igual nas categorias de Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos?.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,090	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de Faculdade/Departamento ou Área do Curso que frequenta é igual nas categorias de Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos?.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,007	Rejeitar a hipótese nula.
4	A distribuição de Ano do ciclo de estudos é igual nas categorias de Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos?.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,454	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de Ciclo de estudos: é igual nas categorias de Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos?.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,257	Reter a hipótese nula.
6	A distribuição de Estuda na cidade em que reside? é igual nas categorias de Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos?.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,597	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de Na cidade onde estuda, com quem reside? é igual nas categorias de Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos?.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,167	Reter a hipótese nula.

a. O nível de significância é ,050.

b. A significância assintótica é exibida.

Anexo XVIII

Resultados do teste *Qui-Quadrado* para associação entre o consumo de medicamentos antidepressivos e o sexo

Tabulação cruzada Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos? * Sexo

		Sexo		Total	
		Feminino	Masculino		
Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos?	Sim	Contagem	21	7	28
		% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos?	75,0%	25,0%	100,0%
		% em Sexo	7,2%	8,8%	7,6%
		% do Total	5,7%	1,9%	7,6%
	Não	Contagem	269	73	342
		% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos?	78,7%	21,3%	100,0%
		% em Sexo	92,8%	91,3%	92,4%
		% do Total	72,7%	19,7%	92,4%
	Total	Contagem	290	80	370
		% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos?	78,4%	21,6%	100,0%
		% em Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	78,4%	21,6%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,204 ^a	1	,651		
Correção de continuidade ^b	,045	1	,831		
Razão de verossimilhança	,198	1	,657		
Teste Exato de Fisher				,636	,401
Associação Linear por Linear	,203	1	,652		
N de Casos Válidos	370				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 6,05.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Anexo XIX

Resultados do teste *Qui-Quadrado* para associação entre o consumo de medicamentos antidepressivos e a idade

Tabulação cruzada Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos? * Idade

			Idade				Total
			18 a 21	22 a 25	26 a 29	30 ou mais	
Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos?	Sim	Contagem	12	10	4	2	28
		% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos?	42,9%	35,7%	14,3%	7,1%	100,0%
		% em Idade	6,0%	7,0%	40,0%	10,5%	7,6%
		% do Total	3,2%	2,7%	1,1%	0,5%	7,6%
	Não	Contagem	187	132	6	17	342
		% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos?	54,7%	38,6%	1,8%	5,0%	100,0%
		% em Idade	94,0%	93,0%	60,0%	89,5%	92,4%
		% do Total	50,5%	35,7%	1,6%	4,6%	92,4%
	Total	Contagem	199	142	10	19	370
		% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos?	53,8%	38,4%	2,7%	5,1%	100,0%
		% em Idade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	53,8%	38,4%	2,7%	5,1%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	16,004 ^a	3	,001
Razão de verossimilhança	9,125	3	,028
Associação Linear por Linear	3,521	1	,061
N de Casos Válidos	370		

a. 2 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,76.

Anexo XX

Resultados do teste *Qui-Quadrado* para associação entre o consumo de medicamentos antidepressivos e a área de curso

Tabulação cruzada Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos? * Faculdade/Departamento ou Área do Curso que frequenta

		Faculdade/Departamento ou Área do Curso que frequenta							
			Ciências (Matemática, Física e Química)	Engenharia (Informática, Ciência e Tecnologias Têxteis, Eletromecânica, Civil, Arquitetura e Aeronáutica)	Ciências Sociais e Humanas (Gestão, Economia, Psicologia, Educação, Sociologia e Desporto)	Artes e Letras (Letras, Filosofia, Design, Cinema e Ciências da Comunicação)	Ciências da Saúde (Medicina, Ciências Biomédicas, Ciências Farmacêuticas, Optometria e Ciências da Visão)	Total	
Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos?	Sim	Contagem	4	5	7	3	9	28	
		% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos?	14,3%	17,9%	25,0%	10,7%	32,1%	100,0%	
		% em Faculdade/Departamento ou Área do Curso que frequenta	16,7%	10,9%	10,0%	14,3%	4,3%	7,6%	
		% do Total	1,1%	1,4%	1,9%	0,8%	2,4%	7,6%	
	Não	Contagem	20	41	63	18	200	342	
		% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos?	5,8%	12,0%	18,4%	5,3%	58,5%	100,0%	
		% em Faculdade/Departamento ou Área do Curso que frequenta	83,3%	89,1%	90,0%	85,7%	95,7%	92,4%	
			% do Total	5,4%	11,1%	17,0%	4,9%	54,1%	92,4%
		Total	Contagem	24	46	70	21	209	370
	% em Alguma vez consumiu e/ou atualmente consome antidepressivos?	6,5%	12,4%	18,9%	5,7%	56,5%	100,0%		
	% em Faculdade/Departamento ou Área do Curso que frequenta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
	% do Total	6,5%	12,4%	18,9%	5,7%	56,5%	100,0%		

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	8,683 ^a	4	,070
Razão de verossimilhança	8,168	4	,086
Associação Linear por Linear	6,902	1	,009
N de Casos Válidos	370		

a. 3 células (30,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,59.

Anexo XXI

Espaço físico da farmácia



Figura 1 – Espaço exterior da farmácia.



Figura 2 – Área de atendimento ao público.



Figura 3 – Gabinete de atendimento personalizado.



Figura 4 – Área de recepção de encomendas.



Figura 5 – Armazém.

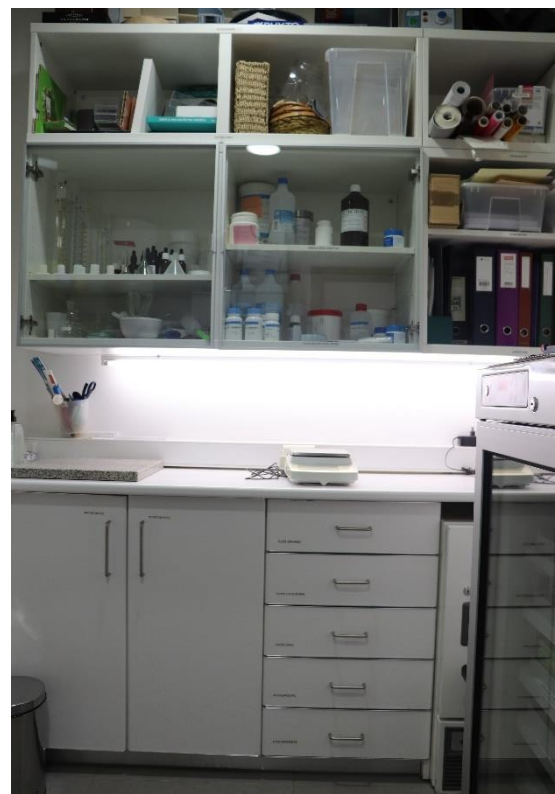


Figura 6 – Laboratório.



Figura 7 – Robot (ROWA VMAX 210®).

https://www.youtube.com/watch?v=1AFS9U2oE_I

Anexo XXII

Exemplo de uma nota de devolução

FARMÁCIA AZEVEDO CARVALHO
Rua da Fonte de S. João, 3A/3B
4860-148 CABEÇERAS DE BASTO

NIF: [REDACTED]
Telefone: 253654984
Dir. Téc. Dr^a Maria Manuela C. L. Azevedo Carvalho

Cód. Farmacia: 989735

Nota de Devolução Nº G012/ 161 de 21-06-2022
Triplicado

Para: Alliance Healthcare S.A. - Armazém do Porto
R Engenheiro Ferreira Dias,738 4149-014 Porto

NIF: [REDACTED]

Motivo - Pedido Por Lapso

Produto	Lote	Val.	Qtd.	Pr. Custo	Pr. Venda	IVA	Origem
5929781 Lamisil 1, 10 mg/g-4 g x 1 sol cut			1	9,64€	15,20€	6%	98A11233278
			Quantidade Total:	1			Custo Total: 9,64€
							PVP Total: 15,20€

Observações:

Carga
Local: RUA DA FONTE DE S. JOÃO, 3A/3B
Inicio: 21-06-2022 15:43:59
Veiculo:
Código AT: 12480240748

Descarga
Local: R Engenheiro Ferreira Dias,738 4149-014 Porto
Fim:
Recebido Por:

FARMÁCIA AZEVEDO CARVALHO
SOCIEDADE UNIPERSONAL, LDA.
Gerência e Direcção Técnica
Dr^a Maria Manuela Coimbra Lyrio de Azevedo Carvalho
TIF: 253 654 984 / FAX: 253 654 947
CONT. N.º 509 954 960
Rua da Fonte de S. João 3A - 3B
4860-148 Cabeceiras de Basto

M. Lopes
21/6/2022

Alliance Healthcare
9822016238

Operador: SR RAMOS
Página 1

kWk4-Processado por programa certificado nº 432/AT

Anexo XXIII

Medicamentos psicotrópicos

FARMÁCIA AZEVEDO CARVALHO
SOCIEDADE UNIPESSOAL LDA.
Rua da Fonte de S. João, 3A/3B
4860-148 CABECEIRAS DE BASTO
509954960 NIF [REDACTED]
Drª Maria Manuela C. L. Azevedo Carvalho
Tel.: 253654984
Capital Soc.: [REDACTED] Euros

DOCUMENTO DE PSICOTRÓPICOS

13/06/2022 Reg. Saída N. 6029 (Rita)

N. Doc.: 1011000059751207405
de 04/04/2022



Produto	QT
Palexia Retard, 100 mg x 30 comp 1 1	

Médico: [REDACTED]
Doente: [REDACTED]
Morada: [REDACTED]
Adquirente: [REDACTED]
Morada: [REDACTED]
BI: [REDACTED] Dt val: 15/04/2029
Idade: 65

Figura 8 - Documento de psicotrópicos.

Anexo XXIV

Documento da informação farmacoterapêutica

 **Informação Farmacoterapêutica**
Serviços Farmacêuticos C.H.U.C. E.P.E. 
Director: Dr. José Feio

Pág. 1 / 1
Data: 2022/06/18 11:35:23

Exmo(a) Sr(a): [Redacted] - [Redacted]

Local Prescrição: [Redacted]
Médico Prescritor: [Redacted]

Contacto telefónico dos Serviços Farmacêuticos: 239 400405 (Horário: 9h:30 às 12h, 14h às 15h)

	7h	8h	20h	
Plano Terapêutico:				
Enalapril 5 mg Comp ;		1Comprimido	1Comprimido	Qtd. Fornecida 120
Micofenolato de mofetil 250 mg Cáps ;		1Cápsula		Qtd. Fornecida 60
TACrolimus 0.5 mg Cáps LP ;	1Cápsula			Qtd. Fornecida 60
TACrolimus 1 mg Cáps LP ;	1Cápsula			Qtd. Fornecida 60

Custo Total Cedência: 101.63 Euros Total a Pagar: 0 Euros

Medicamentos previstos a serem cedidos na próxima consulta farmacêutica:

Nome (DCI)
TACrolimus 1 mg Cáps LP
TACrolimus 0.5 mg Cáps LP
Enalapril 5 mg Comp
Micofenolato de mofetil 250 mg Cáps

Informações gerais
Se tomar medicamentos não deve ingerir bebidas alcoólicas. Não tome uma dose a dobrar para compensar uma dose que se esqueceu de tomar.
Tome sempre os medicamentos de acordo com as instruções do seu médico ou do seu farmacêutico.
Caso tenha dúvidas sobre a utilização dos medicamentos, fale sempre com o seu médico ou com o seu farmacêutico.

Termo de Responsabilidade
Eu, [Redacted], portador do C.C./B.I nº [Redacted], pelo presente declaro ter recebido toda a informação relevante ao uso e à conservação do(s) medicamento(s) que compõe(m) o meu tratamento responsabilizando-me pela boa utilização do medicamento e por garantir que os mesmos são transportados e armazenados no domicílio de forma a garantir as condições de conservação que me foram indicadas. Responsabilizo-me também por qualquer extravio ou dano causado à medicação enquanto esta estiver ao meu cuidado.

Atenção:
Data da próxima Cons. médica: 27-09-2022

Farmacêutico Responsável: [Redacted] Entregue Por: [Redacted]

Data prevista próxima Cons. farmacêutica: 24-08-2022

Data: 22/06/22-Mec: [Redacted]

Recebido Por:
 Próprio
 C/ Autorização

Anexo XXV

Preparação de uma Solução Alcoólica de Minoxidil a 5%

FARMÁCIA AZEVEDO CARVALHO Carimbo da Farmácia
 Direcção Técnica: Dr.ª Manuela Carvalho

Ficha de Preparação

Medicamento: Solução Alcoólica de Minoxidil a 5%		Forma Farmacêutica: Solução cutânea	
Teor em sub. activa: 100 g (mL) contém	5 g (mL) de	Minoxidil	Quant.: 200 gramas
Médico: [Redacted]	N.º	Lote: 56A	Data: 07-06-22
Utente: [Redacted]	Morada:	Contacto:	

Composição do Manipulado:

Matéria Prima	Lote n.º	Origem	Farmac.	Qt. p/ 100	Qt. Calc.	Qt. Pesada	Operador	Supervisor
Minoxidil	200508	Lemos	IX	5	10	10	Rita	[Redacted]
Água Purificada	22010056	Alvita	IX	10	20	20,1	Rita	[Redacted]
Propilenoglicol	P820K93PD1	LabChem	IX	20	40	40,1	Rita	[Redacted]
Alcool 96	21000961	Agá	IX	65	130	130,5	Rita	[Redacted]

Embalagem:
 Tipo: Frasco Vidro Ambar, Conta-gotas
 Capacid.: 250
 Lote: [Redacted] Origem: Glintt
 Operador: Rita

Aparelhagem usada:
 Balança de precisão, balança analítica.

Condições de conservação:
 Temperatura amb., bem fechado.
 Operador: Rita

Prazo de utilização:
 07-08-22 Operador: Rita

Observações:

Método de Preparação:

1. Pesar os componentes. Misturar em matraz rolhado e previamente tarado a água, propilenoglicol e etanol.
2. Aquecer em banho de água (50º e 60º).
3. Dissolver o minoxidil com agitação nesta solução.
4. Após arrefecimento total, completar massa em falta com etanol.
5. Filtrar e acondicionar em recipiente apropriado.

Operador: Rita

Verificação do Produto Acabado:

Ensaio	Especificação	Resultado	Operador
Cor	Incolor	Sim	Rita
Aspecto	Limpido	Sim	Rita
Cheiro	Alcoólico	Sim	Rita
pH	Entre 8,0 e 9,5	Sim	Rita
Quantidade	200g	200g	Rita

Prod. Aprovado Sim Não

Supervisor

A - Preço Matérias Primas:

Matéria Prima	Quant.	P. Aquis.	F. Mult.	Preço
Minoxidil	10	0,3	1,9	5,70
Água Purificada	20	0,00082	1,9	0,03
Propilenoglicol	40	0,0084	1,9	0,64
Alcool 96º	130	0,01682	1,6	3,50
				0,00
				0,00
				9,87

Preço Final:

A (Matérias Primas)	9,87
B (Valor Honorários)	15,33
C (Materiais de Emb.)	1,22
Sub-Total (A+B+C)	26,42
Margem (30%)	7,93
Total (S/ IVA)	34,35
IVA 6%	2,06
Preço de Venda ao Público	36,41

B - Valor Honorários de Manipulação:

Forma Farmacêutica	Quant.	F	Factor	Valor
Solução	1	5,11	3	15,33
				0,00
				15,33

Sub-Total B: 15,33

FARMÁCIA AZEVEDO CARVALHO
 Direcção Técnica: Dr.ª Manuela Carvalho
 Rua da Fonte S. João, 4860-148 - Cabeceiras de Basto
 Contacto: 253 654 984

Medicamento: Solução Alcoólica de Minoxidil a 5%

Nome: [Redacted]

Médico Prescritor: 0

Teor em subst. activa: Minoxidil 5,00%

Lote: 56A **Data de preparação:** 07-06-2022

Quantidade: 200 gramas **Prazo:** 07-08-2022

Conservação: Temperatura amb., bem fechado.

Via de admin.: Aplicar cutânea, couro cabeludo.

Posologia: 1x por dia.

Manter fora do alcance de crianças.

C - Preço Materiais de Embalagem

Material	Quant.	P. Aquis.	Factor	Preço
Frasco Vidro Ambar	1	1,02	1,2	1,22
				0,00
				0,00
				1,22

Sub-Total C: 1,22

Figura 10 – Ficha de preparação do manipulado.

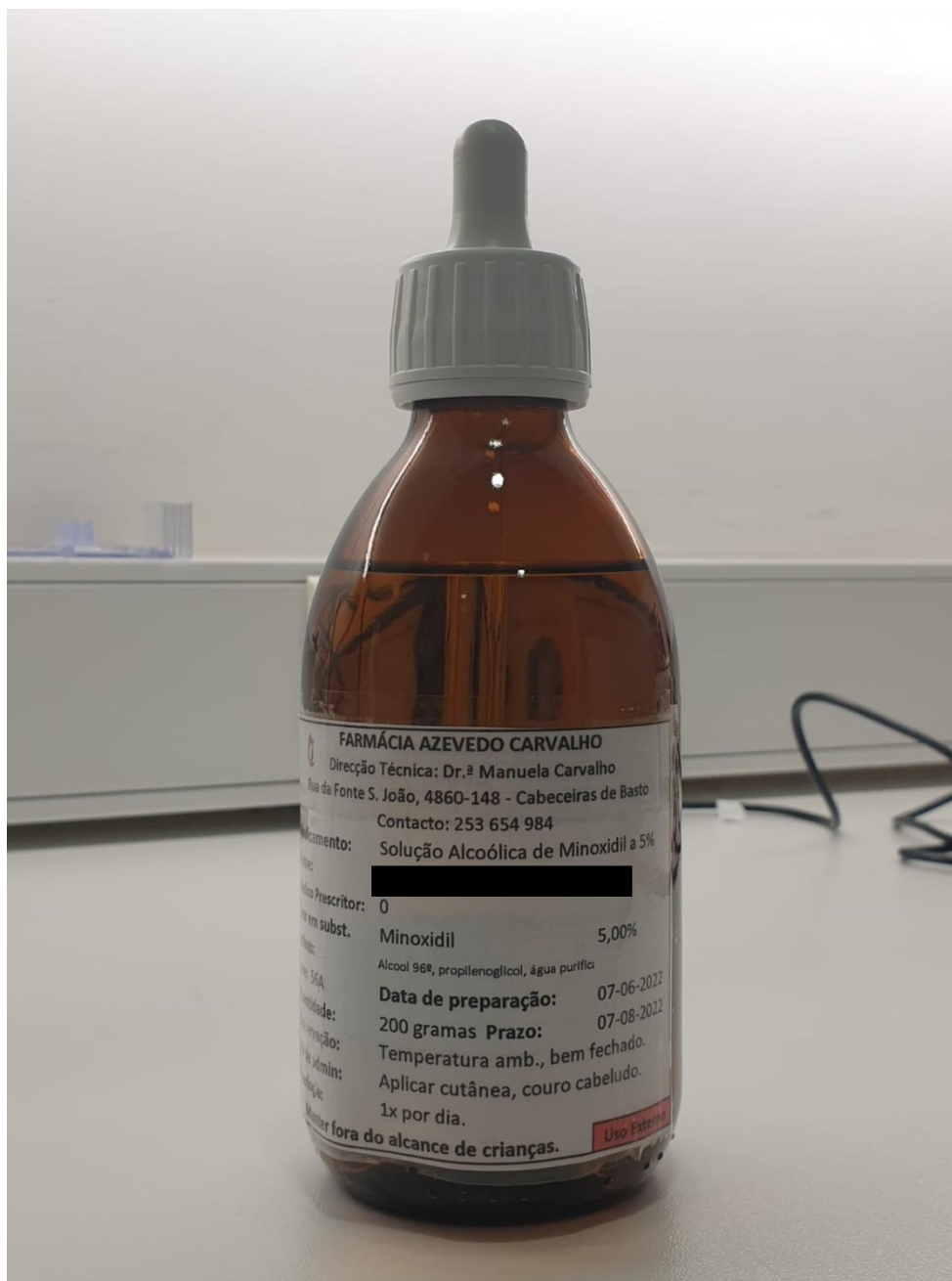


Figura 11 - Manipulado.

Anexo XXVI

Tabelas com os problemas mais comuns da FAC

TOSSE

⚠ Perguntar ao utente se é diabético.

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- ✓ beber muitos líquidos que ajudem a limpar as secreções;
- ✓ evitar álcool, café e tabaco;
- ✓ evitar esforçar a voz;
- ✓ humidificar o ambiente;
- ✓ fazer inalações de vapor;
- ✓ descansar.

Tosse Seca

Nome	Posologia	Precauções	Contraindicações	EF. adversos	FF
LEVOTUSS (levodropropizina) - Crianças e adultos	<ul style="list-style-type: none"> • 20 gotas 3x/dia • Intervalo das refeições 	<ul style="list-style-type: none"> • < 2 anos - indicação médica • Se não melhorar até 2 semanas consultar o médico. 	Insuficiência cardíaca	Raro	<ul style="list-style-type: none"> • Xarope • Gotas • Comprimidos
BENFLUX (Dextrometorfano) - Recomendado + para jovens altos saudáveis. - o dextrometorfano deriva da morfina, atuando a nível central, e por isso, causa dependência (EVITAR em pessoas c/ depressão, doenças psíquicas, idusos).	1 colher de sopa de 8/8 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Após abertura, usar no prazo de 12 meses; • Contém açúcar; • Não recomendado a < 6 anos; • Não usar por tempo prolongado. 		<ul style="list-style-type: none"> • Fadiga • Náuseas • Perturbações GI • Tontura • Vômitos 	Xarope

Tosse c/ expectoração

Nome	Posologia	Precauções	Contraindicações	EF. adversos	FF
FLUIMUCIL (3% e 4%) (acetilcisteína) - Adultos e crianças mais crescidas	<ul style="list-style-type: none"> • Crianças: 5ml, 3x/dia • Adultos: 10 ml, 3x/dia 	<ul style="list-style-type: none"> • Após abertura usar no prazo de 15 dias; • < 2 anos - indicação médica. 			<ul style="list-style-type: none"> • Xarope • Comprimidos efervescentes (1 comp. 1x/dia)
PANATOSSE	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos: 10 ml, 2-3 x/dia • Crianças 1-6 anos: 5 ml, 2x/dia • Crianças > 6 anos: 10 mL, 2x/dia 	Crianças > 1 ano e adultos			Xarope e pastilhas

PRECAUÇÕES

- ✓ Não usar em crianças c/ idade < 5 anos
- ✓ Não usar por > de 14 dias, se piorar, consultar o médico.

- Adultos e crianças > 6 anos: deixar dissolver lentamente uma pastilha na boca, a cada 3-4 horas, até um máx. de 4 pastilhas/dia.
- Crianças 3-6 anos: igual mas até um máx. 3 pastilhas/dia.

DOR DE GARGANTA (ODINOFAGIA)

Nome	Posologia	Precauções	Contraindicações	EF. adversos	FF
ROSCIN (NABUMETOL)					

OOBUNTIIVITES

Nome	Posologia	Precauções	Contraindicações	EF. adversos	FF
ROSCIN (NABUMETOL)					

GRUPE E COIBTIPOÇÕES

Nome	Posologia	Precauções	Contraindicações	EF. adversos	FF
ROSCIN (NABUMETOL)					

DOR DE CABEÇA (CEFALÉIA)

Nome	Posologia	Precauções	Contraindicações	EF. adversos	FF
ROSCIN (NABUMETOL)					

DORES MUSCULARES (MIALGIA)

Nome	Posologia	Precauções	Contraindicações	EF. adversos	FF
ROSCIN (NABUMETOL)					

DORES NOS OSSOS E ARTICULAÇÕES

Nome	Posologia	Precauções	Contraindicações	EF. adversos	FF
ROSCIN (NABUMETOL)					

PERDAS PEIADAS

Nome	Posologia	Precauções	Contraindicações	EF. adversos	FF
ROSCIN (NABUMETOL)					

DIARRÉIA

Nome	Posologia	Precauções	Contraindicações	EF. adversos	FF
ROSCIN (NABUMETOL)					

RUÍTUÍDIA

Nome	Posologia	Precauções	Contraindicações	EF. adversos	FF
ROSCIN (NABUMETOL)					

RESÇÃO ALÉRGICA

Nome	Posologia	Precauções	Contraindicações	EF. adversos	FF
ROSCIN (NABUMETOL)					

RUÍTE ALÉRGICA

Nome	Posologia	Precauções	Contraindicações	EF. adversos	FF
ROSCIN (NABUMETOL)					