

**Avaliação da Ansiedade e do Consumo de  
Substâncias com Propriedades Ansiolíticas  
no Rendimento Académico nos estudantes  
da Universidade da Beira Interior**

**Experiência Profissionalizante na Vertente de  
Investigação e Farmácia Comunitária**

**Ana Bárbara Carvalho Sampaio**

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

Orientador: Mestre Tiago Alexandre Pires Rosado  
Co-orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Eugenia Gallardo Alba

**dezembro de 2021**



Aos meus pais, irmão e avó.



# Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer à professora Eugenia e ao professor Tiago por toda a ajuda e disponibilidade dada desde o início deste projeto. Foi um enorme gosto ter-vos como orientadores e estou-vos eternamente agradecida!

À minha família, pais, irmão e avó, por serem o meu pilar em todas as etapas da minha vida, por sempre me darem força nos momentos mais difíceis e angustiantes, por me apoiarem incondicionalmente em todas as minhas decisões, mesmo quando vos deixava de coração nas mãos, e pelo esforço e dedicação diário para que nada me faltasse. Obrigada por acreditarem sempre em mim e nas minhas capacidades, mesmo quando eu duvidava delas, sem vocês nada disto seria possível. A vocês devo a minha vida!

Às minhas melhores amigas, Xana, Ana e Cláudia, que apesar de as circunstâncias da vida nem sempre terem facilitado o nosso convívio, nunca perdemos o contacto e nunca deixaram de me apoiar e dar força! Sei que a nossa amizade será para sempre e que poderei contar sempre com vocês para tudo! Um sincero obrigada!

A todos os amigos da Covilhã, a família que nunca vou esquecer, com quem passei os melhores momentos destes 5 anos. Por todos os cafés nas noites de estudo, todos os apontamentos, todos os momentos de palhaçada, todas as noites académicas, tudo! Sempre me disseram que este curso não se faz sozinho e é bem verdade, sem vocês não teria conseguido e ficaria para sempre no meu coração! Obrigada por tudo!

Ao meu namorado Sérgio, a melhor pessoa que a Covilhã me deu, a pessoa que realmente conhece os meus pontos fortes e fracos, a pessoa que esteve comigo desde o início e me ajudou e apoiou em tudo, acreditando sempre em mim, mesmo quando eu não acreditava. Obrigada por tudo meu amor!

Por fim, a todas as minhas estrelinhas que olham por mim do céu. Sei que vocês me guiam e dão uma força interior para conseguir ultrapassar todas as dificuldades da vida!



# Resumo

O presente documento, elaborado no âmbito da unidade curricular Estágio, incluída no plano de estudos do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, está dividido em 2 capítulos: o Capítulo I que demonstra a componente de investigação e os resultados dela obtidos relativamente a um tema do ramo das Ciências Farmacêuticas e o Capítulo II que aborda a experiência profissionalizante na vertente de Farmácia Comunitária.

O primeiro capítulo aborda a temática da ansiedade e do consumo de substâncias com propriedades ansiolíticas e o seu impacto no rendimento académico dos estudantes da Universidade da Beira Interior. A prevalência da ansiedade nos estudantes do Ensino Superior, resultante de diversos estímulos de *stress* na sua vida quotidiana, encontra-se bem documentada não só em Portugal, como em todo o Mundo. Do mesmo modo, encontra-se documentado o consumo de substâncias ansiolíticas, por parte de estudantes universitários com a finalidade de aliviar a ansiedade a que estão sujeitos.

Desta forma, realizou-se um estudo observacional transversal através da aplicação de um inquérito *online* anónimo e confidencial, respondido por 429 estudantes da população dos 8400 alunos inscritos na UBI no ano letivo 2020/2021. Este teve por objetivo a recolha de informação sólida e empírica relativamente à presença de ansiedade e o perfil de consumo de substâncias com propriedades ansiolíticas, como é o caso de chás/infusões, suplementos e medicamentos, bem como o seu efeito no rendimento académico na população descrita em epígrafe. Adicionalmente tentou-se perceber os principais motivos que despoletam ansiedade, bem como os motivos que originam o consumo dessas substâncias; possíveis efeitos adversos resultantes do consumo das mesmas e, por fim, avaliar o conhecimento e atitudes dos estudantes em relação aos medicamentos ansiolíticos.

Este mesmo inquérito *online* e inscrito na plataforma *Google Forms*, obteve aprovação por parte da Comissão de Ética (CE) da UBI no mês de janeiro do corrente ano 2021.

Dos resultados obtidos fez parte a amostra dos 429 participantes, com uma maior percentagem de alunos do sexo feminino (72,5%), da faixa etária dos 18 aos 21 anos (52,9%) e da área das Ciências da Saúde (43,8%). O ciclo de estudos mais predominante foi o Mestrado Integrado (42,4%), sendo que o ano de curso mais prevalente foi o primeiro (27,3%).

A ansiedade está presente em quase toda a amostra de estudantes inquiridos (95,1%), sendo que os mais afetados foram os participantes do sexo feminino (97,4%), a faixa etária dos 22 aos 25 anos (98,1%) e os alunos de 4<sup>o</sup> e 6<sup>o</sup> ano de estudos (100%) e de doutoramento (100%). A combinação maioritária referente aos motivos que despoletam esta emoção foi “Preocupação com o sucesso académico e Adaptação à vida universitária em termos de

*exigências, autonomia e responsabilidades*” com 15,4% do total e a minoritária “*Deslocação da residência de origem e Número de horas de sono insuficientes*” com 0,2%. Na grande maioria, a influência da ansiedade no rendimento acadêmico revelou-se negativa (76,9%)

No que respeita ao consumo das substâncias com propriedades ansiolíticas abordadas neste estudo, as mais consumidas pelos participantes foram os chás/infusões (65,3%), comparativamente às restantes (32,9% para suplementos e 28,0% para os medicamentos). De uma forma geral, da análise resultante entre a associação das diversas variáveis sociodemográficas dos participantes e o consumo de substâncias ansiolíticas, concluiu-se que, de entre os dois sexos, é o feminino que possui uma maior percentagem de utilização dessas substâncias (71,7%, 38,3% e 30,5% para chás/infusões, suplementos e medicamentos, respetivamente). De todas as faixas etárias, é a dos 26 aos 29 anos que apresenta um maior grau de consumo de chás/infusões, suplementos e medicamentos (com 90,0%, 40,0% e 35,0%, respetivamente). Comparando as diversas áreas de curso, é a área de Artes e Letras que apresenta maior uso apenas de chás/infusões (71,4%) e suplementos (38,8%), uma vez que, para os medicamentos, é a área de Ciências da Saúde que detêm uma maior percentagem de respostas positivas (31,4%).

Por último, no que concerne às atitudes e conhecimentos por parte dos estudantes da UBI relativamente aos medicamentos ansiolíticos, 96,7% considerou o aconselhamento fundamental para um bom uso de ansiolíticos, 62% relatou que podem ser causadores de dependência e/ou tolerância e 81,6% afirmou que a conclusão do tratamento deve ser feita gradualmente. Com isto, conclui-se que os alunos, quase na sua totalidade, estão cientes e bem informados no que diz respeito às temáticas destas substâncias.

Finalmente, o segundo capítulo ilustra toda a experiência adquirida em todas as funções associadas à prática quotidiana do farmacêutico comunitário, visto como um agente promocional do uso racional do medicamento e de saúde e bem-estar geral da comunidade. Este estágio decorreu na Farmácia Moura, em Fafe, no distrito de Braga, tendo início a 1 de março e término a 9 de julho de 2021.

## **Palavras-chave**

Ansiedade; Substâncias Ansiolíticas; Rendimento Académico; Estudantes Universitários; Farmácia Comunitária.

# Abstract

This document, elaborated for the curricular unit *Estágio*, that is included in the curricular plan of *Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas*, is divided into 2 chapters. Chapter I which demonstrates the research component and the results obtained in relation to a topic in the field of Pharmaceutical Sciences and Chapter II, which addresses the professional experience in Community Pharmacy.

The first chapter addresses the issue of anxiety and the consumption of substances with anxiolytic properties and their impact on the academic performance of students at the University of Beira Interior. The prevalence of anxiety in higher education students, resulting from various stress stimuli in their daily life, is well documented not only in Portugal, but throughout the world. Also documented is the consumption of anxiolytic substances by university students, with the purpose of alleviating the anxiety they are subject to.

Thus, an observational transversal study was carried out through the application of an anonymous and confidential online survey, answered by 429 students from the population of 8400 students enrolled at UBI in the 2020/2021 academic year. This aimed to collect solid and empirical information regarding the presence of anxiety and the consumption profile of substances with anxiolytic properties, such as teas/infusions, supplements, and medicines, as well as their effect on academic performance. Additionally, this study attempted to understand the main reasons that trigger anxiety, as well as the reasons that lead to the consumption of these substances, possible adverse effects resulting from their consumption and, finally, to assess the knowledge and attitudes of students in relation to anxiolytic drugs.

This same online survey, registered on the Google Forms platform, was approved by the Ethics Committee (EC) of UBI in January 2021.

The results obtained included a sample of 429 participants, with a higher percentage of female students (72,5%), aged between 18 and 21 years (52,9%) and in the area of Health Sciences (43,8%). The most prevalent study cycle was the Integrated Masters (42,4%), with the most prevalent year being the first (27,3%).

Anxiety is present in almost the entire sample of surveyed students (95,1%), with the most affected being female participants (97,4%), aged between 22 and 25 years old (98,1%) and students from the 4<sup>th</sup> and 6<sup>th</sup> year of studies (100%) and doctoral (100%). The major reason that triggers this emotion was "*Concern with academic success and adaptation to university life in terms of requirements, autonomy and responsibilities*" with 15,4% of the

total while only a minority answered "*Relocation of home and number of insufficient hours of sleep*" with 0,2%. For the vast majority (76,9%), anxiety had a negative influence on their academic performance.

Regarding the consumption of substances with anxiolytic properties, the most consumed by were teas/infusions (65,3%), compared to the others (32,9% for supplements and 28,0% for medicines). Overall, from the association of the various sociodemographic variables of the participants and the consumption of anxiolytic substances, it was concluded that girls have a higher percentage of use of these substances (71,7%, 38,3% and 30,5% for teas/infusions, supplements and medicines, respectively). Of all age groups, 26 to 29 years old revealed the highest level of consumption of teas/infusions, supplements and medicines (with 90,0%, 40,0% and 35,0%, respectively) and comparing the different course areas, it was the Arts area that presented the highest use of teas/infusions (71,4%) and supplements (38,8%), while, for medicines, Health Sciences area presented highest percentage of positive responses (31,4%).

Finally, regarding the attitudes and knowledge of UBI students about anxiolytic drugs, 96,7% considered counseling essential for their correct use, 62,0% reported that they can cause dependence and/or tolerance and 81,6% stated that the treatment ending should be done gradually. With this, it was concluded that the students, almost in their entirety, are aware and well-informed concerning about the themes of these substances.

Finally, the second chapter illustrates all the experience acquired in all functions associated with the daily practice of the community pharmacist, seen as a promotional agent for the rational use of medication and for the general health and well-being of the community. This internship took place at Farmácia Moura, in Fafe, in the district of Braga, starting on March 1st and ending on July 9, 2021.

## **Keywords**

Anxiety; Anxiolytic Substances; Academic Performance; University Students; Community Pharmacy.

# Índice

<b>Capítulo I - Avaliação da Ansiedade e do Consumo de Substâncias com Propriedades Ansiolíticas no Rendimento Académico dos estudantes da Universidade da Beira Interior .....</b>	<b>1</b>
1. Introdução .....	1
1.1. Ansiedade .....	2
1.1.1. Fisiopatologia da Ansiedade .....	3
1.1.2. Epidemiologia .....	5
1.1.3. Ansiedade nos Estudantes do Ensino Superior .....	5
1.2. Substâncias com Propriedades Ansiolíticas .....	6
1.2.1. Chás/Infusões e Suplementos .....	6
1.2.1.1. Valeriana ( <i>Valeriana officinalis</i> ) .....	7
1.2.1.2. Erva-cidreira ( <i>Melissa officinalis</i> ) .....	8
1.2.1.3. Passiflora ( <i>Passiflora incarnata</i> ) .....	8
1.2.1.4. Tília ( <i>Tília x Vulgaris</i> ) .....	9
1.2.1.5. Camomila ( <i>Matricaria recutita</i> ) .....	10
1.2.1.6. Hipericão ( <i>Hypericum perforatum</i> ) .....	10
1.2.1.7. Melatonina .....	11
1.2.2. Medicamentos .....	11
1.2.2.1. Medicamentos à base de plantas .....	12
1.2.2.2. Benzodiazepinas .....	12
1.2.2.3. Análogos das Benzodiazepinas/Fármacos Z .....	13
1.2.2.4. Barbitúricos .....	14
1.2.2.5. Antidepressivos .....	14
1.2.2.6. Buspirona .....	15
1.2.2.7. Anti-histamínicos .....	16
1.2.2.8. Antagonistas $\beta$ -adrenérgicos .....	16
1.3. Prevalência do Consumo de Substâncias com Propriedades Ansiolíticas .....	17
2. Justificação do Tema e Objetivos .....	19
2.1. Justificação do Tema .....	19
2.2. Objetivos .....	19
3. Material e Métodos .....	20
3.1. Tipo de Estudo .....	20
3.2. Seleção da Amostra .....	21
3.3. Participantes/Critérios de Inclusão e Exclusão .....	21

3.4.	Recolha de Dados .....	22
3.4.1.	Instrumento de Recolha de Dados .....	22
3.4.2.	Procedimento de Recolha de Dados .....	22
3.4.3.	Análise dos Dados .....	24
4.	Resultados e Discussão .....	24
4.1.	Caracterização Sociodemográfica.....	25
4.1.1.	Sexo.....	25
4.1.2.	Idade .....	25
4.1.3.	Área de curso .....	26
4.1.4.	Ciclo de estudos .....	26
4.1.5.	Residência na cidade de estudo .....	27
4.1.6.	Frequência de avaliações .....	28
4.1.7.	Abandono do atual curso .....	28
4.2.	Avaliação da Ansiedade .....	29
4.3.	Prevalência do consumo de substâncias com propriedades ansiolíticas .....	32
4.3.1.	Motivos de consumo de substâncias com propriedades ansiolíticas .....	32
4.3.2.	Consumo de Chás/Infusões .....	32
4.3.3.	Consumo de Suplementos Ansiolíticos .....	36
4.3.3.1.	Medidas Não Farmacológicas .....	40
4.3.4.	Consumo de Medicamentos Ansiolíticos.....	40
4.3.5.	Noções sobre Medicamentos Ansiolíticos .....	46
4.4.	Impacto no Rendimento Académico .....	47
4.4.1.	Ansiedade.....	47
4.4.2.	Chás/Infusões .....	48
4.4.3.	Suplementos Ansiolíticos.....	49
4.4.4.	Medicamentos Ansiolíticos.....	50
5.	Limitações do Estudo .....	51
6.	Conclusões.....	51
 <b>Capítulo II – Estágio em Farmácia Comunitária.....</b>		<b>54</b>
1.	Introdução .....	54
2.	Organização da Farmácia.....	55
2.1.	Localização e Horário de Funcionamento.....	55
2.2.	Recursos Humanos.....	55
2.3.	Espaço Físico .....	57
2.3.1.	Espaço Exterior.....	57
2.3.2.	Espaço Interior .....	57

2.4.	Equipamentos Gerais e Específicos.....	62
2.5.	Sistema Informático .....	62
3.	Informação e Documentação Científica.....	63
4.	Medicamentos e outros produtos de saúde .....	65
4.1.	Conceitos e Definição .....	65
4.2.	Classificação ATC .....	67
5.	Atividades de <i>BackOffice</i> .....	68
5.1.	Aprovisionamento e Armazenamento.....	68
5.1.1.	Critérios de Seleção de um Fornecedor/Armacenista.....	69
5.1.2.	Critérios de Aquisição de Medicamentos e Produtos de saúde.....	70
5.1.3.	Receção e Conferência de Encomendas.....	71
5.1.4.	Marcação de Preços .....	74
5.1.5.	Critérios e Condições de Armazenamento.....	74
5.1.6.	Prazos de Validade.....	75
5.1.7.	Devoluções .....	75
5.2.	Receituário/Faturação.....	76
5.2.1.	Conferência de Receituário.....	76
5.2.2.	Tratamento de Receituário e Faturação .....	77
5.2.3.	Receituário Devolvido.....	78
6.	Interação Farmacêutico – Utente – Medicamento.....	79
6.1.	Princípios Éticos e Deontológicos e Informação ao utente.....	79
6.2.	Farmacovigilância .....	79
6.3.	Reencaminhamento dos Medicamentos Fora de Uso.....	80
6.3.1.	VALORMED® .....	80
7.	Dispensa de Medicamentos.....	81
7.1.	Classificação de Medicamentos Quanto à Dispensa .....	82
7.2.	Regimes de Comparticipação .....	82
7.3.	Dispensa de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica.....	85
7.3.1.	Receitas Médicas e Validação .....	85
7.3.2.	Processamento informático da receita médica e Dispensa .....	90
7.4.	Dispensa de Estupefacientes e Psicotrópicos.....	92
7.5.	Dispensa de Produtos destinados ao autocontrolo da <i>Diabetes Mellitus</i> .....	93
7.6.	Dispensa de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica .....	94
7.7.	Particularidades e Obrigações do ato de Dispensa .....	94
8.	Automedicação.....	95
9.	Aconselhamento e Dispensa de Outros Produtos de Saúde .....	96
9.1.	Medicamentos e Produtos de Uso Veterinário.....	96

9.2.	Produtos de Dermofarmácia, Cosmética e Higiene .....	97
9.3.	Produtos Dietéticos para Alimentação Especial.....	97
9.3.1.	Produtos para Fins Medicinais Específicos .....	98
9.3.2.	Produtos Dietéticos Infantis .....	98
9.3.3.	Produtos Dietéticos de Restrição Calórica para Redução de Peso .....	99
9.4.	Fitoterapia e Suplementos Nutricionais (Nutracêuticos) .....	99
9.5.	Dispositivos Médicos .....	100
10.	Serviços Farmacêuticos/ Cuidados de Saúde.....	101
10.1.	Parâmetros Antropométricos .....	101
10.1.1.	Peso, Altura e Índice de Massa Corporal (IMC) .....	101
10.2.	Parâmetros Bioquímicos .....	102
10.2.1.	Glicémia Capilar .....	102
10.2.2.	Colesterol total/LDL/HDL e Triglicérides.....	103
10.2.3.	Ácido Úrico .....	103
10.3.	Pressão Arterial e Frequência Cardíaca .....	103
10.4.	Outros Serviços.....	105
10.4.1.	Administração de Injetáveis e Vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação .....	105
10.4.2.	Teste à Covid-19.....	105
10.4.3.	Testes de Gravidez .....	105
10.4.4.	Consulta de Podologia .....	106
10.4.5.	Consulta de Nutrição .....	106
10.4.6.	Tratamentos de Estética .....	106
10.4.7.	Preparação individualizada de medicação.....	106
11.	Preparação de Medicamentos .....	106
11.1.	Medicamentos Manipulados .....	106
11.1.1.	Definição .....	107
11.1.2.	Boas Práticas de Preparação de Medicamentos Manipulados .....	107
11.1.3.	Prazos de Validade .....	108
11.1.4.	Regime de Preços.....	109
11.1.5.	Comparticipação .....	109
11.1.6.	Registos/Rastreabilidade dos Manipulados .....	110
11.2.	Preparações Extemporâneas .....	111
12.	Cartão de pontos da Farmácia Moura.....	111
13.	Conclusão .....	111
Anexos	.....	128

# Lista de Figuras

## **Capítulo I – Avaliação da Ansiedade e do Consumo de Substâncias com Propriedades Ansiolíticas no rendimento académico dos estudantes da Universidade da Beira Interior**

Figura 1	Distribuição da amostra segundo o sexo.	25
Figura 2	Distribuição da amostra segundo a idade.	25
Figura 3	Distribuição da amostra segundo a área de curso.	26
Figura 4	Distribuição da amostra segundo o ciclo de estudos.	26
Figura 5	Distribuição da amostra segundo o ano do ciclo de estudos.	27
Figura 6	Distribuição da amostra de acordo com a residência na cidade de estudo.	27
Figura 7	Distribuição percentual da amostra segundo a frequência de avaliações.	28
Figura 8	Distribuição percentual dos estudantes segundo os profissionais de saúde requisitados.	29
Figura 9	Distribuição percentual da amostra quanto ao consumo de chás e/ou infusões.	32
Figura 10	Distribuição percentual da amostra segundo o consumo do chá/infusão sozinho ou com medicação ansiolítica.	33
Figura 11	Distribuição percentual dos inquiridos relativamente à frequência de consumo de chá/infusões.	34
Figura 12	Distribuição percentual dos estudantes de acordo com a altura do dia de consumo do chá/infusão.	34
Figura 13	Distribuição percentual dos estudantes segundo o profissional de saúde que prestou aconselhamento acerca do chá/infusão.	35

Figura 14	Distribuição percentual da amostra quanto à necessidade de aumento do consumo de chás/infusões em alturas de avaliações.	35
Figura 15	Distribuição da amostra quanto ao consumo de suplementos ansiolíticos.	37
Figura 16	Distribuição percentual dos inquiridos relativamente à frequência de consumo do suplemento ansiolítico.	37
Figura 17	Distribuição percentual da amostra segundo o aconselhamento de suplementos ansiolíticos.	38
Figura 18	Distribuição percentual dos estudantes relativamente à necessidade de aumento do consumo de suplementos em alturas de avaliações.	38
Figura 19	Distribuição percentual da amostra segundo as medidas não farmacológicas usadas.	40
Figura 20	Distribuição percentual dos inquiridos segundo o consumo de medicamentos ansiolíticos.	40
Figura 21	Distribuição percentual da amostra de acordo com o fármaco ansiolítico consumido.	42
Figura 22	Distribuição percentual da amostra segundo o profissional de saúde que prestou aconselhamento do medicamento.	42
Figura 23	Distribuição percentual dos inquiridos relativamente à frequência de consumo do medicamento ansiolítico.	43
Figura 24	Distribuição percentual dos estudantes relativamente à necessidade de aumento do consumo de medicamentos em alturas de avaliações.	43
Figura 25	Distribuição percentual da amostra relativamente ao aumento da dose do medicamento sem conhecimento do profissional de saúde.	44

Figura 26	Distribuição percentual da amostra segundo a opinião sobre o aconselhamento ser fundamental.	46
Figura 27	Noção dos estudantes quanto ao facto de os medicamentos ansiolíticos causarem dependência e/ou tolerância.	47
Figura 28	Noção dos estudantes relativamente à conclusão do tratamento com medicamentos ansiolíticos.	47
Figura 29	Distribuição percentual da amostra segundo a influência da ansiedade no rendimento académico.	48
Figura 30	Distribuição percentual da amostra segundo o impacto do chá/infusão no rendimento académico.	49
Figura 31	Distribuição percentual da amostra segundo o efeito do suplemento no rendimento académico.	50
Figura 32	Distribuição percentual da amostra segundo o efeito do medicamento no rendimento académico.	50



# Lista de Tabelas

## **Capítulo I – Avaliação da Ansiedade e do Consumo de Substâncias com Propriedades Ansiolíticas no rendimento académico dos estudantes da Universidade da Beira Interior**

Tabela 1	Distribuição percentual da amostra que afirmou sentir ansiedade segundo o consumo de chás/infusões.	32
Tabela 2	Distribuição da amostra de acordo com os chás/infusões consumidos.	33
Tabela 3	Distribuição percentual da amostra que afirmou sentir ansiedade segundo o consumo de suplementos ansiolíticos.	37
Tabela 4	Distribuição percentual da amostra que afirmou sentir ansiedade segundo o consumo de medicamentos ansiolíticos.	41
Tabela 5	Estatística descritiva dos resultados obtidos acerca dos efeitos adversos resultantes da toma do medicamento ansiolítico.	44
Tabela 6	Estatística descritiva dos resultados obtidos acerca dos motivos do aconselhamento ser fundamental.	46

## **Capítulo II – Estágio em Farmácia Comunitária**

Tabela 7	Classificação ATC da Sertralina.	68
Tabela 8	Classificação Farmacoterapêutica da Sertralina.	68
Tabela 9	Intervalos de referência para o Índice de Massa Corporal (IMC).	101
Tabela 10	Valores de Referência para a Glicémia capilar.	102
Tabela 11	Valores de referência da pressão arterial	104



## Lista de Acrónimos

ADT	Antidepressivos Tricíclicos
AFP	Associação de Farmácias de Portugal
AIM	Autorização de Introdução no Mercado
ANF	Associação Nacional de Farmácias
ARS	Administração Regional de Saúde
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical</i>
BDNP	Base de Dados Nacional de Prescrições
B-HCG	Hormona beta-gonadotrofina coriónica humana
BZD	Benzodiazepinas
CCF	Centro de Conferências de Faturas
CE-UBI	Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior
CIAV	Centro de Informação Antivenenos
CIM	Centro de Informação do Medicamento
CIMI	Centro de Informação do Medicamento e Produtos de Saúde
CNP	Código Nacional do Produto
DCI	Denominação Comum Internacional
DGAV	Direção Geral de Alimentação e Veterinária
DGS	Direção Geral de Saúde
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
FEFO	<i>First Expire, First Out</i>
FM	Farmácia Moura
GABA	Ácido Gama-Aminobutírico
GAD	Enzima glutamate descarboxilase
Glintt	<i>Global Intelligent Technologies</i>
GRP	Gabinete de Relações Públicas
IMAO	Inibidores da Monoamina oxidase
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

ISRNS	Inibidores Seletivos da Recaptação de Norepinefrina e Serotonina
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
IVA	Imposto de Valor Acrescentado
LVMNSRM	Locais de Venda de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MBP	Medicamentos à Base de Plantas
MM	Medicamento Manipulado
MNSRM	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica
MSRM	Medicamento Sujeito a Receita Médica
MUV	Medicamento de Uso Veterinário
NE	Norepinefrina
OF	Ordem dos Farmacêuticos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Perturbações de Ansiedade
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PIC	Preço Impresso na Cartonagem
PRM	Problema Relacionado com Medicamento
PUV	Produto de Uso Veterinário
PVA	Preço de Venda ao Armazenista
PVF	Preço de Venda à Farmácia
PVP	Preço de Venda ao Público
RAM	Reação Adversa ao Medicamento
RCM	Resumo das Características do Medicamento
SARS-COV-2	Coronavírus
SIGREM	Sistema Integrado de Gestão de Resíduos de Embalagens e Medicamentos
SNC	Sistema Nervoso Central
SNS	Sistema Nacional de Saúde
TC	Taxa de Comercialização
UBI	Universidade da Beira Interior
5-HT	Serotonina

# **Capítulo I - Avaliação da Ansiedade e do Consumo de Substâncias com Propriedades Ansiolíticas no Rendimento Acadêmico dos estudantes da Universidade da Beira Interior**

## **1. Introdução**

A palavra *ansiedade*, derivada do latim *anxietas*, e é utilizada para exprimir sentimentos de apreensão, medo, preocupação e inquietação. Apesar da sua conotação usualmente negativa, a ansiedade pode desempenhar um papel protetor ou adaptativo, uma vez que pode ser vista como uma resposta de adaptação a uma ameaça. Esta resposta pode expressar-se de forma inadequada, tornando-se patológica, sempre que é excessiva e desproporcional ao nível de perigo, podendo, com isso, conduzir à ocorrência, frequente, de ataques de pânico e graves sintomas físicos que, por sua vez, interferem com o quotidiano do indivíduo [1].

Os estudantes universitários pertencem a uma das faixas etárias propícias ao desenvolvimento de sintomas de ansiedade face a inúmeras situações, uma vez que têm de gerir simultaneamente aspetos pessoais, relacionais, sociais e académicos. A pressão da sociedade, da família e o próprio ambiente de competição que os estudantes vivenciam nas instituições de ensino superior, fomentam o desejo de se ser o “melhor” em tudo. Por vezes, a procura pelo melhor desempenho académico e sucesso pessoal, a pressão das avaliações e prazos a cumprir, assim como a gestão da vida pessoal, quando, muitas vezes, vivenciados longe do contexto familiar, pode gerar maiores níveis de ansiedade nestes indivíduos [2].

Atualmente, um variado leque de substâncias ansiolíticas, que variam desde chás/infusões e suplementos a medicamentos, estão disponíveis e são requisitadas pelos estudantes de forma a aliviar os sintomas provocados pela ansiedade. Essas substâncias podem provocar inúmeros efeitos adversos, tais como, sonolência, confusão, alteração da capacidade de atenção, entre outros. Muitas delas, se forem usadas por um longo período de tempo, provocam dependência e, quando retiradas de forma abrupta, originam o síndrome de abstinência caracterizado pelo aumento da agitação psicomotora e/ou maior risco de convulsões [3].

Deste modo, dada a elevada utilização deste tipo de substâncias e os efeitos que delas podem advir, torna-se fulcral verificar os conhecimentos e atitudes dos estudantes do Ensino Superior relativamente a esses compostos.

## 1.1. Ansiedade

A ansiedade é uma emoção normal que os indivíduos experienciam no seu quotidiano e pode ser caracterizada como um estado psíquico de tensão e apreensão, associado a uma sensação desagradável de medo e aflição [4]. Pode ainda ser associada à perturbação da mente e desconforto corporal provocado pela antecipação do perigo ou de algo desconhecido em que o indivíduo encontra-se numa posição de expectativa, geralmente convicto da sua impossibilidade de defesa, desconhecendo a intensidade e o momento do acontecimento que está prestes a suceder [4].

O desconforto causado pela ansiedade costuma ser descrito por sensações físicas desagradáveis como “*frio na barriga*”, “*aperto no coração*”, “*nó na garganta*” e “*mãos suadas*”. Nas reações mais frequentes de ansiedade as pessoas sentem-se apreensivas, preocupadas e com sensação de falta de ar. Também surgem, frequentemente, problemas no sono e vários outros sintomas físicos, como a aceleração da respiração, aumento da pressão arterial, palpitações, urgência urinária, tremores, suores, diarreia, tensão muscular, rubor, confusão, mãos frias e húmidas, fraqueza muscular nos membros inferiores, palidez, cefaleias, náuseas, sudação e desmaio [5].

Estas manifestações podem ser passageiras e a forma de como as pessoas reagem e sentem a sua intensidade pode variar de níveis quase nem perceptíveis até níveis muito elevados [6]. Sendo um sentimento comum na vida de um indivíduo, funciona como um impulso para mudanças e alterações experienciadas ao longo da vida e, quando não é desproporcional, ajuda no aumento da criatividade e estimula a cooperação interpessoal, ou seja, verifica-se como um fator promotor do desenvolvimento pessoal [7].

Não obstante, a ansiedade pode passar de um estado normal a patológico caracterizado por um conjunto de reações desproporcionadas e exageradas a um estímulo. Deste modo, podem interferir negativamente na vida social, académica e profissional do indivíduo, desencadeando sofrimento e problemas de ordem social, o que prejudica o seu processo de desenvolvimento normal [7]. Estas situações surgem, com regularidade, como um dos sintomas mais frequentes nos consultórios médicos, sendo que são designadas pela literatura médica e psiquiátrica por Perturbações de Ansiedade (PA) [8].

A ansiedade patológica pode-se distinguir da não patológica mediante critérios de diagnóstico bem definidos. Assim sendo, para que possamos estar perante um diagnóstico de Perturbação de Ansiedade, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* da *American Psychiatric Association*, é necessário que esta interfira negativamente na qualidade de vida (nas emoções ou no desempenho diário do indivíduo, impedindo a realização das suas atividades profissionais, sociais e

académicas) e/ou quando envolve um determinado grau de sofrimento associado aos sintomas por si causados [9].

As PA, de acordo com o DSM-5, podem ser divididas em várias categorias, entre as quais a ansiedade generalizada, distúrbio de pânico, agorafobia, perturbação de ansiedade por separação, fobia social, fobias específicas, mutismo seletivo, perturbação de ansiedade induzida por medicação ou outras substâncias e perturbação de ansiedade devido a outras doenças [9].

### **1.1.1. Fisiopatologia da Ansiedade**

Na base da fisiopatologia da ansiedade estão envolvidos inúmeros mecanismos neuroquímicos. Uma vez que possibilita a investigação de novos agentes farmacológicos para um tratamento mais seletivo e, conseqüentemente, mais eficaz, deve-se promover o aumento da literacia acerca destes mecanismos [10].

O sistema límbico é a estrutura cerebral responsável pelas emoções e comportamentos sociais, por isso, é também responsável pela sensação de medo e ansiedade [11]. O sentimento de preocupação provoca a libertação de hormonas (por exemplo, epinefrina e norepinefrina) que aumentam os batimentos cardíacos e a respiração, dando origem a taquicardia e falta de ar. A regulação de todo este sistema é feita por neurotransmissores que se relacionam com o humor e a sensação de bem-estar. Os neurotransmissores considerados mais importantes no desenvolvimento da ansiedade são a serotonina (5-HT), ácido gama-aminobutírico (GABA) e norepinefrina (NE) [12–14].

A serotonina está envolvida em vários processos fisiológicos e patológicos por todo o corpo, sendo que ao nível do Sistema Nervoso Central (SNC) participa na regulação do sono, do humor, da temperatura, na vigília e em funções cognitivas como a aprendizagem e a memória [15, 16]. Além disto, também tem demonstrado assumir um papel importante no estudo neuroquímico da ansiedade [12].

Existem vários tipos de recetores 5-HT, mas apenas três estão diretamente envolvidos na ansiedade: 5-HT<sub>1</sub>, 5-HT<sub>2</sub> e 5-HT<sub>3</sub> [17]. Os recetores 5-HT<sub>1a</sub> e 5-HT<sub>1b</sub>, distribuídos por várias estruturas cerebrais, exercem um efeito inibitório e são ambos essenciais na diminuição da ansiedade [18, 19]. Estudos sugerem que os recetores 5-HT<sub>2a</sub> estão envolvidos no aumento da ansiedade, portanto bloquear estes recetores pode ser vantajoso no seu tratamento [20, 21]. Quanto ao recetor 5-HT<sub>2b</sub>, o seu papel na ansiedade ainda não é claro, uma vez que os dados pré-clínicos que existem são escassos. No entanto, algumas evidências sugerem que os agonistas desse tipo de recetor possuem um efeito ansiolítico, ou seja, o recetor 5-HT<sub>2b</sub> pode estar envolvido na diminuição da ansiedade, mas ainda são necessários mais estudos para provar esse facto [21, 22]. Tanto

a estimulação como o bloqueio do recetor 5-HT<sub>2c</sub> pode induzir efeito ansiolítico e, por essa razão, devem-se investigar os efeitos da ativação deste recetor em regiões cerebrais específicas, a fim de saber exatamente o seu papel na ansiedade [21]. Por fim, estudos em animais demonstraram que antagonistas do recetor 5-HT<sub>3</sub> foram eficazes a diminuir a ansiedade e além disso, estão a ser investigados novos fármacos antagonistas deste recetor, o que apoia o facto de que, ao bloquear este recetor de serotonina, se produz um efeito ansiolítico [21, 23]. Comprovou-se, ainda, que a 5-HT exerce um duplo papel na regulação da ansiedade. Este neurotransmissor induz ansiedade quando presente na amígdala e tem um papel ansiolítico quando presente na substância cinzenta periaquedutal dorsal [17].

O GABA é um neurotransmissor inibitório que resulta do metabolismo do glutamato, pela enzima glutamato descarboxilase (GAD), participando em vários processos fisiológicos e psicológicos, nomeadamente nos processos de ansiedade [13, 24]. Está presente em quase todas as regiões cerebrais, embora a sua concentração varie conforme a região [25]. Os recetores GABA<sub>A</sub> e GABA<sub>B</sub> são dois subtipos de recetores GABA. Os recetores GABA<sub>A</sub> são proteínas pentaméricas, isto é, apresentam cinco subunidades que determinam as suas propriedades [26]. O GABA<sub>B</sub> apresenta um papel importante na regulação normal das emoções, visto que, em determinados estudos efetuados em animais verificou-se que a eliminação deste recetor provocou ansiedade nos mesmos [27]. Os agonistas GABA<sub>A</sub> são as benzodiazepinas (BZD), que se ligam ao recetor e formam um complexo que exerce um efeito ansiolítico, e os barbitúricos. O papel destes recetores e das BZD tem sido documentado em estudos com animais, que revelam que estes fármacos reduzem a ansiedade através da potenciação do recetor GABA<sub>A</sub> [28].

A NE é um importante neurotransmissor envolvido na regulação do sistema límbico, mas também uma das várias hormonas libertadas quando esse sistema é ativado, ou seja, em situações de medo e ansiedade. Como referido anteriormente, quando se está exposto a fatores de *stress* que desencadeiam preocupação e medo/receio, há a libertação de várias hormonas, nomeadamente a NE, que, ao atuar nos recetores adrenérgicos ( $\alpha$  e  $\beta$ ), ativa o Sistema Nervoso Autónomo Simpático e desencadeia os sintomas típicos de uma reação ansiosa [29]. Um grupo de fármacos utilizado no alívio da ansiedade são os antagonistas dos recetores  $\beta$ -adrenérgicos, por exemplo o Propranolol, cuja função é impedir a ligação da NE a esses recetores e, assim, promover um efeito ansiolítico através da diminuição da frequência cardíaca e da pressão arterial [30].

Fatores como a genética, a redução na qualidade de vida, trauma psicológico entre outros, também estão envolvidos no aparecimento da ansiedade [31].

### **1.1.2. Epidemiologia**

No âmbito das doenças mentais, as perturbações de ansiedade são das que apresentam maior prevalência ao nível global. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2015 foi estimado que cerca de 3,6% da população mundial sofria de PA, sendo mais comum entre as mulheres (4,6% em comparação com 2,6% nos homens). Considerando a frenética da atual sociedade ocidental e as crescentes exigências de desempenho profissional, admite-se que estas perturbações apresentam uma maior prevalência nos países ocidentais, em especial na América, que representa cerca de 21% de entre a população mundial com perturbações de ansiedade [32]. Não existe uma grande variação das taxas de prevalência entre os diferentes grupos etários, embora haja uma tendência para as pessoas mais idosas apresentarem uma menor prevalência. O número total estimado de pessoas com perturbações de ansiedade no mundo, em 2015, é de 264 milhões, o que representa um aumento de 14,9% desde 2005, como resultado do crescimento da população.

Em Portugal, de entre as perturbações psiquiátricas, as perturbações de ansiedade são as mais prevalentes, representando cerca de 16,5%, seguidas das depressivas com 7,9% [33]. Do conjunto de 9 países da Região Europa da OMS (Irlanda, Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha e Ucrânia), Portugal obteve a prevalência anual mais elevada de PA.

### **1.1.3. Ansiedade nos Estudantes do Ensino Superior**

Todas as faixas etárias experienciam ansiedade, em particular os estudantes do ensino superior. A entrada e a adaptação ao ensino superior são momentos difíceis na vida de um adolescente, pois exige que este se adapte e responda a várias transformações em simultâneo [34]. Para além de lidar com o final da adolescência e o início da vida adulta, têm de enfrentar as diferentes exigências e descontinuidades em relação ao ensino secundário, por exemplo, académicas (o ensino superior requer novos ritmos e estratégias de aprendizagem), sociais (novos relacionamentos interpessoais com colegas, professores e comunidade académica), pessoais (maior autoconhecimento e autonomia na gestão da vida pessoal) e vocacionais (desenvolver uma identidade profissional). Por sua vez, estas experiências ocorrem, na sua maioria, longe do seu seio familiar e do círculo de amigos do estudante, possibilitando o desencadear de emoções negativas que podem ser nefastas para a sua saúde mental [35].

Apesar de o primeiro ano de faculdade ser o mais complexo para a maioria dos estudantes, por todas as razões anteriormente referidas, os seguintes anos não são mais fáceis e também despoletam elevados níveis de ansiedade. Ao longo de todo o percurso

académico, os estudantes são sujeitos a altos níveis de ansiedade resultantes de avaliações/exames, baixa autoestima, relações sociais e problemas socioeconómicos [36].

Um estudo realizado em estudantes universitários da Turquia, com o objetivo de examinar a prevalência da depressão, ansiedade e *stress* nesse grupo, concluiu que 47,1% desses estudantes sofriam de ansiedade, sendo que esta foi a percentagem mais elevada de entre as patologias estudadas. Nesse mesmo estudo verificou-se também que os níveis de ansiedade são mais elevados em estudantes do sexo feminino e nos alunos de primeiro e segundo ano de faculdade [37].

Em suma, dada a elevada prevalência de sintomas de ansiedade entre estudantes universitários, é fundamental adotar medidas de prevenção primária e secundária, como o desenvolvimento de serviços de apoio adequados a esse grupo.

## **1.2. Substâncias com Propriedades Ansiolíticas**

Para o alívio da ansiedade pode-se recorrer ao consumo de chás/infusões, suplementos alimentares, tratamento farmacológico e outras técnicas não farmacológicas, tais como psicoterapia (intervenções psicológicas e autoajuda), exercício físico, acupuntura, musicoterapia, meditação, entre outras [38]. Deve-se recorrer ao tratamento farmacológico quando os sintomas são graves e interferem com a qualidade de vida, com o conforto emocional ou no desempenho diário do indivíduo, e, por sua vez, impeçam a normal execução das suas atividades de vida diária e/ou quando envolve um elevado grau de sofrimento [39].

O tratamento farmacológico, normalmente, baseia-se no uso de fármacos com ação no SNC que são responsáveis por diversos efeitos adversos como tonturas, sedação e perda de memória, além de não serem eficazes em algumas situações [40].

Devido ao mito existente de que as plantas medicinais não apresentam efeitos adversos, tem-se verificado um aumento significativo na procura por medicamentos à base de plantas, no uso de plantas para o consumo de chás/infusões e, ainda, a suplementos alimentares tendo por base a fitoterapia na sua constituição, de forma a substituir o uso de medicamentos sintéticos [41].

### **1.2.1. Chás/Infusões e Suplementos**

No tratamento da ansiedade, existem vários tipos de plantas medicinais cuja literatura revela potencial atividade nesta área [42]. Podem ser utilizadas sob a forma de chás/infusões e também incorporadas em suplementos alimentares, como é o caso de *Stresscalm*<sup>®</sup> que contém uma mistura de camomila, valeriana e passiflora.

As plantas usadas na terapêutica da ansiedade apresentam propriedades antidepressivas, ansiolíticas e hipnóticas. São exemplo destas propriedades a Valeriana (*Valeriana officinalis*), a Erva-Cidreira (*Melissa officinalis*), a Passiflora (*Passiflora incarnata*), a Tília (*Tilia x Vulgaris*), a Camomila (*Matricaria recutita*) e o Hipericão (*Hypericum perforatum*), cujo efeito no tratamento da ansiedade é sustentado por estudos clínicos [43].

Primeiramente, é necessário distinguir os termos “infusão” e “chá”, dado que a população, tendencialmente, desconhece a sua diferença. Uma infusão consiste na utilização de água a ferver sobre uma certa quantidade de partes da planta em questão (folhas, flores, ou outras), sendo necessário deixar em repouso alguns minutos e filtrar a mesma [44]. Um chá, no sentido literal da palavra, trata-se de uma infusão de folhas da planta *Camellia sinesis* [45].

Concomitantemente, também estão disponíveis hormonas para o alívio da ansiedade, como é o caso da melatonina, que se encontra em bastantes suplementos alimentares.

#### 1.2.1.1. Valeriana (*Valeriana officinalis*)

A Valeriana, vulgarmente chamada de erva-dos-gatos, valeriana-menor ou valeriana-silvestre, é uma planta natural da Europa, América do Norte e Ásia, cuja raiz é muito utilizada desde há várias décadas pela população e pelos médicos, devido às suas propriedades sedativas, hipnóticas e ansiolíticas [46]. Permite diminuir o nervosismo e a agitação provocada pelo stress, melhorando o humor.

Numa perspetiva química, consideram-se dois grupos principais de substâncias isoladas a partir desta planta: a fração de óleo essencial e os valepotriatos. A fração de óleo essencial é constituída por monoterpenos, ácido isovalérico e sesquiterpenos (como os ácidos valerénico e acetovalerénico e o valerenal). Relativamente aos valepotriatos, classificados como iridóides, a sua maioria é representada pelo valtrato e isovaltrato. Em menor percentagem surgem os flavonóides [47]. Os constituintes maioritariamente responsáveis pela atividade ansiolítica são os valepotriatos.

Os valepotriatos têm potencial mutagénico e, por isso, a valeriana só deve ser usada após consulta com o médico. Por vezes é recomendada como tratamento de primeira linha quando a relação risco-benefício assim o dita e, também, como tratamento de transição durante o processo gradual de descontinuação de medicamentos, por exemplo, diazepam, clonazepam, entre outros [48].

O mecanismo de ação da valeriana ainda não é totalmente conhecido, mas a sua ação sedativa terá origem na mediação de neurotransmissores, principalmente o GABA. Considera-se que a inibição da enzima GABA-transaminase, a interação com os recetores

GABA<sub>A</sub> e a interferência na recaptção do GABA estão implicadas nos efeitos ansiolíticos [49].

Efeitos adversos reportados pela valeriana são raros. Num estudo realizado com regime de dose múltipla durante 44 dias em 16 pacientes, verificou-se que nos pacientes que receberam valeriana foram relatados apenas 2 eventos colaterais, enxaqueca e distúrbios gastrointestinais, em comparação com 18 eventos adversos ocorridos nos pacientes que receberam placebo [50].

Apesar de todas as vantagens elencadas, esta planta tem alguns inconvenientes porque pode interferir com o álcool, barbitúricos e BZD (potencializa o seu efeito depressor), bem como com a cafeína (anula o seu efeito estimulante) e outras plantas medicinais (*Ginkgo biloba* e Hipericão) [51].

A dose média diária deve enquadrar-se entre os 6 os 9 g. A administração diária de *Valeriana officinalis*, deve encontrar-se entre 1 a 3 g por chávena sob a forma de infusão de raíz, cerca de 3 vezes ao dia [52].

#### 1.2.1.2. Erva-cidreira (*Melissa officinalis*)

A Erva-cidreira é uma planta originária do Sul da Europa, mas é cultivada e usada em toda a Europa. É constituída por um óleo essencial (composto por monoterpenos e sesquiterpenos), flavonóides e polifenóis (derivados do ácido hidroxicinâmico e ácido rosmarínico). Vários dos seus constituintes são ativos, cujo possível mecanismo de ação poderá estar relacionado com a ativação de recetores nicotínicos e muscarínicos do sistema colinérgico, e também inibição da acetilcolinesterase devido a sinergias entre alguns constituintes [53]. Também foi demonstrada afinidade para o recetor GABA<sub>A</sub> e inibição da enzima GABA-transaminase, levando ao aumento da atividade do GABA [54].

Esta planta possui uma atividade ansiolítica, sedativa e indutora do sono, sendo capaz de diminuir os efeitos do *stress*. Essa atividade tem sido demonstrada em vários estudos em animais e estudos clínicos [55–58]. Mais recentemente foi reconhecido que o seu efeito é potencializado em combinação com a Valeriana [59].

Mais se refere não existirem referências a efeitos secundários e toxicidade nas doses terapêuticas, uma vez que são preparações bem toleráveis [52]. A dose média diária deve ser entre 8 a 10 g sendo que, sob a forma de infusão, aconselha-se entre 1,5 a 3,5 g por chávena, cerca de 3 vezes ao dia [60].

#### 1.2.1.3. Passiflora (*Passiflora incarnata*)

A Passiflora, também conhecida como Flor-da-Paixão, *Maypop* e Maracujá, é uma planta trepadeira nativa da América utilizada desde a antiguidade em problemas de

ansiedade, insónia, nervosismo e irritabilidade pelas suas propriedades ansiolíticas e sedativas [61].

Os constituintes primários são flavonóides, alcalóides indólicos derivados da  $\beta$ -carbolina e maltol, sendo que os ativos ainda não estão definidos porque não há acordo sobre quais os responsáveis pelas ações farmacológicas desta planta. Os flavonóides e os alcalóides são considerados importantes para a atividade, mas os alcalóides não são detetados em alguns extratos de Passiflora. Recentemente, isolou-se uma benzoflavona trissubstituída que foi associada a algumas atividades da planta [62].

Um dos seus possíveis mecanismos de ação é a inibição de recaptação do GABA e a afinidade de vários flavonóides para os recetores GABA<sub>A</sub> e GABA<sub>B</sub> [63]. A sua posologia recomendada é de 0,5 a 2 g de pó da planta ou 2,5 g em infusão, repartidas por 3 a 4 vezes por dia [52].

Num estudo comparativo entre Passiflora e Oxazepam verificou-se que o tempo de resposta inicial foi mais rápido no grupo de doentes que tomou Oxazepam mas, ao fim de 4 semanas, ambos os tratamentos demonstraram uma eficácia equivalente não apresentando diferença significativa. Contudo, o tratamento com Oxazepam originou mais efeitos colaterais, nomeadamente no desempenho profissional dos indivíduos. Portanto, pode-se concluir que a utilização de Passiflora a longo termo é mais vantajosa que a terapêutica alopática [64].

Não foram relatadas interações com Passiflora, no entanto, deve-se considerar se existe ou não potencial para interagir com outros medicamentos com efeitos semelhantes ou opostos e usados concomitantemente. Pode provocar um efeito aditivo na medicação com propriedades hipnóticas e ansiolíticas e reduzir os efeitos de fármacos estimulantes [52].

Atualmente, no mercado português não existem medicamentos à base de plantas de *Passiflora incarnata* com Autorização de Introdução no Mercado (AIM) aprovada. Apesar disso, estão disponíveis suplementos à base desta planta, como as Arkocápsulas Passiflora®, constituídas por 300 mg de pó integral criotriturado das partes aéreas da planta [65].

#### 1.2.1.4. Tília (*Tilia x Vulgaris*)

A Tília é uma espécie de planta da família *Malvaceae*, sendo constituída essencialmente por mucilagens, flavonoides, taninos, óleos voláteis e aminoácidos. As suas inflorescências produzem um efeito sedativo e ansiolítico, principalmente devido aos flavonóides [66]. Os flavonóides exercem a sua ação no Sistema Nervoso Central através da ligação ao recetor benzodiazepínico exposto na superfície do recetor GABA<sub>A</sub>,

modulando a ligação do GABA ao recetor e, conseqüentemente, produzindo o efeito de sedação e ansiolítico [67, 68].

O seu uso não é recomendado durante a gravidez e a lactação, devido à falta de dados toxicológicos [52].

#### 1.2.1.5. Camomila (*Matricaria recutita*)

A Camomila, pertencente à família *Asteraceae*, cresce principalmente na Europa, Ásia e África do Norte, mas é cultivada em todas as partes do Mundo, sendo usada há milhares de anos para o alívio do *stress* e da ansiedade [69]. Vários estudos clínicos e em animais têm demonstrado a sua atividade sedativa e ansiolítica [70, 71].

As suas flores são constituídas por cumarinas, flavonóides e óleos voláteis, onde se destacam sesquiterpenos e acetilenos, sendo que os compostos ativos responsáveis pelos seus efeitos terapêuticos são os flavonóides e os sesquiterpenos [52, 72]. O seu mecanismo de ação ainda não está definido, mas alguns estudos já demonstraram que o seu efeito ansiolítico ocorre devido a uma interação com recetores GABA que produz respostas inibitórias no SNC [73].

No que toca a efeitos adversos, têm sido relatadas reações alérgicas cutâneas após contacto com Camomila em pessoas com hipersensibilidade a plantas da mesma família [74]. Não existem interações documentadas, apesar disso, devem ser consideradas possíveis interações da Camomila com outros medicamentos administrados concomitantemente, particularmente aqueles que tenham efeitos semelhantes ou opostos a esta [52].

É recomendado consumir cerca de 3 g de infusão desta planta três vezes por dia [60].

#### 1.2.1.6. Hipericão (*Hypericum perforatum*)

O Hipericão, também designado de Erva-de-São-João, é amplamente distribuído por todo o Mundo e é muito utilizado para combater a depressão, ansiedade e tensão muscular. É constituído uma grande variedade de compostos, nomeadamente derivados de antraquinonas (naftodiantronas), hiperforina, flavonóides, taninos, fenóis e óleos voláteis [52]. Recomenda-se consumir 1 g de infusão três vezes ao dia [60].

O mecanismo de ação das suas propriedades antidepressivas ainda não está definido. Apesar disso, estudos têm demonstrado que a hiperforina é o composto ativo responsável pela sua ação, uma vez que inibe a recaptção de 5-HT, dopamina, noradrenalina e GABA [52]. Apresenta alguns efeitos adversos, principalmente fotossensibilidade e efeitos psiquiátricos (episódios de mania e hipomania). Estudos observacionais com preparações de Hipericão registaram, nos indivíduos que o

tomaram, uma incidência de efeitos adversos entre 1 a 3%, o que significa que é uma percentagem muito menor do que com antidepressivos sintéticos [75].

Além disto, também apresenta bastantes interações medicamentosas, pois pode induzir várias isoenzimas do citocromo P450 e/ou glicoproteína P, das quais muitos medicamentos são substratos, tendo como consequência a redução dos efeitos terapêuticos destes. São exemplo a ciclosporina, antiepiléticos, ansiolíticos, antipsicóticos, digoxina, indinavir (e outros antirretrovirais), contraceptivos orais, teofilina e varfarina [76].

A co-administração de Hipericão com medicamentos antidepressivos pode reduzir as concentrações plasmáticas destes devido à indução enzimática, mas também pode aumentar os efeitos devido a sinergia. Existem inúmeros relatos de pacientes que tomaram Hipericão concomitantemente com inibidores seletivos da recaptção da serotonina (fluoxetina) em que os efeitos serotoninérgicos (síndrome serotoninérgico) aumentaram após essa toma [77].

#### 1.2.1.7. Melatonina

A melatonina (N-acetil-5-metoxitriptamina) é uma hormona endógena produzida pela glândula pineal e é libertada exclusivamente à noite [78]. A sua presença é muito comum em qualquer suplemento alimentar que tenha por objetivo atuar ao nível do sono, devido ao facto de ser uma hormona diretamente associada ao ciclo circadiano no corpo humano. Mais especificamente, este composto tem a capacidade de aliviar a ansiedade porque diminui o tempo para adormecer, melhora a qualidade geral do sono e aumenta o tempo de sono total [79].

A suplementação com melatonina não apresenta muitos efeitos adversos, sendo geralmente bem tolerada [78]. De facto, estudos realizados em voluntários saudáveis demonstraram que a administração de elevadas doses orais de melatonina (entre 20 a 100 mg/dia) decorreu sem quaisquer problemas de segurança e sem alterações clinicamente significativas nos parâmetros fisiológicos e bioquímicos [80].

Portanto, conclui-se que a suplementação com melatonina é perfeitamente segura e é comercializada em larga escala, inclusive em Portugal, uma vez que está na constituição de inúmeros suplementos, por exemplo no *Valdispert Noite*<sup>®</sup> e *Angelicalm*<sup>®</sup>.

#### 1.2.2. Medicamentos

O tratamento farmacológico da ansiedade inclui os medicamentos à base de plantas (MBP) e os medicamentos que pertencem à classe das benzodiazepinas e seus análogos (como o Zolpidem e Zaleplon), barbitúricos e moduladores dos recetores do

GABA. Além destes, também se pode usar a Buspirona (agonista parcial do recetor 5-HT<sub>1A</sub>), antagonistas dos recetores beta adrenérgicos (como o Propranolol), alguns antidepressivos e anti-histamínicos [81–83].

Excetuando os MBP, geralmente todos os medicamentos ansiolíticos, sedativos, hipnóticos e antidepressivos quando utilizados cronicamente, causam dependência e, se forem retirados dum momento para o outro, ocorre o síndrome de abstinência caracterizado por agitação e convulsões, sendo que, por essa razão, o início da toma destes medicamentos deve ser feita com acompanhamento de um profissional de saúde especializado e a sua retirada deve ser feita de forma gradual [3].

#### 1.2.2.1. Medicamentos à base de plantas

Desde os primórdios da humanidade que as plantas medicinais são utilizadas e estão relacionadas com a manutenção da saúde humana, sendo que em muitas regiões ainda representam a única alternativa para o tratamento de diversas patologias [42]. A transmissão de conhecimentos ao longo das gerações contribuiu para o desenvolvimento do conceito de Fitoterapia, que é a utilização de plantas ou extratos de plantas para fins medicinais [84].

A maioria dos medicamentos à base de plantas está disponível no mercado como medicamento não sujeito a receita médica (MNSRM). Estes medicamentos são mais seguros e também apresentam menos efeitos adversos quando comparados com fármacos convencionais da medicina alopática [63].

Um exemplo relevante é o uso do extrato de raiz de *Valeriana officinalis* que, como referido no subtópico 1.2.1., contém compostos com bastantes propriedades importantes para o controlo da ansiedade, relaxamento muscular e promoção do sono. *Valdispert*<sup>®</sup> (sob a forma de comprimidos, nas doses disponíveis de 45, 125 e 450 mg), *Livetan*<sup>®</sup> (comprimidos de 500 mg) e *Xonkor*<sup>®</sup> (comprimidos de 450 mg) são alguns MBP pertencentes ao grupo de medicamentos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, disponíveis no mercado contendo extrato de Valeriana [85].

#### 1.2.2.2. Benzodiazepinas

As benzodiazepinas (BZD) são um dos grupos de fármacos mais utilizados para o tratamento da ansiedade. Exercem a sua ação ansiolítica através da ligação específica a um recetor benzodiazepínico localizado maioritariamente nas subunidades  $\alpha$  e  $\beta$ . Este recetor modula a ligação do GABA ao recetor GABA<sub>A</sub> que, por sua vez, modula a condutância transmembranar de cloro provocando um aumento da frequência de abertura dos canais de cloro, o que leva à hiperpolarização da célula [86].

Normalmente são bem absorvidas por via oral e entre elas existem diferenças ao nível do tempo de semivida e presença de metabolitos ativos, que dão origem a desigualdades em termos de potência, início e duração de ação [87]. Para além da atividade ansiolítica, que varia consoante a estrutura química, as BZD também possuem ação antiepilética, hipnótica, anestésica e relaxante muscular [88].

Estes fármacos proporcionam um rápido alívio dos sintomas, no entanto podem apresentar determinadas reações adversas, tais como sonolência, amnésia, ataxia, descoordenação motora, alteração da capacidade de atenção, podendo ainda desencadear dependência, tanto física como psíquica [89]. Apesar de as BZD agirem de forma rápida e eficiente, não ajudam no aspeto psicológico e o organismo acaba por se habituar e necessitar de doses progressivamente maiores para obter o mesmo efeito. Esta dependência geralmente manifesta-se em sintomas de abstinência após a interrupção abrupta da medicação e, por esse motivo, recomenda-se o uso das benzodiazepinas por curtos períodos de tempo e o seu tratamento deve ser descontinuado de forma lenta e progressiva e nunca subitamente [90].

Segundo a norma elaborada pela Direção Geral da Saúde (DGS), as BZD e os seus análogos têm indicação no tratamento da ansiedade e insónia quando os sintomas assumem carácter patológico, não devendo ser utilizadas por rotina. A terapêutica com estes fármacos deve ser limitada no tempo, com uma duração máxima de 8 a 12 semanas (incluindo o período de descontinuação), devendo ser iniciada com a dose mínima eficaz. Logo que termine o período recomendado de terapia, o doente deve ser reavaliado periodicamente com o objetivo de determinar a necessidade de manutenção do tratamento [91].

As BZD podem interagir com outros fármacos, nomeadamente com os depressores do SNC e com o álcool, potenciando os seus efeitos [87]. O Flumazenil é o fármaco que antagoniza os efeitos das BZD e em caso de sobredosagem é administrado por via intravenosa, neutralizando rapidamente os seus efeitos [92].

#### 1.2.2.3. Análogos das Benzodiazepinas/Fármacos Z

Os fármacos Z, por exemplo o Zolpidem, Zopiclone e Zaleplon, são utilizados como hipnóticos e frequentemente escolhidos em alternativa às benzodiazepinas, uma vez que são considerados fármacos mais seguros que estas. Além disto, os pacientes estão menos propensos a desenvolver tolerância e dependência física após o tratamento com estes fármacos [93].

A sua ação é exercida através do aumento da transmissão do GABA no recetor GABA<sub>A</sub>, tal como as benzodiazepinas, e em termos farmacocinéticos apresentam um tempo de semivida mais curto que estas [94].

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 [95, 96].

A intoxicação com estes fármacos inclui frequentemente sedação e coma como efeitos colaterais, sendo que o tratamento de suporte é adequado para a maioria das situações [94].

#### 1.2.2.4. 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. Apesar da potente ação hipnótica, o uso destes fármacos começou a ser substituído com o aparecimento das BZD, uma vez que apresentam um enorme risco de abuso e overdose, elevada toxicidade, interação com outros fármacos e apresentam elevada probabilidade de desenvolver tolerância e dependência [97]. Além disto, no caso de ocorrer intoxicação com BZD, ao contrário dos barbitúricos, existe um antídoto específico para reverter essa situação.

O seu mecanismo de ação é semelhante ao das BZD. Potenciam e prolongam a ação do neurotransmissor inibitório GABA, uma vez que se ligam ao recetor GABA<sub>A</sub> (presente nas membranas dos neurónios) e aumentam o tempo de abertura do canal de cloro, o que aumenta a afinidade do recetor pelo GABA. Com a entrada de iões cloro, ocorre a hiperpolarização do neurónio e, conseqüentemente, a transmissão do impulso nervoso é bloqueada [98]. Este efeito ocorre tanto a nível pré-sináptico como pós-sináptico e é o responsável pelas suas ações ansiolíticas, hipnóticas, anestésicas e antiepiléticas.

Deste modo, os barbitúricos vão exercer atividade depressora sobre o SNC, que pode variar entre uma simples depressão e uma anestesia geral, coma e morte. Este grau de depressão varia com a dose, via de administração e as características farmacocinéticas de cada barbitúrico. São divididos em quatro classes, tendo em conta a sua duração de ação (ultracurta, curta, intermédia e longa) [99].

Em casos de intoxicação aguda causam delírios, dificuldade de fala, perda dos reflexos, hipotensão, taquicardia, insuficiência cardiorrespiratória, depressão dos sinais vitais e hipotermia. Na presença de uma intoxicação por barbitúricos, o tratamento realizado é essencialmente de suporte [100].

#### 1.2.2.5. Antidepressivos

Alguns antidepressivos também são usados no tratamento da ansiedade, principalmente quando esta tem origem depressiva. Dentro deste grupo, destacam-se os

Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), como é o caso de Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, os Inibidores da Monoamina Oxidase (IMAO), por exemplo a Moclobemida, os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (ISRSN), tal como Venlafaxina e os Antidepressivos Tricíclicos (ADT), tais como Clomipramina e Imipramina.

Os antidepressivos inibem a recaptação de neurotransmissores (serotonina, noradrenalina e em menor escala dopamina) através da interação com recetores seletivos presentes nos neurónios pré-sinácticos, aumentando assim a sua concentração nas sinapses neuronais do SNC [101]. Devido ao facto de estes fármacos terem eficácia comprovada no tratamento da ansiedade, serem bem tolerados, não provocarem dependência e tratarem com eficiência sintomas ansiosos, são utilizados no tratamento das PA a longo prazo. Contudo, os efeitos terapêuticos começam a surgir apenas algumas semanas após o início da sua utilização e, por isso, podem provocar problemas de adesão à terapêutica [102].

Tal como acontece com as outras classes de fármacos mencionadas, os antidepressivos também originam reações adversas tais como sedação, confusão mental, obstipação, náuseas, vômitos, anorexia, insónia, tonturas e sonolência. Também pode ocorrer síndrome serotoninérgica, resultante da hiperestimulação dos recetores de serotonina, que é caracterizado por náuseas, diarreia, agitação extrema, sendo que em casos mais graves podem levar a colapso cardiovascular, coma e morte. Um efeito colateral comum à maioria dos antidepressivos é o síndrome de abstinência, que ocorre quando o seu tratamento é interrompido de forma abrupta e não gradual [103].

#### 1.2.2.6. Buspirona

A Buspirona é um ansiolítico não benzodiazepínico com elevada afinidade para os recetores 5-HT<sub>1A</sub>, onde atua como agonista parcial, acreditando-se ser essa a causa da maioria dos seus efeitos clínicos produzidos [104]. Normalmente é usada como segunda linha quando os pacientes não respondem ou não toleram os efeitos adversos provocados pelos ISRS.

Ao contrário das benzodiazepinas e barbitúricos, este fármaco não causa dependência ou síndrome de abstinência devido à falta de interação com os recetores GABA. Não interagindo com este recetor, não provoca um efeito depressor no SNC e, conseqüentemente não tem efeito sedativo. Porém, a sua principal desvantagem é possuir um início de ação lento, uma vez que os seus efeitos terapêuticos só surgem duas a quatro semanas após o início do tratamento [105].

Os efeitos adversos reportados incluem tonturas, dor de cabeça, náuseas, nervosismo e distúrbios gastrointestinais [106]. De um modo geral, esses problemas são resolvidos com um ajuste na dose, não sendo necessário a interrupção do tratamento.

#### 1.2.2.7. Anti-histamínicos

Como foi referido anteriormente, os anti-histamínicos podem ser utilizados no tratamento da ansiedade, por exemplo a Hidroxizina, que apresenta propriedades ansiolíticas e anti-histamínicas.

A Hidroxizina, disponível sob a forma de sal cloridrato (*Atarax*®), é um antagonista H<sub>1</sub> indicado para o alívio dos sintomas de ansiedade e como tratamento adjuvante em patologias cuja ansiedade se manifesta [107]. Estudos sugerem que a Hidroxizina é mais eficaz na redução dos sintomas de ansiedade do que o placebo, mas não parece ser mais eficaz que outras classes de medicamentos usados como tratamento de primeira e segunda linha, por exemplo, as BZD [108]. Além disso, devido ao pequeno número de estudos existentes e, por isso, escassez de dados disponíveis acerca deste fármaco, o seu uso no alívio da ansiedade deve ser muito bem ponderado [109].

#### 1.2.2.8. Antagonistas $\beta$ -adrenérgicos

Os antagonistas  $\beta$ -adrenérgicos, como o Propranolol, são fármacos utilizados no tratamento da hipertensão e, embora não sejam ansiolíticos, podem ser utilizados para o alívio da ansiedade. Tal se deve à sua eficácia no combate a sintomas somáticos desta patologia resultantes da ativação do Sistema Nervoso Autónomo Simpático, como a taquicardia e palpitações [110]. Não há consenso quanto ao(s) mecanismo(s) de ação pelos quais estes fármacos reduzem a pressão arterial, sendo provável que estejam envolvidos vários mecanismos [111].

Apesar das diferenças ao nível de estrutura, este grupo de fármacos apresenta efeitos terapêuticos semelhantes. No entanto, as variadas estruturas existentes no anel aromático conferem-lhes diferenças farmacocinéticas, incluindo ao nível da absorção gastrointestinal, grau de metabolismo hepático de primeira passagem, ligação às proteínas plasmáticas, entre outras. Ao contrário de outras classes de fármacos anti-hipertensivos, as diferenças existentes nas propriedades químicas intrínsecas, por exemplo a seletividade para o recetor  $\beta_1$  e a atividade simpaticomimética intrínseca, resultam em diferenças significativas nos efeitos clínicos [112].

A grande maioria dos  $\beta$ -bloqueadores, pelo 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 [112]. Além disso, foi

documentado na literatura que estes fármacos aumentam o risco de diabetes, risco esse que cresce com a duração da terapia [113].

Quanto a interações com outros fármacos, algumas devem ser consideradas importantes. Combinar com Diltiazem ou Verapamil pode resultar em efeitos depressores adicionais nos nódulos sinoatrial e atrioventricular. Também a combinação com Pseudoefedrina, Edefrina e Fenilpropanolamina pode provocar aumentos na pressão arterial graças à vasoconstrição induzida por recetores  $\alpha$ -adrenérgicos [112].

### **1.3. Prevalência do Consumo de Substâncias com Propriedades Ansiolíticas**

Desde há muito tempo, Portugal é classificado como um dos maiores consumidores de ansiolíticos entre os países da Europa. Entre 2000 e 2012 verificou-se um ligeiro aumento de 6% no consumo destes fármacos, enquanto que nos antidepressivos houve uma taxa de crescimento de 240%. A nível europeu, Portugal apresentou uma taxa de consumo de BZD bastante elevada em comparação à Itália, Noruega e Dinamarca. Já em relação aos antidepressivos, constatou-se um consumo semelhante à Dinamarca, mas mais elevado quando comparado com os valores registados na Itália e Noruega [114].

Relativamente às BZD, a substância ativa com maior consumo foi o Alprazolam seguido do Lorazepam, ambas com tendência crescente de utilização. Estas duas BZD são das que possuem maior potencial ansiolítico e, conseqüentemente, de tolerância e dependência.

No que diz respeito aos antidepressivos, o composto mais consumido no ano 2000 foi a Fluoxetina, mas este cenário mudou a partir desse ano, uma vez que entre 2000 e 2012 observou-se um aumento da utilização da Sertralina e do Escitalopram, sendo atualmente a Sertralina a substância líder de mercado neste subgrupo terapêutico. O que potenciou uma maior utilização deste composto foi a comparticipação dos seus medicamentos genéricos, estando assim mais acessível ao público, enquanto que o Escitalopram apresentou um maior uso devido ao alargamento das indicações terapêuticas. Também a Paroxetina e a Venlafaxina demonstraram crescimento na utilização, mas de menor dimensão comparativamente à Sertralina e Escitalopram [115].

Um estudo desenvolvido pelo Instituto Politécnico de Bragança com o intuito de analisar o consumo de certas substâncias pelos estudantes universitários, demonstra uma percentagem de 11,9% de consumo de psicofármacos, sendo mais elevado no sexo feminino e na faixa etária dos 18 aos 22 anos. De entre os ansiolíticos, sedativos e hipnóticos mais consumidos destacam-se as BZD com 38,5% de consumo seguidas do extrato de valeriana com 33,5%. Estes resultados já eram espectáveis, visto que as BZD

possuem várias indicações terapêuticas, e os extratos de plantas, por se encontrarem na formulação de medicamentos não sujeitos a receita médica, são mais fáceis de obter, sendo que há uma maior propensão para o seu uso, pela falta de informação dos consumidores face aos efeitos secundários provocados [116].

Um outro estudo, elaborado em 2011, com a finalidade de avaliar a prevalência de consumo de substâncias psicoativas na população estudantil da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa reportou que, de entre as substâncias psicoativas de prescrição, existe uma elevada prevalência de consumo de medicamentos ansiolíticos (25,6%). Os ansiolíticos mais consumidos naquele ano foram a Hidroxizina com 41,2% de respostas, seguida de Diazepam com 23,5% e, por último o Alprazolam com 20,6% [117].

O chá é uma das bebidas mais consumidas em todo o Mundo por várias faixas etárias e em todas as classes sociais [118]. Ao nível mundial a maior parte da produção de chá é realizada na China, país onde se iniciou o seu consumo, mas em Portugal a disponibilidade de chá para consumo tem apresentado uma tendência crescente nos últimos anos. Esta bebida é maioritariamente consumida na Ásia, seguida do Norte de África, Estados Unidos da América e Europa [118, 119].

Um questionário *online* elaborado com o objetivo de avaliar o comportamento de consumo de infusões em Portugal. A amostra foi composta maioritariamente por indivíduos do sexo feminino e os estudantes a representaram cerca de 44,7% dos inquiridos. O estudo concluiu que, os participantes consumiam infusões com uma frequência variável entre 1 a 3 vezes por mês (24,7%) e 4 ou mais vezes por dia (0,5%), sendo que as infusões mais consumidas foram a erva-cidreira e a camomila [120]. Estes resultados vão de encontro a um estudo TGI da *Marktest*, que em 2018 concluiu que entre os tipos de infusões mais consumidos pelos portugueses, prevalece a cidreira e camomila [121].

Nos últimos anos, o consumo de suplementos e medicamentos à base de plantas tem aumentado consideravelmente em Portugal e em todo o Mundo. Em 2008, um estudo, realizado numa amostra populacional de Lisboa e Vale do Tejo, teve como objetivo averiguar os hábitos e conhecimentos gerais relacionados com o consumo de suplementos e medicamentos à base de plantas medicinais. A amostra era constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino na faixa etária dos 20 aos 29 anos. Observou-se que 48,8% dos inquiridos consumiram estes produtos, sendo que 25,7% declararam consumir medicamentos, enquanto que 20,1% afirmaram consumir suplementos alimentares. O mesmo estudo referiu que os medicamentos e/ou suplementos mais consumidos eram à base de valeriana, representando cerca de 11,7%

de respostas e o principal efeito que os participantes procuravam obter com a utilização destes produtos era essencialmente um efeito calmante (39,6%) [122].

Ainda, num estudo realizado em 2011 na população estudantil da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, com a intenção de caracterizar a prevalência de consumo de substâncias psicoativas, concluiu que existe uma elevada prevalência de consumo de suplementos calmantes, com 46,7% de respostas. Os suplementos calmantes mais consumidos naquele ano foram a Tília com 64,6%, seguida da Erva-cidreira com 48,8% e, por fim, a Valeriana com 30,5% [117].

Também o uso de suplementos com melatonina na sua constituição, por exemplo, o *Angelicalm*<sup>®</sup>, tem apresentado uma tendência crescente, estando em décimo lugar no que diz respeito à lista de suplementos alimentares mais vendidos em Portugal no ano de 2012 [123].

## **2. Justificação do Tema e Objetivos**

### **2.1. Justificação do Tema**

Em Portugal, e no contexto de pandemia em que vivemos, as perturbações de ansiedade constituem uma problemática de extrema relevância visto que são as mais prevalentes de entre as perturbações psiquiátricas [33].

Uma das faixas etárias mais afetadas são os jovens, especialmente os estudantes universitários, uma vez que ao longo do seu percurso académico são confrontados com situações que geram pressão psicológica e ansiedade [2]. Todos estes sentimentos originam um aumento da procura, e conseqüente consumo, de substâncias com propriedades ansiolíticas que, quando utilizadas sem o aconselhamento de um profissional de saúde adequado, podem originar vários efeitos adversos, por vezes desconhecidos por parte dos estudantes [3].

Verificando o quão a ansiedade está presente nos jovens, bem como os efeitos adversos e potenciais riscos que o consumo exagerado/indevido e/ou a longo prazo de substâncias ansiolíticas pode criar nos estudantes deste país, torna-se cada vez mais pertinente abordar esta temática ao nível nacional. Desta forma, com este estudo pretende-se avaliar o nível de ansiedade e o consumo de substâncias com propriedades ansiolíticas pelos estudantes da Universidade da Beira Interior e, ao mesmo tempo, perceber o seu impacto no rendimento académico dos mesmos.

### **2.2. Objetivos**

A presente investigação norteou-se segundo objetivos que se demonstraram importantes para o desenrolar do estudo. Para isso, foram definidos dois objetivos

gerais, passando estes por avaliar, não só, o impacto da ansiedade, como também, o consumo de substâncias com propriedades ansiolíticas, face ao rendimento académico nos estudantes da Universidade da Beira Interior (UBI), inscritos no ano letivo 2020/2021, através do preenchimento de um questionário em plataforma *online*.

Desta feita, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Verificar a percentagem de estudantes com ansiedade e relacioná-la com as características sociodemográficas;
- Avaliar os principais motivos que despoletam ansiedade nos estudantes;
- Aferir as principais razões que incentivam os estudantes a consumir substâncias com propriedades ansiolíticas (chás/infusões, suplementos e medicamentos);
- Determinar o grau de consumo de substâncias com propriedades ansiolíticas (chás/infusões, suplementos e medicamentos) por parte dos estudantes e correlacioná-lo com os seus dados sociodemográficos;
- Compreender os efeitos adversos mais comumente sentidos pelos estudantes aquando do consumo de medicamentos ansiolíticos;
- E, finalmente, verificar o conhecimento e as atitudes dos estudantes em relação aos medicamentos ansiolíticos.

### **3. Material e Métodos**

#### **3.1. Tipo de Estudo**

O estudo descrito na presente dissertação caracteriza-se, em termos estatísticos, como um estudo observacional, analítico e transversal que avalia não só parâmetros de estatística descritiva, como também de estatística inferencial. O projeto decorreu num período de aproximadamente dois meses (de 5 de fevereiro a 5 de abril de 2021).

Numa fase inicial, realizou-se uma pesquisa de informação relativa ao tema da ansiedade e ao consumo de chás/infusões, suplementos e medicamentos ansiolíticos, com o intuito de verificar a relação entre as diferentes variáveis analisadas. Posteriormente, elaborou-se um inquérito *online* de autopreenchimento (Anexo I), adaptado de questionários presentes em artigos científicos e estudos internacionais que se encontravam no âmbito do tema.

De seguida, a proposta do estudo foi submetida a análise e avaliação por parte da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (CE-UBI), visto que acarreta implicações éticas do direito à autodeterminação, à intimidade e à proteção de dados e confidencialidade. Uma vez que não foi identificada matéria que ofendesse os princípios

éticos e morais dos inquiridos, obteve-se posterior aprovação por parte da mesma, como se verifica no parecer presente no Anexo II.

Após a aprovação do projeto por parte da CE-UBI, realizou-se um pré-teste a 29 alunos da instituição inscritos no ano letivo 2020/2021. O pré-teste revelou algumas falhas, uma vez que algumas questões suscitaram dificuldade de compreensão, contribuindo, assim, para a melhoria da estrutura do inquérito.

Por fim, e após serem realizadas alterações com base nos resultados do pré- teste, o questionário foi divulgado e preenchido pela população em estudo, ficando disponível durante, aproximadamente, dois meses de duração (de 5 de fevereiro a 5 de abril de 2021). Após este tempo, procedeu-se à recolha dos dados estatísticos inquiridos com subseqüente tratamento/relação entre as diversas variáveis avaliadas.

### **3.2. Seleção da Amostra**

Através dos Serviços Académicos da Universidade da Beira Interior, foi possível verificar que existiam 8400 alunos inscritos na UBI no ano letivo 2020/2021. Posto isto, ficou definida a população do presente estudo.

Posteriormente calculou-se a amostra representativa aleatória simples mínima necessária através do programa *Epi Info*<sup>TM</sup>. Considerou-se uma margem de erro de 5%, um intervalo de confiança de 95% e uma percentagem de frequência de ansiedade e consumo de substâncias com propriedades ansiolíticas de 50%. Desta forma, a amostra representativa ficou definida como, pelo menos, 367 participantes para que os resultados fossem estatisticamente significativos.

### **3.3. Participantes/Critérios de Inclusão e Exclusão**

Previamente à elaboração do questionário, foram delineados critérios de inclusão e exclusão que os estudantes teriam de respeitar sendo que, para serem incluídos no estudo, os participantes teriam de:

- Ser estudantes da UBI, inscritos no ano letivo 2020/2021;
- Ler os objetivos e condições subjacentes ao estudo;
- Declarar que aceitavam participar no estudo de forma anónima, voluntária e confidencial, sendo para tal, salvaguardada a confidencialidade de todas as suas respostas;
- Autorizar o uso dos dados apenas para a análise estatística inerente à concretização do estudo.

Desta forma, foram incluídos todos aqueles que satisfizeram as condições enunciadas e excluídos aqueles que fossem antigos alunos da Universidade da Beira

Interior (término dos estudos antes do ano letivo 2020/2021), que fossem estudantes de outras instituições de ensino superior e aqueles 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*, realizado na aplicação “*Formulários*” da *Google*. A escolha deveu-se ao facto de ser um método bastante fácil para alcançar a população alvo e consequente preenchimento do mesmo, não só por ser disponibilizado na Internet e ser de rápido acesso, mas também porque os meses de divulgação do inquérito foram compatíveis com os meses de confinamento face ao estado de pandemia do novo coronavírus (SARS-COV-2) havendo, por isso, maior disponibilidade de respostas.

No início do questionário, os participantes encontraram uma pequena introdução inerente ao estudo e, a partir dessa, tomaram a decisão de participar ou não, declarando ter lido e compreendido toda a informação fornecida. Dessa informação destaca-se: a identificação do autor e orientador do projeto; os objetivos do trabalho; a constituição do inquérito; a ausência de benefícios ou riscos para os participantes; a inexistência de financiamento; a atribuição do parecer favorável por parte da Comissão de Ética da UBI (projeto com o código n.º CE-UBI-Pj-2021-005); os critérios de inclusão e exclusão; o carácter voluntário do estudo; e a garantia de anonimato e confidencialidade relativamente aos dados recolhidos do mesmo.

#### **3.4.2. Procedimento de Recolha de Dados**

A divulgação do questionário foi conseguida através das redes sociais *Facebook* e *Instagram*, do envio de um *email* a cada aluno com o *link* de acesso ao mesmo pelo Gabinete de Relações Públicas (GRP) da Universidade da Beira Interior; e a partilha entre estudantes. O inquérito esteve disponível para autopreenchimento durante dois meses (de 5 de fevereiro a 5 de abril de 2021).

No que concerne à constituição do inquérito, este foi dividido em duas partes constituídas maioritariamente por perguntas de resposta fechada (escolha única ou múltipla), havendo, todavia, duas de resposta aberta simples referentes a medidas não farmacológicas de alívio da ansiedade e a medicamentos ansiolíticos:

- **I – Questionário Sociodemográfico dos Estudantes**

Com questões relativas ao género, idade, faculdade/área do curso, ciclo de estudos e correspondente ano, residência, com quem reside, a frequência com que é sujeito a avaliações no presente ano letivo, o facto de o curso/instituição

ser ou não a sua primeira opção, o pensamento de abandono do curso atual e qual(ais) a(s) razão(ões) e se alguma vez sentiu ansiedade durante o percurso acadêmico.

❖ **Subparte Ia – Avaliação da Ansiedade:**

Questionou os participantes acerca da(s) razão(ões) que lhes provocaram ansiedade, se sentiram necessidade de recorrer a profissionais de saúde e a influência da ansiedade no rendimento acadêmico.

• **II – Prevalência do Consumo de Substâncias com Propriedades Ansiolíticas nos Estudantes**

Inicialmente questionou-se os estudantes acerca do(s) motivo(s) que os levam ou levariam a consumir substâncias com propriedades ansiolíticas. De seguida, os participantes depararam-se com três subpartes:

❖ **Subparte IIa – Consumo de Chás/Infusões e Suplementos Ansiolíticos:**

Com um conjunto de perguntas relativas aos hábitos de consumo de chás/infusões (por exemplo, camomila, erva cidreira, tília...) e suplementos calmantes (por exemplo, valeriana, melatonina...). Questionou-se se já tinham consumido ou costumavam consumir chás/infusões e suplementos calmantes e quais, com que frequência os consumiam habitualmente, se receberam algum tipo de aconselhamento para o consumo dessas substâncias e de quem, se tinham sentido a necessidade de aumentar o seu consumo durante as fases de avaliações e qual o seu impacto no rendimento acadêmico.

Perguntou-se ainda se tinham por hábito recorrer a outro tipo de medidas, por exemplo técnicas de relaxamento (yoga, meditação), técnicas de respiração, caminhar, entre outras, para diminuir a ansiedade.

❖ **Subparte IIb – Consumo de Medicamentos Ansiolíticos:**

Constituída por uma série de questões referentes aos hábitos de consumo de medicamentos ansiolíticos, por exemplo, Alprazolam (*Xanax*<sup>®</sup>), Clonazepam (*Rivotril*<sup>®</sup>), Propranolol (*Inderal*<sup>®</sup>), entre outros. Inquiriu-se se, no caso de terem consumido ansiolíticos, se dispunham de receita médica, se receberam algum tipo de aconselhamento relativamente ao uso dessas substâncias, a frequência de consumo, se tinham a necessidade de aumentar o consumo destes

medicamentos nas fases de avaliações, se sentiram efeitos adversos com a sua toma e quais, e se o uso de medicamentos ansiolíticos melhorou ou piorou o desempenho académico.

❖ **Subparte IIc – Noções sobre Medicamentos Ansiolíticos:**

Com o objetivo de inferir o grau de conhecimento dos estudantes relativamente ao tema dos medicamentos ansiolíticos. Questionaram-se noções sobre as substâncias, nomeadamente acerca de aconselhamento, dependência e/ou tolerância e conclusão do tratamento.

No total foram conseguidos 433 inquéritos respondidos, dentro dos quais 4 apresentaram erros de preenchimento, não sendo incluídos para tratamento estatístico. Sendo assim, foram analisados apenas 429 inquéritos, estando ainda superior ao número mínimo necessário e determinado aquando do cálculo da amostra representativa para este estudo.

### **3.4.3. Análise dos Dados**

A fim de proceder à análise estatística dos dados recolhidos, recorreu-se ao *software* IBM SPSS Statistics versão 27 e ao programa informático *Microsoft Excel 2019*, 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 é um teste não-paramétrico utilizado para averiguar diferenças estatisticamente significativas entre dois ou mais grupos de uma variável independente e uma variável dependente contínua ou ordinal. É uma alternativa não-paramétrica à ANOVA de um fator. Optou-se pela utilização de um teste não-paramétrico, uma vez que numa primeira análise estatística dos resultados obtidos, verificou-se, através do teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* com correção de *Lilliefors*, que as variáveis não apresentavam distribuição normal ( $p < 0,05$ ). Além do mais, pelo teste de *Levene*, também se averiguou que não existiu homogeneidade de variância (Anexo VII).

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

## **4. Resultados e Discussão**

Neste capítulo irão ser apresentados os resultados, e respetiva discussão, sob a forma de quatro eixos. Inicialmente, serão apresentadas todas as questões que conduzem à caracterização sociodemográfica dos participantes, seguindo-se a avaliação dos níveis

da ansiedade. Posteriormente, é exposta a prevalência do consumo de substâncias com propriedades ansiolíticas e, por fim, exhibe-se o impacto da ansiedade e do consumo das diversas substâncias com propriedades ansiolíticas no rendimento académico dos estudantes.

## 4.1. Caracterização Sociodemográfica

### 4.1.1. Sexo

Inicialmente, foi importante compreender o género dos participantes. Assim, o número de participantes do sexo feminino no estudo foi de 311, equivalentes a 72,5% do total da amostra. Os restantes 27,5% corresponderam ao sexo masculino, o que equivale a 118 indivíduos (Figura 1).

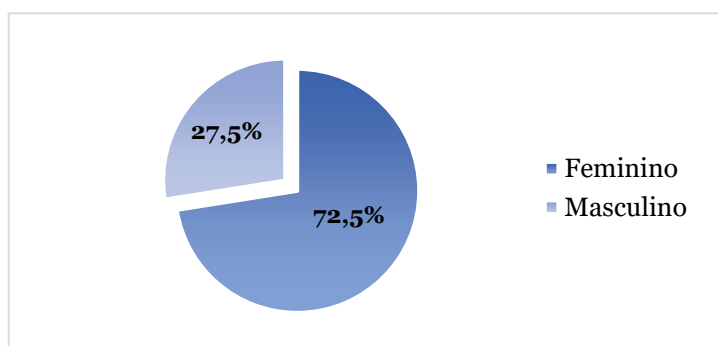


Figura 1 - Distribuição da amostra segundo o sexo.

### 4.1.2. Idade

No que concerne à idade dos alunos inquiridos, e tal como demonstrado na Figura 2, a faixa etária mais prevalente centrou-se dos 18 aos 21 anos, com uma percentagem de 52,9% dos inquiridos, seguida da faixa dos 22 aos 25 anos com 36,6% das respostas. Não obstante, as faixas etárias com menos participantes situaram-se na dos 30 ou mais anos com 5,8%, sendo a minoria atingida pelos alunos com idades compreendidas entre os 26 e 29 anos com apenas 4,7%.

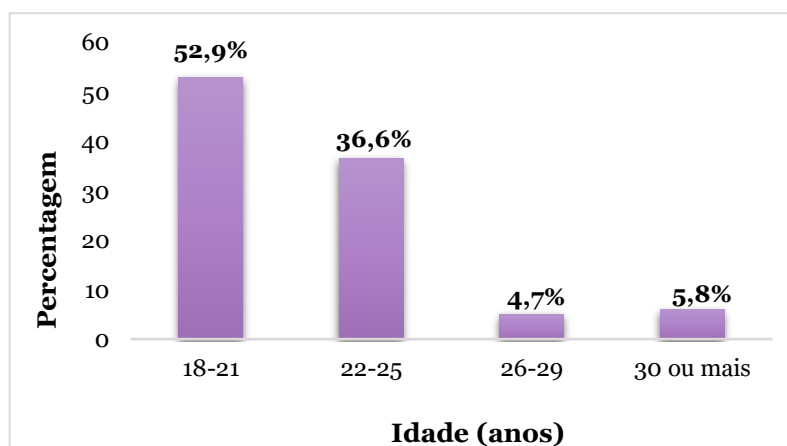


Figura 2 - Distribuição da amostra segundo a idade .

### 4.1.3. Área de curso

Relativamente à área de curso dos alunos que participaram no estudo, verificou-se uma predominância da área das Ciências da Saúde com quase metade do número de participantes (43,8%), seguida da área das Ciências Sociais e Humanas com 77 inquiridos (17,9%). O terceiro lugar foi ocupado pelas Engenharias com 64 participantes equivalentes a 14,9%, seguido da área das Ciências com 11,9% dos inquiridos. Por fim, a área minoritária foi a de Artes e Letras com apenas 49 participantes (11,4%) (Figura 3).

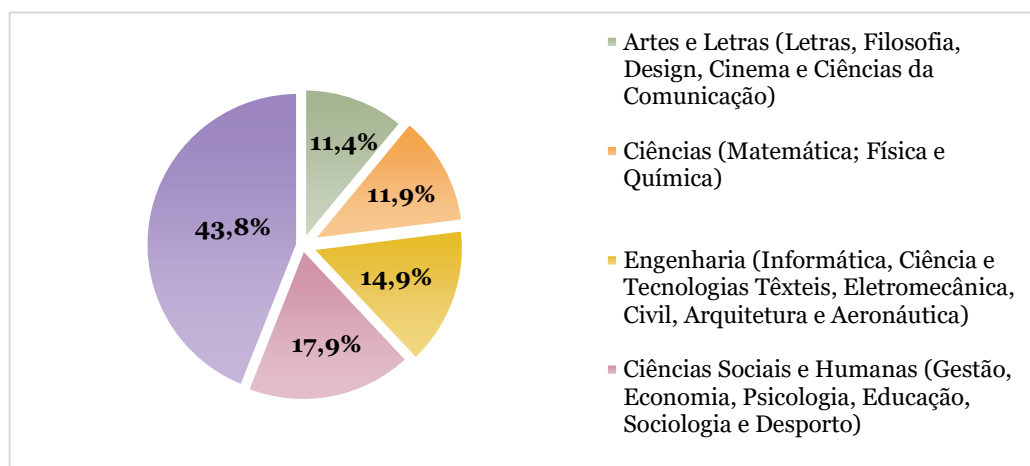


Figura 3 - Distribuição da amostra segundo a área de curso.

### 4.1.4. Ciclo de estudos

No que toca ao ciclo de estudos, a maioria dos estudantes que participaram no inquérito encontravam-se no mestrado integrado, representando quase metade dos participantes (42,4%). Por outro lado, os estudantes a frequentar licenciatura representaram 32,6% das respostas obtidas, e os de mestrado 18,9%. O ciclo de estudos com menor número de participantes foi o de doutoramento, representando apenas 6,1% (Figura 4).

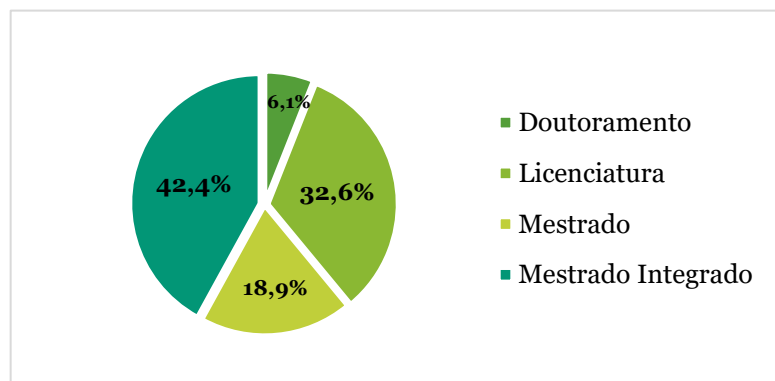


Figura 4 - Distribuição da amostra segundo o ciclo de estudos.

Quanto ao ano do ciclo de estudos, grande parte dos estudantes encontravam-se no primeiro ano, representando cerca de 27,3% do total, seguido do segundo ano com 22,1%, do terceiro ano com 18,9% e do quinto ano com 16,6%. Os menos predominantes foram o quarto e sexto anos com apenas 9,8% e 5,4% dos participantes, respectivamente (Figura 5).

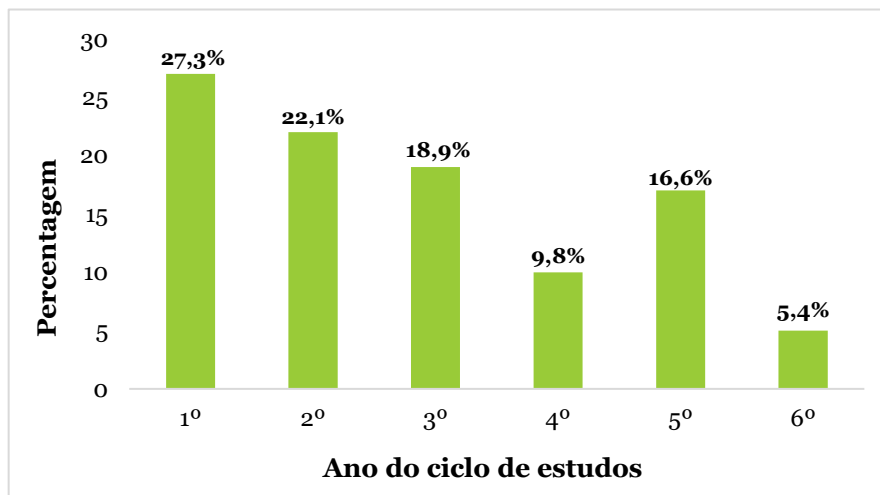


Figura 5 - Distribuição da amostra segundo o ano do ciclo de estudos.

#### 4.1.5. Residência na cidade de estudo

Relativamente à residência na cidade de estudo, e como é possível verificar na Figura 6, a maioria dos estudantes vivia com amigos e colegas, representando mais de metade da amostra, seguida da residência com pais e familiares, equivalendo a 21,7%. Dos restantes, 14,0% moravam sozinhos, 2,6% com o namorado(a) e somente 0,5% se encontrava institucionalizado(a).

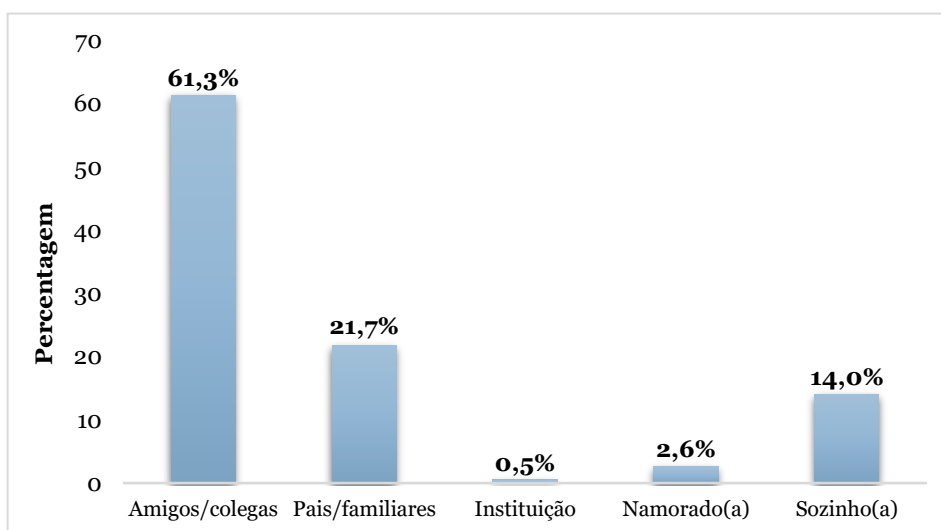


Figura 6 - Distribuição da amostra de acordo com a residência na cidade de estudo.

#### 4.1.6. Frequência de avaliações

No que respeita à frequência de avaliações, cerca de 93 alunos inquiridos (21,7%) tinham avaliações todas as semanas, 132 (30,8%) a cada quinze dias e 123 (28,7%) a cada mês. Dos restantes, 16,6% relataram não terem avaliações por estarem na etapa de investigação e cerca de 2,3% constatou nunca ser sujeito a avaliações (Figura 7).

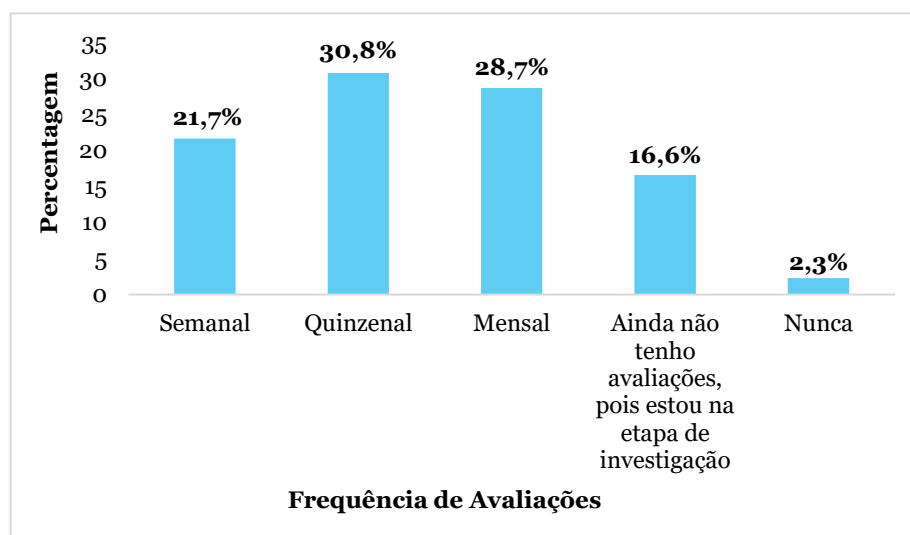


Figura 7 - Distribuição percentual da amostra segundo a frequência de avaliações.

#### 4.1.7. Abandono do atual curso

Na pergunta “*O curso/instituição em que se encontra foi a sua primeira opção?*”, a maior parte dos inquiridos (60,8%) respondeu “*Sim*”, enquanto os restantes 39,2% respondeu “*Não*”.

Quando questionados acerca de já terem pensado desistir do atual curso, a ocorrência de respostas positivas foram quase equivalentes às negativas, sendo que 214 alunos (49,9%) responderam “*Sim*” e 215 (50,1%) responderam “*Não*”. O principal motivo que levaria ao abandono do curso foi “*Não ser o curso desejado*” com 24,8% de respostas, seguido de “*Exigência excessiva do curso*” com 24,3% (Anexo III).

Posto isto, e como forma de explorar a associação entre as duas questões anteriores, realizou-se uma tabulação cruzada, presente no Anexo VI, a partir da qual se concluiu que, dos inquiridos que já pensaram abandonar o atual curso, mais de metade (61,7%) encontrava-se na primeira opção, enquanto apenas 38,3% revelaram não estar na primeira opção. No entanto, não se observaram diferenças significativas comparativamente aos estudantes que não revelaram intenção de abandonar o curso, uma vez que também mais de metade (60,0%) estavam na primeira opção.

## 4.2. Avaliação da Ansiedade

No que concerne à pergunta “*Já alguma vez sentiu ansiedade durante o percurso académico?*”, a maioria dos participantes (408) responderam “*Sim*” (95,1%). Este resultado era espectável, visto que os estudantes universitários estão sujeitos a diversos estímulos de *stress* resultantes de avaliações, relações sociais, problemas socioeconómicos, entre outros [36]. Além disso, na literatura está descrito um estudo realizado em estudantes universitários da Turquia, que teve por objetivo examinar a prevalência da depressão, ansiedade e *stress* nesse grupo, que concluiu que a ansiedade foi a patologia com maior incidência [37].

As razões que despoletam esta emoção nos estudantes são várias, sendo que as três combinações maioritárias foram a “*Preocupação com o sucesso académico e Adaptação à vida universitária em termos de exigências, autonomia e responsabilidades*” com 15,4% do total, seguindo-se a “*Preocupação com o sucesso académico e Número de horas de sono insuficientes*” com 12,7% e, por fim, a “*Preocupação com o sucesso académico*” com 11,0%. As razões minoritárias corresponderam a “*Deslocação da residência de origem*”, assim como, à “*Deslocação da residência de origem e Número de horas de sono insuficientes*” com 0,7% e 0,2% do total, respetivamente (Anexo IV).

De entre os 408 alunos que afirmaram já terem sentido ansiedade, apenas 133 (32,6%) sentiu necessidade de recorrer a um profissional de saúde para resolver o problema. O profissional de saúde mais requisitado foi o psicólogo, representando 47,4% dos inquiridos, e juntamente com o médico assumindo 20,3% do total (Figura 8).

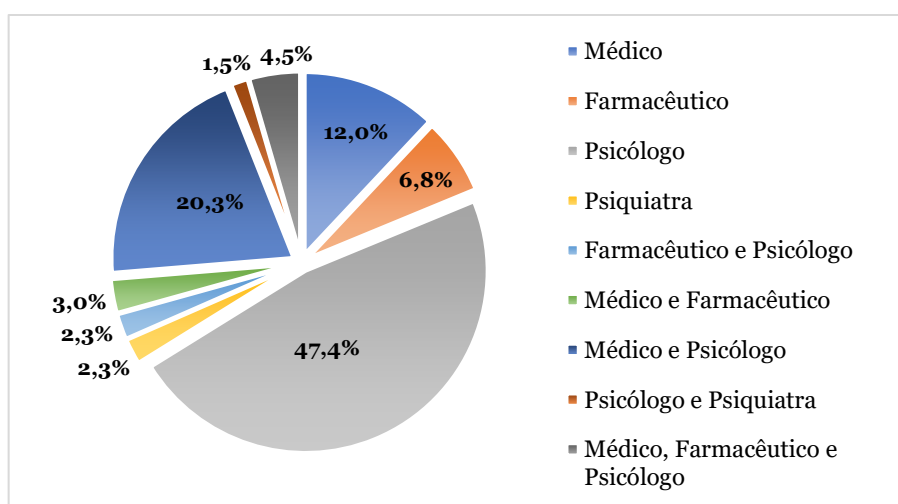


Figura 8 - Distribuição percentual dos estudantes segundo os profissionais de saúde requisitados.

## Associação entre a Presença de Ansiedade e as Variáveis Sociodemográficas dos inquiridos

No que concerne à pergunta “*Já alguma vez sentiu ansiedade durante o percurso académico?*” através da análise da tabela “*Sumarização de Teste de Hipóteses Kruskal-Wallis para a Presença de Ansiedade*” presente no Anexo VIII, constata-se que existiram diferenças significativas entre o Sexo ( $p < 0,001$ ), a Área de curso ( $p = 0,010$ ), o Ano do ciclo de estudos ( $p = 0,04$ ), o Ciclo de estudos ( $p = 0,031$ ) e o Abandono do atual curso ( $p = 0,001$ ). Para as restantes variáveis tal não aconteceu, tais como: Idade ( $p = 0,053$ ), Residência na cidade de estudo ( $p = 0,586$ ), “*Na cidade onde estuda, com quem reside?*” ( $p = 0,692$ ), Frequência de Avaliações ( $p = 0,382$ ) e “*O curso/instituição em que se encontra foi a sua primeira opção?*” ( $p = 0,416$ ).

### ❖ Sexo

Através da observação da tabela do *Qui-Quadrado*, constata-se que, de entre os estudantes do sexo feminino, quase 100% responderam “*Sim*” (97,4%), enquanto apenas 89,0% dos rapazes responderam positivamente (Anexo IX). De modo a facilitar a interpretação, verifica-se, portanto, que 2,6% das mulheres responderam “*Não*” ter sentido ansiedade, comparativamente aos 11,0% dos homens.

Esta tendência está de acordo com o descrito na literatura em que, um estudo realizado com o objetivo de avaliar a prevalência da depressão, ansiedade e *stress* num grupo de estudantes universitários da Turquia, concluiu que os níveis de ansiedade são mais elevados em estudantes do sexo feminino [37]. Um outro estudo definido com o intuito de explorar a ansiedade e qualidade de vida nos estudantes de primeiro ano na área de saúde, concluiu também que as raparigas apresentaram maior nível de ansiedade [124].

### ❖ Idade

Relativamente à idade, um estudo realizado para determinar a prevalência de ansiedade e depressão em estudantes do curso de Medicina, também comprovou que esta variável não afetou significativamente a prevalência desta patologia [125]. Neste estudo, embora não tenham ocorrido diferenças estatisticamente significativas, segundo a análise da tabela do *Qui-Quadrado* exposta no Anexo X, a faixa etária que revelou uma maior percentagem de ansiedade foi a dos 22 aos 25 anos (98,1%).

### ❖ Área de Curso

Ao nível da área de curso, a diferença estatisticamente significativa ocorreu entre a área de Artes e Letras com Ciências ( $p = 0,043$ ) e com Ciências da Saúde ( $p = 0,014$ ). De facto, através da tabela do *Qui-Quadrado*, consegue-se observar que, de entre os

estudantes que assumiram estudar num curso inserido na área das Artes e Letras, 85,7% afirmaram já terem sentido ansiedade no seu percurso académico, enquanto para os estudantes das restantes áreas a percentagem é superior, nomeadamente: Ciências da Saúde (96,8%), Ciências (98%), Engenharias (96,9%) e Ciências Sociais e Humanas (93,5%) (Anexo XI).

❖ Ano do ciclo de estudos

Relativamente ao ano do ciclo de estudos, constataram-se diferenças significativas quanto à presença de ansiedade ( $p=0,04$ ), visto que todos os estudantes (100%) inquiridos pertencentes ao 4º e 6º anos, responderam afirmativamente à pergunta em causa, contrariamente aos restantes anos, em que existiu uma percentagem de estudantes que responderam “Não”. (Anexo XII). De ressaltar que a amostra de estudantes de 4º e 6º anos foi relativamente inferior às restantes.

Estes resultados não estão de acordo com um estudo realizado num grupo de estudantes universitários da Turquia, cujo objetivo foi examinar a prevalência da depressão, ansiedade e *stress*, sendo que os níveis de ansiedade foram maiores nos alunos de primeiro e segundo ano [37].

Por outro lado, comprova o facto de os anos posteriores ao primeiro ano de faculdade não serem mais fáceis, uma vez que os estudantes ao longo do seu percurso académico estão constantemente sujeitos a altos níveis de pressão e ansiedade [36].

❖ Ciclo de estudos

Em relação ao ciclo de estudos dos participantes, também se verificaram diferenças significativas na pergunta n.º11 da Parte I do inquérito ( $p= 0,031$ ). Pela análise da tabela do *Qui-Quadrado*, presente no Anexo XIII, a maior diferença situou-se nos alunos de doutoramento, dado que 100% destes revelou sentir ansiedade, ao passo que nos restantes a percentagem foi inferior, nomeadamente: Licenciatura (91,4%), Mestrado (97,5%) e Mestrado Integrado (96,2%), ressaltando que a amostra de alunos de doutoramento foi inferior às restantes.

❖ Abandono do atual curso

De entre os estudantes que pensaram abandonar o curso, a grande maioria (98,3%) revelou sentir ansiedade durante o percurso académico, ao passo que, apenas 1,4% revelou não ter sentido (Anexo XIV).

### 4.3. Prevalência do consumo de substâncias com propriedades ansiolíticas

#### 4.3.1. Motivos de consumo de substâncias com propriedades ansiolíticas

Os motivos que podem desencadear o consumo de substâncias com propriedades ansiolíticas nos estudantes são vários sendo que, neste estudo, as combinações maioritárias são “Gerir o stress/emoções, Relaxar, Ajudar a dormir e Ajudar no estudo” com 14,2% do total de respostas, seguida de “Gerir o stress/emoções e Relaxar” e “Gerir o stress/emoções, Relaxar e Ajudar a dormir” com 12,1% e 10,0%, respetivamente. Com menor número de respostas, existiram motivos como “Ajudar a dormir e Ajudar no estudo” e “Gerir o stress/emoções, Ajudar a dormir e Problemas psicológicos” com 0,7 e 0,2% dos inquiridos, respetivamente (Anexo V).

#### 4.3.2. Consumo de Chás/Infusões

Da totalidade dos 429 alunos inquiridos, 280 (65,3%) afirmaram já ter recorrido ao consumo de chás e/ou infusões em momentos de ansiedade e nervosismo. Assim sendo, menos de metade dos estudantes (34,7%) assumiram nunca terem exercido este tipo de consumo (Figura 9).

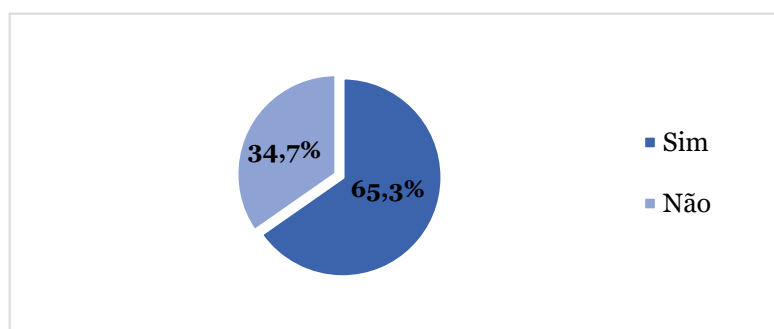


Figura 9 - Distribuição percentual da amostra quanto ao consumo de chás e/ou infusões.

Dentro da amostra de estudantes que afirmaram sentir ansiedade, mais de metade (66,4%) revelou ser consumidor de chás/infusões (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição percentual da amostra que afirmou sentir ansiedade segundo o consumo de chás/infusões.

#### 1. Já alguma vez consumiu ou costuma consumir algum chá/infusão para se tranquilizar?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	271	66,4	66,4	66,4
	Não	137	33,6	33,6	100,0
	Total	408	100,0	100,0	

De entre os alunos que consomem/já consumiram este tipo de substâncias, apenas 40 (14,3%) afirmaram consumir em combinação com a medicação ansiolítica. Desta forma, conclui-se que a maioria dos inquiridos, ou seja, 240 alunos (85,7%) não misturam estas substâncias (Figura 10), sendo uma atitude correta, uma vez que, como já se expôs no tópico “1.2. Substâncias com Propriedades Ansiolíticas”, podem ocorrer interações entre as diversas plantas medicinais e alguns medicamentos.

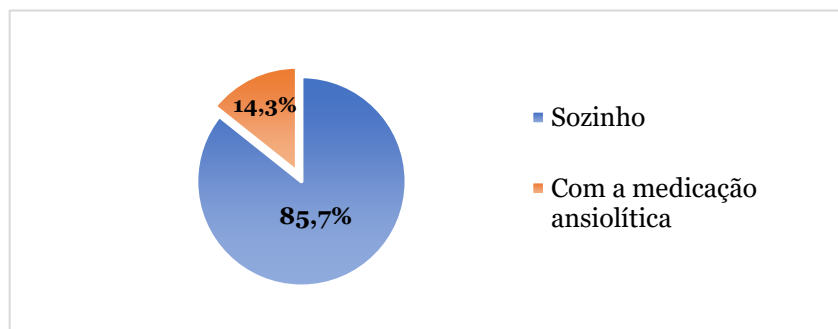


Figura 10 - Distribuição percentual da amostra segundo o consumo do chá/infusão sozinho ou com medicação ansiolítica.

O chá mais consumido foi o de Camomila com 33,6% de respostas, seguido da sua combinação com a Tília e Erva-cidreira com 23,6%. Por outro lado, o menos consumido revelou ser a Valeriana com apenas 0,4% (Tabela 2). Este facto vai de encontro ao que é descrito pela literatura, onde a Camomila é uma das infusões mais consumidas pela população em Portugal, inclusive pelos estudantes [120, 121].

Tabela 2- Distribuição da amostra de acordo com os chás/infusões consumidos.

Chá/infusão	n	%	Chá/infusão	n	%
Camomila	94	33,6	Camomila, Tília e Erva-cidreira	66	23,6
Tília	3	1,1	Camomila, Tília, Erva-cidreira e Ginseng	1	0,4
Erva-cidreira	10	3,6	Camomila, Tília, Erva-cidreira, Passiflora e Valeriana	1	0,4
Valeriana	1	0,4	Camomila, Tília, Erva-cidreira e Valeriana	1	0,4
Camomila e Erva-cidreira	51	18,2	Camomila, Tília e Lavanda	3	1,1
Camomila, Erva-cidreira e Lavanda	1	0,4	Camomila, Tília e Valeriana	2	0,7
Camomila e Ginseng	1	0,4	Erva-cidreira e Valeriana	1	0,4
Camomila e Lavanda	1	0,4	Tília e Erva-cidreira	7	2,5
Camomila e Tília	36	12,9			

No que respeita à frequência de consumo, a maior parte dos participantes relataram consumir o chá/infusão 2 a 3 vezes por semana (34,6%), sendo que a altura do dia mais frequente é à noite (70,4%) (Figuras 11 e 12). Este aspeto não está de acordo com a informação existente na literatura, uma vez que um estudo realizado com o objetivo de avaliar o comportamento de consumo de infusões em Portugal, em que os estudantes representavam cerca de 44,7% da amostra, concluiu que a maioria da população consumia infusões com uma frequência variável entre 1 a 3 vezes por mês (24,7%) e 4 ou mais vezes por dia (0,5%) [120].

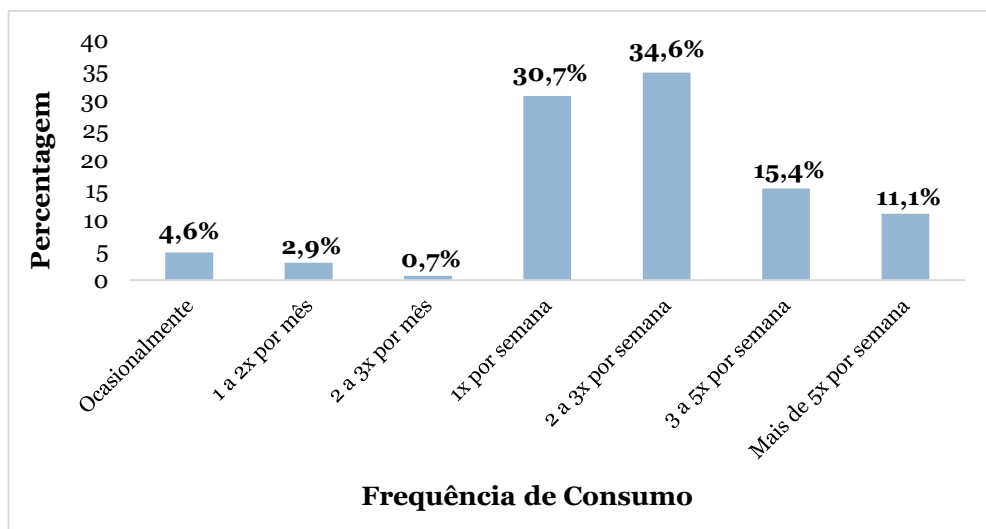


Figura 11 - Distribuição percentual dos inquiridos relativamente à frequência de consumo de chá/infusões.

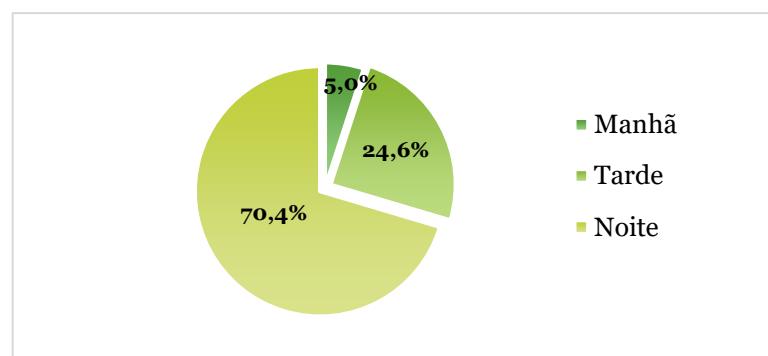


Figura 12 - Distribuição percentual dos estudantes de acordo com a altura do dia de consumo do chá/infusão.

Relativamente ao aconselhamento, mais de metade dos inquiridos (86,4%) afirmou não ter recebido, enquanto 38 indivíduos (13,6%) assumiram que sim, sendo que o profissional de saúde maioritário foi o farmacêutico com 23,7% de respostas, confirmando, desta forma, a proximidade deste com a população (Figura 13).

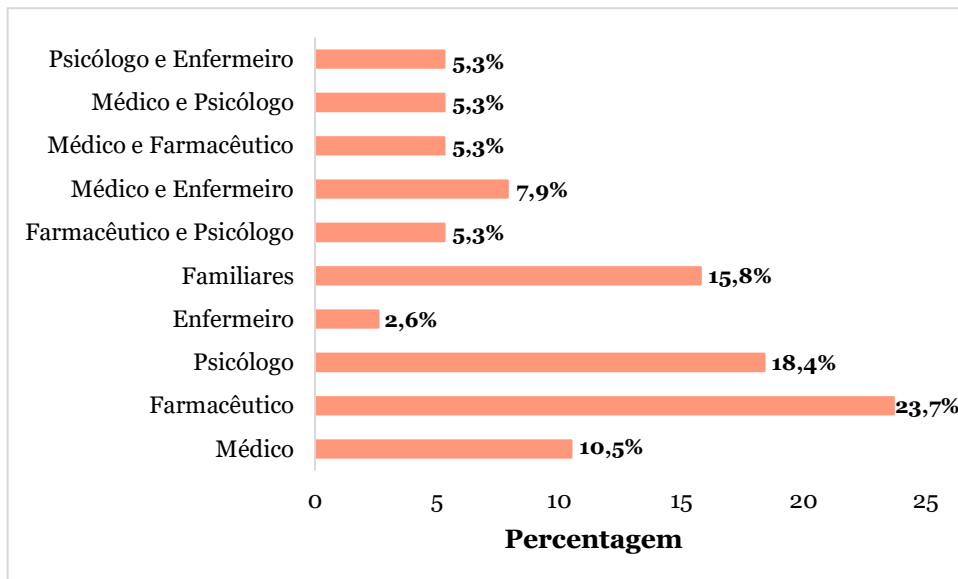


Figura 13 - Distribuição percentual dos estudantes segundo o profissional de saúde que prestou aconselhamento acerca do chá/infusão.

Quando questionados acerca da necessidade de aumento do consumo de chá/infusões em alturas de avaliações (frequências/exames, apresentação de trabalhos, etc), um pouco mais de metade (52,9%) respondeu positivamente e os restantes 47,1% respondeu que não verificaram essa necessidade (Figura 14).

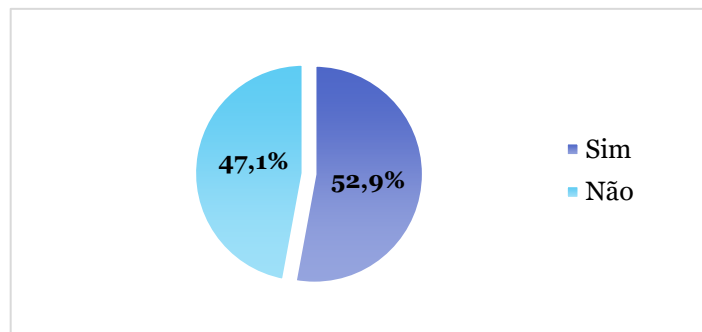


Figura 14 – Distribuição percentual da amostra quanto à necessidade de aumento do consumo de chás/infusões em alturas de avaliações.

### Associação entre o Consumo de Chás/Infusões e as Variáveis Sociodemográficas dos inquiridos

Relativamente ao consumo de chás/infusões, observando a tabela “*Sumarização de Teste de Hipóteses Kruskal-Wallis para o Consumo de Chás/Infusões*”, presente no Anexo XV, apenas se notaram diferenças significativas ao nível do Sexo ( $p=0,001$ ) e “*Com quem reside na cidade de estudo?*” ( $p=0,040$ ), não se verificando o mesmo nas restantes: Idade ( $p=0,639$ ), Área de curso ( $p=0,626$ ), Ano do ciclo de estudos ( $p=0,638$ ), Residência na cidade de estudo ( $p=0,957$ ), Frequência de avaliações

( $p=0,781$ ), “O curso/instituição em que se encontra foi a primeira opção?” ( $p= 0,083$ ) e Abandono do atual curso ( $p= 0,500$ ).

❖ Sexo

De facto, analisando a tabela do *Qui-Quadrado*, conclui-se que, de entre os dois sexos, o feminino consome em maior percentagem este tipo de substâncias, uma vez que apenas 28,3% respondeu negativamente, contrariamente aos estudantes do sexo masculino, cuja percentagem foi 51,7% (Anexo XVI).

❖ 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 constatou um maior grau de consumo de chás/infusões, com 90,0% de respostas, enquanto as restantes rondaram os 60,0% (Anexo XVII). De salientar que a amostra de inquiridos dos 26 aos 29 anos foi inferior às restantes faixas etárias.

❖ Área de curso

De entre as diversas áreas de curso, pela análise da tabela do *Qui-quadrado* demonstrada no Anexo XVIII, foi na de Artes e Letras que se verificou uma maior percentagem de utilização destes compostos com 71,4% de respostas, seguida das Ciências com 70,6%.

❖ Residência na cidade de estudo

No que concerne à pergunta “Com quem reside na cidade de estudo?”, através da observação do teste de *Kruskal-Wallis* presente no Anexo XIX, a diferença estatisticamente significativa situou-se entre quem vive com amigos/colegas e familiares ( $p= 0,014$ ). Analisando a tabela do *Qui-Quadrado*, conclui-se que quem vive com amigos/colegas possui uma percentagem de consumo de chás/infusões superior a quem vive com familiares, com 70,0% e 51,7% respetivamente.

### **4.3.3. Consumo de Suplementos Ansiolíticos**

Prosseguindo com o inquérito, quando questionados acerca do consumo de suplementos calmantes, mais de metade dos inquiridos (67,1%) responderam “*Não*”, ou seja, só cerca de 32,9% dos estudantes assumiu consumir este tipo de substâncias (Figura 15). Este valor está de acordo com um estudo realizado numa amostra da população de Lisboa e Vale do Tejo composta maioritariamente por indivíduos do sexo feminino e da faixa etária dos 20 aos 29 anos, em que 20,1% afirmou consumir suplementos alimentares [122].

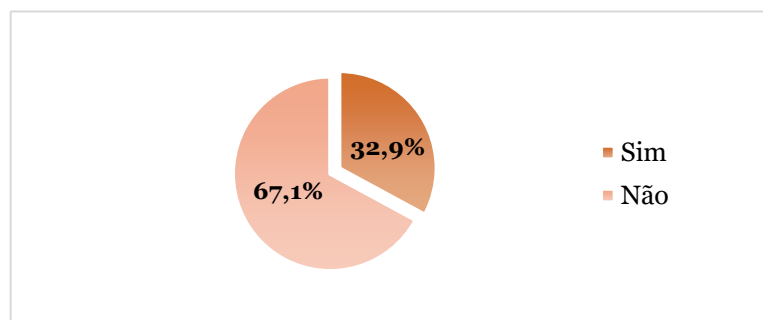


Figura 15 – Distribuição da amostra quanto ao consumo de suplementos ansiolíticos.

De entre os inquiridos que responderam afirmativamente à pergunta “*Já alguma vez sentiu ansiedade durante o percurso académico?*”, apenas 34,1% assumiu utilizar este tipo de substâncias (Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição percentual da amostra que afirmou sentir ansiedade segundo o consumo de suplementos ansiolíticos.

**9. Já consumiu/consome suplementos calmantes?**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	139	34,1	34,1	34,1
	Não	269	65,9	65,9	100,0
Total		408	100,0	100,0	

Quando questionados acerca da frequência de consumo, a maioria dos inquiridos (31,9%) afirmou consumir este tipo de substância 1 vez por semana, seguida de 2 a 3 vezes por semana com 25,5% de respostas (Figura 16).

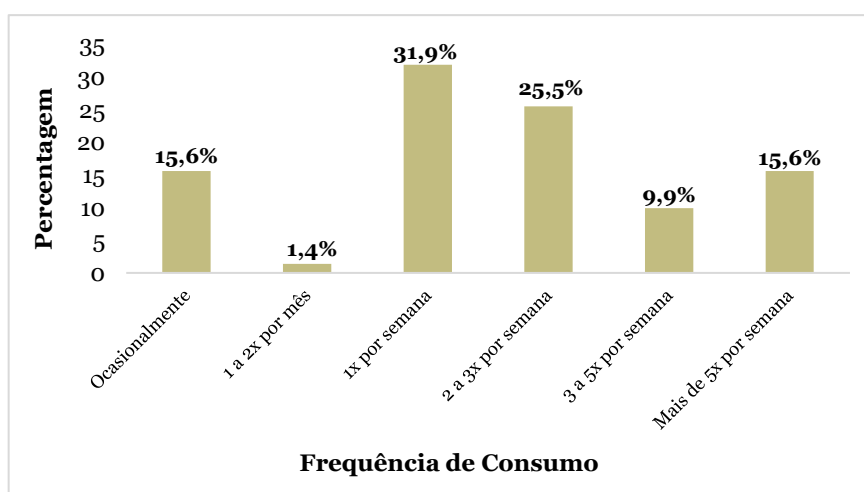


Figura 16 - Distribuição percentual dos inquiridos relativamente à frequência de consumo do suplemento ansiolítico.

No que diz respeito ao aconselhamento, dos 141 estudantes que relataram consumir este tipo de substâncias, mais de metade (71,6%) foi alvo de aconselhamento, enquanto 28,4% não (Figura 17).

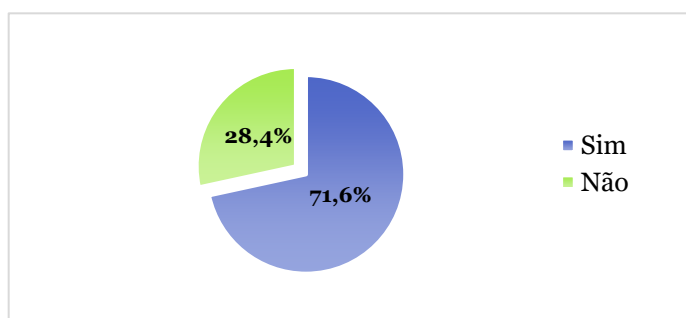


Figura 17 – Distribuição percentual da amostra segundo o aconselhamento de suplementos ansiolíticos.

De entre os estudantes que são consumidores deste tipo de substâncias, 60,3% respondeu “Sim” à questão “*Já precisou de aumentar o consumo de suplementos ansiolíticos durante fase(s) de avaliação(ões) (Frequências/Exames; Entrega/Apresentação de trabalho(s)/Projeto(s); etc.)?*”, enquanto os restantes 39,7% responderam “Não” (Figura 18).

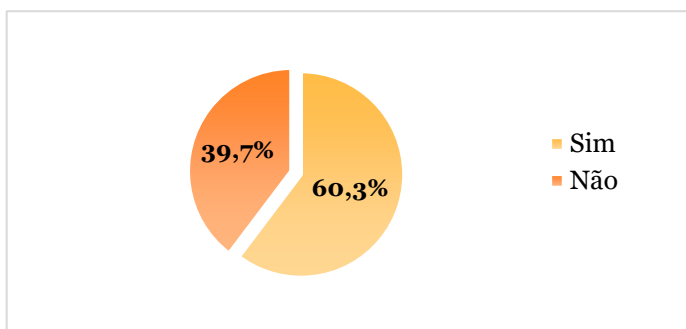


Figura 18 - Distribuição percentual dos estudantes relativamente à necessidade de aumento do consumo de suplementos em alturas de avaliações.

#### Associação entre o Consumo de Suplementos Ansiolíticos e as Variáveis Sociodemográficas dos inquiridos

No que respeita ao consumo de suplementos ansiolíticos, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ao nível do Sexo ( $p < 0,001$ ) e no Abandono do atual curso ( $p = 0,017$ ), como se pode comprovar pela tabela “*Sumarização de Teste de Hipótese de Kruskal-Wallis para o Consumo de Suplementos Ansiolíticos*” existente no Anexo XX, não se comprovando o mesmo para as restantes variáveis, tais como: Idade ( $p = 0,704$ ), Área de curso ( $p = 0,841$ ), Ano do ciclo de estudos ( $p = 0,988$ ), Ciclo de estudos ( $p = 0,515$ ), Residência na cidade de estudo ( $p = 0,972$ ), “*Com quem reside na*

*cidade de estudo?*” (p= 0,216), Frequência de avaliações (p= 0,680) e “*O curso/instituição em que se encontra, foi a primeira opção?*” (p= 0,102).

❖ Sexo

Através da análise da tabela do *Qui-quadrado*, demonstrada no Anexo XXI, averigua-se que o sexo feminino é o que consome mais suplementos ansiolíticos, visto que 38,3% das mulheres respondeu afirmativamente à pergunta “*Já consumiu/consome suplementos calmantes?*”, face aos 18,6% dos homens que selecionaram a mesma resposta.

❖ Idade

Pela observação das percentagens de consumo de suplementos ansiolíticos das diversas faixas etárias, expostas na tabela do *Qui-Quadrado* do Anexo XXII, conclui-se que foi na faixa etária dos 26 aos 29 anos que se averiguou uma maior utilização deste tipo de substâncias, expressando 40,0% de respostas. Importa resalvar, mais uma vez, que o número de participantes desta faixa etária foi inferior ao das restantes.

❖ Área de curso

Relativamente ao consumo deste tipo de substâncias entre as diversas áreas de curso, apesar de não se ter verificado diferenças estatisticamente significativas, constata-se que a maior percentagem de uso pertenceu à área de Artes e Letras (Anexo XXIII).

❖ Abandono do atual curso

Após a análise da tabela do *Qui-Quadrado*, presente no Anexo XXIV, conclui-se que, de entre os estudantes que pensaram abandonar o curso, 38,3% afirmaram ser consumidores de suplementos ansiolíticos face aos 27,4% que não colocaram a hipótese de desistir do curso e assumiram ser utilizadores deste tipo de substâncias.

#### 4.3.3.1. Medidas Não Farmacológicas

Os estudantes foram questionados acerca de recorrerem a medidas não farmacológicas para diminuir a ansiedade, sendo que mais de metade (56,4%) respondeu afirmativamente, enquanto 43,6% respondeu “Não”. A medida mais respondida foi “Exercício físico” com cerca de 29,8% de respostas, seguida de “Técnicas de respiração” com 16,5% (Figura 19).

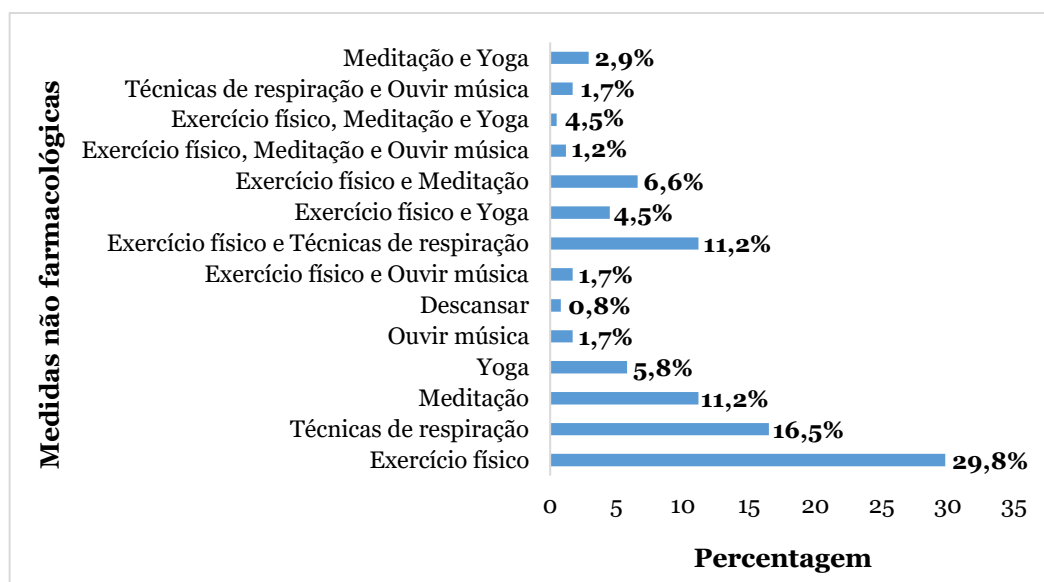


Figura 19 - Distribuição percentual da amostra segundo as medidas não farmacológicas usadas.

#### 4.3.4. **Consumo de Medicamentos Ansiolíticos**

Do total dos 429 inquiridos, apenas 120 (28,0%) responderam “Sim” quando questionados acerca do consumo de medicamentos ansiolíticos, ou seja, mais de metade dos alunos (72,0%) afirmaram não exercer este tipo de consumo (Figura 20). De entre os que consomem ou consumiram ansiolíticos, apenas 32,5% não detinham qualquer indicação clínica, sendo a grande maioria (67,5%) detentora de prescrição médica, o que se considera ser uma atitude responsável, devido aos efeitos adversos que este tipo de substâncias podem provocar .

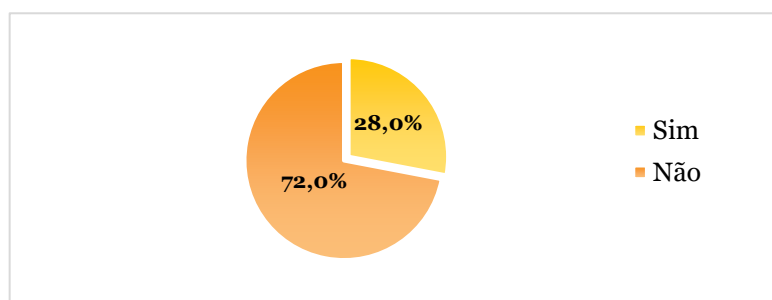


Figura 20 - Distribuição percentual dos inquiridos segundo o consumo de medicamentos ansiolíticos.

Ao analisar a amostra de inquiridos que afirmaram sentir ansiedade durante o seu percurso académico, verifica-se que apenas uma pequena percentagem (29,4%) é consumidora de medicamentos ansiolíticos (Tabela 4).

Tabela 4- Distribuição percentual da amostra que afirmou sentir ansiedade segundo o consumo de medicamentos ansiolíticos.

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

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	120	29,4	29,4	29,4
	Não	288	70,6	70,6	100,0
	Total	408	100,0	100,0	

Na pergunta “Qual o nome do(s) medicamento(s) que toma/tomou?”, 18,3% dos estudantes que assumiram consumir estas substâncias não responderam, mas de entre os que responderam, apurou-se que o medicamento ansiolítico mais popular foi o *Valdispert*<sup>®</sup> (Valeriana) com 21,7% de respostas (Figura 21). Este facto está de acordo com um estudo concretizado numa amostra da população de Lisboa e Vale do Tejo cujos medicamentos à base de plantas medicinais mais consumidos eram constituídos por Valeriana [122]. Também um outro estudo, realizado com o intuito de avaliar o uso de psicofármacos pelos estudantes do ensino superior a nível nacional, concluiu que o psicofármaco mais consumido foi o *Valdispert*<sup>®</sup> [126].

No presente estudo, o Alprazolam foi não só a benzodiazepina mais consumida pelos inquiridos (13,3%), como também a segunda substância mais usada de entre todos os fármacos ansiolíticos relatados (Figura 21). Este facto está de acordo com a tendência nacional em que, entre 2000 e 2012, a benzodiazepina com maior nível de consumo foi o Alprazolam [114]. A segunda substância mais consumida pertencente à mesma classe de fármacos foi o Clonazepam (4,2%), não se revelando concordante com os dados da população portuguesa, uma vez que a segunda benzodiazepina mais utilizada por esta, entre 2000 e 2012, foi o Lorazepam [114]. No seu todo, as BZD representaram 25% de consumo, sendo ligeiramente superior ao de Valeriana (21,7% de *Valdispert*<sup>®</sup> e 0,8% de *Livetan*<sup>®</sup>).

Em relação aos antidepressivos, os mais consumidos foram o Escitalopram (5,8%) e a Sertralina (3,3%). Facto este que se encontra conforme o ultimo relatório da evolução nacional, uma vez que do ano 2000 a 2012 verificou-se um aumento do uso destas duas substâncias. De entre os medicamentos ansiolíticos relatados pelos estudantes, os antidepressivos representaram 10,7% de consumo. A informação que se retira deste estudo apenas difere da população portuguesa na ordem de utilização, visto

que a Sertralina é a substância líder de mercado neste subgrupo terapêutico, não se verificando o mesmo neste estudo, pois o Escitalopram apresentou um uso superior.

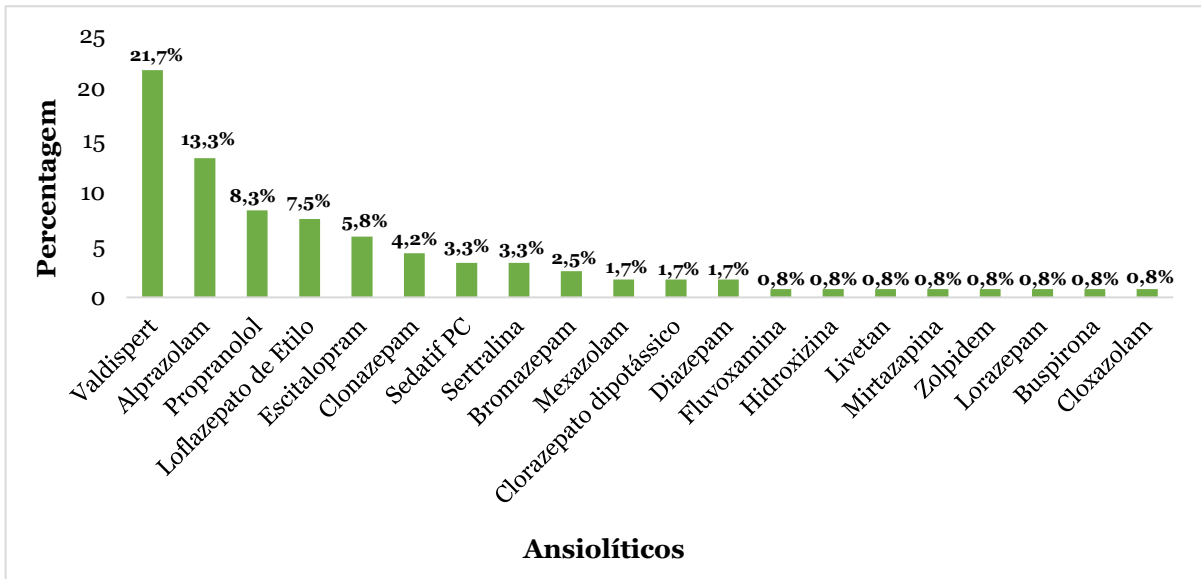


Figura 21 - Distribuição percentual da amostra de acordo com o fármaco ansiolítico consumido.

Na pergunta “Recebeu algum tipo de aconselhamento para o uso do ansiolítico?”, a maioria dos alunos (88,3%) referiu que “Sim”, ao passo que 11,7% respondeu “Não”. Quando questionados acerca de quem receberam o aconselhamento, quase metade dos inquiridos (45,3%) respondeu “Médico”, seguido de “Farmacêutico” com 11,3% de respostas (Figura 22).

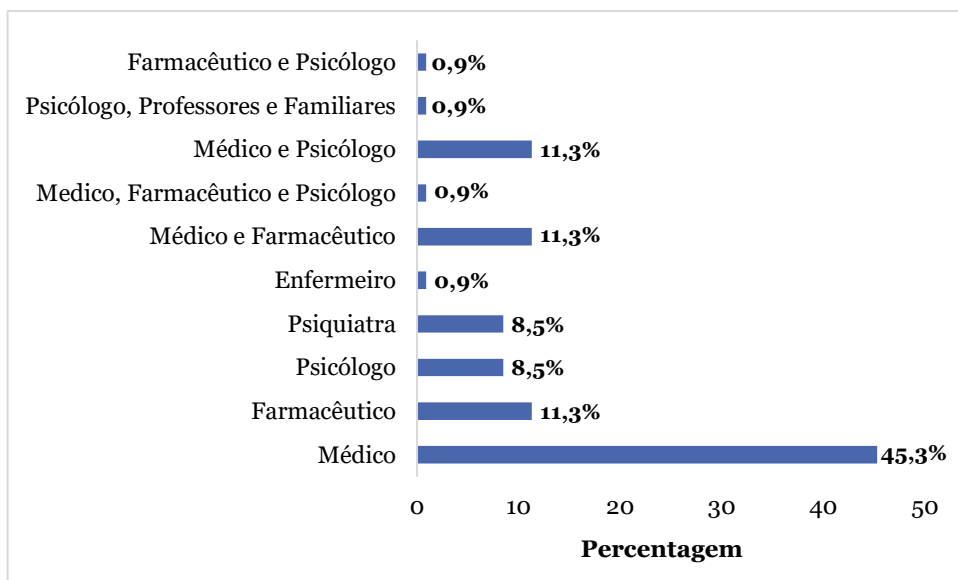


Figura 22 - Distribuição percentual da amostra segundo o profissional de saúde que prestou aconselhamento do medicamento.

Na grande maioria, os inquiridos consomem este tipo de substância mais de 5 vezes por semana (36,7%), seguida de 2 a 3 vezes por semana com 20,0% e 1 vez por semana com 18,3% (Figura 23).

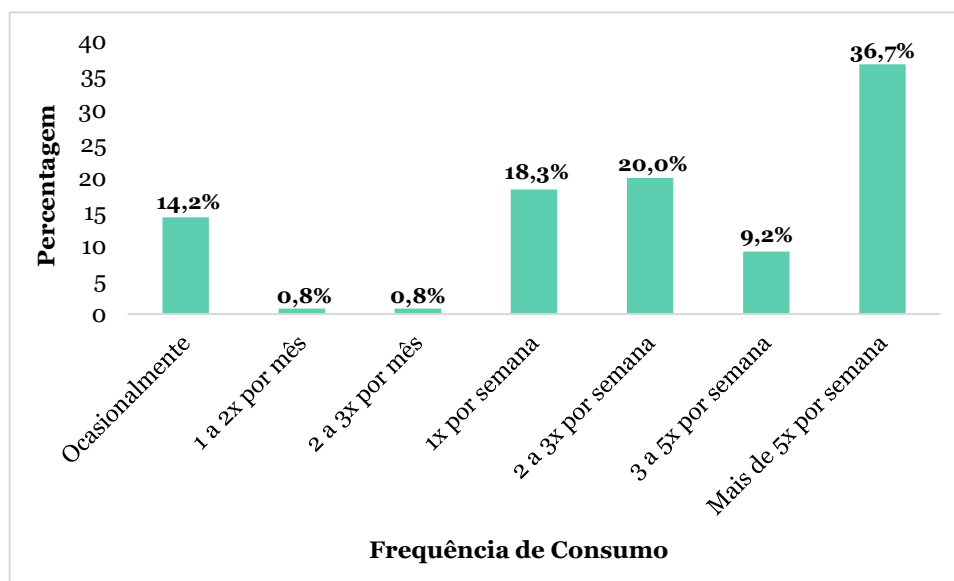


Figura 23 - Distribuição percentual dos inquiridos relativamente à frequência de consumo do medicamento ansiolítico.

De um modo geral, mais de metade dos estudantes (55,8%) já precisou aumentar o consumo de medicamentos ansiolíticos em alturas de maior ansiedade e nervosismo, como é o caso de frequências, exames, apresentação de trabalhos, etc (Figura 24).

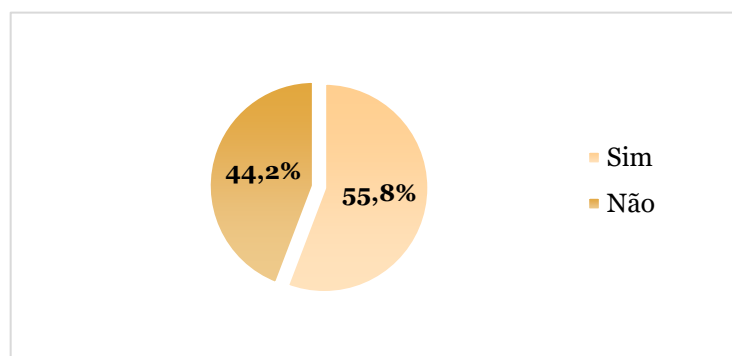


Figura 24 - Distribuição percentual dos estudantes relativamente à necessidade de aumento do consumo de medicamentos em alturas de avaliações.

Relativamente à pergunta “*Alguma vez aumentou a dose do medicamento ansiolítico sem o conhecimento de algum profissional de saúde?*”, cerca de 20,0% dos estudantes que consomem este tipo de substâncias responderam “*Sim*”, representando uma percentagem consideravelmente elevada (Figura 25).

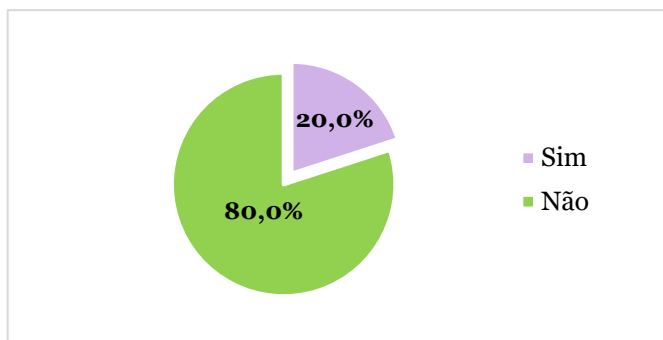


Figura 25 – Distribuição percentual da amostra relativamente ao aumento da dose do medicamento sem conhecimento do profissional de saúde.

No que se refere a efeitos adversos, quase metade dos inquiridos (48,3%) já sentiu efeitos adversos resultantes da toma de ansiolíticos, sendo que o sintoma mais frequente foi a “*Sonolência*”, presente em quase metade dos estudantes (44,8%), seguida conjuntamente com a “*Dificuldade em concentrar*”, representando 10,3% de respostas (Tabela 5).

Tabela 5- Estatística descritiva dos resultados obtidos acerca dos efeitos adversos resultantes da toma do medicamento ansiolítico.

Efeito adverso	n	%	Efeito adverso	n	%
Sonolência	26	44,8	Sonolência e Enjoo	2	3,4
Confusão	1	1,7	Sonolência, Enjoo e Tonturas	4	6,9
Tonturas	2	3,4	Sonolência e Raciocínio lento	1	1,7
Enjoo	1	1,7	Sonolência e Tonturas	3	5,2
Falta de libido	1	1,7	Sonolência, Tonturas e Confusão	2	3,4
Sonolência, Enjoo, Confusão, Tonturas e Dificuldade em concentrar	2	3,4	Enjoo e Confusão	1	1,7
Sonolência e Dificuldade em concentrar	6	10,3	Enjoo, Dificuldade em concentrar e Tonturas	1	1,7
Sonolência, Dificuldade em concentrar e Aumento do apetite	2	3,5	Dificuldade em concentrar e Confusão	1	1,7
Sonolência, Dificuldade em concentrar, Tonturas e Confusão	1	1,7	Dificuldade em concentrar, Tonturas, Confusão e Dificuldade em adormecer	1	1,7

## Associação entre o Consumo de Medicamentos Ansiolíticos e as Variáveis Sociodemográficas dos inquiridos

No que toca ao uso de medicamentos ansiolíticos, segundo a tabela “*Sumarização de Hipótese de Kruskal-Wallis para o Consumo de Medicamentos Ansiolíticos*”, do Anexo XXV, não existiram diferenças estatisticamente significativas entre as diversas variáveis sociodemográficas, nomeadamente: Sexo ( $p= 0,054$ ), Idade ( $p=0,831$ ), Área de curso ( $p= 0,263$ ), Ano do ciclo de estudos ( $p=0,920$ ), Ciclo de estudos ( $p= 0,600$ ), Residência na cidade de estudo ( $p= 0,480$ ), “*Com quem reside na cidade de estudo?*” ( $p= 0,146$ ), Frequência de avaliações ( $p= 0,114$ ), “*O curso/instituição em que se encontra foi a primeira opção?*” ( $p= 0,186$ ) e Abandono do atual curso ( $p= 0,080$ ).

### ❖ Sexo

Relativamente ao sexo, apesar de não se terem observado diferenças estatisticamente significativas, as raparigas demonstraram um consumo superior de medicamentos ansiolíticos face aos rapazes com 30,5% e 21,2%, respetivamente (Anexo XXVI). Um estudo desenvolvido pelo Instituto Politécnico de Bragança, realizado com o objetivo de analisar o consumo de determinadas substâncias pelos estudantes do Ensino Superior, obteve como conclusão a mesma do presente estudo, isto é, o consumo ser mais elevado no sexo feminino [116]. Por outro lado, não se enquadra com um outro estudo idealizado com o intuito de traçar o perfil do uso de substâncias psicoativas entre estudantes do curso de Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil, cujas percentagens de consumo entre raparigas e rapazes foram muito semelhantes (12,4% e 12,3%, respetivamente) [127].

### ❖ Idade

No que concerne à idade, embora não tenham existido diferenças estatisticamente significativas, pela análise da tabela do *Qui-Quadrado* demonstrada no Anexo XXVII, conclui-se que o consumo de medicamentos ansiolíticos foi superior na faixa etária dos 26 aos 29 anos. Um outro estudo, realizado pelo Instituto Politécnico de Bragança com o propósito de verificar a utilização de certas substâncias pelos estudantes universitários, ainda que também não tenha verificado associação entre o uso de ansiolíticos e a idade, chegou à conclusão que foi na faixa etária dos 18 aos 22 anos que se averiguou uma maior percentagem de consumo dessas substâncias, ou seja, um facto não concordante com o do presente trabalho [116].

### ❖ Área de curso

Por fim, no que respeita à Área de curso, ainda que também não se tenham observado diferenças estatisticamente significativas, a área com uma maior percentagem

de utilização de medicamentos ansiolíticos foi a das Ciências da Saúde com 31,4% de respostas (Anexo XXVIII).

#### 4.3.5. Noções sobre Medicamentos Ansiolíticos

Em relação à primeira pergunta desta subparte “*Na sua opinião, o aconselhamento é fundamental para um bom uso dos ansiolíticos?*”, apenas 3,3% considerou “*Não*”, ou seja, a grande maioria (96,7%) considerou que “*Sim*” (Figura 26).

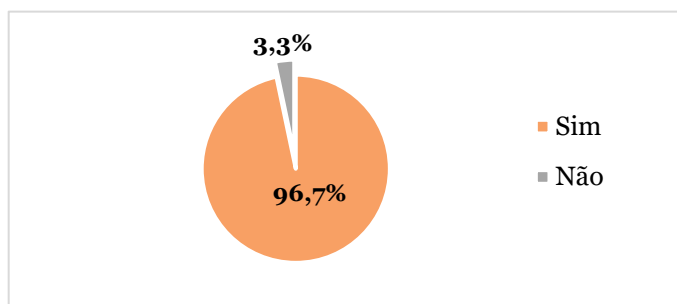


Figura 26 - Distribuição percentual da amostra segundo a opinião sobre o aconselhamento ser fundamental.

Quando interrogados acerca dos motivos dessa opinião, a maior parte dos estudantes (41%) escolheram todas as opções disponíveis, isto é, “*Aumenta a confiança no tratamento, Reduz a probabilidade de efeitos adversos resultantes da má utilização, Permite uma correta utilização do medicamento e Há um aumento da segurança no tratamento*” (Tabela 6).

Tabela 6 - Estatística descritiva dos resultados obtidos acerca dos motivos do aconselhamento ser fundamental.

Motivos do aconselhamento ser fundamental	Respostas	
	n	%
Aumenta a confiança no tratamento	4	1
Reduz a probabilidade de efeitos adversos resultantes da má utilização	13	3,1
Permite uma correta utilização do medicamento	40	9,6
Há um aumento da segurança no tratamento	4	1
Evita a automedicação	1	0,2
Todas as opções	170	41
Reduz a probabilidade de efeitos adversos, Permite uma correta utilização do medicamento e Há um aumento da segurança no tratamento	79	19
Aumenta a confiança no tratamento e Permite uma correta utilização do medicamento	19	4,6
Permite uma correta utilização do medicamento e Há um aumento da segurança no tratamento	23	5,5
Reduz a probabilidade de efeitos adversos e Permite uma correta utilização do medicamento	62	14,9

No que respeita ao facto de os ansiolíticos poderem ser causadores de dependência e/ou tolerância, cerca de 266 estudantes (62,0%) responderam afirmativamente, 129 (30,1%) relataram “Talvez”, 20 (4,7%) afirmaram não saber e 14 (3,3%) responderam negativamente (Figura 27).

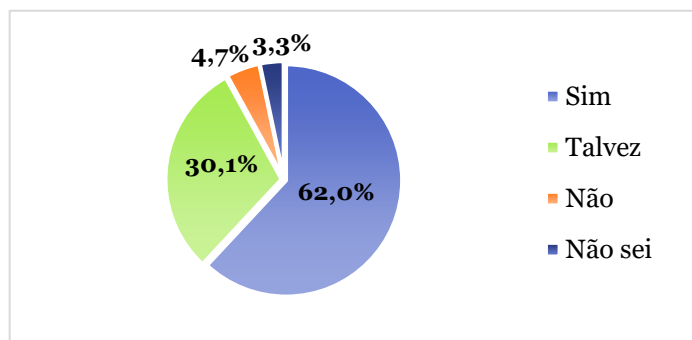


Figura 27 – Noção dos estudantes quanto ao facto de os medicamentos ansiolíticos causarem dependência e/ou tolerância.

Para terminar, 81,6% dos estudantes considerou que a conclusão do tratamento deve ser realizada de uma forma gradual, enquanto 0,7% afirmou que não. Dos restantes, 9,8% relatou “Talvez” e 7,9% “Não sei” (Figura 28).

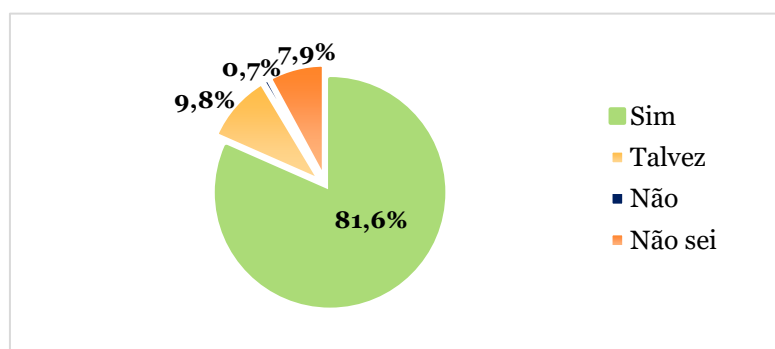


Figura 28 – Noção dos estudantes relativamente à conclusão do tratamento com medicamentos ansiolíticos.

#### 4.4. Impacto no Rendimento Académico

##### 4.4.1. Ansiedade

Quando questionados acerca da influência da ansiedade no seu rendimento académico, 77,0% dos participantes responderam “Influência negativa”, enquanto 9,3% referiram “Influência positiva”. Cerca de 13,7% dos inquiridos mencionaram não ter qualquer tipo de efeito (Figura 29).

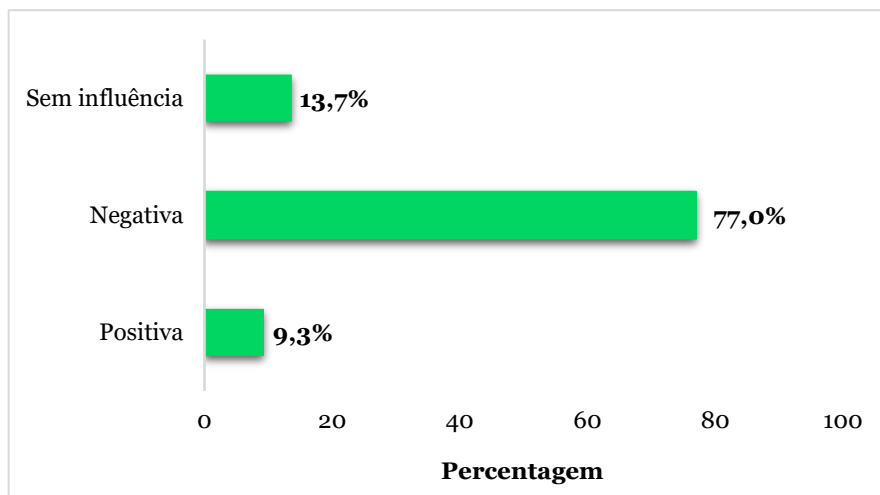


Figura 29 – Distribuição percentual da amostra segundo a influência da ansiedade no rendimento académico.

Pela análise da tabela “*Sumarização de Hipótese de Kruskal-Wallis para a Influência da Ansiedade*”, exposta no Anexo XXIX, em relação à influência da ansiedade no rendimento académico dos estudantes, apenas existiram diferenças significativas entre homens e mulheres ( $p < 0,001$ ), não se verificando o mesmo entre as diversas idades ( $p = 0,285$ ) e áreas de curso ( $p = 0,458$ ).

De facto, e analisando a tabela do *Qui-Quadrado* (Anexo XXX), a ansiedade exerceu uma influência positiva em maior grau no sexo masculino, com 19,0%, em contraste com o feminino com apenas 5,9%. A sua influência revelou-se negativa em maior percentagem no sexo feminino com 82,2% face aos 61,9% dos rapazes. Por fim, não surtiu qualquer efeito, em maior percentagem, nos rapazes com 19,0% de respostas.

#### 4.4.2. Chás/Infusões

No que concerne à pergunta intitulada por “*Qual o impacto que o consumo do chá/infusão teve no seu rendimento académico?*”, dos 280 inquiridos consumidores de infusões, 133 (47,5%) afirmaram que estas substâncias apresentaram um impacto positivo no seu rendimento académico, enquanto mais de metade (51,8%) revelou não ter sentido qualquer efeito. Uma percentagem minoritária (0,7%) relatou consequências negativas resultantes do consumo deste tipo de substância (Figura 30).

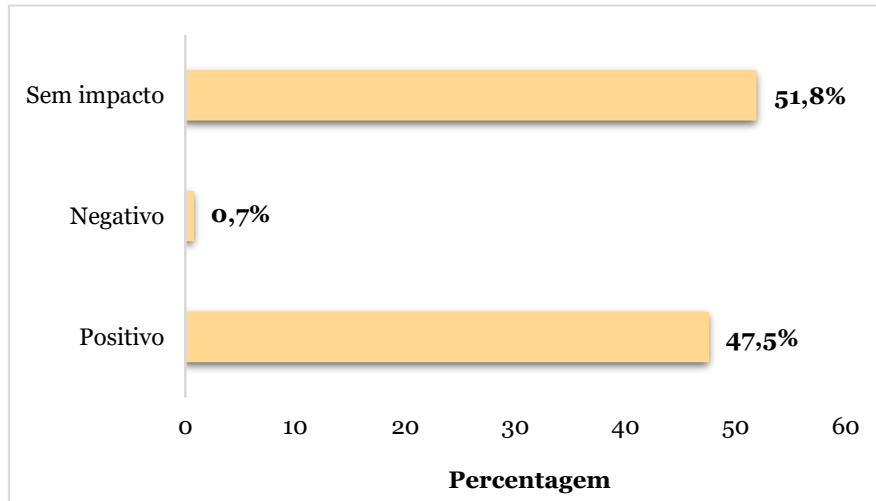


Figura 30 - Distribuição percentual da amostra segundo o impacto do chá/infusão no rendimento acadêmico.

Relativamente à questão anterior, só existiram diferenças significativas entre as diversas Áreas de curso ( $p= 0,043$ ), como se pode constatar pela análise da tabela demonstrada no Anexo XXXI.

Através do estudo da tabela do *Qui-Quadrado*, descrita no Anexo XXXII, o chá/infusão exerceu uma influência positiva em menor percentagem na área das Engenharias (34,1%), comparativamente às restantes áreas, tais como: Ciências da Saúde (52,7%), Ciências (52,8%), Ciências Sociais e Humanas (50,0%) e Artes e Letras (40,0%). A mesma substância não possuiu impacto negativo na maioria das áreas de curso, excetuando Artes e Letras com 5,7%, e não surtiu qualquer efeito, em maior grau, na área das Engenharias (65,9%).

#### 4.4.3. Suplementos Ansiolíticos

Quando questionados acerca do efeito do suplemento na sua performance académica, a maioria dos inquiridos (62,4%) respondeu “*Efeito positivo*”, 34,8% respondeu “*Nenhum efeito*” e apenas 4 (2,8%) estudantes respondeu “*Efeito negativo*” (Figura 31).

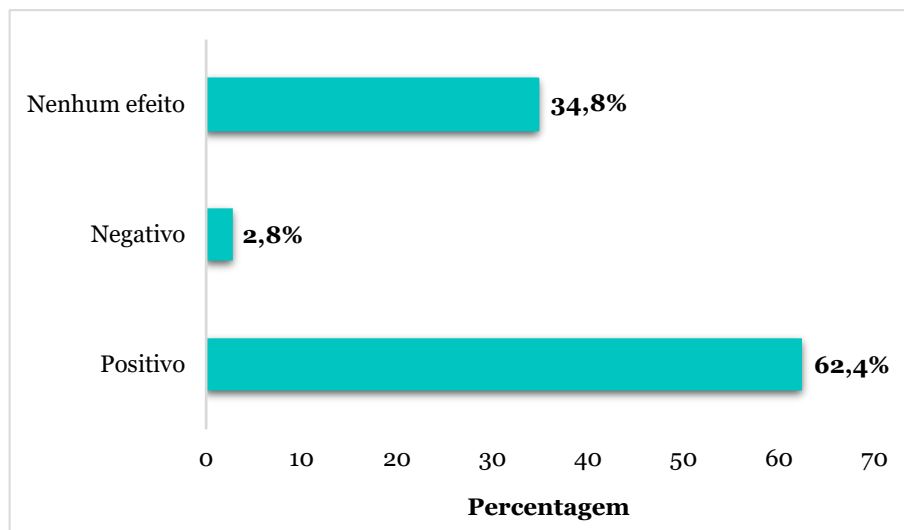


Figura 31 - Distribuição percentual da amostra segundo o efeito do suplemento no rendimento acadêmico.

A observação da tabela “*Sumarização de Hipótese de Kruskal-Wallis para o Impacto do Consumo do Suplemento Ansiolítico*” demonstra que não existiram diferenças significativas ao nível do Sexo ( $p=0,060$ ), Idade ( $p=0,536$ ) e Área de curso ( $p=0,259$ ) em relação ao impacto do consumo do suplemento ansiolítico no rendimento acadêmico (Anexo XXXII).

#### 4.4.4. Medicamentos Ansiolíticos

Finalmente, quando questionados acerca de o medicamento melhorar ou piorar o seu rendimento acadêmico, a tendência maioritária centrou-se no “*Melhorou*” com 61,7% de respostas, seguida de “*Não provocou efeito*” com 32,5% e, por fim, “*Piorou*” com 5,8% (Figura 32).

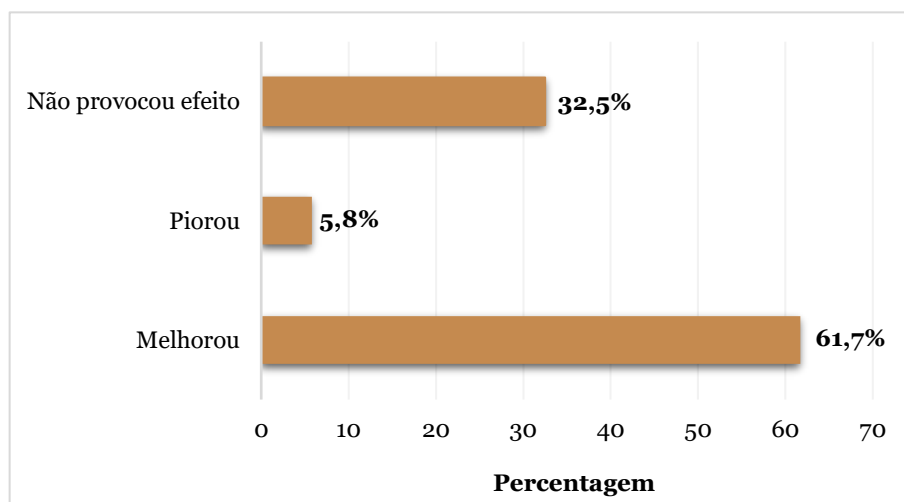


Figura 32 - Distribuição percentual da amostra segundo o efeito do medicamento no rendimento acadêmico.

Relativamente ao efeito do consumo do medicamento ansiolítico face ao rendimento académico dos estudantes, também não se verificaram diferenças significativas ao nível das diversas variáveis sociodemográficas, nomeadamente: Sexo ( $p= 0,325$ ), Idade ( $p= 0,094$ ) e Área de curso ( $p= 0,107$ ), como se pode verificar na tabela do Anexo XXXIV.

## **5. Limitações do Estudo**

Todos os estudos estão sujeitos a limitações, por mais mínimas que elas possam ser, e toda a comunidade científica está ciente disso. Portanto, o estudo realizado na presente dissertação não é exceção, possuindo, por esse motivo, várias limitações.

Uma das limitações relaciona-se com o tempo de implementação do inquérito de investigação, que se revelou reduzido. Apesar de se ter atingido o número mínimo de inquiridos necessário para os resultados serem estatisticamente significativos, se os estudantes tivessem usufruído de mais tempo para o preenchimento do questionário, a dimensão estatística seria maior e os erros/limitações seriam menores.

O facto de a amostra ser constituída apenas por estudantes da Universidade da Beira Interior, apesar de garantir a representatividade da população em estudo, limitou os resultados no ponto de vista de não ser possível extrapolar sobre a presença da ansiedade e do consumo de substâncias com propriedades ansiolíticas para os restantes alunos do Ensino Superior do país. Além disso, mesmo que a amostra tenha salvaguardado a representatividade da população em estudo, o inquérito de investigação não chegou a todos os cursos da UBI, nem a distribuição dos estudantes participantes foi homogénea, uma vez que a maioria revelaram ser alunos da área das Ciências da Saúde, com cerca de 43,8%, o que pode ter exercido algum impacto nos resultados.

Outra limitação que se torna importante referir foi o facto de, na análise dos resultados da associação entre as diversas áreas de curso e a presença de ansiedade e consumo das diversas substâncias com propriedades ansiolíticas, não existir literatura científica para poder comparar e discutir os resultados obtidos no presente estudo. O mesmo aconteceu na associação entre o consumo de chás/infusões e suplementos e as variáveis sociodemográficas sexo e idade.

## **6. Conclusões**

O presente estudo teve dois objetivos gerais, passando estes por avaliar, não só, o impacto da ansiedade, como também, do consumo de substâncias com propriedades ansiolíticas, tais como chás/infusões, suplementos e medicamentos, face ao rendimento académico nos estudantes da Universidade da Beira Interior, inscritos no ano letivo

2020/2021. Adicionalmente, também possuiu o propósito de avaliar o perfil de utilização das substâncias com propriedades ansiolíticas e correlacioná-lo com as diversas variáveis sociodemográficas, bem como verificar o conhecimento e atitudes por parte dos inquiridos em relação aos medicamentos ansiolíticos.

O instrumento utilizado para alcançar os vários objetivos do estudo foi um inquérito online que possibilitou a obtenção de uma amostra de 423 alunos universitários, a qual revelou ser representativa e, dessa forma, possibilitou a extrapolação dos dados para todos os alunos da Universidade da Beira Interior, inscritos no ano letivo anteriormente referido.

Numa fase posterior à obtenção dos resultados, procedeu-se à análise dos mesmos sendo possível verificar que, durante o percurso académico, a maioria dos estudantes (95,1%) sentem ansiedade por diversos motivos que os direciona a consumir as diversas substâncias calmantes, sendo que estas, de uma forma global, possuem uma influência positiva no seu rendimento académico, enquanto a ansiedade revela um efeito mais negativo.

Relativamente aos alunos que revelaram sentir ansiedade, apenas 32,6% admitiu a necessidade de recorrer a um profissional de saúde, sendo o mais requisitado o psicólogo (47,4%). As razões que despoletam ansiedade foram várias, sendo a combinação maioritária “*Preocupação com o sucesso académico e Adaptação à vida universitária em termos de exigências, autonomia e responsabilidades*” com 15,4% do total e a minoritária “*Deslocação da residência de origem e Número de horas de sono insuficientes*”, que representou 0,2% de respostas. De entre as diversas variáveis sociodemográficas, as que revelaram maior percentagem de ansiedade foram o sexo feminino (97,4%), a faixa etária dos 22 aos 25 anos (98,1%), a área das Ciências (98,0%), o 4º e 6º anos de escolaridade (100%) e os alunos de Doutoramento (100%).

De entre os três tipos de substâncias ansiolíticas abordadas neste estudo, as mais consumidas pelos estudantes da UBI foram os chás/infusões com 65,3% face às restantes: suplementos (32,9%) e medicamentos (28,0%). De uma forma geral, como resultado da associação entre o consumo das diversas substâncias ansiolíticas e as características sociodemográficas da comunidade estudantil investigada, conclui-se que os que apresentaram uma percentagem de utilização mais elevada foram o sexo feminino (com 71,7%, 38,3% e 30,5% para chás/infusões, suplementos e medicamentos, respetivamente), a faixa etária dos 26 aos 29 anos (90,0%, 40,0% e 35,0% para chás/infusões, suplementos e medicamentos, respetivamente) e a área de Artes e Letras (71,4% em chás/infusões e 38,8% em suplementos), com exceção dos medicamentos, em que foi Ciências da Saúde que obteve um maior número de respostas (31,4%). Uma curiosidade interessante relativa ao consumo de chás/infusões foi perceber que os

estudantes que vivem com amigos e colegas na cidade onde estudam têm uma maior percentagem de consumo destas substâncias comparativamente a quem vive com pais e familiares.

Foi igualmente curioso perceber que, globalmente, a grande maioria dos estudantes inquiridos revelou sentir necessidade de aumentar o consumo destas substâncias em fases de avaliação, como frequências/exames, apresentação de trabalhos, etc.

Por fim, no que concerne aos conhecimentos e atitudes por parte dos estudantes relativamente aos medicamentos, quase na totalidade estão cientes e bem conscientizados em relação às temáticas destas substâncias, visto que 96,7% considerou o aconselhamento fundamental para um bom uso de ansiolíticos, 62% relatou que podem ser causadores de dependência e/ou tolerância e 81,6% afirmou que a conclusão do tratamento deve ser feita gradualmente.

# Capítulo II – Estágio em Farmácia Comunitária

## 1. Introdução

A farmácia comunitária é o local onde existe maior proximidade entre os utentes e os profissionais de saúde representando, na atualidade, o setor com mais farmacêuticos em atividade [128].

O farmacêutico comunitário é dos profissionais de saúde que está em maior contacto com os utentes, assumindo um papel crucial enquanto especialista na farmacoterapia e promotor de saúde. O seu papel vai além do ato de dispensa, uma vez que promove o uso racional do medicamento e adesão à terapêutica instituída, de forma a maximizar os resultados pretendidos, minimizando a ocorrência de efeitos adversos e, reduzir a morbi-mortalidade associada ao medicamento, de modo a melhorar a qualidade de vida dos utentes, juntamente com outros profissionais de saúde [129].

Para além disso, o farmacêutico comunitário encontra-se numa posição privilegiada na contribuição de diversas áreas, nomeadamente a gestão da terapêutica, administração e preparação de medicamentos, determinação de parâmetros bioquímicos, identificação de fatores de risco e deteção precoce de diversas doenças, bem como na promoção de estilos de vida saudáveis [130].

A realização do estágio curricular em Farmácia Comunitária é fundamental, uma vez que representa a oportunidade ideal para aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo dos 5 anos letivos do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, mas sobretudo, experienciar o que é ser um agente de saúde com tão proximidade à comunidade.

O objetivo deste relatório é descrever tudo aquilo que tive oportunidade de vivenciar e desenvolver, a nível teórico, prático e científico durante a realização do meu estágio curricular.

O estágio curricular decorreu na Farmácia Moura (FM), em Fafe, com início a 1 de março e término a 9 de julho. Sob sua orientação esteve a Dra. Alda Rocha e demais equipa profissional, aos quais demonstro o meu mais sincero agradecimento por toda a instrução profissional e pessoal. Este período de estágio coincidiu com o período de confinamento e Estado de Emergência devido à pandemia do novo coronavírus (SARS-COV-2), decretado em Portugal pelo Presidente da República.

## **2. Organização da Farmácia**

### **2.1. Localização e Horário de Funcionamento**

A Farmácia Moura (FM) situa-se na Rua Montenegro nº 191, no centro da cidade de Fafe. É uma zona com edificações domiciliárias e de comércio local, de proximidade ao Hospital de S. José e algumas clínicas de medicina dentária. Por ter uma localização de fácil acessibilidade e por ser uma das farmácias mais antigas da cidade, é bastante procurada pelos cidadãos.

O seu horário de funcionamento é das 8h30 às 22h30 de Segunda a Sábado e até às 20h30 aos Domingos e feriados, cumprindo o limite mínimo de 44 horas de funcionamento semanal legisladas no artigo 2º da Portaria nº277/2012, de 12 de setembro, que define o horário de funcionamento padrão das farmácias de oficina [131].

Adicionalmente, a FM encontra-se de serviço permanente (durante 24 horas), normalmente uma vez por semana, nas datas definidas pela Administração Regional de Saúde (ARS) competente, de forma rotativa com as restantes sete farmácias da cidade. Nesses dias, entre as 22h30 e as 8h30 do dia seguinte, os atendimentos noturnos são realizados através do postigo, o que vai de encontro ao legislado no artigo 5º da Portaria nº277/2012, de 12 de setembro [131]. Nos dias em que não é a FM que realiza o serviço permanente, é afixado um papel na porta com a identificação da farmácia em serviço noturno, a fim de os utentes saberem a qual se devem dirigir caso necessitem.

### **2.2. Recursos Humanos**

A boa qualidade da prestação dos serviços farmacêuticos só é conseguida, para além do conhecimento científico e instrumentos de trabalho adequados, com uma equipa de trabalho organizada, motivada e próxima do utente, preocupando-se com as suas necessidades, de forma a garantir a saúde e o bem-estar da comunidade.

A Farmácia Moura é constituída por uma equipa diversificada de profissionais que colaboram entre si para fornecer aos utentes um atendimento e serviços de qualidade. É uma equipa jovem e proativa constituída por dezassete elementos, entre os quais o proprietário da farmácia; cinco farmacêuticos, sendo um deles diretora técnica; sete técnicos de farmácia; uma técnica auxiliar responsável pelas encomendas; uma podologista; uma enfermeira e uma auxiliar de limpeza. Tudo isto está em conformidade com o descrito no artigo 23º do Capítulo IV do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto, onde é referido que as farmácias devem dispor de, pelo menos, dois farmacêuticos, sendo um deles diretor técnico. Além disso, também está de acordo com o artigo 24º do mesmo decreto que

estipula que “os farmacêuticos podem ser coadjuvados por técnicos de farmácia ou por outro pessoal devidamente qualificado” [132].

Em adição, a Farmácia Moura conta com a colaboração de uma nutricionista, que presta consultas de nutrição uma vez por semana e com uma técnica de tratamentos estéticos que fornece os seus serviços todos os dias da semana.

Antes da pandemia, os elementos da equipa estavam divididos por vários turnos, por vezes alguns sobrepostos. Durante a realização do estágio, devido à terceira vaga de Covid-19, os profissionais foram distribuídos por apenas dois turnos com horário em espelho, com uma equipa a trabalhar das 8h30 às 14h30 e outra das 14h30 às 20h30, com o intuito de prevenir cruzamentos entre os dois turnos.

### **Funções de cada Elemento da Equipa:**

De acordo com as Boas Práticas, o farmacêutico tem como principal responsabilidade a saúde e o bem-estar da comunidade em geral, promovendo o direito a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança através do aconselhamento sobre o uso racional dos medicamentos e a monitorização dos doentes.

Além disso, deve manter-se informado a nível científico, ético e legal, assumir um nível de competência adequado à prestação de uma prática eficiente e deve manter-se em constante formação, incluindo cursos de formação científica e técnica, simpósios, congressos, encontros profissionais e científicos, sessões clínicas internas da farmácia e ainda a leitura de publicações que contribuam para a sua atualização profissional e reforço das suas competências [129].

De acordo com 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, o farmacêutico diretor técnico tem como funções específicas:

- a) Assumir as responsabilidades pelos atos farmacêuticos praticados na farmácia;
- b) Garantir a prestação de esclarecimentos aos utentes sobre o medicamento;
- c) Promover o uso racional do medicamento;
- d) Assegurar que os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) só são dispensados aos utentes que a não apresentem em casos de força maior, devidamente justificados;
- e) Manter os medicamentos e os demais produtos fornecidos em bom estado de conservação;
- f) Garantir que a farmácia se encontra em condições de adequada higiene e segurança;

- g) Assegurar que a farmácia dispõe de um provisionamento suficiente de medicamentos;
- h) Zelar para que o pessoal que trabalha na farmácia mantenha, em permanência, o asseio e a higiene;
- i) Verificar o cumprimento das regras deontológicas da atividade farmacêutica;
- j) Assegurar o cumprimento dos princípios e deveres previstos neste diploma e na demais legislação reguladora da atividade farmacêutica [132].

Aos técnicos de farmácia compete auxiliar e apoiar o farmacêutico em todas as tarefas do circuito do medicamento, desde a aquisição até à dispensa.

## **2.3. Espaço Físico**

### **2.3.1. Espaço Exterior**

No exterior de uma farmácia devem estar presentes elementos exteriores legislados que a caracterizem e permitam distinguir de qualquer outro tipo de estabelecimento.

A Farmácia Moura encontra-se bem visível e identificada, não só através de um letreiro identificativo com a inscrição “*Farmácia Moura*”, mas também pela “cruz verde” (que se encontra iluminada quando a farmácia se encontra em funcionamento, incluindo noites de serviço permanente). Além disso, também é possível observar o nome do Diretor Técnico, o horário de funcionamento, a lista de serviços prestados na farmácia, a informação atualizada da farmácia da cidade em serviço permanente e o postigo de atendimento noturno. Tudo isto, obedece às normas de instalações e equipamentos conforme legislado no Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto [132].

A fácil acessibilidade de todos os utentes (incluindo crianças, idosos e cidadãos portadores de deficiência) à Farmácia Moura é garantida através de uma entrada principal ao nível da rua, evitando-se a existência de obstáculos (escadas ou desníveis).

Dado o estado de pandemia de Covid-19, encontram-se descritas normas à entrada da farmácia, tais como a obrigatoriedade do uso de máscara, desinfeção das mãos e o distanciamento de segurança.

### **2.3.2. Espaço Interior**

O interior da Farmácia Moura caracteriza-se por apresentar um ambiente profissional, calmo e organizado, reunindo todas as condições que permitem uma comunicação eficaz com os utentes. Além de ser um espaço amplo, adequadamente

iluminado e ventilado, as superfícies de trabalho, armários e prateleiras são lisos, laváveis e de material adequado.

Tendo em conta a legislação em vigor, a Farmácia Moura dispõe de todas as divisões obrigatórias, cumprindo também todas as áreas mínimas referentes a cada uma dessas divisões, nomeadamente uma sala de atendimento ao público com, pelo menos, 50m<sup>2</sup>; um armazém com, pelo menos, 25m<sup>2</sup>; um laboratório com, pelo menos, 8m<sup>2</sup>; instalações sanitárias com, pelo menos, 5m<sup>2</sup> e um gabinete de atendimento personalizado com, pelo menos, 7m<sup>2</sup> [132, 133]. Para além destas áreas, conta também com gabinetes de prestação de consultas ou tratamentos, gabinete de gestão e direção técnica e a zona de descanso dos funcionários.

#### ❖ **Área de Atendimento ao Público**

A área de atendimento ao público da Farmácia Moura, destinada à dispensa e aconselhamento sobre qualquer produto farmacêutico solicitado, caracteriza-se por ser um espaço amplo, limpo, com boa iluminação (natural e artificial) e com capacidade de livre circulação dos utentes.

Neste espaço existe uma pequena área de espera, dotada de dois bancos, onde os utentes aguardam a sua vez e se podem sentar, especialmente os idosos e outros utentes com dificuldades de locomoção, bem como um espaço dedicado às crianças.

Na sua constituição, esta zona é dotada de nove balcões de atendimento convencionais, o que permite a redução de filas de espera. Cada balcão é equipado com um computador com acesso ao sistema informático, leitor ótico de códigos de barras, impressora de receituário e faturas, leitor de cartões de cidadão e sacos destinados às compras dos clientes. Adicionalmente, existem terminais de multibanco e duas máquinas de depósito do dinheiro dos clientes e receção do troco, de forma a tornar mais fácil e rápido os pagamentos. Em alguns balcões, encontram-se ainda folhetos informativos e alguns expositores das diversas gamas de produtos comercializados. Devido à pandemia de Covid-19, cada balcão foi munido com acrílico, para minimizar o risco de contágio e tornar o atendimento o mais seguro possível.

Atrás dos balcões de atendimento, e de modo inacessível aos utentes, encontram-se expostos em prateleiras os Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM), por exemplo, analgésicos, xaropes para a tosse, antigripais, anti-inflamatórios, entre outros. Além destes, estão ainda presentes outros produtos de diversas marcas e gamas (Produtos de Higiene Íntima, Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal, Produtos capilares, Dietéticos, de Nutrição, Ortopédicos, de Podologia, Brinquedos, Produtos Sazonais, entre outros) quer nas prateleiras, quer distribuídos por algumas gôndolas por onde os clientes podem circular. Nestas também se encontram campanhas promocionais de algumas marcas.

Esta zona é ainda detentora de uma balança eletrónica que permite a determinação de parâmetros antropométricos e fisiológicos, tais como o peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), índice de massa gorda, pressão arterial e frequência cardíaca.

Todos os farmacêuticos e os restantes colaboradores encontram-se devidamente identificados, através do uso de um cartão identificativo, com o respetivo nome e título profissional [129].

#### ❖ **Gabinetes de Atendimento Personalizado**

A fim de assegurar um ambiente de máxima privacidade e conforto, à parte da área de atendimento ao público, existem dois gabinetes de atendimento personalizado destinados a receber, dialogar e observar os utentes relativamente a algum aspeto apresentado, sempre que necessário, e a prestar os diferentes cuidados e serviços de saúde que a Farmácia Moura disponibiliza.

O primeiro é constituído por uma bancada onde se encontram aparelhos não só para a avaliação de parâmetros bioquímicos, tais como glicémia, colesterol total, colesterol HDL e LDL e triglicéridos, mas também parâmetros fisiológicos, como pressão arterial e frequência cardíaca. Além disto, também apresenta recipientes adequados para o depósito dos resíduos resultantes da medição dos parâmetros bioquímicos e uma cadeira.

O segundo encontra-se devidamente equipado para os serviços de podologia prestados pela farmácia, sendo constituído por uma marquesa, uma secretária e todo o equipamento e material necessário para as respetivas consultas.

Apesar disso, ambos os gabinetes são utilizados para outras situações que requeiram um resguardo maior quer do profissional de saúde, quer do utente, tais como a administração de medicamentos injetáveis e vacinas e para efetuar as medições necessárias que permitam a escolha de meias de descanso destinadas aos utentes.

#### ❖ **Armazém**

A área destinada ao armazenamento da medicação subdivide-se em três subáreas: uma próxima da área de atendimento, designada por “*armazém principal*”; outra no piso superior da farmácia, definida como “*armazém de medicamentos genéricos excedentes*”; e, por último, a de maior dimensão, localizada no piso inferior da farmácia e conhecida como “*armazém de produtos de saúde*”.

De notar que toda a área de armazém é monitorizada através de um termohigrómetro, que controla os valores de temperatura e humidade relativa, por forma a alcançar um armazenamento mais rigoroso e respeitante com as normas.

### 1. Armazém Principal

A zona principal de armazém é dotada de duas áreas de prateleiras e dois armários.

Uma das áreas das prateleiras destina-se ao armazenamento dos medicamentos genéricos ordenados por ordem alfabética de Denominação Comum Internacional (DCI), enquanto que a outra área destina-se ao depósito de toda a medicação que já não cabe no respetivo local, sendo por isso, designada por “*Stock de excessos*”. Os armários são constituídos por um vasto número de gavetas deslizantes, dispostas em módulos devidamente identificados, de acordo com a forma farmacêutica dos medicamentos, isto é, em: Injetáveis; Cremes e Pomadas; Xaropes, Suspensões, Emulsões e Aerósois; Ampolas; Comprimidos e Cápsulas; Medicamentos de Uso Veterinário; Produtos de protocolo da *Diabetes Mellitus* (tiras de teste e lancetas); Colírios e Pomadas oftálmicas; Supositórios, Enemas e Óvulos vaginais; Sistemas Transdérmicos e Pílulas Contracetivas. À parte, existe ainda uma zona de gavetas para o armazenamento de psicotrópicos/estupefacientes. No interior de todas estas gavetas, os medicamentos são organizados por ordem alfabética de marca e por ordem crescente de dosagem e dimensão da embalagem.

Ainda nesta área, está presente um frigorífico onde são armazenados todos os produtos termolábeis (por exemplo, insulinas, vacinas, colírios e injetáveis), que devem ser mantidos em valores de temperaturas entre os 2-8°C.

Além disso, também se encontra um contentor da VALORMED®, destinado à recolha de embalagens vazias, bem como medicamentos fora de uso e de prazo de validade.

### 2. Armazém de Medicamentos Genéricos Excedentes

Esta área destina-se exclusivamente ao armazenamento dos medicamentos genéricos que não cabem nas prateleiras do armazém principal. Estes são organizados em várias prateleiras e divididos por laboratório e, dentro de cada laboratório, por ordem alfabética e ordem crescente de dosagem.

### 3. Armazém de Produtos de Saúde

Neste armazém encontram-se produtos com grandes excedentes, ou por serem produtos de alta rotação, ou pela sua elevada dimensão. São exemplos as fraldas, pensos higiénicos e sacos de ostomia, produtos de nutrição como papas e leites infantis, produtos de higiene oral, produtos de aplicação capilar e produtos de dermocosmética.

Adicionalmente, também existem armazenados os produtos de campanhas em vigor pela sua grande quantidade na época da mesma, bem como os seus expositores.

### ❖ **Área de receção de encomendas**

A área de receção de encomendas/aprovisionamento, localizada próxima da área de atendimento ao público, caracteriza-se por ter acesso restrito aos profissionais de saúde, funcionários e fornecedores da farmácia e por ser o local onde são geradas, rececionadas e validadas todas as encomendas e posterior armazenamento da medicação. Também aqui se regulariza as devoluções e notas de crédito.

Esta área é equipada por um computador, um leitor ótico de códigos de barras, uma impressora/fax/scanner, uma impressora de etiquetas autocolantes, um telefone e telemóveis, todos os *dossiês* de arquivamento de documentação referente às encomendas, e diferente material de escritório. Também dispõe de uma bancada onde os produtos rececionados são dispostos até à final verificação da conformidade com a faturação, imediatamente antes do armazenamento. Tudo isto permite realizar toda a dinâmica de *BackOffice*.

### ❖ **Laboratório**

O laboratório é o local destinado à preparação de fórmulas magistrais e preparados officinais, sendo para isso detentor de uma bancada que contém um lavatório e todo o material necessário à realização de manipulados que constam no anexo da Deliberação n.º 1500/2004, de 7 de dezembro, tais como: alcoómetro; almofarizes de vidro e porcelana; balança analítica; banho de água; cápsulas de porcelana; misturador mecânico; espátulas; funis de vidro; papel de filtro; papel indicador de pH universal; pedra para a preparação de cremes e pomadas; tamises; termómetro; varetas de vidro; gobelés; vidros de relógio; matrizes e pipetas e provetas graduadas [134].

Adicionalmente, também se pode encontrar toda a documentação necessária acerca das matérias-primas, as fichas de preparação dos manipulados habitualmente solicitados na farmácia e faturas de medicamentos manipulados preparados noutras farmácias.

### ❖ **Instalações Sanitárias**

A Farmácia Moura dispõe de duas casas de banho, sendo uma para os clientes da Farmácia e outra de acesso exclusivo aos colaboradores.

### ❖ **Escritório da Direção Técnica/Gestão Administrativa**

É o local onde se procede ao tratamento de toda a parte burocrática, ou seja, toda a gestão administrativa da farmácia, incluindo reuniões com representantes da indústria farmacêutica, fornecedores, etc. Está equipado com um posto informático, telefone, fax e equipamento de videovigilância, bem como toda a biblioteca da farmácia.

#### ❖ **Gabinetes de Consultas/Tratamentos**

São destinados à prestação das consultas de podologia e nutrição, bem como cuidados de enfermagem e tratamentos de pele.

#### ❖ **Sala dos Funcionários**

Equipada com eletrodomésticos de cozinha (frigorífico, micro-ondas, máquina de café e lavatório), esta zona destina-se à realização das refeições por parte dos colaboradores da farmácia. Também é onde existem cacifos onde guardam os seus pertences.

Resumidamente, todas as divisões cumprem os requisitos exigidos por lei, promovendo uma correta conservação, segurança e preparação dos diferentes produtos de saúde, bem como a privacidade, acessibilidade e comodidade dos seus utentes e profissionais de saúde.

### **2.4. Equipamentos Gerais e Específicos**

A Farmácia Moura é dotada de todos os materiais e equipamentos necessários à dispensa e preparação dos diversos produtos de saúde. Estes equipamentos apresentam-se em bom estado de funcionamento, cumprem o desempenho pretendido e são alvo de manutenção, calibração e controlo regulares.

Existem dois tipos de equipamentos numa farmácia comunitária: os gerais e os específicos. Os gerais são os que dizem respeito a tudo o que não seja relacionado diretamente com a prática farmacêutica, mas que contribuem para um correto ambiente de trabalho, como é o caso dos computadores, balcões, prateleiras, entre outros. Já os equipamentos específicos estão relacionados com a prática farmacêutica, incluindo todo o material de laboratório e bibliografia obrigatória, termohigrómetro, aparelhos de medição de parâmetros bioquímicos e fisiológicos, entre outros.

### **2.5. Sistema Informático**

A Farmácia Moura utiliza como sistema informático o *Sifarma 2000*<sup>®</sup>, criado pela Global Intelligent Technologies (*Glintt*), encontrando-se instalado em todos os computadores dos postos de atendimento, bem como no computador da área de receção de encomendas. Apesar de este *software* ter sofrido uma atualização, apresentando algumas vantagens em relação ao anterior, os colaboradores continuam a usar o modo antigo, uma vez que o é permitido.

O *Sifarma*<sup>®</sup> torna-se fulcral na prática farmacêutica, dada a sua vasta gama de funcionalidades ao alcance do profissional, de forma simples e rápida, uma vez que

possibilita a gestão e processamento de várias tarefas referentes ao atendimento, utentes, encomendas, faturação e inventários [135, 136].

Trata-se de um programa dotado das seguintes e importantes funcionalidades:

- ❖ Acesso à “*Ficha do Produto*” onde é possível consultar a informação científica, classificação farmacoterapêutica, indicações terapêuticas, posologia aconselhada, reações adversas possíveis, contraindicações e interações medicamentosas referentes a esse produto. Além disso, também constam informações relativas a fornecedores habituais, stocks e registo de entradas e saídas;
- ❖ Possibilidade de cada utente possuir uma ficha individual, onde constam os seus dados pessoais, todos os produtos dispensados até ao momento, vendas e movimentos.

Este é um campo importante, uma vez que facilita, quando surgem dúvidas ou incertezas, por exemplo, na seleção do laboratório consumido pelo utente, no caso dos medicamentos genéricos. Também permite realizar vendas suspensas e vendas a crédito que ficam associadas à ficha do utente.

- ❖ Pesquisa de qualquer produto existente na farmácia, tanto por nome comercial, grupo homogêneo ou substância ativa;
- ❖ Dispensa dos diferentes produtos disponíveis na farmácia;
- ❖ Realização de encomendas instantâneas de um produto durante o atendimento;
- ❖ Gestão de stocks;
- ❖ Controlo dos prazos de validade;
- ❖ Gestão, verificação e receção de encomendas;
- ❖ Realização de devoluções e quebras de produtos;
- ❖ Consulta do histórico de vendas;
- ❖ Consulta de preços de aquisição e preços de venda ao público (PVP);
- ❖ Alertas sobre interações medicamentosas e alternativas terapêuticas existentes;

Cada colaborador possui um código de acesso próprio ao sistema informático, que permite registar as tarefas que cada um realiza, desde vendas, devoluções encomendas, etc.

### **3. Informação e Documentação Científica**

Devido ao constante progresso na área das ciências da saúde, é fundamental os profissionais de saúde estarem em constante atualização. Para tal, a equipa profissional

da Farmácia Moura participa de forma regular em formações, a fim de se atualizar e aprofundar o seu conhecimento científico e esclarecerem dúvidas, por forma a tornar um aconselhamento ao utente cada vez mais eficaz e capaz de satisfazer as suas necessidades e exigências.

Além disto, a Farmácia Moura dispõe de uma biblioteca que contém informação e documentação científica continuamente atualizada e organizada, constituída por diferentes publicações, não só as de carácter obrigatório bem como as recomendadas, cumprindo assim a legislação em vigor e as Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária.

Desta forma, a Farmácia Moura é detentora das seguintes publicações obrigatórias:

- ❖ Farmacopeia Portuguesa, IX Edição e respetivos suplementos, em formato papel, eletrónico ou *online*, a partir de um sítio da *Internet* acreditado pelo INFARMED, bem como de outros documentos indicados por este;
- ❖ Prontuário Terapêutico, 2013;
- ❖ Resumo das Características do Medicamento (RCM), ao qual se pode aceder através da *Internet* ou ainda consultando o folheto informativo de cada medicamento.

Para além destas, dispõe ainda de outros documentos recomendados, tais como:

- ❖ *Simposium* Terapêutico e *Simposium* Veterinário;
- ❖ Índice Nacional Terapêutico
- ❖ Formulário Galénico Português [129, 132].

Adicionalmente, chegam à Farmácia Moura com alguma periodicidade, diversas circulares emitidas pela Associação de Farmácias de Portugal (AFP), Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED) e Ordem dos Farmacêuticos (OF). A informação contida nessas circulares é transmitida aos diversos colaboradores e, posteriormente, são arquivadas em *dossiês* próprios.

Para complementar, é possível aceder a centros de informação e documentação, para complementar estas publicações escritas, tais como: Centro de Informação do Medicamento (CIM), criado pela Ordem dos Farmacêuticos; Centro de Informação do Medicamento e dos Produtos de Saúde (CIMI), disponibilizado pelo INFARMED; Centro de Informação Antivenenos (CIAV), entre outros.

Durante o meu período de estágio, quando surgia alguma dúvida relativamente à correta utilização de medicamentos, recorri várias vezes ao RCM através da *Internet*, de forma a ter acesso a informação sobre as indicações terapêuticas, modo de administração, contraindicações, efeitos adversos, posologia, entre outros aspetos.

## 4. Medicamentos e outros produtos de saúde

### 4.1. Conceitos e Definição

Todo o profissional de farmácia, para a prestação de um serviço de saúde com a máxima qualidade técnico-científica, deve compreender o regime jurídico dos medicamentos, bem como as definições que lhes estão associadas, de maneira a serem capazes de diferenciar os diversos produtos de saúde.

Desta forma, de acordo com o Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, vulgarmente designado como “*Estatuto do Medicamento*”, alterado pelo Decreto-Lei n.º 20/2013 de 14 de fevereiro, Decreto-Lei n.º 128/2013 de 5 de setembro, Decreto-Lei n.º 26/2018 de 24 de abril e Decreto-Lei n.º 112/2019 de 16 de agosto, define-se como:

- ❖ Medicamento: “*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.*”;
- ❖ Medicamento de referência: “*medicamento que foi autorizado com base em documentação completa, incluindo resultados de ensaios farmacêuticos, pré-clínicos e clínicos.*”;
- ❖ Medicamento essencialmente similar: “*medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, sob a mesma forma farmacêutica e para o qual, sempre que necessário, foi demonstrada bioequivalência com o medicamento de referência, com base em estudos de biodisponibilidade apropriados.*”;
- ❖ Medicamento genérico: “*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.*”;
- ❖ Fórmula magistral: “*qualquer medicamento preparado numa farmácia de oficina ou serviço farmacêutico hospitalar, segundo uma receita médica e destinado a um doente determinado.*”;
- ❖ Preparado oficial: “*qualquer medicamento preparado segundo as indicações compendiais de uma farmacopeia ou de um formulário oficial, numa farmácia de oficina ou em serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado diretamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço.*” [137].

De seguida, segundo o Decreto-Lei n.º 145/2009 de 17 de junho, define-se como:

- ❖ Dispositivo médico: “qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, incluindo o software destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos e que seja necessário para o bom funcionamento do dispositivo médico, cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios, destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de:
  - i. Diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença;
  - ii. Diagnóstico, controlo, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência;
  - iii. Estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico;
  - iv. Controlo da conceção.” [138]

Por fim, estabelece-se que:

- ❖ Substância Psicotrópica: “atua ao nível do sistema nervoso central, afetando a função cerebral e, conseqüentemente, altera temporariamente a percepção, as emoções e/ou comportamentos da pessoa.” [139];
- ❖ Estupefaciente: “qualquer substância que atue no sistema nervoso central e tem a capacidade de exercer ação analgésica, sono ou inconsciência e cujo uso prolongado pode levar à dependência.” [140].

Como podem provocar dependência física e psíquica, está legislado que estas substâncias têm de ser submetidas a um controlo especial no aprovisionamento, armazenamento e dispensa. Essa legislação encontra-se descrita no Decreto-Lei n.º 15/93 de 22 de janeiro, que aprova o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, e cuja última atualização é feita pela Lei n.º 25/2021 de 11 de maio [141].

Posto isto, é de referir que qualquer outra substância que não obedeça aos requisitos referentes à definição de medicamento é considerada *Produto de Saúde*, tais como os produtos fitoterapêuticos, produtos homeopáticos, produtos para alimentação especial e dietéticos, produtos de uso veterinário, entre outros.

Na Farmácia Moura é possível encontrar uma grande variedade de medicamentos e produtos de saúde, entre os quais:

- ❖ Medicamentos de referência ou “de marca”;
- ❖ Medicamentos genéricos;
- ❖ Psicotrópicos e estupefacientes, sujeitos ao controlo especial e especificações legais em todo o seu circuito na farmácia;
- ❖ Preparações officinais e Fórmulas Magistrais;
- ❖ Medicamentos e produtos farmacêuticos homeopáticos;
- ❖ Produtos fitoterapêuticos (produtos para infusões, medicamentos à base de plantas, etc.);
- ❖ Produtos para alimentação especial e dietéticos (espessantes, suplementos proteicos, drenantes, etc.);
- ❖ Medicamentos e produtos de uso veterinário (desparasitantes internos e externos, vacinas, etc.);
- ❖ Produtos cosméticos e dermofarmacêuticos (cremes, protetores solares, maquilhagem, etc.);
- ❖ Dispositivos médicos (meias de compressão, preservativos, muletas, termómetros, etc.).

Durante o meu estágio contactei com os mais diversos tipos de medicamentos e produtos de saúde, desde os medicamentos de referência aos genéricos, dispositivos médicos, cosméticos, psicotrópicos e estupefacientes, entre outros, o que me possibilitou adquirir mais conhecimentos relativamente a este tema e, desta forma, prestar um melhor aconselhamento aos utentes.

#### **4.2. Classificação ATC**

Os medicamentos podem ser classificados tendo em conta diversos sistemas, sendo os mais usados a Classificação ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*) e a Classificação Farmacoterapêutica Nacional.

A Classificação ATC foi implementada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na qual as substâncias ativas são organizadas de acordo com uma hierarquia de cinco níveis diferentes. O primeiro nível corresponde à parte anatómica onde essa substância atua, o segundo diz respeito ao subgrupo terapêutico da qual faz parte, o terceiro e o quarto referem-se, respetivamente, ao grupo farmacológico e grupo químico a que o composto pertence e, por fim, o quinto nível equivale à substância ativa em causa [142]. A seguir, encontra-se um exemplo desta classificação relativamente à *Sertralina* (Tabela 7).

Tabela 7 - Classificação ATC da Sertralina [143].

N	Sistema Nervoso
No6	Fármacos Psicoanaléticos
No6A	Fármacos Antidepressivos
No6AB	Inibidores seletivos da recaptação da serotonina
No6ABo6	Sertralina

De modo a auxiliar os profissionais de saúde na classificação de uma substância ativa, a Classificação Farmacoterapêutica estabelece uma correspondência com a Classificação ATC e é utilizada em instrumentos oficiais de apoio à prescrição, como é o caso do Prontuário Terapêutico e do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos, assim como nos processos de autorização de introdução no mercado e nos instrumentos normativos em matéria de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos. Seguindo o exemplo anterior, a Sertralina pode ser classificada da seguinte maneira [144]:

Tabela 8 – Classificação Farmacoterapêutica da Sertralina.

2	Sistema Nervoso Central
2.9	Psicofármacos
2.9.3.	Antidepressivos

## 5. Atividades de *BackOffice*

### 5.1. Aprovisionamento e Armazenamento

Tendo em conta a crescente concorrência na área da farmácia comunitária e a situação socioeconómica que o país enfrenta na atualidade, a Farmácia Moura apresenta políticas rigorosas de gestão sustentável de todos os produtos. Para tal, é necessário um aprovisionamento, armazenamento e gestão de *stocks* que sejam o suficiente para não ocorrer rutura de *stock*, mas também a não excessividade de medicamentos e produtos de saúde. Estratégias como a compra de produtos com grande divulgação pelo *marketing* e meios de comunicação social, a disponibilidade de produtos sazonais, a escolha do fornecedor de produtos da farmácia, entre outras, fazem parte da gestão de uma farmácia.

O aprovisionamento engloba todo o processo de aquisição de produtos e reposição de *stocks*, ou seja, inclui toda a logística referente aos critérios de seleção do

fornecedor, o ponto de encomenda, a receção e conferência de produtos, a marcação de preços, armazenamento e devoluções.

Na Farmácia Moura, a gestão de *stocks* é responsável por uma técnica auxiliar que apresenta uma maior experiência e dinamismo nessa área. Contudo, toda a equipa é dotada de capacidades para a realização de todas as tarefas subjacentes ao aprovisionamento.

Nos primeiros dois meses do meu estágio realizei maioritariamente atividades de *BackOffice* o que, na minha opinião, foi fundamental para criar uma maior proximidade com o medicamento, visto que me permitiu conhecer melhor todo o tipo de produtos existentes na farmácia, bem como a sua localização, tornando-se muito útil quando iniciei o atendimento ao público numa fase posterior.

#### **5.1.1. Critérios de Seleção de um Fornecedor/Armacenista**

A manutenção da boa gestão de *stocks* começa pela adequada seleção dos fornecedores, consoante determinados critérios estipulados pela farmácia. Na Farmácia Moura, analisa-se as modalidades de pagamento, negociações, prazo e regularidade das entregas, bonificações, devoluções, preços praticados, disponibilidade dos produtos, descontos monetários, campanhas promocionais, entre outras coisas, a fim de obter o melhor serviço possível para o utente e, ao mesmo tempo, evitar gastos desnecessários para a farmácia.

As encomendas podem ser feitas diretamente aos laboratórios ou podem ser feitas a armazenistas que adquirem os produtos de várias marcas e laboratórios e depois fornecem às farmácias. A Farmácia Moura conta, atualmente, com 3 principais armazenistas: *Alliance Healthcare*<sup>®</sup>, *Botelho & Rodrigues, Lda.*<sup>®</sup> e *OCP Portugal*<sup>®</sup>, requisitados diariamente.

No caso de a farmácia necessitar de grandes quantidades de determinados produtos, é mais rentável fazer a encomenda diretamente ao laboratório responsável por estes. Nestas situações, o preço de venda à farmácia (PVF) é mais baixo, pois não são incluídos os gastos com os intermediários, isto é, a verba que iria para o armazenista. A desvantagem prende-se com o tempo de entrega, pois acaba por ser um processo mais demorado.

As encomendas feitas aos armazenistas apresentam vantagens em relação às encomendas diretas, pois o tempo de entrega é menor, não há uma quantidade mínima de unidades estipulada para poder realizar a encomenda, há uma maior facilidade em realizar devoluções e podem ser realizados vários pedidos em simultâneo. Este tipo de encomendas justificam-se quando são necessárias pequenas quantidades de diversos produtos, que se apresentam disponíveis de forma simultânea no fornecedor.

Adicionalmente, deslocam-se à farmácia delegados comerciais, com bastante frequência, com o objetivo de representar o laboratório ou marca para as quais trabalham, apresentando novos produtos e campanhas.

Posto isto, o facto de a Farmácia Moura trabalhar com diferentes armazenistas, oferece-lhe imensas vantagens, tais como, não depender de um só fornecedor; a facilidade no acesso a medicamentos esgotados ou rateados num determinado fornecedor; a possibilidade de escolha dentro da competitividade comercial, entre outras.

### **5.1.2. Critérios de Aquisição de Medicamentos e Produtos de saúde**

A aquisição de Medicamentos e Produtos de saúde depende de vários fatores, entre os quais, as necessidades da farmácia, os custos para esta e para o utente, a rotatividade de cada produto, entre outros.

Na Farmácia Moura são realizadas vários tipos de encomendas: diárias, diretas, instantâneas, e mais recentemente, por via verde.

#### **1. Encomendas Diárias**

As encomendas diárias são realizadas através do sistema informático *Sifarma 2000*<sup>®</sup> que, de acordo com o *stock* máximo e mínimo definido na ficha de cada produto, gera uma proposta de encomenda. Além disso, também tem em conta outros aspetos como a média de unidades vendidas por mês, as unidades já vendidas nesse mês e o *stock* desse produto.

Posteriormente, o colaborador responsável pela gestão de encomendas verifica essa lista de produtos e respetivas quantidades, e altera conforme necessário ou acrescentar produtos necessários e, no final, selecionar os produtos e associar a cada armazenista desejado para os produtos selecionados.

Estas encomendas são efetuadas duas vezes por dia a cada fornecedor, sendo uma delas realizada de manhã e recebida na tarde do mesmo dia e a outra realizada à tarde e recebida na manhã do dia seguinte.

#### **2. Encomendas Instantâneas**

Este tipo de encomendas são realizadas maioritariamente ao balcão durante o atendimento ao público, quando é necessário algum medicamento ou produto de saúde que não se encontre no *stock* da farmácia. Na ficha do produto verifica-se a sua disponibilidade e a hora de chegada à farmácia no caso de encomenda, bem como o respetivo preço nos fornecedores habituais. Desta forma, existe a possibilidade de encomendar a quantidade desejada aos fornecedores que apresentam maior disponibilidade e melhor preço.

### 3. Encomendas Diretas

As encomendas diretas aos laboratórios são elaboradas mensalmente (habitualmente no início de cada mês) ou de forma programada, através dos delegados comerciais e quando as quantidades necessitadas de medicamentos e/ou produtos de saúde são bastante altas.

Um exemplo de produtos pedidos nestas encomendas são os medicamentos genéricos. As suas encomendas são realizadas em grande quantidade no início do mês aos armazenistas e vão-se fazendo pequenos reforços ao longo do mês. Apesar disso, quando são precisas apenas pequenas quantidades, o pedido é realizado nas encomendas diárias. Adicionalmente, também os produtos de dermocosmética, produtos de higiene dentária e MNSRM, são encomendados, em grandes quantidades, aos representantes dos laboratórios.

Após efetuar o pedido ao laboratório, o colaborador responsável pelas encomendas elabora a nota de encomenda, isto é, um comprovativo dos produtos e descontos requeridos, para que se possa proceder à posterior confirmação aquando da receção da encomenda.

Este tipo de encomendas não são realizadas no sistema informático e, por isso, não se encontram criadas nem disponíveis no separador da receção de encomendas. Por esse motivo, é necessário criá-las de modo manual, selecionando o fornecedor e pelo menos um dos produtos da fatura, ficando assim a encomenda criada e disponível para posterior entrada no sistema.

### 4. Encomendas Via verde

De forma pontual e mais recentemente introduzidas no processo de aquisição, existem as encomendas por *Via Verde* para alguns medicamentos rateados. O Projeto “Via Verde do Medicamento” surgiu com o intuito de melhorar o acesso aos medicamentos que pertencem à lista de medicamentos cuja exportação/distribuição intra-comunitária é sujeita a notificação prévia ao INFARMED.

Nestes casos, a farmácia elabora a encomenda Via Verde ao fornecedor através de uma receita médica válida e o armazenista atende ao pedido com o stock reservado para estes casos, atribuído pelo titular de Autorização de Introdução no Mercado (AIM) do medicamento [145].

## **5.1.3. Receção e Conferência de Encomendas**

A receção de encomendas trata-se de uma etapa muito importante, pois é quando o colaborador verifica se os medicamentos rececionados são os solicitados, se são

provenientes de fornecedores autorizados e se não foram, visivelmente, danificados durante o transporte.

Quando as encomendas chegam à farmácia, o responsável pela distribuição solicita a assinatura do colaborador responsável pela gestão das encomendas e o carimbo institucional, servindo como certificado do processo de receção.

Ao longo do dia são entregues vários tipos de encomendas, segundo os horários estabelecidos por cada fornecedor. Quando se trata de encomendas diretas aos laboratórios, estas são entregues em caixas de cartão. No caso das encomendas diárias e/ou instantâneas, cada uma é recebida dentro de contentores de plástico, designados por “banheiras”, com cores diferentes características de cada distribuidor.

Cada encomenda vem acompanhada de fatura/guia de remessa original e o respetivo duplicado, as quais servem de suporte para a posterior conferência da encomenda, sendo no final assinadas, datadas e arquivadas pelo colaborador que rececionou. Nestes dois documentos constam os dados do fornecedor e da farmácia, a designação dos produtos existentes na encomenda e o respetivo código nacional do produto (CNP), unidades de cada produto faturadas e em bonificação, preço de venda ao público (PVP) no caso do produto possuir preço impresso na cartonagem (PIC), preço de venda ao armazenista (PVA) e taxa de comercialização (TC), desconto feito à farmácia, preço de venda à farmácia (PVF), imposto de valor acrescentado (IVA), preço total líquido por linha, número total de unidades da encomenda e preço total. No fim, estão listados os produtos que foram pedidos, mas que não foram enviados e o respetivo motivo.

No caso de chegar à farmácia matérias-primas que serão posteriormente utilizadas na preparação de manipulados, estas vêm acompanhadas de um boletim analítico, que comprova que estas cumprem com as exigências da farmacopeia (onde a respetiva matéria-prima se encontra descrita), sendo depois guardado num *dossiê* próprio. Todas as matérias-primas devem ser adquiridas a fornecedores devidamente autorizados pelo INFARMED e armazenadas em locais protegidos da luz e onde a humidade e temperatura sejam monitorizadas [146].

Aquando da receção das encomendas, dá-se prioridade às que contêm produtos termolábeis (insulinas, vacinas, entre outros), e que por isso são transportadas em caixotes isotérmicos etiquetados com a palavra “FRIO”. Os produtos termolábeis, mal chegam, são de imediato colocados no frigorífico mesmo antes de ser dada a entrada no sistema, para que seja garantida a manutenção das condições de temperatura definidas por lei (2-8°C).

A receção das encomendas diárias e instantâneas realiza-se através da funcionalidade “*Receção de encomendas*” no *software Sifarma*®. Primeiramente,

seleciona-se o fornecedor à qual corresponde a encomenda que se quer rececionar e depois de aberta a página de receção de encomendas, coloca-se o número da fatura e o seu valor total, assim como o “*valor fee*” no caso deste existir e de seguida, procede-se à leitura ótica do CNP de todos os produtos.

Durante este processo confirma-se sempre os prazos de validade, bem como o PVP, PVF e possíveis bonificações. Quanto aos prazos de validade, devem ser introduzidos no sistema informático sempre que o *stock* existente na farmácia se encontre a zero, sendo eliminado o prazo de validade anterior que constava na ficha do artigo. O PVP e PVF dos produtos rececionados são comparados aos já existentes na farmácia a fim de averiguar uma possível atualização, e se esta se verificar, no caso dos MSRM, é-lhes anexado uma menção de “NOVO PREÇO”, de forma a avisar todos os profissionais da farmácia para o assunto, aquando da dispensa do produto. Quanto aos MNSRM, estes são etiquetados após receção, e no caso de possível atualização de preço relativo a *stock* antigo de determinado produto, estes são reetiquetados com o novo preço. Esta etiquetagem não pode esconder informações importantes do produto, como por exemplo, o prazo de validade, número de lote, modo de aplicação, etc. Nessas etiquetas consta o PVP e IVA aplicado, bem como a designação e código do produto.

Quando se receciona um novo produto, cria-se uma “*Ficha de Produto*”, onde é definido o *stock* máximo e mínimo; família do produto; PVP, entre outros pontos.

Após rececionamento de todos os produtos da encomenda, confirma-se se o total de unidades, bem como o valor total da fatura, coincidem com os valores presentes no sistema informático, de forma a detetar possíveis erros. Se se detetar falta de produtos que foram faturados ou existência de produtos que não foram faturados, procede-se à reclamação com o respetivo armazenista.

No final deste processo, as faturas são colocadas nas prateleiras correspondentes ao original e duplicado do armazenista da encomenda em questão.

No caso das encomendas realizadas diretamente aos laboratórios, os produtos e respetivas quantidades são conferidos manualmente recorrendo à fatura da encomenda e apontando também os prazos de validade. Nestes casos, confirma-se sempre a nota de encomenda antes da receção, por forma a confirmar as quantidades dos produtos, bem como os descontos estipulados aquando da realização da encomenda.

Como já referido anteriormente, estas encomendas têm de ser introduzidas de forma manual, uma vez que não são realizadas no sistema informático. Para isso, seleciona-se no separador “*Gestão de encomendas*” a opção “*Manual*”, a fim de criar a encomenda, onde se coloca o fornecedor ou laboratório e o CNP de, pelo menos, um dos produtos. De seguida, seleciona-se a opção “*Enviar/reenviar*” e “*Em papel*”, sendo depois possível dar entrada da encomenda no separador “*Receção de encomendas*”. A

partir daqui, o processo é exatamente igual ao descrito para as encomendas diárias e instantâneas.

Neste caso, as faturas originais são colocadas na prateleira “*Faturas diretas*”, no caso de as condições de pagamento serem favoráveis se este for feito num curto espaço de tempo, e as duplicadas são colocadas na capa das faturas dos laboratórios por ordem alfabética. No final do mês, as faturas são recolhidas e enviadas para a contabilidade para posterior pagamento aos armazenistas.

#### **5.1.4. Marcação de Preços**

No caso dos MSRM, o PVP praticado é o que está descrito nas embalagens primária e/ou secundária dos produtos, estando de acordo com o descrito na Lei n.º 25/2011, de 16 de junho, onde é estabelecido a obrigatoriedade da indicação do PVP na rotulagem dos medicamentos [147].

Relativamente aos MNSRM e outros produtos de saúde, a Farmácia Moura aplica uma margem de lucro de acordo com a família a que o produto pertence, bem como o IVA correspondente. Com o PVP estabelecido, são impressas as respetivas etiquetas e coladas nos produtos.

#### **5.1.5. Critérios e Condições de Armazenamento**

Após o rececionamento dos produtos, a etapa seguinte é o armazenamento da encomenda.

Os medicamentos e produtos disponíveis na farmácia devem ser armazenados em locais que cumpram todas as condições necessárias para a manutenção da sua integridade, nomeadamente a luminosidade, temperatura e humidade. Para tal, como já foi referido anteriormente, a Farmácia Moura dispõe de vários termohigrómetros no armazém para o controlo desses parâmetros. O armazenamento deve ser feito na ausência de luz solar direta, a uma temperatura entre os 2 e 8°C no caso dos medicamentos e produtos de saúde termolábeis e a 25°C para os restantes, e a humidade relativa deve ser inferior ou igual a 60%.

Quando estes parâmetros estão assegurados, os medicamentos e produtos de saúde são armazenados nos respetivos locais por ordem alfabética de DCI ou Marca e segundo o princípio FEFO (*First Expire, First Out*), em que os medicamentos com prazo de validade mais curto são arrumados à frente dos que possuem validade mais longa, para que possam ser dispensados em primeiro lugar.

### **5.1.6. Prazos de Validade**

A data de validade é o momento a partir do qual a estabilidade, efetividade e segurança do produto ficam comprometidas, e como tal, é muito importante controlar esse parâmetro. Para isso é feita uma monitorização regular do *stock* dos medicamentos, incluindo sempre os medicamentos e produtos de saúde no processo de inspeção periódica dos prazos expirados e remoção de produtos em *stock* cujo prazo já tenha expirado ou expire nos meses seguintes.

Na Farmácia Moura são vários os momentos em que os prazos de validade são inspecionados, nomeadamente aquando da receção das encomendas, do armazenamento dos medicamentos e produtos de saúde e mensalmente. Todos os meses, recorrendo ao sistema informático, é impressa uma lista de produtos cujo prazo de validade se aproxima do final, onde consta a identificação e código do produto, o *stock* existente na farmácia e a data de validade. Após a impressão desta lista, o colaborador procede à contagem física do *stock* total e dos respetivos prazos de validade, reorganizando os produtos, caso seja necessário, segundo o método FEFO e verificando se a correlação com os listados informaticamente é correta e atualizada. Caso não o seja, esta é alterada informaticamente para o menor prazo existente em *stock*.

No caso dos produtos cujo prazo de validade esteja próximo, primeiro estuda-se a sua rotatividade, por forma a avaliar se devem ser devolvidos ou se têm ainda a possibilidade de uma breve dispensa.

Este controlo mensal dos prazos de validade traz bastantes vantagens e contributos para a organização da farmácia, uma vez que também permite realizar um controlo geral dos *stocks* existentes e verifica a localização e arrumação segundo a regra FEFO.

### **5.1.7. Devoluções**

As devoluções dos medicamentos e/ou produtos aos respetivos fornecedores são realizadas sempre que se detete alguma anomalia nos diversos parâmetros verificados, tais como, prazos de validade curtos ou medicamentos e/ou produtos fora de prazo; embalagens danificadas; quantidade enviada superior à faturada ou pedida; artigos enviados que não são iguais aos encomendados seja em dose, forma farmacêutico ou nº de comprimidos por caixa; medicamentos e/ou produtos faturados a preço incorreto, entre outros. Também podem suceder devido à retirada de lotes ou produtos do mercado, por parte do INFARMED ou laboratório responsável, devido a diversos motivos que fazem com que o medicamento ou produto de saúde já não cumpra as condições e parâmetros para as quais foi estudado e definido.

Para realizar a devolução, o colaborador elabora a nota de devolução onde consta o(s) produto(s) e respetivo(s) CNP, o PVF, a identificação do armazenista, o número da fatura e o motivo da devolução. A nota de devolução é impressa em triplicado, em que a terceira cópia fica na farmácia arquivado no *dossiê* das devoluções e as restantes duas cópias são enviados juntamente com o(s) produto(s) para o fornecedor, sendo carimbados e rubricados pelo responsável da FM.

Numa fase posterior, o armazenista decide se procede à devolução do(s) produto(s) em causa ou não. Caso aceite, é emitida uma nota de crédito, ou o fornecedor repõe o produto. Em qualquer uma das situações, a devolução tem de ser regularizada no *Sifarma*<sup>®</sup>, selecionando se ocorreu a emissão da nota de crédito ou a substituição do produto por parte do fornecedor, sendo que neste caso, é necessário realizar a atualização de *stock*. Se o fornecedor não aceitar a devolução, o valor do(s) produto(s) entra nas quebras contabilísticas de *stock* anuais da farmácia e, como tal, é necessário informar a contabilidade para posterior registo dessa quebra.

## **5.2. Receituário/Faturação**

### **5.2.1. Conferência de Receituário**

Todos os dias chegam à Farmácia Moura receitas médicas sob os três diferentes modelos legalmente autorizados: Receitas manuais, receitas eletrónicas materializadas e receitas eletrónicas desmaterializadas. Cada modelo tem diferentes especificidades e interpretações e, como tal, também possuem modos de conferência distintos.

#### **1. Receitas Manuais e Eletrónicas Materializadas**

Estes modelos de receitas médicas são conferidas em dois momentos distintos, nomeadamente durante o ato da dispensa dos medicamentos que estas incluem, onde o colaborador responsável por esse atendimento verifica se a receita inclui todos os campos obrigatórios adequadamente preenchidos, carimba, assina e data essa mesma receita e numa fase posterior, já mais integrada na componente de *BackOffice*, onde o conjunto do receituário destes dois modelos é novamente conferido.

No caso das receitas manuais, para além da informação que cada receita deve conter e que deve ser validada na primeira fase antes da dispensa do(s) medicamento(s), é necessário após a dispensa, verificar se os medicamentos dispensados estão conforme os prescritos de forma a evitar erros de interpretação, bem como se a comparticipação aplicada foi a correta. Em ambos os dois tipos de receitas médicas, no verso da receita é impresso o documento de comparticipação, o qual é assinado pelo doente, carimbado pela farmácia, rubricado e datado pelo colaborador responsável pela dispensa.

Depois de as receitas serem enviadas às entidades, estas são aceites, validadas e compartilhadas pela entidade participadora em causa, se for garantido o cumprimento de todos os aspetos técnicos e científicos, bem como a presença dos diferentes elementos que compõem cada um destes dois tipos de receitas. Sempre que seja detetado algum erro durante as duas fases de conferência que impossibilite tal validação pela entidade responsável pela participação, deve-se de imediato avisar o utente.

## 2. Receitas Eletrónicas Desmaterializadas

O processo de conferência deste tipo de receita médica é muito mais simples e rápido, uma vez que a conferência é exclusivamente eletrónica e ficam inseridas automaticamente no sistema informático. Assim, consegue-se eliminar quase na sua totalidade a probabilidade de erros, tornando-se uma segurança para a farmácia no que diz respeito ao processo de conferência do receituário.

### **5.2.2. Tratamento de Receituário e Faturação**

No último dia de cada mês devem ser emitidos os documentos associados à participação dos medicamentos, os quais resumem as receitas e os valores associados a cada entidade responsável pela participação.

A primeira etapa é a organização de todas as receitas por organismo e em lotes de 30. Os documentos de participação impressos nos versos das receitas manuais e eletrónicas materializadas e o talão impresso no caso de participação por complementaridade nas receitas eletrónicas desmaterializadas apresentam vários parâmetros, entre os quais, o código do organismo de participação, o número de ordem da receita, número de lote e o número de série. É através destes elementos que se deve organizar as receitas por organismo de participação e dentro de cada organismo, dispor por número de lote, sendo que cada lote apresenta trinta receitas numeradas. Apesar disso, o último lote de cada organismo pode estar incompleto (sem as trinta receitas).

Durante esta etapa procede-se, como já referido no tópico anterior, à conferência das receitas, onde se verifica se o organismo presente no documento de participação é concordante com o da receita, a data de validade da receita e todos os campos adequadamente preenchidos. No caso de faltar algum talão de participação, este pode ser de novo impresso, ao selecionar a opção “*Faturação de receitas às entidades participadoras*” no sistema informático, local onde aparecem todos os organismos e lotes associados, apresentando em cada lote as receitas e os seus valores de participação associados.

Depois de organizar as receitas, é emitido o “*Verbete de Identificação do lote*” e, seguidamente, anexado a cada lote de receitas. Estes contêm o nome da farmácia, o organismo de participação, lote em causa, mês e ano da faturação, quantidade de receitas e produtos, PVP e custo total do lote, custo total para utentes, valor participado por organismo, e ainda, o número de embalagens dispensadas em cada receita e no total das receitas do lote. No fim, estes são carimbados com o carimbo institucional da farmácia.

Adicionalmente também são impressas a “*Relação de resumo de lotes*”, que sintetiza o número de receitas e lotes, o PVP total dos medicamentos dispensados e o valor total pago pelo utente e pelo organismo, e a “*Fatura mensal de medicamentos*” na qual estão presentes todos os organismos de participação, o número de receitas associado a cada um e o valor total pago pelo utente e pela entidade.

Na situação das receitas eletrónicas desmaterializadas, estas são organizadas num só lote e não é necessário a emissão do Verbetes de identificação do lote, mas os seus valores constam nos dois documentos anteriormente descritos.

Posto isto, até ao dia 5 de cada mês, os lotes de receitas e documentação relativos à entidade do Sistema Nacional de Saúde (SNS) são enviados para posterior conferência ao Centro de Conferências de Faturas (CCF), sendo depois aceites, validadas e participadas pela ARS, neste caso ARS-Norte, e os lotes referentes a outras entidades são enviados à Associação Nacional de Farmácias (ANF), que numa fase posterior os encaminha para cada uma das entidades responsáveis e, quando estas recebem toda a documentação, devolvem o valor da participação à ANF e esta reencaminha o valor para a farmácia.

### **5.2.3. Receituário Devolvido**

Mesmo com todo o cuidado de dupla verificação no processo de conferência das receitas médicas, alguns erros podem não ser detetados e acabam por chegar ao CCF ou a outra entidade participadora que os confere. Nestes casos, a entidade procede à devolução da(s) receita(s) em causa juntamente com o documento que a(s) identifica, motivo da devolução e o valor total da(s) receita(s) devolvida(s).

A diretora técnica da Farmácia Moura analisa as inconformidades e procede, sempre que possível, à correção da(s) mesma(s) e volta a faturá-la(s) no seguinte mês, na tentativa de não perder a participação que lhe(s) está sujeita.

## **6. Interação Farmacêutico – Utente – Medicamento**

### **6.1. Princípios Éticos e Deontológicos e Informação ao utente**

O Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos descreve, no artigo 10º, que *“a primeira e principal responsabilidade do farmacêutico é para com a saúde e o bem-estar do doente e do cidadão em geral, devendo pôr o bem dos indivíduos à frente dos seus interesses pessoais ou comerciais e promover o direito de acesso a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança”* [148].

Para haver sucesso na prestação de cuidados de saúde e conseqüente sucesso no alívio da sintomatologia, é fundamental uma boa relação entre o farmacêutico e o utente. O farmacêutico é o profissional de saúde em que, numa primeira instância, os utentes mais procuram e, por esse motivo, é essencial que transmita a informação necessária de forma perceptível.

Para que esta interação seja o mais eficaz possível, o farmacêutico tem de adotar certas estratégias, tais como a prontalidade em estar sempre disponível para esclarecer qualquer dúvida ao utente; a adoção de uma linguagem simples e clara de forma a transmitir a informação pertinente; adaptação da linguagem perante a idade e o nível sociocultural do utente; a oferta da liberdade necessária para o utente explicar as suas queixas e/ou inquietações; etc.

Ainda de acordo com o Código Deontológico, existe o dever de sigilo profissional em que relativamente a todas as situações com que o farmacêutico se tenha deparado ao longo da execução da sua atividade profissional, sendo que esta confidencialidade é a chave para uma boa relação entre o farmacêutico e o utente [148].

Por vezes, pode ser necessário o farmacêutico contactar o clínico, de modo a expor alguma situação/queixa e/ou dúvida do utente em causa e avaliar uma solução/alternativa que motivem um melhor resultado terapêutico, entre outras situações. Nestas circunstâncias, o farmacêutico deverá ter sempre uma posição cordial e profissional, uma vez que o objetivo será sempre cooperar com o outro profissional na promoção da saúde do utente.

### **6.2. Farmacovigilância**

De acordo com as Boas Práticas para a Farmácia Comunitária, a farmacovigilância define-se como todas as atividades de saúde pública responsáveis pela deteção, quantificação, avaliação e prevenção dos riscos associados ao uso dos medicamentos que se encontram em comercialização, tornando possível o seguimento das possíveis reações adversas a medicamentos (RAM) ou outros problemas relacionados com o medicamento (PRM) [129].

Em Portugal foi criado o Sistema Nacional de Farmacovigilância, que é composto por 10 Unidades Regionais, espalhadas por todo o território nacional. A Farmácia Moura encontra-se abrangida pela Unidade Regional de Guimarães [149].

Qualquer pessoa pode notificar uma suspeita de RAM, mas é da responsabilidade do farmacêutico, dado a sua proximidade com a população, informar, sensibilizar e ajudar durante este processo. Desta forma, é necessário notificar todas as RAM graves e não graves, quer sejam inesperadas ou que já estejam descritas no RCM do medicamento, assim como todas as suspeitas de aumento da frequência das RAM. A informação recolhida através da notificação de RAM é crucial para a monitorização contínua e eficaz da segurança dos medicamentos existentes no mercado, possibilitando a identificação de potenciais reações adversas desconhecidas, quantificar e/ou melhor caracterizar efeitos adversos já previamente identificados e implementar medidas que permitam diminuir o risco da sua ocorrência [150]. Toda esta informação permite a atualização constante do RCM de um medicamento.

Assim, o farmacêutico deve colocar em prática o seguinte procedimento [129]:

1. Identificar as RAM - comunicando o mais breve possível as suspeitas de RAMs, bem como realizar o registo da(s) mesma(s) através do preenchimento de um formulário a enviar às autoridades de saúde, de acordo com os procedimentos nacionais de Farmacovigilância.
2. Notificar as RAM ao Sistema Nacional de Farmacovigilância, reunindo as seguintes informações:
  - a) Reação adversa descrita (sinais e sintomas), bem como a sua duração, gravidade e evolução;
  - b) Relacionar os sinais e sintomas com a toma dos medicamentos;
  - c) Identificar o medicamento suspeito, assim como a data de início e de suspensão de mesmo, o seu lote, via de administração e indicação terapêutica;
  - d) Outros medicamentos que o doente esteja a tomar (incluindo os MNSRM).

### **6.3. Reencaminhamento dos Medicamentos Fora de Uso**

#### **6.3.1. VALORMED®**

A VALORMED® é uma sociedade sem fins lucrativos que tem como responsabilidade a gestão dos resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de uso com origem doméstica através do SIGREM (Sistema Integrado de Gestão de Resíduos de Embalagens e Medicamentos). Surgiu da cooperação entre a indústria

farmacêutica, distribuidores farmacêuticos e farmácias comunitárias, face à sua consciencialização do medicamento enquanto resíduo [151].

A sua intervenção é realizada em todo o território continental e ilhas e inclui os resíduos de embalagens de medicamentos de uso humano, contendo ou não restos de medicamentos, resíduos de embalagens de medicamentos de uso veterinário, contendo ou não restos de medicamentos, e produtos veterinários para animais domésticos vendidos nas Farmácias Comunitárias e Locais de Venda de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (LVMNSRM).

Desta forma, esta sociedade disponibiliza a todos os cidadãos portugueses, através de contentores que se encontram instalados nas farmácias comunitárias e LVMNSRM, um sistema seguro para depositarem as embalagens vazias e medicamentos fora de uso ou de prazo de validade que detêm em suas casas.

Na Farmácia Moura, os contentores de recolha, uma vez cheios, são devidamente fechados e selados e é impresso um talão com os dados da farmácia que, posteriormente, é rubricado pelo profissional que efetua o processo e também pelo fornecedor responsável pelo levantamento do contentor que, no caso da FM, é normalmente a *Alliance Healthcare*®. Este distribuidor transporta os contentores para as suas instalações e retêm-nos em contentores estanques.

Numa fase posterior, são transportados para um Centro de Triagem, por um operador de gestão de resíduos, onde os resíduos são separados para depois serem entregues a gestores de resíduos autorizados que ficam com a responsabilidade de realizar a reciclagem do papel, cartão, plástico e vidro e uma incineração segura com valorização energética dos restantes resíduos, tais como, restos de medicamentos [152].

No decorrer do meu estágio, tive a oportunidade de observar e aprender toda a dinâmica deste processo da VALORMED®, o qual considero que contribui imenso para a promoção da saúde de forma segura, ecológica e sustentável.

## **7. Dispensa de Medicamentos**

A cedência ou dispensa de medicamentos é definida como sendo o ato profissional em que o farmacêutico cede a medicação e/ou produtos de saúde ao utente, após a avaliação da medicação, por meio de uma prescrição médica ou em regime de automedicação ou indicação farmacêutica, acompanhada de toda a informação indispensável para um correto uso dos mesmos [129].

Posto isto, o farmacêutico assume um papel de grande responsabilidade uma vez que, ao avaliar a medicação, é capaz de identificar e resolver problemas relacionados com

os medicamentos e, assim, protege o doente relativamente a possíveis resultados negativos associados à medicação.

Também durante o ato da dispensa, o farmacêutico tem o dever de explicar toda a informação relativa ao medicamento, nomeadamente a posologia, modo de administração, possíveis interações, precauções de utilização, condições de conservação, contraindicações e efeitos indesejáveis, duração do tratamento, bem como outras informações relevantes e certificar-se de que o utente percebe toda a informação que lhe é transmitida, devendo, para isso, adaptar a complexidade do discurso face a cada utente em particular.

Durante os primeiros meses de estágio, assisti a diversos atendimentos realizados pelos elementos da equipa profissional da FM e pude verificar a postura de responsabilidade que o farmacêutico deve assumir, visto que tem nas suas mãos a saúde e bem-estar do utente. Ao observar os diversos atendimentos, fui compreendendo todos os procedimentos a executar no *Sifarma*<sup>®</sup> durante o ato de dispensa, bem como a maneira ideal de comunicar e abordar os utentes. A partir daí, comecei a realizar alguns atendimentos sob a supervisão de alguém responsável, que me ia auxiliando, corrigindo e dando conselhos para melhorar as minhas capacidades, contribuindo para que ganhasse mais prática e confiança perante os utentes.

### **7.1. Classificação de Medicamentos Quanto à Dispensa**

Os medicamentos podem ser classificados, quanto à sua dispensa ao público, em medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) e medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM).

Os medicamentos sujeitos a receita médica ainda se subdividem em três subcategorias:

- a) Medicamentos de receita médica renovável;
- b) Medicamentos de receita médica especial;
- c) Medicamentos de receita médica estrita, de utilização reservada a certos meios especializados [137].

### **7.2. Regimes de Participação**

Os regimes de participação surgiram com a impossibilidade de alguns utentes não terem capacidade financeira suficiente para pagar a totalidade monetária de certos medicamentos que, dado o processo de investigação/fabrico, acarretam um montante elevado. Assim, de forma a resolver esta necessidade, os planos de participação permitem que o utente pague apenas uma parte do montante do

medicamento, sendo a outra parte suportada por uma entidade participadora (por exemplo, o Estado - SNS), ou o próprio laboratório (no caso do medicamento *Betmiga*<sup>®</sup>, por exemplo), ou até que o obtenha de forma totalmente gratuito, sendo a participação de 100% (no caso de seguradoras, tal como a *Fidelidade*).

Na atualidade, existem vários planos de participação de acordo com o organismo por ele responsável. No caso do SNS (Estado), o organismo mais frequentemente solicitado, os medicamentos podem ser participados através de dois regimes: geral e especial. O programa informático *Sifarma*<sup>®</sup> reconhece códigos que identificam cada organismo sendo que, no caso do SNS, para situações normais, é 01; SNS Pensionista-48 para os utentes pensionistas/reformados; SNS Diabetes-DS para doentes do protocolo da diabetes, entre outros.

No regime geral, o estado financia uma dada percentagem dos medicamentos participados, de acordo com os quatro escalões existentes: A (90%), B(69%), C (37%) e D (15%), sendo que o escalão varia de acordo com a classificação farmacoterapêutica de cada medicamento, descritos na Portaria n.º 195-D/2015, de 30 de junho [153, 154].

No regime especial de participação há duas possibilidades de participação [153]:

#### Participação em função dos beneficiários:

A participação do Estado para os pensionistas acresce de 5% no escalão A, passando este a ser de 95% e de 15% nos escalões B, C e D, alterados para 84%, 52% e 30%, respetivamente. A participação no preço dos medicamentos pode ainda ser de 95% para o conjunto de escalões e para os medicamentos cujo PVP sejam iguais ou inferiores ao 5.º preço mais baixo do grupo homogêneo em que se inserem.

#### Participação em função das patologias ou grupos especiais de utentes:

A participação do Estado no preço dos medicamentos usados na terapêutica de certas patologias ou grupos especiais de utentes, por exemplo no tratamento de artrite reumatoide, lúpus, doença de Alzheimer, psoríase em placas, etc, é diferentemente graduada em função das entidades que o prescrevem ou dispensam. No entanto, essa participação pode ser restrita a determinadas indicações terapêuticas, fixadas no diploma que estabelece a participação. Para que este regime seja aplicável, é necessário que a prescrição seja realizada por um médico especialista na área que deve mencionar na receita o diploma correspondente.

O regime especial de participação deve ser indicado com as seguintes letras:

- “R” - para utentes pensionistas;

- “O”- para utentes com determinadas patologias abrangidas pelo regime, seguido sempre pela menção do respetivo diploma legal.

Existem ainda protocolos especiais de comparticipação, sendo necessário indicar na receita a portaria na qual esta legislada a respetiva comparticipação, como é o caso da diabetes e das câmaras expansoras. No caso das câmaras expansoras, a comparticipação é de 80% do PVP, desde que não exceda os 28€, sendo também restrita a apenas uma câmara expansora por ano [155]. Os dispositivos médicos de apoio a doentes ostomizados, com incontinência e/ou retenção urinária, são comparticipados a 100% do PVP [156].

Os utentes podem ainda usufruir de outros subsistemas de comparticipação de outras entidades que não o Estado, que exercem a comparticipação em regime de complementaridade, ou seja, dois organismos que participam em simultâneo. Estes participam uma percentagem adicional, consoante o acordo estabelecido em cada uma. São exemplos de organismos de complementaridade o Sindicato dos Bancários do Norte (SAMS) e o programa Sã-Vida EDP (SAVIDA). Em qualquer tipo de receita, durante o atendimento deve selecionar-se “Planos” e procurar a entidade participadora, digitando posteriormente o número de cliente associado a essa mesma entidade.

Os beneficiários destes subsistemas possuem um cartão que o têm de apresentar obrigatoriamente aquando da dispensa de medicamentos. No fim do atendimento é impresso um recibo comprovativo no verso da receita manual e eletrónica materializada, o qual deve ser rubricado pelo utente e profissional de saúde, datado e carimbado. No caso de prescrição desmaterializada, o sistema emite esse talão de forma individual, o qual também deve ser rubricado, datado e carimbado. Estes documentos devem ser guardados em local estabelecido, para posterior entrega às entidades participadoras. Na situação de prescrição manual pode ainda ser necessário a fotocópia do cartão associado à entidade participadora e anexá-la ao recibo de comparticipação impresso.

Alguns medicamentos são abrangidos por protocolos específicos dos laboratórios onde são produzidos, como é o caso do *Betmiga*<sup>®</sup>, utilizado para o tratamento da bexiga hiperativa. Nestas situações, o sistema informático pede a leitura ótica de um código QR específico que se encontra na cartonagem externa do medicamento.

No decurso do meu estágio, tive a oportunidade de assistir a vários atendimentos com todos estes diversos regimes de comparticipação, contribuindo para o enriquecer do meu conhecimento.

### **7.3. Dispensa de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica**

Segundo o descrito no artigo 113º do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, os MSRM são, tal como o nome indica, medicamentos cuja dispensa obriga a apresentação de uma receita médica. Para que um medicamento seja considerado MSRM, tem de cumprir um dos seguintes critérios:

- Ser um risco, direta ou indiretamente, para a saúde do utente, mesmo sendo utilizado corretamente, quando é usado sem vigilância médica;
- Constituir risco quando é utilizado com bastante frequência e em grandes quantidades para fins distintos daquele a que se destinam;
- Conter substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar;
- Ser prescrito pelo médico para administração parentérica [137].

#### **7.3.1. Receitas Médicas e Validação**

Por lei estão definidos três diferentes modelos de receitas médicas, cada um com as respetivas particularidades e interpretações:

- Receitas em papel manuais;
- Receitas eletrónicas em papel/materializadas;
- Receitas eletrónicas sem papel/desmaterializadas [157].

Na atualidade, tendo em conta o âmbito das prioridades descritas pelo Ministério da Saúde, tais como, o uso de meios eletrónicos para o suporte de processos de prescrição, dispensa e faturação de todo o tipo de medicamentos e/ou produtos de saúde, a direção é a total desmaterialização da prescrição, ou seja, diminuir progressivamente a prescrição por via manual. Este processo contribui para o aumento da eficiência do SNS, uma vez que não só permite a minimização da ocorrência de engano, como também a redução de custos ambientais e económicos associados ao consumo e armazenamento de papel [158].

Contudo, este processo ainda está longe de concluído e, enquanto não é totalmente implementado e operacionalizado, continuam legalmente em uso os três diferentes tipos de receitas médicas.

Todas as receitas possuem especificações às quais devem obedecer para a posterior validação, por parte do farmacêutico, previamente ao ato de dispensa dos medicamentos. Independentemente do modo de disponibilização da prescrição, a receita deve possuir as seguintes informações:

- a) Numeração:** cada prescrição possui um número único, atribuído segundo a codificação da Base de Dados Nacional de Prescrições (BDNP);
- b) Local de prescrição:** A identificação do local de prescrição é disponibilizada pela BDNP;
- c) Identificação do médico prescriptor:** onde deve constar o nome clínico, especialidade (se aplicável), contacto telefónico, endereço de correio eletrónico (se aplicável) e número da cédula profissional;
- d) Identificação do utente:** nome, número do SNS, número de beneficiário da entidade financeira responsável (sempre que aplicável) e regime especial de participação (se aplicável);
- e) Entidade financeira responsável;**
- f) Identificação do(s) medicamento(s):** seguindo a lei, o clínico deve prescrever por Denominação Comum Internacional (DCI) em que, neste caso, o medicamento deve ser identificado por DCI seguida da dosagem, forma farmacêutica, apresentação, tamanho de embalagem e posologia.

Posto isto, sempre que existe um grupo homogéneo, o profissional deve dispensar o medicamento que cumpra a prescrição médica e que seja o mais barato dos 3 medicamentos com a mesma substância ativa, forma farmacêutica e dosagem, de entre os que correspondem aos 5 preços mais baratos de cada grupo homogéneo. Mas, esta condição perde o efeito quando o próprio utente exerce o direito de escolha [157].

No caso de não haver grupo homogéneo, o profissional deve dispensar o medicamento que cumpra a prescrição médica e o mais barato para o utente, que seja similar ao prescrito, exceto nos casos em que o utente exerça o seu direito de opção.

Contudo, em casos excecionais, o médico pode prescrever por Nome comercial do Medicamento, Marca ou Nome do Titular da Autorização de Introdução no Mercado (AIM) em determinadas situações:

- ❖ quando não existe genérico participado ou para o qual só existe original de marca;
- ❖ medicamentos que, por razões de propriedade industrial apenas pode ser prescrito para determinada indicação terapêutica;
- ❖ justificação técnica do prescriptor quanto à insusceptibilidade de substituição do medicamento prescrito, tais como, reação adversa prévia, margem/índice terapêutico estreito e continuidade de tratamento superior a 28 dias.

- g) Posologia e duração do tratamento;**

## **h) Comparticipações especiais;**

**i) Data de prescrição:** é obrigatória e deve ser preenchida pelo *software* no formato aaaa-mm-dd. É necessário verificar a data de prescrição para determinar a validade da receita no caso de receita materializada, ou da linha de receita no caso de receita desmaterializada [153].

### Receitas em Papel Manuais

A prescrição por via manual é efetuada em documento pré-impresso e, na atualidade, está cada vez menos presente no dia a dia do farmacêutico. O clínico apenas pode efetuar este tipo de prescrição em casos excepcionais descritos no artigo 8º da Portaria n.º224/2015, de 27 de julho, alterado pela Portaria n.º 390/2019, de 29 de outubro, nomeadamente, falência no sistema informático, indisponibilidade da prescrição através de dispositivos móveis e nas situações em que o utente não tenha a possibilidade de receber a prescrição desmaterializada ou de a materializar [158].

Dos três modelos, este é aquele que apresenta mais desvantagens, visto que requer maior atenção por parte do farmacêutico que o dispensa, bem como do(s) que o confere(m), devido à dificuldade na interpretação da caligrafia do médico o que, por vezes, pode originar a ocorrência de erros de dispensa.

Além dos elementos comuns a todas as receitas, a receita manual deve ainda, apresentar as seguintes informações:

- **Identificação da exceção** (acima detalhadas): inserida no canto superior direito da receita;
- **Validade da prescrição:** tem validade de 30 dias seguidas, contada a partir da data da sua emissão, sendo que é obrigatório preencher a data de emissão;
- **Número de embalagens:** podem ser prescritos, em cada receita, no máximo 2 embalagens de 4 medicamentos distintos.

No caso de ser prescrito um medicamento apresentado sob a forma de embalagem unitária, podem ser prescritas até 4 embalagens do mesmo.

- **Identificação e assinatura do médico prescritor:** a aposição da respetiva vinheta e assinatura;
- **Especificidades:** não podem conter rasuras, caligrafias diferentes e não podem ser prescritas com canetas de diferentes cores ou a lápis, sendo motivos para não validação das mesmas [153].

### Receitas Eletrónicas em papel/Materializadas

A receita eletrónica materializada é o resultado da impressão da prescrição eletrónica. Neste tipo de prescrição, os *softwares* têm de validar e registar a receita de medicamentos no BDNP antes da sua emissão em papel.

Neste tipo de receituário estão incluídos diferentes tipos de receita, consoante o objetivo a que se propõem, e que devem ser mencionados neste modelo de prescrição:

- RN – prescrição de medicamentos;
- RE – prescrição de psicotrópicos e estupefacientes sujeitos a controlo;
- MM – prescrição de medicamentos manipulados;
- MA – prescrição de medicamentos alergénios destinados a um doente específico;
- UE – prescrição de medicamentos para aquisição noutra Estado-membro;
- MDT – prescrição de produtos dietéticos;
- MDB – prescrição de produtos para autocontrolo da diabetes *Mellitus*;
- CE – prescrição de câmaras expansoras;
- OST – prescrição de produtos de ostomia/incontinência/retenção urinária;
- PA – prescrição de produtos de apoio;
- OUT – prescrição de outros produtos (ex. produtos cosméticos, suplementos alimentares, etc.).

Para além dos parâmetros gerais a todas as receitas, acima mencionados da alínea a) a i), este modelo deve ser dotado de:

- **Via da receita:** se for uma receita renovável, pode possuir três vias distintas;
- **Validade de prescrição:** 30 dias seguidos, podendo ser renovável com uma validade de 6 meses;
- **Número de embalagens:** igual às receitas manuais, ou seja, no máximo 2 embalagens de 4 medicamentos distintos.  
No caso de o medicamento prescrito se apresentar sob embalagem unitária, podem ser prescritas até 4 embalagens do mesmo, ou até 12 no caso de tratamentos de longa duração (divididas pelas três vias).
- **Assinatura do médico prescriptor** [153].

#### Receitas Eletrónicas sem papel/Desmaterializadas

Este novo modelo teve origem no processo de desmaterialização, em que a prescrição é realizada por via eletrónica, sem papel, acessível e interpretável através de um equipamento eletrónico [157]. Posto isto, no momento da prescrição, esta é validada e registada por *softwares* no sistema central de prescrições (BDNP) [153].

Relativamente ao seu acesso, este tipo de receita pode ser acedido através de mensagens de telemóvel ou da impressão das respetivas guias de tratamento. Existe sempre um conjunto de dígitos numéricos, definidos como o número da receita, o código

de dispensa (com 6 dígitos) e o código de direito de opção (com 4 dígitos), responsáveis pelo acesso da receita no sistema informático.

À semelhança dos modelos anteriores, para além da informação comum a todos, apresentam ainda as seguintes especificidades:

- **Tipos de Linhas de Prescrição:** consoante o tipo de prescrição, existem diversos tipos de linhas de prescrição, possibilitando a aplicação de regras distintas (quer na prescrição, dispensa ou conferência) consoante as situações. Existem vários tipos:

LN – Linha de prescrição de medicamentos;

LE – Linha de prescrição de psicotrópicos e estupefacientes sujeitos a controlo;

LMM – Linha de prescrição de medicamentos manipulados;

LMA – Linha de prescrição de medicamentos alergénios destinados a um doente específico;

LMDT – Linha de prescrição de produtos dietéticos;

LMDB – Linha de prescrição de produtos para autocontrolo da diabetes *Mellitus*;

LCE – Linha de prescrição de câmaras expansoras;

LOST – Linha de prescrição de produtos de ostomia/incontinência/retenção urinária;

LPA – Linha de prescrição de produtos de apoio;

LOUT – Linha de prescrição de outros produtos.

- **Validade da prescrição e número de embalagens:** cada linha de prescrição corresponde a um medicamento, cujo número máximo de embalagens pode variar consoante a duração do tratamento:

- ❖ 2 embalagens, no caso de tratamentos de curta ou média duração, tendo uma validade de 60 dias;

- ❖ 6 embalagens, no caso de medicamentos destinados a tratamentos de longa duração, com uma validade de 6 meses.

Também neste modelo, se forem prescritos medicamentos sob a forma de embalagem unitária, podem ser prescritas até 4 embalagens do mesmo, ou até 12 no caso dos de longa duração.

Adicionalmente, existe a possibilidade excepcional do médico realizar prescrições com número de embalagens superior aos limites estabelecidos nos pontos anteriores, com validade de 12 meses, mediante fundamentação médica inscrita no processo clínico do utente (posologia, doente crónico, ausência prolongada do país, etc.).

- **Hora da prescrição:** no formato hh:mm;

- **Assinatura digital do médico prescritor** [153].

Uma vantagem adicional deste modelo de prescrição, prende-se na possibilidade de o utente levantar apenas as embalagens de medicamentos que necessita, em diferentes momentos e em diferentes farmácias. Esta vantagem contrasta com os outros modelos, onde todos os medicamentos prescritos têm de ser dispensados num único ato.

As prescrições eletrónicas apresentam inúmeras vantagens relativamente às manuais, principalmente pelo facto de toda a informação estar informatizada, possibilitando uma rápida identificação da receita e a minimização de erros de dispensa que são frequentes nas prescrições manuais.

As receitas médicas podem ainda ser classificadas em: renováveis, especiais e restritas [137]:

- **Receita médica renovável:** para o caso de tratamento prolongado de doenças crónicas, cujos medicamentos podem ser adquiridos mais do que uma vez sem a necessidade de nova prescrição, como é o caso dos antihipertensivos e antidiabéticos orais;
- **Receita médica especial:** destinada ao uso de substâncias recentes em que é necessária monitorização adicional, ou para substâncias que possuam potencial de abuso, tais como, os estupefacientes e psicotrópicos;
- **Receita médica restrita:** medicamentos cujo uso se encontra reservado apenas a meios especializados, como ambiente hospitalar ou em regime de ambulatório.

### 7.3.2. Processamento informático da receita médica e Dispensa

Numa fase seguinte à validação da receita médica, o farmacêutico deve realizar uma análise crítica face ao seu conteúdo, de forma a identificar potenciais duplicações terapêuticas, interações ou até regimes posológicos e/ou dosagens inadequadas. Durante esta etapa, é essencial a comunicação com o utente, de maneira a compreender qual o motivo e os sinais/sintomas pelo qual um medicamento foi prescrito e se corresponde a medicação habitual ou novo tratamento. Após esta análise, recorre ao programa *Sifarma 2000*<sup>®</sup> para efetuar o processamento da receita e posterior dispensa, sendo que este procedimento varia ligeiramente de acordo com o tipo de receita.

No *Sifarma*<sup>®</sup> acede à opção “Atendimento” onde é possível realizar a venda, com ou sem participação, e aceder a toda a informação relacionada com os medicamentos e/ou produtos de saúde, nomeadamente, stocks, movimentos, encomendas e reservas do produto, informação científica ou preços.

Começando pelas receitas eletrónicas desmaterializadas, no caso de o utente possuir uma guia de tratamento em papel, estas introduzem-se no sistema através da leitura ótica do código de barras presente na receita, seguido da introdução manual do código de acesso. Se a receita estiver em SMS no telemóvel do utente, os códigos têm de ser digitados manualmente. Neste modelo de receitas, o *Sifarma*<sup>®</sup> assume de forma automática os medicamentos prescritos, bem como o regime de comparticipação que inclui o utente. Desta forma, o farmacêutico apenas terá de selecionar os medicamentos que o utente pretende.

Relativamente às receitas eletrónicas materializadas, o seu processamento informático inicial é igual às receitas desmaterializadas, mas neste tipo de receita o programa informático não assume de forma automática os medicamentos incluídos na prescrição e, por isso, o farmacêutico tem de introduzir cada medicamento através da leitura ótica do código de barras específico de cada um.

No caso das receitas manuais, o seu processamento é completamente diferente, uma vez que o colaborador tem de introduzir os medicamentos e os regimes de comparticipação de forma manual. Posteriormente, insere-se o número da receita no sistema informático por meio da leitura ótica do código de barras.

Devido à introdução no sistema de forma manual nas receitas materializadas e manuais, a finalização da dispensa dos medicamentos é conseguida com a impressão, no verso da receita, de um conjunto de informações relativas à faturação, de acordo com o organismo de comparticipação. Informações como o nome da farmácia, o número da venda, a entidade responsável pela comparticipação, códigos de barras relativos aos medicamentos comparticipados que estão associados à sua respetiva denominação, dosagem, apresentação, quantidade dispensada e ainda o PVP, valor pago pelo utente e o valor participado, constam no impresso. Este documento é rubricado pelo utente, em que declara que lhe foram dispensados os medicamentos que constam na receita e que exerceu o seu direito de opção de escolha, quando aplicável. Posteriormente, o farmacêutico também assina, data e carimba a receita. No fim, estas receitas são arquivadas em local designado para o receituário do mês, para depois se conferir e proceder ao fecho no final do mês, ficando assegurado o reembolso das comparticipações realizadas.

Aquando do fecho da dispensa, antes da passagem para o ecrã de pagamento, realiza-se o processo de conferência de medicamentos dispensados, através da leitura ótica do código bidimensional/ *DataMatrix*<sup>®</sup> existente em cada embalagem, funcionando como um dispositivo de segurança, uma vez que constitui uma forma de garantir que os medicamentos selecionados pelo farmacêutico correspondem aos prescritos. Este é um procedimento recente, em que o Decreto-Lei n.º26/2018 de 24 de

abril, décima primeira alteração do Decreto-Lei n.º176/2006 de 30 de agosto, transpõe as orientações europeias da nova Diretiva dos Medicamentos Falsificados da União Europeia para a legislação portuguesa, passando a existir uma maior segurança na entrada e saída de medicamentos do circuito e a diminuição de potenciais situações de falsificação [159, 160].

#### **7.4. Dispensa de Estupefacientes e Psicotrópicos**

Os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos fazem parte de um grupo de substâncias químicas cuja ação se situa ao nível do sistema nervoso central, através da alteração de processos mentais [139]. Estes, quando utilizados de forma correta, albergam inúmeros benefícios terapêuticos em várias patologias, desde perturbações mentais de hiperatividade e défice de atenção até ao controlo da dor moderada a intensa [140].

Apesar disso, são medicamentos que possuem um elevado potencial de abuso, podendo estar associados à prática de atos ilícitos e, por isso, este grupo de substâncias é das mais controladas em todo o mundo, sendo reguladas por uma estrita legislação que regula a sua prescrição, distribuição e dispensa. Em Portugal, é da responsabilidade do INFARMED o controlo dos processos de prescrição e dispensa deste tipo de medicamentos [140, 141].

Os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos necessitam de prescrição médica especial sendo que, no caso de receita eletrónica materializada ou manual, devem ser prescritos isoladamente, ou seja, a receita não pode conter medicamentos não psicotrópicos. Relativamente à prescrição eletrónica desmaterializada, apenas a linha de prescrição deve identificar que é do tipo LE, isto é, linha de prescrição de psicotrópicos e estupefacientes sujeitos a controlo [153].

O processo de dispensa no *Sifarma*® é idêntico a outros medicamentos, sendo que o programa identifica automaticamente as substâncias prescritas. Só existe um aspeto adicional que é o preenchimento do Registo de Psicotrópicos aquando do fecho do atendimento no programa, no qual aparece o nome do médico prescriptor e é necessário inserir os dados relativos ao utente (nome e morada) ao qual o medicamento foi prescrito e ao adquirente (nome, morada, idade, número de identificação do cartão de cidadão/BI e a sua validade), que deve ser maior de idade, no caso de o medicamento ser levantado por terceiros. É obrigatório o preenchimento deste documento, pois caso contrário não é possível terminar o atendimento no programa. Se se tratar de uma prescrição manual ou eletrónica materializada, o utente ou o seu representante tem ainda de assinar o verso da receita para comprovar a dispensa efetuada [157].

Aquando da finalização do atendimento, é impresso um recibo comprovativo da dispensa do(s) medicamento(s) psicotrópico(s), que contém não só as informações preenchidas no formulário eletrónico, mas também a designação de todos os medicamentos psicotrópicos dispensados. Este talão é agrafado a uma fotocópia da prescrição, no caso de ser manual ou eletrónica materializada, e são arquivados na prateleira destinada a estes designada de “Psicotrópicos”, ficando armazenados na farmácia, no mínimo, durante três anos [153].

Devido ao estrito controlo, é obrigatório o envio ao INFARMED de toda a documentação, com periodicidade variável [153, 161]:

- Duplicado das prescrições médicas especiais juntamente com uma listagem dos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos dispensados: mensalmente até ao dia 8 do mês seguinte;
- Registo de entradas e saídas: trimestralmente, até 15 dias após o término de cada trimestre;
- Mapa de balanço relativo a estas substâncias: anualmente, até ao dia 31 de janeiro.

No caso das benzodiazepinas, o envio do registo de entradas e saídas é realizado com periodicidade anual.

Ao longo do decorrer do meu estágio, assisti e experienciei à dispensa de diversos medicamentos psicotrópicos e estupefacientes, tais como o *Palexia*<sup>®</sup>, *Ritalina*<sup>®</sup> e *Concerta*<sup>®</sup>. Desta maneira consegui perceber as regras e condições rigorosas a que estas substâncias estão sujeitas.

## **7.5. Dispensa de Produtos destinados ao autocontrolo da *Diabetes Mellitus***

A diabetes *Mellitus* encontra-se abrangida por um protocolo específico no que diz respeito aos produtos destinados ao autocontrolo da patologia, isto é, um acordo entre o Estado, farmácias e outras instituições. Os produtos destinados ao autocontrolo da diabetes *Mellitus* são comparticipados e seguem as mesmas regras dos restantes medicamentos, no que conta ao número de embalagens e validade da prescrição, como anteriormente definidas no presente relatório. São exemplos destes produtos as agulhas, lancetas e seringas, comparticipadas a 100% e as tiras-teste comparticipadas a 85% do PVP [153].

Desta forma, estes produtos têm de ser prescritos isoladamente em receita do tipo MDB (prescrição de produtos para autocontrolo da diabetes *Mellitus*) em caso de receitas manuais e eletrónicas materializadas e em linha de prescrição LMDB (Linha de

prescrição de produtos para autocontrolo da diabetes *Mellitus*) no caso de prescrição eletrónica desmaterializada [153].

## **7.6. Dispensa de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica**

Como já foi referido, há uma tendência crescente para que a farmácia seja escolhida pelo utente para primeiro contacto com o sistema de saúde, na tentativa de resolver os seus problemas de saúde, sobretudo os de vertente aguda e sintomas ligeiros. Desta forma, o farmacêutico é um profissional de saúde que intervém, de forma ativa, no aconselhamento e dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) que, também podem ser prescritos pelos próprios médicos.

Assim, a Indicação Farmacêutica é o ato profissional em que o farmacêutico seleciona um medicamento isento da necessidade de receita médica e/ou indica medidas não farmacológicas, de forma a aliviar ou resolver um problema de saúde entendido como problema de saúde não grave, autolimitante, de curta duração e que não apresente relação com manifestações clínicas de outros problemas de saúde do utente [129].

De acordo com a legislação, estes medicamentos podem ser adquiridos noutras locais além da farmácia desde que devidamente autorizados pelo INFARMED [137].

Este tipo de medicamentos é praticamente utilizado para situações de natureza aguda e sintomas ligeiros mas, apesar disto, devem ser sempre dispensados e adquiridos de forma responsável e sob supervisão e aconselhamento do farmacêutico. Este deve fornecer toda a informação relativa ao medicamento, como posologia, duração do tratamento e eventuais reações adversas. Além disto, deve alertar que se os sintomas não desaparecerem no devido tempo, deve consultar um médico imediatamente, de forma a tentar resolver o problema o mais rapidamente possível através de uma avaliação mais especializada [129].

## **7.7. Particularidades e Obrigações do ato de Dispensa**

Independentemente do tipo de produtos dispensados e do tipo de prescrição, isto é, manual, eletrónica materializada ou desmaterializada, a farmácia tem de cumprir todos os procedimentos de cedência e todas as obrigações que lhe estão incumbidas, respeitando sempre o princípio do uso racional do medicamento e o interesse dos doentes e da saúde pública [137, 153].

Desta forma, durante o ato de dispensa, o farmacêutico tem o dever de informar o utente acerca do medicamento comercializado que seja similar ao prescrito e que apresente o preço mais baixo, dando sempre ao utente o direito de opção de escolha [157].

As farmácias também devem ter sempre disponível para venda, no mínimo, três medicamentos com o mesmo composto ativo, forma farmacêutica e dosagem, dentro dos que são os cinco preços mais baixos de cada grupo homogêneo. Assim, o profissional de saúde responsável pela dispensa, seleciona os medicamentos cujo preço de venda ao público (PVP) seja menor ou igual ao identificado na coluna como o 5.º preço mais baixo presente no Guia dos medicamentos genéricos e preços de referência [157].

## **8. Automedicação**

A automedicação define-se pela utilização de medicamentos por iniciativa própria do doente e de forma responsável, para o alívio e tratamento de queixas passageiras e sem gravidade, com o aconselhamento opcional de um profissional de saúde [162].

É uma prática muito recorrente em farmácia comunitária, uma vez que a dispensa dos MNSRM é mais fácil, a existência de constantes anúncios publicitários a incentivarem a toma dos mesmos, assim como o “*passa palavra*” entre amigos, colegas e familiares. Por este motivo, é crucial o papel dos profissionais de saúde na orientação dos utentes acerca das suas patologias e das opções terapêuticas de que dispõem para o seu tratamento.

No Despacho n.º 17690/2007, de 10 de agosto, existe uma lista com as situações passíveis de automedicação, sobre a qual o profissional de saúde deve ter um conhecimento detalhado e saber orientar o utente no seu tratamento e em caso de possíveis complicações, saber detetá-las e encaminhar o utente para cuidados de saúde mais especializados, se assim for necessário [162].

Apesar de a automedicação possuir bastantes vantagens, também acarreta sérios riscos para a saúde humana se for adotada como uma prática diária. Estes riscos surgem muitas vezes da ideia de que os MNSRM são inofensivos, uma vez que não necessitam da prescrição médica; da falta de conhecimento por parte do utente ou de um aconselhamento ineficaz por parte do profissional de saúde; erros de posologia e/ou modo de administração; reações adversas como resultado de interações com a medicação habitual do doente, entre outros motivos.

Em grupos especiais como grávidas, idosos, crianças, doentes imunocomprometidos, mulheres em amamentação e doentes crónicos, a automedicação deve possuir uma atenção e cuidado redobrados, ou seja, limitar a cedência de MNSRM e aconselhar a sua não utilização procurando, para tal, outras alternativas não farmacológicas.

De forma resumida, tudo isto motiva o forte papel que o farmacêutico deve adotar na sua rotina profissional, com o objetivo de cumprir todas as necessidades da população atingindo sempre a saúde e bem-estar.

## **9. Aconselhamento e Dispensa de Outros Produtos de Saúde**

Na Farmácia Moura, além dos medicamentos (MSRM e MNSRM), também tem ao dispor dos utentes outros produtos de saúde e bem-estar, igualmente alvo do melhor aconselhamento por parte do profissional de farmácia. Estes produtos são agrupados em diferentes categorias, consoante o fim a que se destinam.

Durante o meu estágio, contactei com toda esta diversidade de produtos, contribuindo ainda mais para enriquecer o meu conhecimento e conseguir prestar um melhor aconselhamento aos utentes.

### **9.1. Medicamentos e Produtos de Uso Veterinário**

Os Medicamentos de Uso Veterinário (MUV), de acordo com o Decreto-Lei n.º314/2009, de 28 de outubro, entendem-se por 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 [163]. Ao contrário dos medicamentos de uso humano, estes são tutelados pela Direção Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV) e não pelo INFARMED.

O Produto de Uso Veterinário (PUV) consiste na substância ou mistura de substâncias destinadas quer aos animais (tratamento, prevenção das doenças e seus sintomas, manejo zootécnico, promoção do bem-estar e estado hígido-sanitário, correção ou modificação das funções orgânicas, ou diagnóstico médico), quer às instalações dos animais e ambiente que os rodeia [164].

Os produtos desta área na Farmácia Moura estão disponíveis para diversos animais: cães, gatos, coelhos, porcos, cavalos, etc. Os mais solicitados passam por desparasitantes internos e externos, pílulas e prevenção do cio e tratamento de doenças. Embora alguns MUV necessitem de prescrição médico-veterinária, como é o caso dos antibióticos, nenhum é compartilhado.

## **9.2. Produtos de Dermofarmácia, Cosmética e Higiene**

De acordo com a definição legal presente no Regulamento n.º 1223/2009, de 30 de novembro, um produto cosmético é qualquer substância ou mistura de substâncias destinada a ser posta em contacto com as partes externas do corpo humano ou com os dentes e as mucosas bucais, tendo em vista, exclusiva e principalmente, limpá-los, perfumá-los, modificar-lhes o aspeto, protege-los, mantê-los em bom estado ou corrigir os odores corporais [165].

Os cosméticos incluem variados tipos de produtos subdivididos em diversas categorias, dos quais também fazem parte os produtos de higiene corporal (sabonetes, geles de banho, champôs, desodorizantes, pastas dentífricas, etc.) e os produtos de beleza (séruns, tintas capilares, vernizes, maquilhagem, etc.).

Na Farmácia Moura encontra-se grande parte deste tipo de produtos, nas diversas formulações galénicas e organizados nas diferentes gamas, dentro de cada marca, das quais se destacam algumas como a *Vichy*®, *La Roche Posay*®, *Sesderma*®, *Uriage*®, *Bioderma*®, *Avène*®, *ISDIN*®, *D'Aveia*®, *Aveeno*®, *Mustela*®, *Bexident*®, *Elgydium*®, *Eludril*®, *Saforelle*®, *Ecophane*®, entre outras. Estas marcas possuem produtos destinados aos diferentes tipos de pele (normal, seca, oleosa, mista e sensível) e para a pele do bebé; para o tratamento dos diversos problemas de pele como acne, eczema, manchas, vermelhidão, envelhecimento, dermatite atópica, dermatite seborreica, secura e irritação; para a simples hidratação do rosto e/ou corpo; para tratamentos capilares; higiene íntima; higiene oral, etc.

No momento do aconselhamento e dispensa destes produtos, o farmacêutico deve ser capaz de diferenciar as situações passíveis de correção por produtos cosméticos, como pequenas afeções dermatológicas, das que requeiram avaliação por médico especialista. Além disso, tem de informar o utente acerca do modo de aplicação do produto, eventuais efeitos adversos, duração do tratamento, cuidados a ter, entre outros aspetos.

## **9.3. Produtos Dietéticos para Alimentação Especial**

Os géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial são aqueles que se distinguem dos alimentos de consumo corrente devido à sua composição específica ou a processos especiais de fabrico. São alimentos adequados às necessidades nutricionais específicas de certos grupos vulneráveis da população que têm como fonte parcial ou exclusiva de alimentação um número limitado de categorias de alimentos [166].

### **9.3.1. Produtos para Fins Medicinais Específicos**

Os produtos dietéticos destinados a fins medicinais específicos correspondem a uma categoria de géneros alimentícios que foram sujeitos a processamento ou formulação especial, com vista a satisfazer as necessidades nutricionais dos utentes em situações específicas e sob supervisão médica [167]. Estas situações encontram-se subdivididas em três grupos:

- ❖ Pessoas cujo processo de absorção e metabolismo se encontram alterados;
- ❖ Pessoas que apresentam um estado de saúde com necessidades nutricionais particulares que podem retirar benefícios especiais de uma ingestão controlada de determinadas substâncias contidas nos alimentos;

Dentro desta categoria, a Farmácia Moura dispõe de diversos produtos, sendo que os mais requisitados são suplementos dietéticos orais destinados a adultos e a diferentes condições e necessidades, como bebidas proteicas e espessantes de diferentes marcas, nomeadamente *Fresubin*<sup>®</sup> e *Nutricia*<sup>®</sup>. Estes produtos são adequados para utentes com condições de perda de apetite ou dificuldades na deglutição causadas por patologias primárias.

### **9.3.2. Produtos Dietéticos Infantis**

Os médicos afirmam que o leite materno é a alimentação preferencial para o recém-nascido/bebé e, em paralelo, a OMS recomenda o aleitamento materno como alimentação exclusiva dos bebés até aos 6 meses de idade. A partir desta idade, além de começar a comer outros alimentos complementares, também pode amamentar até aos dois anos de idade [168]. De facto, são inúmeros os benefícios que o aleitamento materno acarreta para o neonato, tais como: ser de fácil digestão e absorção, diminuindo o risco de diarreias, obstipação e flatulência; possuir o equilíbrio ideal de vitaminas, minerais, hidratos de carbono, proteínas, enzimas e ácidos gordos essenciais que contribui para o normal desenvolvimento do cérebro e todo o sistema nervoso do bebé; ser rico em anticorpos maternos, o que reforça o sistema imunitário do bebé e diminui o risco de infeções e alergias; a promoção do contacto físico e da relação afetiva entre a mãe e o filho(a), entre outras [169].

Também para a mãe a amamentação fornece bastantes vantagens, nomeadamente: a prevenção de hemorragias após o parto; o auxílio na recuperação do peso anterior à gravidez; a redução do risco de cancro da mama, ovário e osteoporose; e tal como referido anteriormente, há um fortalecimento de um vínculo afetivo entre a mãe e o bebé desde muito cedo, uma vez que quando existe o contacto pele com pele durante a amamentação, é libertada a hormona oxitocina também denominada “*hormona do*

*amor*” ou “*composto químico dos miminhos*”. Esta vai, ainda, contribuir para que a mãe se mantenha calma, reduza o stress e a tensão arterial e aumente o seu limiar de dor [170, 171].

No entanto, por vezes, não é possível ocorrer amamentação por diversos motivos relacionados com a mãe ou o próprio bebé e, para essas situações, surgem alternativas e/ou complementos de forma a substituírem o leite materno, tais como, leites em pó e papas.

Os leites em pó podem ser organizados em várias categorias, tendo em atenção não só as diferentes necessidades do bebé, mas também a idade [leites para lactentes (até aos 6 meses), leites de transição (6 a 12 meses) e leites de crescimento/continuação (12 a 48 meses)] e patologias e intolerâncias, designados de leites especiais [leites anti-regurgitantes (AR), anti-obstipação, hipoalergénicos (HA) ou antidiarreicos]. As papas podem ser iniciadas a partir dos 4 meses de idade, estando organizadas em lácteas (preparadas com água) ou não lácteas (preparadas com leite), e estas podem ser isentas de glúten e/ou sem adição de açúcares. Estas encontram-se adaptadas a diferentes idades (4 meses, 6 meses e 12 meses) e estão disponíveis em diversos sabores (mel, cereais, maçã, multifrutas). Este tipo de produtos é regulado pelo Decreto-lei n.º 62/2017, de 9 de junho, o qual estabelece regras de rotulagem, comercialização e composição das fórmulas destes produtos [172].

A Farmácia Moura possui substitutos de leite materno para todas as fases de crescimento e para as necessidades específicas do lactente, bem como todo os tipos de papas, incluindo as papas pré-preparadas em boião. De entre as diversas marcas disponíveis, destacam-se a *Aptamil*®, *Nutribén*® e *Nestlé*® (NAN).

### **9.3.3. Produtos Dietéticos de Restrição Calórica para Redução de Peso**

Os alimentos destinados a serem utilizados em dietas de restrição calórica são aqueles que possuem uma composição específica para substituir total ou parcialmente a dieta diária [173].

A Farmácia Moura é detentora de diversas marcas destes produtos, nomeadamente a *EasySlim*®. A venda destes produtos está muitas vezes associada ao aconselhamento durante as consultas de nutrição realizadas na farmácia.

## **9.4. Fitoterapia e Suplementos Nutricionais (Nutracêuticos)**

A fitoterapia assenta em medicamentos à base de plantas, isto é “*qualquer medicamento que tenha exclusivamente como substâncias ativas uma ou mais substâncias derivadas de plantas, uma ou mais preparações à base de plantas ou uma ou mais substâncias derivadas de plantas em associação com uma ou mais preparações*

à base de plantas” [137]. Os utentes têm a ideia de que estes produtos, como são naturais e à base de plantas, são isentos de efeitos adversos, o que é errado. A utilização indevida de produtos fitoterapêuticos pode originar reações adversas graves e até mesmo interações com outros medicamentos. Por este motivo, o aconselhamento aquando da dispensa deste tipo de produtos é de extrema importância.

A Farmácia Moura dispõe de diversos produtos fitoterapêuticos, de entre os quais se destacam os utilizados no tratamento da insónia/ansiedade como o *Valdispert*<sup>®</sup> e *Stilnoite*<sup>®</sup> e infusões para as mais diversas finalidades desde obstipação à prevenção de infeções urinárias, como é o caso de *Bekunis*<sup>®</sup> e *Fitos*<sup>®</sup>.

Os suplementos alimentares são géneros alimentícios com a finalidade de complementar o regime alimentar regular e constituem fontes concentradas de determinados nutrientes ou outras substâncias com efeito nutricional ou fisiológico [174]. Contrariamente à generalidade dos medicamentos, são regulamentados pela Direção Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV), sendo também responsável pela sua introdução no mercado.

Relativamente a estes produtos, na Farmácia Moura são procurados pelos utentes para aumentar o bem-estar físico e psicológico, alívio do *stress*, ansiedade ligeira, dificuldade em adormecer, melhoria da *performance* física, tratamento da insuficiência venosa e problemas osteoarticulares. Marcas como *Centrum*<sup>®</sup>, *Cerebrum*<sup>®</sup>, *Absorvit*<sup>®</sup>, *Advancis*<sup>®</sup> e *Magnésio OK*<sup>®</sup> são exemplos de gamas de suplementos alimentares disponíveis na FM.

## 9.5. Dispositivos Médicos

Os dispositivos médicos, tal como os medicamentos e produtos cosméticos, são regulados pelo INFARMED. No subtítulo 4.1 da secção 4 “*Medicamentos e outros produtos de saúde*” encontra-se a definição de Dispositivo médico.

Os dispositivos médicos são categorizados em quatro classes distintas de acordo com o nível de risco inerente à sua utilização, a duração do contacto com o corpo humano (temporário; curto prazo; longo prazo), a sua invasibilidade e a anatomia afetada pela utilização:

- ❖ Dispositivos médicos de classe I – baixo risco;
- ❖ Dispositivos médicos de classe IIa – médio risco;
- ❖ Dispositivos médicos de classe IIb – médio risco;
- ❖ Dispositivos médicos de classe III – alto risco.

Na Farmácia Moura é possível encontrar dispositivos médicos pertencentes a todas as classes, os quais contactei durante o meu estágio e destaquei os produtos de ortopedia (meias de compressão, pulsos e joalheiras elásticas), algodão hidrófilo e

ligaduras, material de penso, termómetros, testes de gravidez, sacos coletores de urina, sacos de ostomia, tensiómetros, entre muitos outros.

## 10. Serviços Farmacêuticos/ Cuidados de Saúde

A farmácia comunitária é o primeiro local no âmbito da promoção para a saúde que os utentes procuram quando possuem algum problema. Neste sentido, para além da dispensa de medicamentos e outros produtos, a Farmácia Moura disponibiliza diversos serviços farmacêuticos, entre os quais a medição de parâmetros antropométricos, bioquímicos e fisiológicos, administração de medicamentos injetáveis, realização do teste à COVID-19, consultas especializadas, entre outros.

### 10.1. Parâmetros Antropométricos

#### 10.1.1. Peso, Altura e Índice de Massa Corporal (IMC)

Estes parâmetros formam o conjunto dos parâmetros antropométricos e são medidos numa balança analítica presente na sala de atendimento ao público, onde é acessível a todos os utentes.

A balança mede o peso e a altura do utente e, a partir destes valores, calcula o índice de massa corporal (IMC). O IMC calculado indica se o peso é adequado à altura do utente, sendo que o profissional deve alertar em caso de magreza severa e de obesidade e indicar medidas que pode adotar para melhorar o seu estado de saúde.

Fórmula IMC –  $\text{peso}/(\text{altura})^2$

**Unidades a utilizar – no peso, quilograma (kg); na altura, o metro (m)**

Tabela 9 - Intervalos de referência para o Índice de Massa Corporal (IMC).

Designação	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	
		<b>Classe de Baixo Peso</b>
<b>Magreza severa</b>	< 16,00	III
<b>Magreza média</b>	16,00 – 16,99	II
<b>Magreza moderada</b>	17,00 – 18,49	I
<b>Normal</b>	18,50 – 24,99	Peso normal
<b>Pré-Obesidade</b>	25,00 – 29,99	Pré-obesidade
		<b>Classe de Obesidade</b>
<b>Obesidade</b>		I
<b>Obesidade</b>		II
<b>Obesidade</b>		III

Fonte: Organização Mundial de Saúde [175].

## 10.2. Parâmetros Bioquímicos

Antes de iniciar qualquer medição de parâmetros bioquímicos, o profissional de saúde deve reunir todo o material necessário para o procedimento e verificar se as tiras correspondem ao teste efetuado. Além disto, também deve questionar o utente sobre possível medicação ou patologia e o historial de valores e se está em jejum ou há quanto tempo comeu, para que numa fase posterior seja mais fácil de interpretar os resultados. O farmacêutico coloca luvas descartáveis e, com recurso a uma lanceta, perfura um dos dedos do utente (preferencialmente o indicador) e utiliza o sangue capilar como amostra colocando-o, de seguida, na tira correspondente ao parâmetro. A tira é colocada no respetivo aparelho que indica o valor posteriormente.

### 10.2.1. Glicémia Capilar

Para as pessoas que têm diagnóstico de *Diabetes Mellitus* ou que já estão numa fase de pré-diabetes, recomenda-se o controlo regular da glicémia capilar. A *Diabetes Mellitus* é um grupo de distúrbios metabólicos que resultam em níveis elevados de glicose no sangue e que apresenta uma incidência crescente ao longo dos últimos anos em todo o mundo [176].

Após a medição do valor de glicémia capilar, este deve ser interpretado pelo farmacêutico, tendo em conta o estado do utente (se está em jejum ou não) e seguindo os valores de referência apresentados na seguinte tabela:

Tabela 10 - Valores de Referência para a Glicémia capilar [177].

	<b>Jejum</b>	<b>Pós-prandial</b>
<i>Hipoglicémia</i>	<70 mg/dL	<70 mg/dL
<i>Normal</i>	70-100 mg/dL	70-140 mg/dL
<i>Pré-diabetes</i>	100-126 mg/dL	140-200 mg/dL
<i>Diabetes</i>	>126 mg/dL	>200 mg/dL

No caso de surgir um valor em jejum superior a 110 mg/dL num utente sem diagnóstico de diabetes e se já for habitual o utente apresentar valores elevados, o farmacêutico deve aconselhar a adotar certas medidas de forma a controlar os valores, que passam pela redução do peso (no caso de existir obesidade), tentar fazer uma dieta onde evite os hidratos de carbono, atividade física regular, a medição periódica da glicémia em jejum e, ainda, consultar o médico de família e expor a situação.

### **10.2.2. Colesterol total/LDL/HDL e Triglicerídeos**

As dislipidémias são caracterizadas por alterações do perfil lipídico, sendo a principal causa para o desenvolvimento de aterosclerose. Os principais lípidos presentes no sangue são o colesterol e os triglicerídeos e, para a prevenção de eventos cardiovasculares, torna-se fulcral controlar os valores destes componentes.

Tendo em conta os valores de referência, o colesterol total deve encontrar-se numa concentração inferior a 190 mg/dL, o LDL a 115 mg/dL, os triglicerídeos a 150 mg/dL e o HDL deve ser superior a 40 mg/dL nos homens e 45 mg/dL nas mulheres [178]. Quando o farmacêutico deteta algum valor fora do normal, deve aconselhar o utente a adotar medidas de estilo saudáveis e encaminhá-lo para o médico.

### **10.2.3. Ácido Úrico**

O ácido úrico é uma substância formada no organismo após o metabolismo das proteínas, sendo posteriormente transportado até aos rins e eliminado pela urina. Normalmente, este composto não causa nenhum problema de saúde mas, no caso de existir algum problema renal, a pessoa ingerir muitas proteínas ou o corpo produzir ácido úrico em excesso, este acumula-se nas articulações e causa dor.

Quanto aos valores de referência, é de referir que estes diferem de acordo com o género da pessoa e a amostra analisada. No caso do teste realizado na Farmácia Moura, usando uma amostra de sangue, nos homens o valores normais estão entre 3,4 e 7,0 mg/dL e nas mulheres estão compreendidos entre 2,4 e 6,0 mg/dL [179].

## **10.3. Pressão Arterial e Frequência Cardíaca**

A pressão arterial e frequência cardíaca formam o conjunto dos parâmetros fisiológicos e são dos parâmetros mais solicitados por parte dos utentes da Farmácia Moura, havendo mesmo utentes todos os dias.

A pressão arterial é o resultado da força que o sangue exerce na superfície interna das paredes vasculares, dependendo do débito cardíaco e da resistência vascular periférica. A hipertensão é a elevação persistente da pressão arterial sistólica (PAS) para valores iguais ou superiores a 140 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica (PAD) para valores iguais ou superiores a 90 mmHg [180].

Para obter diagnóstico desta patologia, devem ser realizadas duas medições em cada braço, em duas consultas diferentes e ter em conta a média das medições realizadas. Nem sempre os valores da PAS e da PAD se enquadram na mesma categoria e nestes casos deve considerar-se a categoria onde o valor mais alto se insere.

Na tabela seguinte, encontra-se a classificação da pressão arterial, válida para adultos não medicados com terapia antihipertensiva e sem outras comorbidades:

Tabela 11 - Valores de referência da pressão arterial.

<b>Classificação</b>	<b>PAS (mm/Hg)</b>	<b>PAD (mm/Hg)</b>
<i>Ótima</i>	<120	<80
<i>Normal</i>	120-129	80-84
<i>Normal alta</i>	130-139	85-89
<i>Hipertensão Grau I</i>	140-159	90-99
<i>Hipertensão Grau II</i>	160-179	100-109
<i>Hipertensão Grau III</i>	≥180	≥110
<i>Hipertensão Sistólica Isolada</i>	≥140	<90

Este tipo de determinação é realizado num tensiómetro e, para que a medição seja realizada de forma correta, é necessário ter em consideração alguns aspetos, tais como: efetuar em ambiente acolhedor e calmo; o doente deve estar sentado e relaxar, pelo menos, durante 5 minutos; não ter fumado nem ingerido estimulantes na hora anterior; medir sempre no membro superior em que se detetou valores mais elevados da pressão arterial, entre outros.

Para tal, antes da medição, o profissional deve questionar o utente como habitualmente são os seus valores de pressão arterial; se os costuma avaliar de forma regular; se pratica atividade física; se bebeu café na última hora ou se fumou; se tem algum problema de saúde e se toma medicação. No caso de ser a primeira vez que o utente mede a pressão arterial, deve-se medir em ambos os braços, espaçando as duas medições por 1 a 2 minutos.

A adoção de estilos de vida saudáveis é muito importante para intensificar os resultados da terapêutica instituída, pelo que o farmacêutico deve sensibilizar o utente para praticar exercício físico, não consumir estimulantes como café e tabaco e optar por uma alimentação restrita em sal.

Após a medição, caso seja detetada algum valor anormal, efeitos adversos ao medicamento ou este não seja suficiente, o farmacêutico deve encaminhar o utente para o médico de família, de forma a este rever o seu tratamento.

Ao longo do meu estágio, realizei bastantes vezes a medição da pressão arterial em vários utentes e cheguei à conclusão que é dos serviços mais requisitados pelos utentes da FM.

## **10.4. Outros Serviços**

### **10.4.1. Administração de Injetáveis e Vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação**

De forma a garantir a segurança e efetividade do injetável/vacina, este tipo de administração deve ser realizado somente por um farmacêutico habilitado para tal [129]. Este deve seguir as normas e procedimentos instituídos neste âmbito e transmitir ao utente todas as informações que considere pertinentes acerca da terapêutica instituída, tais como eventuais efeitos adversos, interações com outros medicamentos e contra-indicações.

### **10.4.2. Teste à Covid-19**

Na Farmácia Moura realizam-se testes rápidos de antigénio para a deteção do vírus SARS-CoV-2 responsável pela doença COVID-19, mediante marcação prévia. O procedimento tem de ser realizado por um farmacêutico com formação para tal e, durante o teste, é recolhido exsudado nasofaríngeo com uma zaragatoa, cujo resultado é conhecido após aproximadamente vinte minutos e comunicado ao utente.

Além disso, também se fazem os testes serológicos a fim de detetar anticorpos específicos para o vírus causador da Covid-19, através da análise de uma gota de sangue recolhida, sendo que o resultado também é conhecido após aproximadamente 20 minutos.

### **10.4.3. Testes de Gravidez**

Os testes de gravidez funcionam através da determinação da concentração da hormona beta-gonadotrofina coriónica humana ( $\beta$ -HCG) na urina. Esta é um excelente marcador da gravidez uma vez que se verifica um grande aumento da sua concentração após a conceção até às primeiras 10 semanas de gestação e, em seguida, decresce até ao terceiro trimestre de gravidez [181].

Na Farmácia Moura são dispensados com bastante frequência testes de gravidez, em que as utentes optam, algumas vezes, em realizá-los na hora da dispensa. Por esse motivo, o farmacêutico deve estar preparado para orientar a utente acerca do modo como realizar o teste, de forma a obter resultados fidedignos. Se o resultado obtido for positivo, o farmacêutico deve esclarecer a utente de forma clara, rigorosa e discreta acerca da sua atual condição e sugerir consulta com o médico.

#### **10.4.4. Consulta de Podologia**

Todos os dias os utentes da Farmácia Moura têm ao seu dispor consultas de podologia destinadas a prestar cuidados podológicos como micoses, calosidades, unhas encravadas, entre outros. As consultas são realizadas por uma podologista licenciada que durante a consulta verifica se existe algum tipo de complicação, faz a avaliação e posterior aconselhamento que passa pela sua intervenção e sugestão de produtos medicinais não sujeitos a receita médica.

#### **10.4.5. Consulta de Nutrição**

As consultas de nutrição estão disponíveis na Farmácia Moura todas as sextas-feiras, por norma durante todo o dia, e destinam-se a qualquer utente que pretenda receber aconselhamento acerca do seu regime alimentar. A nutricionista avalia a alimentação do utente e, de acordo com os objetivos da pessoa, sugere a utilização de produtos não sujeitos a receita médica disponíveis na farmácia, por exemplo, da marca *EasySlim*<sup>®</sup>.

#### **10.4.6. Tratamentos de Estética**

A Farmácia Moura dispõe ainda de uma vasta gama de tratamentos de beleza e relaxamento realizados por uma técnica especializada na área, tendo muitas vezes resultados terapêuticos em situações patológicas apresentadas. De entre os tratamentos disponibilizados podemos destacar massagens terapêuticas e de relaxamento, radiofrequência, cavitação, etc.

#### **10.4.7. Preparação individualizada de medicação**

A Farmácia Moura é responsável pela dispensa de medicamentos a alguns lares do concelho, sendo que uma vez por semana é feita a separação da medicação em dose unitária relativa a cada doente, dividindo por tomas e para o período de uma semana, seguindo sempre o esquema terapêutico de cada utente. Este procedimento é realizado em blisters descartáveis em que cada compartimento corresponde a uma toma em determinada altura (manhã, almoço, tarde, jantar, deitar) de cada dia da semana.

### **11. Preparação de Medicamentos**

#### **11.1. Medicamentos Manipulados**

Com o desenvolvimento da indústria farmacêutica, a maioria dos medicamentos e produtos são produzidos a nível industrial em grande escala e de forma mais

económica, pelo que a requisição de medicamentos manipulados (MM) na farmácia comunitária tem vindo a diminuir.

No entanto, ainda é um processo solicitado na farmácia comunitária, sendo que as principais vantagens da utilização de medicamentos manipulados passam pela individualização da terapêutica de cada utente e na possibilidade de produzir determinadas associações entre diferentes substâncias ativas que se mostram proveitosas e que não são comercializadas pelas indústrias farmacêuticas.

Na Farmácia Moura são preparados alguns medicamentos manipulados, sendo mais frequentes os de aplicação tópica, tais como: *Solução de Minoxidil a 2 ou 3%*; *Vaselina Enxofrada, Salicilada ou Mentolada*; *Suspensão de Trimetropim a 1%*, entre outros.

No caso de não ser possível preparar algum manipulado na FM, pede-se o mesmo a outras farmácias e este é entregue, normalmente, por armazenistas. O manipulado vem acompanhado de fatura original, duplicado e talão com o preço final do manipulado, assim como pela sua ficha de preparação que permite confirmar se corresponde ao manipulado pedido e garantir a qualidade da preparação. Aquando da sua chegada, não é necessário fazer a sua receção no sistema, mas tem de se imprimir a etiqueta com o preço presente no talão que o acompanha. Posteriormente, a fatura original deve ser armazenada na prateleira das encomendas diretas e o duplicado e talão devem ser arquivados numa capa presente no laboratório com o nome da farmácia que forneceu o manipulado.

Durante o meu estágio, não preparei nenhum medicamento manipulado, mas imprimi várias vezes a etiqueta com o seu preço e arqueei as respetivas faturas e talão.

#### **11.1.1. Definição**

De acordo com a Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho, medicamento manipulado define-se como: “*qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico.*”[146].

A preparação de medicamentos manipulados pode ser feita através de uma receita médica prescrita ao utente, sendo considerado uma *Fórmula Magistral*, ou com base na Farmacopeia ou Formulário Galénico Português, sendo classificado como *Preparado Oficial*.

#### **11.1.2. Boas Práticas de Preparação de Medicamentos Manipulados**

Na Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho, encontram-se descritas as boas práticas de preparação de medicamentos manipulados em ambiente de farmácia comunitária e

hospitalar. Inclui normas relativas a oito vertentes, tais como: pessoal; instalações e equipamentos; documentação; matérias-primas; materiais de embalagem; controlo de qualidade e rotulagem [146].

De acordo com as Boas Práticas, é da responsabilidade do farmacêutico diretor-técnico preparar e/ou supervisionar a preparação de medicamentos manipulados, selecionar o pessoal apropriado e competente para essa função, bem como investir na sua formação e garantir que são cumpridas todas as normas de segurança e higiene.

Também é necessário um espaço apropriado para a preparação destes medicamentos, isto é, um laboratório com todo o material necessário para a sua preparação. Esse laboratório deve estar equipado com o equipamento mínimo obrigatório, que consta no anexo da Deliberação n.º 1500/2004, de 7 de dezembro, como já foi mencionado neste documento no subtópico “5.1.3. *Receção e Conferência de encomendas*”.

Quanto à documentação, a farmácia deve dispor de procedimentos de preparação, normas de higiene, registos de limpeza e calibração dos equipamentos e da Ficha de Preparação Modelo, a qual é preenchida ao longo da preparação do medicamento manipulado e posteriormente assinada pelo operador e supervisor. Toda a documentação é arquivada em *dossiês* próprios da farmácia.

No que diz respeito ao controlo de qualidade, é necessário fazer todas as verificações incluindo, no mínimo, a verificação dos caracteres organoléuticos, como a cor, textura e odor. Devem ser cumpridos outros ensaios como a conformidade com a definição da forma farmacêutica pela Farmacopeia Portuguesa e a verificação final da massa ou volume do produto, que deve corresponder à indicada no rótulo  $\pm 5\%$ .

### **11.1.3. Prazos de Validade**

Por forma a atribuir um correto prazo de utilização deve-se realizar uma pesquisa bibliográfica referente à estabilidade das matérias-primas utilizadas na preparação do medicamento manipulado.

No caso de não existir informação relativa a esse ponto, existem prazos recomendáveis tendo em conta alguns fatores:

- Preparações sólidas ou preparações líquidas não aquosas:
  - ❖ No caso da substância ativa ter origem num produto industrializado, o prazo de validade deve corresponder a 25% do tempo que resta para expirar o prazo do produto industrializado, nunca ultrapassando o período máximo de 6 meses;

- ❖ Caso a substância ativa consista numa matéria-prima individualizada, o prazo de utilização corresponde ao que lhe foi atribuído, não devendo ultrapassar o período máximo de 6 meses.
- Preparações líquidas aquosas:
  - ❖ Deve ser preservado no frigorífico e o prazo de utilização não deve ser mais que 14 dias.
- Restantes preparações:
  - ❖ O prazo de validade deve corresponder à duração do tratamento, nunca ultrapassando o período máximo de 30 dias [182].

#### **11.1.4. Regime de Preços**

Tendo em conta a Portaria n.º 769/2004, de 1 de julho, o cálculo do preço dos manipulados deve ter em conta 3 fatores: valor dos honorários da preparação, valor das matérias-primas e o valor dos materiais de embalagem [183].

O valor dos honorários é calculado de acordo com a forma farmacêutico do produto final e a quantidade preparada, tendo ainda por base um fator (F), que é atualizado periodicamente, na proporção do crescimento do índice de preços ao consumidor, e divulgado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), para o ano anterior àquele a que respeita.

No que toca às matérias-primas, os valores são determinados pelo valor da aquisição multiplicado por um dos seguintes fatores, tendo em conta a quantidade preparada: (Quilograma- 1,3; Hectograma- 1,6; Decagrama- 1,9; Grama- 2,2; Decigramma- 2,5; Centigramas- 2,8). Regra geral, quanto maior for a quantidade preparada, menor é o fator de multiplicação e vice-versa.

O valor dos materiais de embalagem corresponde ao preço de aquisição desses materiais multiplicado pelo fator 1,2.

Por fim, aplica-se a seguinte fórmula, tendo em conta o valor do IVA em vigor:  
 (Valor dos honorários + Valor das matérias-primas + Valor dos materiais de embalagem) x 1,3 x IVA

#### **11.1.5. Comparticipação**

No anexo do Despacho n.º 18694/2010, de 18 de novembro, consta uma lista dos medicamentos manipulados comparticipados pelo SNS, aprovada pelo Governo e proposta pelo Conselho Diretivo do INFARMED [184]. Para ser comparticipável, o manipulado deve ser prescrito mediante indicação, na receita médica, da(s) substância(s) ativa(s), respetiva(s) dosagem(ns), excipiente(s) e forma farmacêutica,

sendo essa comparticipação de 30% face ao valor total. No ato da dispensa, para atribuir o plano de comparticipação, deve-se inserir o plano denominado de “47”.

A esta lista podem-se juntar outros MM que cumpram, cumulativamente, um dos seguintes requisitos:

- Inexistência no mercado de especialidade farmacêutica com igual substância ativa, na forma farmacêutica pretendida;
- Existência de lacuna terapêutica a nível dos medicamentos preparados industrialmente;
- Necessidade de adaptação de dosagens ou formas farmacêuticas às carências terapêuticas de populações específicas, como é o caso da geriatria e da pediatria.

#### **11.1.6. Registos/Rastreabilidade dos Manipulados**

Através da “*Ficha de Preparação de Medicamentos Manipulados*” procede-se ao registo de todos os medicamentos manipulados, onde constam todos os dados obrigatórios por lei. A todos os manipulados preparados na Farmácia Moura é atribuído um número de lote e, após a preparação, o profissional manipulador responsável elabora o rótulo onde constam as seguintes informações:

- a) Nome do doente (no caso de se tratar de uma fórmula magistral);
- b) Fórmula do medicamento manipulado prescrita pelo médico;
- c) Número do lote atribuído ao medicamento preparado;
- d) Prazo de utilização do medicamento preparado;
- e) Condições de conservação do medicamento preparado;
- f) Instruções especiais, eventualmente indispensáveis para a utilização do medicamento, como, por exemplo, «*agite antes de usar*», «*uso externo*» (em fundo vermelho), etc.;
- g) Via de administração;
- h) Posologia;
- i) Identificação da farmácia;
- j) Identificação da farmacêutica diretora técnica.

O manipulador responsável elabora ainda a ficha do cálculo do PVP do manipulado baseado no valor das matérias-primas, honorários e materiais de embalagem. No fim, estes dois documentos são analisados e rubricados em campos próprios pela diretora técnica da FM e, posteriormente, são arquivados em local próprio.

## **11.2. Preparações Extemporâneas**

As preparações extemporâneas não se enquadram na definição de medicamento manipulado, uma vez que, apenas correspondem à reconstituição de um determinado medicamento, através da adição de água purificada antes da administração do mesmo. Isto acontece nas formas farmacêuticas que apresentam curtos períodos de estabilidade, em que é necessário manter a estabilidade do pó durante o período em que está armazenado na farmácia.

Durante o período de estágio, tive a oportunidade de observar a reconstituição de pós para suspensão oral de antibióticos para uso pediátrico, por exemplo, do *Clamoxyl*<sup>®</sup> e conclui que é um procedimento simples, onde é necessário adicionar água destilada ao pó do interior do frasco e agitar vigorosamente para homogeneizar a suspensão obtida. No fim, é só perfazer o volume da suspensão com água destilada que, por norma, está indicada no frasco através de um traço.

Numa fase posterior, informa-se o utente acerca da posologia e, se for o caso, que deve armazenar a preparação no frigorífico e não utilizar mais que 14 dias.

## **12. Cartão de pontos da Farmácia Moura**

A Farmácia Moura disponibiliza aos seus utentes um cartão de pontos institucional e totalmente gratuito, no qual são acumulados pontos que são convertidos em dinheiro, em qualquer compra, à exceção dos produtos de proteção individual, leites, papas, fraldas e produtos de protocolo de diabetes.

Numa fase posterior, o cliente pode descontar o saldo no cartão em qualquer compra, sendo que na compra em que desconta esse dinheiro acumulado, não existe a possibilidade de acumular pontos dessa compra.

## **13. Conclusão**

Este estágio foi, sem sombra de dúvidas, a experiência mais enriquecedora, gratificante e desafiadora que tive a oportunidade de experienciar desde que entrei no mundo da saúde e do medicamento. Com este tive, finalmente, a possibilidade de contactar pela primeira vez com a profissão farmacêutica e com o exercício da sua atividade, onde adquiri uma série de novas competências e conhecimentos no âmbito da Farmácia de Oficina, bem como desenvolvi autonomia e independência nas mais diversas tarefas em que participei ao longo deste período.

Além disso, também consegui aperfeiçoar a minha capacidade de comunicação interpessoal e aprendi a lidar da melhor forma com as mais diversas situações e pessoas com que me deparei no decorrer do dia-a-dia da farmácia. Por tudo isto e muito mais,

devo a toda a equipa da Farmácia Moura um profundo e eterno agradecimento, pelos braços abertos com que me receberam, a forma exemplar com que me transmitiram todo o conhecimento e, ainda mais, pelo verdadeiro espírito de equipa que tanto a caracteriza!

A principal conclusão que pude tirar foi que o papel do farmacêutico não se trata apenas de dispensar medicamentos, pois também tem grande impacto e importância na promoção da qualidade de vida dos utentes que procuram aconselhamento na farmácia.

## Referências Bibliográficas

### Capítulo I – Avaliação da Ansiedade e do Consumo de Substâncias com Propriedades Ansiolíticas no rendimento acadêmico dos estudantes da Universidade da Beira Interior

1. Arroll, B., Kendrick, T. (2018). Chapter 9- Anxiety. Prim. Care Ment. Heal.
2. Zhou, X., Zhu, H., Zhang, B., Cai, T. (2013). Perceived social support as moderator of perfectionism, depression, and anxiety in college students. Soc Behav Pers 41:1141–1152
3. Sinclair, L., Nutt, D. (2007). Anxiolytics. Psychiatry 6:284–288
4. Castillo, A.R., Recondo, R., Asbahr, F.R., Manfro, G.G. (2000). Transtornos de ansiedade. Rev Bras Med 22:20–23
5. Anxiety: Symptoms, Types, Causes & More. <https://www.healthline.com/health/anxiety-symptoms#symptoms>. Consultado a 24 de janeiro de 2021.
6. Batista, M.A., Oliveira, S.M.S.S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. Psic Rev da Vetor Ed 6 (2), 43-50.
7. Delfini, A.B.L., Roque, A.P., Peres, R.S. (2009) Sintomatologia Ansiosa e Depressiva em Adultos Hospitalizados: Rastreamento em Enfermaria Clínica. Rev Interinstitucional Psicol 2 (1), 12–22
8. Fernandes Braga, J. E., Pordeus, L. C., Da Silva, A. T. M. C., Pimenta, F. C. F., Melo Diniz, M. de F. F. e Almeida RN de. (2011). Ansiedade Patológica: Bases Neurais e Avanços na Abordagem Psicofarmacológica. Rev Bras Ciências da Saúde 14:93–100
9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed: American Psychiatric Association;
10. Clément, Y., Calatayud, F., Belzung, C. (2002). Genetic basis of anxiety-like behaviour: A critical review. Brain Res Bull 57:57–71
11. RajMohan, V., Mohandas, E. (2007). The limbic system. Indian J Psychiatry 49:132
12. Graeff, F.G. (2002). On serotonin and experimental anxiety. Psychopharmacology (Berl) 163:467–476

13. Nuss, P. (2015). Anxiety disorders and GABA neurotransmission: A disturbance of modulation. *Neuropsychiatr Dis Treat* 11:165–175
14. Liu, Y., Zhao, J., Guo, W. (2018). Emotional roles of mono-aminergic neurotransmitters in major depressive disorder and anxiety disorders. *Front Psychol* 9:2201
15. Mohammad-Zadeh, L. F., Moses, L., Gwaltney-Brant, S.M. (2008). Serotonin: a review. *J Vet Pharmacol Ther* 31:187–199
16. Buhot, M.C., Martin, S., Segu, L. (2000). Role of serotonin in memory impairment. *Ann Med* 32:210–221
17. Pinheiro, G.A., Alves, S.H.S., Murce, P.P., Cruz, A.P.M. (2002). Involvement of 5-HT<sub>2</sub> Receptors of the Amygdala in Anxiety Levels Induced by Exposure of Rats to the Elevated Plus-maze. *Psicol Teor e Pesqui* 18:329–335
18. Boer, S.F., Koolhaas, J.M. (2005). 5-HT<sub>1A</sub> and 5-HT<sub>1B</sub> receptor agonists and aggression: A pharmacological challenge of the serotonin deficiency hypothesis. In: *Eur. J. Pharmacol. Eur J Pharmacol*, pp 125–139
19. Akimova, E., Lanzenberger, R., Kasper, S. (2009). The Serotonin-1A Receptor in Anxiety Disorders. *Biol Psychiatry* 66:627–635
20. Weisstaub, N.V., Zhou, M., Lira, A., et al (2006). Cortical 5-HT<sub>2A</sub> receptor signaling modulates anxiety-like behaviors in mice. *Science (80- )* 313:536–540
21. Żmudzka, E., Sałaciak, K., Sapa, J., Pytka, K. (2018). Serotonin receptors in depression and anxiety: Insights from animal studies. *Life Sci* 210:106–124
22. Kennett, G.A., Bright, F., Trail, B., Baxter, GS., Blackburn, TP. (1996). Effects of the 5-HT<sub>2B</sub> receptor agonist, BW 723C86, on three rat models of anxiety. *Br J Pharmacol* 117:1443–1448
23. Costall, B., Naylor, R.J., Tyers, M.B. (1990). The psychopharmacology of 5-HT<sub>3</sub> receptors. *Pharmacol Ther* 47:181–202
24. Bak, L.K., Schousboe, A., Waagepetersen, H.S. (2006). The glutamate/GABA-glutamine cycle: aspects of transport, neurotransmitter homeostasis and ammonia transfer. *J Neurochem* 98:641–653
25. Enna, S.J. (2007). The GABA Receptors. In: *GABA Recept. Humana Press*, pp 1–21

26. Sigel, E. (2002). Mapping of the Benzodiazepine Recognition Site on GABA-A Receptors. *Curr Top Med Chem* 2:833–839
27. Mombereau, C., Kaupmann, K., Gassmann, M., Bettler, B., van der Putten, H., Cryan, J.F. (2005). Altered anxiety and depression-related behaviour in mice lac... : *NeuroReport*. *Neuroreport* 16:307–310
28. Möhler, H. (2012). The GABA system in anxiety and depression and its therapeutic potential. In: *Neuropharmacology*. *Neuropharmacology*, pp 42–53
29. Esperidião-Antonio, V., Majeski-Colombo, M., Toledo-Monteverde, D., Moraes-Martins, G., Fernandes, J.J., Assis, M.B., Siqueira-Batista, R. (2008). Neurobiologia das emoções. *Rev Psiquiatr Clin* 35:55–65
30. Steenen, S.A., Van Wijk A.J., Van Der Heijden, G.J.M.G., Van Westrhenen, R., De Lange, J., De Jongh, A. (2016). Propranolol for the treatment of anxiety disorders: Systematic review and meta-analysis. *J Psychopharmacol* 30:128–139
31. Mohlman, J. (2013). Understanding late life anxiety and cognitive processes - We are rapidly gaining momentum: Introduction to the special issue. *J Anxiety Disord* 27:547–549
32. World Health Organization (2017). Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates.
33. Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M., Gusmão, R., Correa, B.B., Gago, J., Talina, M., Silva, J. Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1. ° Relatório. World Mental Health Surveys Initiative: Lisboa.
34. Almeida, L.S. (2007). Transição, adaptação académica e êxito escolar no ensino superior. *Rev Galego-Portuguesa Psicol Educ* 15:1138–1663
35. Almeida, L.S., Soares, A.P.C., Ferreira, J.A.G. (2000). Transição e adaptação à Universidade: Apresentação de um Questionário de Vivências Académicas (QVA). *Psicol XIV* (2), 189–208
36. Vieira, D., Ferreira, A., Fernandes, C., Magalhães, I., Ardions, I., Pinto, S., Pereira, A. (Eds) (2012). Apoio Psicológico no Ensino Superior: um olhar sobre o futuro, Atas do II Congresso Nacional da RESAPES-AP, Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto, Porto.
37. Bayram, N., Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Soc*

38. Lubian, L., Bossardi, C.N. (2018). Systematic Review of The Effectiveness of Non-Pharmacological Strategies in the Treatment of Anxiety: Use of Musicotherapy and Acupuncture. *Rev Bras Tecnol Sociais* 5:10–21
39. De Menezes, G.B., Fontenelle, L.F., Mululo, S., Versiani, M. (2007). Treatment-resistant anxiety disorders: Social phobia, generalized anxiety disorder and panic disorder. *Rev Bras Psiquiatr* 29:S55–S60
40. Stewart, A.M., Nguyen, M., Poudel, M.K., Warnick, J.E., Echevarria, D.J., Beaton, E.A., Song, C., Kalueff, A.V. (2015). The failure of anxiolytic therapies in early clinical trials: What needs to be done. *Expert Opin Investig Drugs* 24:543–556
41. Saki, K., Bahmani, M., Rafieian-Kopaei, M. (2014). The effect of most important medicinal plants on two important psychiatric disorders (anxiety and depression)-a review. *Asian Pac J Trop Med* 7:S34–S42
42. Pereira, D.M.S., Meyer, P.C.M., Dantas, K.L.S., Dias, T.G., Silva, C.C.N., Freitas, M.S., Da Silva, S.T., Figueiredo, C.S.S., Gonçalves C.A. (2019). Phytotherapy as treatment for anxiety: An alternative to minimize addiction and side effects. *Rev Eletrônica Acervo Saúde* e1547
43. Faustino, T.T., De Almeida, R.B., Andreatini, R. (2010). Medicinal plants for the treatment of generalized anxiety disorder: a review of controlled clinical studies. *Rev Bras Psiquiatr* 32:429–436
44. Singh, J. Maceration, Percolation and Infusion Techniques for the Extraction of Medicinal and Aromatic Plants. *Extr. Technol. Med. Aromat. Plants*
45. Punyasiri, P.A.N., Abeysinghe, I.S.B., Kumar, V., Treutter, D., Duy, D., Gosch, C., Martens, S., Forkmann, G., Fischer, T.C. (2004). Flavonoid biosynthesis in the tea plant *Camellia sinensis*: Properties of enzymes of the prominent epicatechin and catechin pathways. *Arch Biochem Biophys* 431:22–30
46. Hadley, S., Petry, J.J. (2003). Valerian. *Am Fam Physician* 67:1755–1758
47. Carlini, E.A. (2003). Plants and the central nervous system. *Pharmacol Biochem Behav* 75:501–512
48. Patočka, J., Jakl, J. (2010). Biomedically relevant chemical constituents of *Valeriana officinalis*. *J Appl Biomed* 8:11–18

49. Nunes, A., Sousa, M. (2011). Utilização da Valeriana nas Perturbações de Ansiedade e do Sono. Qual a melhor evidência? *Acta Med Port* 961–966
50. Donath, F., Quispe, S., Diefenbach, K., Maurer, A., Fietze, I., Roots, I. (2000). Critical evaluation of the effect of valerian extract on sleep structure and sleep quality. *Pharmacopsychiatry* 33:47–53
51. Bailey, D. (2011). Stockley's Herbal Medicines Interactions. *Br J Clin Pharmacol* 71:143–143
52. Barnes, J., Anderson, L.A., Phillipson, J.D. (2007). *Herbal Medicines*, 3ª edição.
53. Kennedy, D., Scholey, A. (2006). The Psychopharmacology of European Herbs with Cognition-Enhancing Properties. *Curr Pharm Des* 12:4613–4623
54. Kennedy, D.O., Wightman, E.L. (2011). Herbal extracts and phytochemicals: Plant secondary metabolites and the enhancement of human brain function. *Adv Nutr* 2:32–50
55. Alijaniha, F., Naseri, M., Afsharypuor, S., Fallahi, F., Noorbala, A., Mosaddegh, M., Faghihzadeh, S., Sadrai, S. (2015). Heart palpitation relief with *Melissa officinalis* leaf extract: Double blind, randomized, placebo controlled trial of efficacy and safety. *J Ethnopharmacol* 164:378–384
56. Cases, J., Ibarra, A., Feuillère, N., Roller, M., Sukkar, SG. (2011). Pilot trial of *Melissa officinalis* L. leaf extract in the treatment of volunteers suffering from mild-to-moderate anxiety disorders and sleep disturbances. *Med J Nutrition Metab* 4:211–218
57. Scholey, A., Gibbs, A., Neale, C., Perry, N., Ossoukhova, A., Bilog, V., Kras, M., Scholz, C., Sass, M., Buchwald-Werner, S. (2014). Anti-stress effects of lemon balm-containing foods. *Nutrients* 6:4805–4821
58. Ibarra, A., Feuillere, N., Roller, M., Lesburgere, E., Beracochea, D. (2010). Effects of chronic administration of *Melissa officinalis* L. extract on anxiety-like reactivity and on circadian and exploratory activities in mice. *Phytomedicine* 17:397–403
59. Kennedy, D.O., Little, W., Haskell, C.F., Scholey, A.B. (2006). Anxiolytic effects of a combination of *Melissa officinallis* and *Valeriana officinallis* during laboratory induced stress. *Phyther Res* 20:96–102
60. Cunha, A., Silva, A., Roque, O. (2012). *Plantas e Produtos Vegetais em Fitoterapia*, 4ª edição. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

61. Dhawan, K., Kumar, S., Sharma, A. (2001). Anti-anxiety studies on extracts of *Passiflora incarnata* Linneaus. *J Ethnopharmacol* 78:165–170
62. Dhawan, K., Dhawan S., Sharma, A. (2004). *Passiflora*: A review update. *J Ethnopharmacol* 94:1–23
63. Sarris, J., Panossian, A., Schweitzer, I., Stough, C., Scholey, A. (2011). Herbal medicine for depression, anxiety and insomnia: A review of psychopharmacology and clinical evidence. *Eur Neuropsychopharmacol* 21:841–860
64. Akhondzadeh, S., Naghavi, H.R., Vazirian, M., Shayeganpour, A., Rashidi, H., Khani, M. (2001). Passionflower in the treatment of generalized anxiety: a pilot double-blind randomized controlled trial with oxazepam. *J Clin Pharm Ther* 26:363–367
65. Arkocápsulas® *Passiflora* | Arkopharma. <https://www.arkopharma.com/pt-PT/arkocapsulasr-passiflora>. Accessed 20 Feb 2021
66. Neto, F.C., Simões MTF. *As Plantas Medicinais, Aromáticas e Condimentares da Sub-região do Alto Tâmega e Barroso*.
67. A. Proença da Cunha ORR (2008). *Plantas medicinais da farmacopeia portuguesa*, 1a. ed. Lisboa.
68. Negri, G., Santi, D., Tabach, R. (2013). Flavonol glycosides found in hydroethanolic extracts from *Tilia cordata*, a species utilized as anxiolytics. *Rev Bras Plantas Med* 15:217–224
69. Bansal, P., Gupta, V., Mittal, P., Khokra, S.L., Kaushik, D. (2010). Pharmacological Potential of *Matricaria recutita*-A Review.
70. Amsterdam, J.D., Li, Y., Soeller, I., Rockwell, K., Mao, J.J., Shults, J. (2009). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of oral *matricaria recutita* (chamomile) extract therapy for generalized anxiety disorder. *J Clin Psychopharmacol* 29:378–382
71. Kesmati, M., Izadi, L., Meysam Mard-Soltanip, P. (2013). Effect of *Matricaria recutita* Hydroalcoholic Extract on Anxiety Behavior in Mice by Hole-Board Test. *ZAHEDAN JOURNAL OF RESEARCH IN MEDICAL SCIENCES (TABIB-E-SHARGH)*
72. Srivastava, J.K., Shankar, E., Gupta, S. (2010). Chamomile: A herbal medicine of the past with a bright future (review). *Mol Med Rep* 3:895–901

73. Lee, S.H., Heo, Y., Kim, YC. (2010). Effect of German chamomile oil application on alleviating atopic dermatitis-like immune alterations in mice. *J Vet Sci* 11:35–41
74. McKay, D.L., Blumberg JB. (2006). A review of the bioactivity and potential health benefits of chamomile tea (*Matricaria recutita* L.). *Phyther Res* 20:519–530
75. Schulz, V. (2001). Incidence and clinical relevance of the interactions and side effects of hypericum preparations. *Phytomedicine* 8:152–160
76. Russo, E., Scicchitano, F., Whalley, BJ., et al (2014). *Hypericum perforatum*: Pharmacokinetic, Mechanism of Action, Tolerability, and Clinical Drug-Drug Interactions. *Phyther Res* 28:643–655
77. Bonetto, N., Santelli, L., Battistin, L., Cagnin A. (2007). Serotonin syndrome and rhabdomyolysis induced by concomitant use of triptans, fluoxetine and hypericum. *Cephalalgia* 27:1421–1423
78. Xie, Z., Chen, F., Li, WA., Geng, X., Li, C., Meng, X., Feng, Y., Liu, W., Yu, F. (2017). A review of sleep disorders and melatonin. *Neurol Res* 39:559–565
79. Andersen, L.P.H. (2016). The analgesic effects of exogenous melatonin in humans - PubMed. *Dan Med J* 63:189–201
80. Galley, H.F., Lowes, D.A., Allen, L., Cameron, G., Aucott, L.S., Webster, N.R. (2014). 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* 56:427–438
81. Rudoy, C.A., Van Bockstaele, E.J. (2007). Betaxolol, a selective  $\beta_1$ -adrenergic receptor antagonist, diminishes anxiety-like behavior during early withdrawal from chronic cocaine administration in rats. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry* 31:1119–1129
82. Shirley, D.W., Sterrett, J., Haga, N., Durham, C. (2020). The therapeutic versatility of antihistamines. *Nurse Pract* 45:8–21
83. Taylor, C., Nutt, D. (2004). Anxiolytics. *Psychiatry* 3:17–21
84. Kim, S.W. (2012). Phytotherapy: Emerging therapeutic option in urologic disease. *Transl Androl Urol* 1:181–191
85. Infomed. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>. Accessed 11 Feb 2021

86. Olkkola, K.T., Ahonen, J. (2008). Midazolam and other benzodiazepines. *Handb Exp Pharmacol* 182:335–360
87. Lader, M. (2011). Benzodiazepines revisited-will we ever learn? *Addiction* 106:2086–2109
88. Anwar, A. (2008). Benzodiazepines: uses, mode of action and prescribing issues. *Nurse Prescr* 6:544–548
89. Howard, P., Twycross, R., Shuster, J., Mihalyo, M., Wilcock, A. (2014). Benzodiazepines. *J Pain Symptom Manage* 47:955–964
90. O'Brien, C.P. (2005). Benzodiazepine Use, Abuse, and Dependence. *J Clin Psychiatry* 66:28–33
91. Direção Geral da Saúde. Tratamento Sintomático da Ansiedade e Insónia com Benzodiazepinas e Fármacos Análogos. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0552011-de-27122011-jpg.aspx>. Accessed 16 Feb 2021
92. Hood, S.D., Norman, A., Hince, D.A., Melichar, J.K., Hulse, G.K. (2014). Benzodiazepine dependence and its treatment with low dose flumazenil. *Br J Clin Pharmacol* 77:285–294
93. Treves, N., Perlman, A., Kolenberg Geron, L., Asaly, A., Matok, I. (2018). Z-drugs and risk for falls and fractures in older adults—a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 47:201–208
94. Gunja, N. (2013). The Clinical and Forensic Toxicology of Z-drugs. *J Med Toxicol* 9:155–162
95. Cumming, R.G., Le Couteur, D.G. (2003). Benzodiazepines and risk of hip fractures in older people: A review of the evidence. *CNS Drugs* 17:825–837
96. Allain, H., Bentué-Ferrer, D., Polard, E., Akwa, Y., Patat, A. (2005). Postural instability and consequent falls and hip fractures associated with use of hypnotics in the elderly: a comparative review. *Drugs Aging* 22:749–765
97. Serra, J. (2006). Dossier Perturbações do Sono - Terapêutica farmacológica da insónia.
98. Löscher, W., Rogawski, M.A. (2012). How theories evolved concerning the mechanism of action of barbiturates. *Epilepsia* 53:12–25

99. Ashnagar, A., Gharib naseri, N., Sheeri, B. (2007). Novel Synthesis of Barbiturates. *Chinese J Chem* 25:382–384
100. Suddock, J.T., Cain, M.D. (2018). Barbiturate Toxicity.
101. Khushboo., Sharma, B. (2017). Antidepressants: Mechanism of Action, Toxicity and Possible Amelioration. 3:437–448
102. Martin-Vazquez, M.J. (2016). Adherence to antidepressants: A review of the literature. *Neuropsychiatry (London)* 6:236–241
103. Khawam, E.A., Laurencic, G., Malone, D.A. (2006). Side effects of antidepressants: An overview.
104. Howland, R.H. (2015). Bupirone: Back to the future. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 53:21–24
105. Desai, A.K., Grossberg GT. (2003). Bupirone in Alzheimer’s disease. *Expert Rev Neurother* 3:19–28
106. Loane, C., Politis, M. (2012). Bupirone: What is it all about? *Brain Res* 1461:111–118
107. Folheto informativo Atarax- Comprimidos revestidos por película. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>. Consultado a 23 de fevereiro de 2021
108. Guaiana, G., Barbui, C., Cipriani, A. (2010). Hydroxyzine for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006815.pub2>
109. Shirley, D.W., Sterrett, J., Haga, N., Durham, C. (2020). The therapeutic versatility of antihistamines. *Nurse Pract* 45:8–21
110. Dooley, T.P. (2015). Treating Anxiety with either Beta Blockers or Antiemetic Antimuscarinic Drugs: A Review. <https://doi.org/10.25149/1756-8358.1102013>
111. Frishman, W.H. (2013).  $\beta$ -Adrenergic blockade in cardiovascular disease. *J Cardiovasc Pharmacol Ther* 18:310–319
112. Frishman, W.H., Saunders E. (2011).  $\beta$ -Adrenergic Blockers. *J Clin Hypertens* 13:649–653
113. Bangalore, S., Parkar, S., Grossman, E., Messerli, F.H. (2007). A Meta-Analysis of 94,492 Patients With Hypertension Treated With Beta Blockers to Determine the

Risk of New-Onset Diabetes Mellitus. *Am J Cardiol* 100:1254–1262

114. Furtado, C. Psicofármacos: Evolução do consumo em Portugal Continental (2000-2012).
115. Direção Geral da Saúde Saúde Mental em números - 2013. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx>. Consultado a 28 de fevereiro de 2021
116. Correia, T., Nunes, M., Barros, S., Penas, S. (2010). Consumo de Psicofármacos pelos Alunos do Ensino Superior. *PROMOÇÃO da SAÚDE e ATIVIDADE FÍSICA Contrib. para o Desenvolv. Hum.*
117. Grilo, S., Reis, P., Aranha Caetano, L., Raposo, H., Graça, A. (2011). Consumo de substâncias psicoactivas na população estudantil da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. *Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa*
118. Chacko, S.M., Thambi, P.T., Kuttan, R., Nishigaki, I. (2010). Beneficial effects of green tea: A literature review. *Chin Med* 5:13
119. Silva, R.M.E. (2014). O chá em Portugal- História e hábitos de consumo.
120. Ribeiro, L.M.G. (2016). Avaliação do comportamento de consumo de infusões: um estudo exploratório baseado na etnografia visual.
121. Chá de cidreira é o mais consumido pelos portugueses : Grupo Markttest - Estudos de Mercado, Audiências, Marketing Research, Media. <https://www.markttest.com/wap/a/n/id~249f.aspx>. Consultado a 3 de março de 2021
122. Santos, A.C., Oliveira, S., Águas, S.F.C., Monteiro, C., Palma, M.L.L.M.G da., Martins, A.P., Costa, M.C. (2008). Recolha de dados sobre consumo de medicamentos e/ou suplementos à base de plantas medicinais numa amostra da população de Lisboa e Vale do Tejo. *Rev Lusófona Ciências e Tecnol da Saúde* 5:128–141
123. Lopes, M.C.C.P. (2013). Aconselhamento Farmacêutico em Suplementação Alimentar. *Universidade Fernando Pessoa- Faculdade de Ciências da Saúde*
124. Lantyer, A. S., Varanda, C.C., Souza, F.G., Padovani, R.C., Viana, M.B. (2016). Ansiedade e Qualidade de Vida entre Estudantes Universitários Ingressantes: Avaliação e Intervenção. *Rev Bras Ter Comport e Cogn* 18:4–19

125. Jadoon, N.A., Yaqoob, R., Raza, A., Shehzad, M.A., Choudhry, Z.S. (2010). Anxiety and depression among medical students: a cross-sectional study. *J Pak Med Assoc* 60:699–702
126. Nunes, M.I., Sousa, T., Pereira, O.R., Coelho, J. (2021). Uso de psicofármacos pelos estudantes do ensino superior. *Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Bragança*.
127. Teixeira, R.F., de Souza, R.S., Buaiz, V., de Siqueira, M.M. (2010). Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo. *Cien Saude Colet* 15:655–662

## **Capítulo II- Estágio em Farmácia Comunitária**

128. Farmacêuticos em Números - Ordem dos Farmacêuticos. <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/numeros/>. Consultado a 5 de agosto de 2021
129. Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária (BPF). 3ª Edição 2009 - Ordem dos Farmacêuticos.
130. A Farmácia Comunitária - Ordem dos Farmacêuticos. <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/a-farmacia-comunitaria/>. Accessed 5 Aug 2021
131. Portaria n.º 277/2012, 12 de setembro, alterada pela Portaria n.º 14/2013, de 11 de janeiro de 2013 - Diário da República n.º 8/2013, Série I de 11 de janeiro de 2013. Horário padrão de funcionamento das farmácias de oficina.
132. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto - Diário da República n.º 168/2007, Série I de 31 de agosto de 2007. Regime jurídico das farmácias de oficina.
133. Deliberação n.º 1502/2014, de 3 de julho - Diário da República n.º 145/2014, Série II de 30 de julho de 2014. Regulamentação das áreas mínimas das farmácias.
134. Deliberação n.º 1500/2004, de 7 de dezembro - Diário da República n.º 303/2004, de 29 de dezembro de 2004.
135. Glintt - Sifarma. <https://www.glintt.com/pt/o-que-fazemos/ofertas/SoftwareSolutions/Paginas/Sifarma.aspx>. Consultado a 5 de junho de 2021
136. Glintt (2010) Sifarma 2000 - Manual Geral v.2.8.1.

137. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto - Diário da República n.º167/2006, Série I de 30 de agosto de 2006. Estatuto do Medicamento.
138. Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho - Diário da República n.º 115/2009, Série I de 17 de junho de 2009.
139. O que são medicamentos Psicotrópicos? - Farmácias Portuguesas. [https://www.farmaciasportuguesas.pt/menu-principal/bem-estar/o-que-sao-medicamentos-psicotropicos.html?fbclid=IwAR2WWFldTIuwEl7MSX2zpz-JsKgJddZM-BG\\_Iic-RHDJJsGwgsIjD\\_yT6cs](https://www.farmaciasportuguesas.pt/menu-principal/bem-estar/o-que-sao-medicamentos-psicotropicos.html?fbclid=IwAR2WWFldTIuwEl7MSX2zpz-JsKgJddZM-BG_Iic-RHDJJsGwgsIjD_yT6cs). Consultado a 28 de junho de 2021
140. INFARMED I.P. Saiba mais sobre Psicotropicos e Estupefacientes. Lisboa: Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P ©2016.
141. Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro - Diário da República n.º 18/1993, Série I-A de 22 de janeiro de 1993. Regime Jurídico do Tráfico e Consumo de Estupefacientes e Psicotrópicos.
142. ATC Structure and Principles - WHOCC. [https://www.whooc.no/atc/structure\\_and\\_principles/](https://www.whooc.no/atc/structure_and_principles/). Consultado a 14 de julho de 2021
143. Classificação ATC da Sertralina - WHOCC . [https://www.whooc.no/atc\\_ddd\\_index/?code=NO6AB06](https://www.whooc.no/atc_ddd_index/?code=NO6AB06). Consultado a 14 de julho de 2021
144. Classificação Farmacoterapêutica da Sertralina - Mapa Terapêutico. <https://mapaterapeutico.pt/content/classificacao-farmacoterapeutica>. Consultado a 14 de julho de 2021
145. Circular Informativa N.º 019/CD/100.20.200, de 15 de fevereiro de 2015 - Projeto Via Verde do Medicamento. INFARMED.
146. Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho - Diário da República n.º 129/2994, Série I-B de 2 de junho de 2004.
147. Lei n.º 25/2011, de 16 de junho - Diário da República n.º 115/2011, Série I de 16 de junho de 2011.
148. “Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos” - Ordem dos Farmacêuticos. 1998.
149. Sistema de farmacovigilância - INFARMED, I.P. <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso->

- humano/farmacovigilancia/sistema-de-farmacovigilancia. Consultado a 31 de julho de 2021
150. Farmacovigilância - INFARMED, I.P.  
<https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/farmacovigilancia>. Consultado a 30 de julho de 2021
  151. Quem somos - ValorMed. <http://www.valormed.pt/paginas/2/quem-somos/>. Consultado a 25 de julho de 2021
  152. Processo - ValorMed. <http://www.valormed.pt/paginas/8/processo>. Consultado a 25 de julho de 2021
  153. “Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde” - INFARMED, I.P., Ministério da Saúde.
  154. Portaria n.º 195-D/2015, de 30 de junho - Diário da República n.º 125/2015, 1º Suplemento, Série I de 30 de junho de 2015.
  155. Portaria n.º 246/2015, de 14 de agosto - Diário da República n.º 158/2015, Série I de 14 de agosto de 2015.
  156. Portaria n.º 92-F/2017, de 3 de março - Diário da República n.º 45/2017, 1º Suplemento, Série I de 3 de março de 2017.
  157. Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho - Diário da República n.º 144/2015, Série I de 27 de julho de 2015.
  158. Portaria n.º 390/2019, de 29 de outubro - Diário da República n.º 208/2019, Série I de 29 de outubro de 2019.
  159. Decreto-Lei n.º 26/2018, de 24 de abril - Diário da República n.º 80/2018, Série I de 24 de abril de 2018.
  160. Dispositivos de Segurança - FAQ, INFARMED I.P.
  161. Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro - Diário da República n.º 263/1994, Série I-B de 12 de outubro de 1994.
  162. Despacho n.º 17690/2007, de 10 de agosto - Diário da República n.º 154/2007, Série II de 10 de agosto de 2007.
  163. Decreto-Lei n.º 314/2009, de 28 de outubro - Diário da República n.º 209/2009, Série I de 28 de outubro de 2009.

164. Produtos de Uso Veterinário – DGAV. <https://www.dgav.pt/medicamentos/conteudo/produtos-de-uso-veterinario/>. Consultado a 8 de julho de 2021
165. Regulamento (CE) n.º 1223/2009, de 30 de novembro de 2009 - Produtos Cosméticos. Parlamento Europeu e do Conselho.
166. Decreto-Lei n.º 74/2010, de 21 de junho - Diário da República n.º 118/2010, Série I de 21 de junho de 2010.
167. Decreto-Lei n.º 216/2008, de 11 de novembro - Diário da República n.º 219/2008, Série I de 11 de novembro de 2008.
168. Breastfeeding - World Health Organization (OMS). [https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2). Consultado a 18 de julho de 2021
169. Porque amamentar é o melhor para o bebé? - NestléBebé. <https://www.nestlebebe.pt/o-4-meses/artigo/amamentar-e-bom-para-bebe>. Consultado a 18 de julho de 2021
170. Benefícios da amamentação para a mãe e para o bebé - CUF. <https://www.cuf.pt/mais-saude/beneficios-da-amamentacao-para-mae-e-para-o-bebe>. Consultado a 18 de julho de 2021
171. Quais são os benefícios da amamentação para as mães? - Medela. <https://www.medela.pt/amamentacao/jornada-da-mae/beneficios-da-amamentacao-para-a-mae>. Consultado a 18 de julho de 2021
172. Decreto-Lei n.º 62/2017, de 9 de junho - Diário da República n.º 112/2017, Série I de 9 de junho de 2017.
173. Decreto-Lei n.º 226/99, de 22 de junho - Diário da República n.º 143/1999, Série I-A de 22 de junho de 1999.
174. Decreto-Lei n.º 136/2003, de 28 de junho - Diário da República n.º 147/2003, Série I-A de 28 de junho de 2003.
175. Índice de Massa Corporal (IMC) - OMS. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>. Consultado a 20 de julho de 2021
176. Diabetes Mellitus - O que é, Causas e Tipos . MD.SAÚDE. <https://www.mdsaude.com/endocrinologia/diabetes/>. Consultado a 21 de julho de 2021

177. Que tipos de diabetes existem? ABC da Diabetes - Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. <https://apdp.pt/diabetes/abc-da-diabetes/>. Consultado a 21 de julho de 2021
178. Norma n.º 019/2011, de 28 de setembro de 2011. Atualizada a 11 de maio de 2017 - Abordagem Terapêutica das Dislipidémias no Adulto. DGS.
179. Ácido úrico alto: o que é, principais sintomas e causas - Tua Saúde. <https://www.tuasaude.com/acido-urico/>. Consultado a 23 de julho de 2021
180. Norma n.º 020/2011, de 28 de setembro de 2011. Atualizada a 19 de março de 2013 - Hipertensão Arterial: definição e classificação. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/09/28/hipertensao-arterial-definicao-e-classificacao/>. Consultado a 22 de julho de 2021
181. Melhor teste de gravidez: de farmácia ou de sangue? - Tua Saúde. <https://www.tuasaude.com/teste-de-gravidez/>. Consultado a 24 de julho de 2021
182. Formulário Galénico Português - Capítulo 3 “Recomendações gerais.”
183. Portaria n.º 769/2004, de 1 de julho - Diário da República n.º 153/2004, Série I-B de 1 de julho de 2004.
184. Despacho n.º 18694/2010, de 18 de novembro - Diário da República n.º 242/2010, Série II de 16 de dezembro de 2010.

## Anexos

### Anexo I

#### Inquérito realizado no âmbito do projeto de investigação “Avaliação da Ansiedade e do Consumo de Substâncias com Propriedades Ansiolíticas no Rendimento Académico dos Estudantes da Universidade da Beira Interior”

Caro(a) participante,

Antes de iniciar a sua participação, leia com atenção as seguintes informações.

O meu nome é Ana Bárbara Carvalho Sampaio 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, que tem como orientadora a Professora Doutora Maria Eugénia Gallardo Alba, e tem como objetivo perceber o impacto da ansiedade e do consumo de substâncias com propriedades ansiolíticas no rendimento académico nos estudantes da Universidade da Beira Interior inscritos no ano letivo 2020/2021, bem como avaliar o nível de ansiedade, nível de consumo de substâncias com propriedades ansiolíticas (chá, suplementos, medicamentos), conhecimento e atitudes por parte dos estudantes em relação a ansiolíticos.

Encontra-se subdividido em duas partes: I- Questionário Sociodemográfico dos Estudantes; II- Prevalência do Consumo de Substâncias com Propriedades Ansiolíticas nos estudantes.

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. Torna-se ainda importante referir que o presente inquérito obteve parecer favorável da Comissão de Ética da UBI, com a atribuição do código n.º CE-UBI-Pj-2021-005.

Responda, por favor, ao questionário APENAS se for ESTUDANTE da UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR. A sua participação será de forma 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. 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.

Desde já, um muito obrigada pela colaboração, atenção e disponibilidade!

#### Parte I – Questionário Sociodemográfico dos Estudantes

1. Sexo\*

Masculino     Feminino

\*- Obrigatório

**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\***

- 1<sup>o</sup>
- 2<sup>o</sup>
- 3<sup>o</sup>
- 4<sup>o</sup>
- 5<sup>o</sup>
- 6<sup>o</sup>

**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? \_\_\_\_\_

**8. Com que frequência é sujeito a avaliações no ano corrente?\***

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal

Ainda não tenho avaliações, pois estou na etapa de investigação

Nunca

**9.** O curso/instituição em que se encontra foi a sua primeira opção?\*

Sim  Não

**10.** Já pensou abandonar o seu curso atual?\*

Sim  Não

**10.1** Se respondeu “*Sim*” na pergunta anterior, indique por favor o(s) motivo(s) pelo(s) qual(ais) pensou abandonar o curso

Não ser o curso desejado

Exigência excessiva do curso

Problemas familiares

Questões económicas

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**11.** Já alguma vez sentiu ansiedade durante o percurso académico?\*

Sim  Não

(Se responder “*Não*”, o questionário avança automaticamente para a parte II.)

**11.1** Se sim, qual(ais) a(s) razões?\*

Preocupação com o sucesso académico

Carga horária elevada do curso

Adaptação à vida universitária em termos de exigências, autonomia e responsabilidades

Deslocação da residência de origem

Número de horas de sono insuficientes

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**12.** Perante o problema da ansiedade, necessitou de recorrer a um profissional de saúde?\*

Sim  Não

**12.1** Se sim, qual?

Médico

Farmacêutico

Psicólogo

Enfermeiro

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**13.** Como avalia a influência da ansiedade no seu percurso académico?\*

Influência positiva

Influência negativa

Sem influência

## Parte II- Prevalência do Consumo de Substâncias com Propriedades Ansiolíticas nos Estudantes

1. Qual(ais) os motivos que o levam/levariam a consumir substâncias com propriedades ansiolíticas (chás, suplementos e medicamentos)?\*

Gerir o *stress/emoções*  
 Relaxar  
 Ajudar a dormir  
 Ajudar no estudo  
 Outros. Quais? \_\_\_\_\_

### Subparte IIa- Consumo de Chás e Suplementos Ansiolíticos

A seguir encontra um conjunto de questões acerca dos hábitos de consumo de chás (por exemplo, camomila, erva cidreira, tília...) e suplementos calmantes (valeriana, melatonina...). Por favor, selecione a opção que mais se adequa ao seu consumo, no quotidiano, destas substâncias.

1. Já alguma vez consumiu ou costuma consumir algum chá/infusão para se tranquilizar?\*

Sim  Não

(Se responder “Não”, o questionário avança automaticamente para a questão 9.)

- 1.1. Se sim, qual(ais)?\*

Camomila  
 Tília  
 Erva-cidreira  
 Outro. Qual? \_\_\_\_\_

2. Consome/consumiu este chá/infusão sozinho ou também com a medicação ansiolítica?\*

Sozinho  Com a medicação ansiolítica

3. Em que altura do dia costuma consumir o chá?\*

Manhã  
 Tarde  
 Noite

4. Com que frequência habitualmente consome chás com propriedades ansiolíticas?\*

1x por semana  
 2 a 3x por semana  
 3 a 5x por semana  
 Mais de 5x por semana

- \_\_\_ Outra. Qual? \_\_\_\_\_
- 5.** Recebeu algum tipo de aconselhamento para o consumo do chá/infusão?\*
- \_\_\_ Sim \_\_\_ Não
- 5.1.** Se respondeu afirmativamente à questão anterior, quem o aconselhou?
- \_\_\_ Médico
- \_\_\_ Farmacêutico
- \_\_\_ Psicólogo
- \_\_\_ Enfermeiro
- \_\_\_ Outro. Qual? \_\_\_\_\_
- 6.** Já sentiu necessidade de aumentar o consumo de chás/infusões durante fase(s) de avaliação(ões) ((Frequências/Exames; Entrega/Apresentação de trabalho(s)/Projeto(s); etc.)?\*
- \_\_\_ Sim \_\_\_ Não
- 7.** Qual o impacto que o consumo do chá/infusão teve no seu rendimento académico?\*
- \_\_\_ Positivo \_\_\_ Negativo \_\_\_ Nenhum
- 8.** Já consumiu/consome suplementos calmantes?\*
- \_\_\_ Sim \_\_\_ Não
- (Se responder “*Não*”, o questionário avança automaticamente para a pergunta 13.)
- 9.** Com que frequência habitualmente consome suplementos com propriedades ansiolíticas?\*
- \_\_\_ 1x por semana
- \_\_\_ 2 a 3x por semana
- \_\_\_ 3 a 5x por semana
- \_\_\_ Mais de 5x por semana
- \_\_\_ Outra. Qual? \_\_\_\_\_
- 10.** Foi alvo de algum aconselhamento para o consumo de suplementos ansiolíticos?\*
- \_\_\_ Sim \_\_\_ Não
- 11.** Já precisou de aumentar o consumo de suplementos ansiolíticos durante fase(s) de avaliação(ões) (Frequências/Exames; Entrega/Apresentação de trabalho(s)/Projeto(s); etc.)?\*
- \_\_\_ Sim \_\_\_ Não
- 12.** Como define o efeito que o consumo do suplemento ansiolítico teve no seu percurso académico?\*
- \_\_\_ Positivo \_\_\_ Negativo \_\_\_ Nenhum
- 13.** Costuma recorrer a outro tipo de medidas (por exemplo técnicas de relaxamento (yoga, meditação), técnicas de respiração, caminhar...) para diminuir a ansiedade?\*
- \_\_\_ Sim \_\_\_ Não

(Se responder “Não”, o questionário avança automaticamente para a subparte IIb.)

**13.1.** Se sim, qual(ais)? \_\_\_\_\_

Subparte IIb- 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 cotidiano, destas substâncias.

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

\_\_\_ Sim \_\_\_ Não

(Se responder “Não”, o questionário avança automaticamente para a subparte IIc)

**2.** Dispõe/dispunha de receita médica?\*

\_\_\_ Sim \_\_\_ Não

**3.** Qual o nome do(s) medicamento(s) que toma/tomou? \_\_\_\_\_

**4.** Recebeu algum tipo de aconselhamento para o uso do ansiolítico?\*

\_\_\_ Sim \_\_\_ Não

**4.1.** Se respondeu “Sim” na pergunta anterior, de quem recebeu o aconselhamento?

\_\_\_ Médico

\_\_\_ Farmacêutico

\_\_\_ Psicólogo

\_\_\_ Enfermeiro

\_\_\_ Outro. Quem? \_\_\_\_\_

**5.** Com que frequência costuma consumir medicamentos com propriedades ansiolíticas?\*

\_\_\_ 1x por semana

\_\_\_ 2 a 3x por semana

\_\_\_ 3 a 5x por semana

\_\_\_ Mais de 5x por semana

\_\_\_ Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**6.** Já sentiu necessidade de aumentar o consumo de medicamentos ansiolíticos durante fase(s) de avaliação(ões) (Frequências/Exames; Entrega/Apresentação de trabalho(s)/Projeto(s); etc.)?\*

\_\_\_ Sim \_\_\_ Não

7. Alguma vez aumentou a dose do ansiolítico sem o conhecimento de algum profissional de saúde?\*

Sim  Não

8. Caso tome/tenha tomado ansiolíticos, sente/sentiu efeitos adversos?\*

Sim  Não

8.1. Se respondeu “Sim” à pergunta anterior, qual(ais) sente/sentiu?

Sonolência

Enjoo

Dificuldade em concentrar

Tonturas

Confusão

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

9. O uso de medicamentos ansiolíticos melhorou ou piorou o seu desempenho acadêmico?\*

Não provocou efeito  Melhorou  Piorou

#### Subparte IIc- Noções sobre Medicamentos Ansiolíticos

Em seguida, encontra um conjunto de questões acerca de noções sobre os medicamentos ansiolíticos. Por favor, assinale aquela que acha mais correta.

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

Sim  Não

1.1 Se respondeu afirmativamente à pergunta anterior, qual(ais) a(s) razão(ões)?

Aumenta a confiança no tratamento

Reduz a probabilidade de efeitos adversos resultantes da má utilização

Permite uma correta utilização do medicamento

Há um aumento da segurança no tratamento

Outra. Qual? \_\_\_\_\_

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

Sim  Não  Talvez  Não sei

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

Sim  Não  Talvez  Não sei

**Muito Obrigada pela participação!**

**Ana Sampaio**

## Anexo II

### **Parecer favorável da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior, relativo à Avaliação da Ansiedade e do Consumo de Substâncias com Propriedades Ansiolíticas no Rendimento Académico dos estudantes da Universidade da Beira Interior inscritos no ano letivo 2020/2021**



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

#### **Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2021-005:ID564**

Na sua reunião de 19 de janeiro de 2021, a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto “Avaliação da Ansiedade e do Consumo de Substâncias com Propriedades Ansiolíticas no rendimento académico nos estudantes da Universidade da Beira Interior”, da proponente Ana Bárbara Carvalho Sampaio, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2021-005.

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: 2021.01.26 16:01:43+00'00'



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

### Anexo III

#### Motivos de abandono do curso

Motivo	n	%	Motivo	n	%
Não ser o curso desejado	53	24,8	Não ser o curso desejado e Exigência excessiva do curso	21	9,8
Exigência excessiva do curso	52	24,3	Não ser o curso desejado, Exigência excessiva do curso e Problemas familiares	4	1,9
Problemas familiares	6	2,8	Não ser o curso desejado, Exigência excessiva do curso, Problemas familiares e Questões económicas	2	0,9
Questões económicas	5	2,4	Não ser o curso desejado, Exigência excessiva do curso e Questões económicas	1	0,5
Contexto de pandemia	2	0,9	Não ser o curso desejado e Problemas familiares	2	0,9
Desgaste psicológico	4	1,9	Não ser o curso desejado e Questões económicas	3	1,4
Desilusão com o curso	9	4,2	Exigência excessiva do curso, Problemas familiares e Questões económicas	4	1,9
Distância de casa	1	0,5	Exigência excessiva do curso e Desgaste psicológico	3	1,4
Estatuto de trabalhador-estudante	1	0,5	Exigência excessiva do curso e Desmotivação	3	1,4
Falta de interesse por parte da Instituição	1	0,5	Exigência excessiva do curso e Problemas familiares	1	0,5
Desmotivação	1	0,5	Exigência excessiva do curso, Problemas familiares e Questões económicas	4	1,9
Incerteza do futuro	10	4,7	Exigência excessiva do curso e Questões económicas	11	5,1
Para trabalhar e ganhar experiência	1	0,5	Exigência excessiva do curso, Questões económicas e Desilusão com o curso	1	0,5
Realizar noutra instituição	1	0,5	Problemas familiares e Questões económicas	5	2,3
Não ser o curso desejado e Distância de casa	1	0,5	Não respondeu	5	2,3

## Anexo IV

### Razões que despoletam ansiedade

Motivo	n	%	Motivo	n	%
Preocupação com o sucesso acadêmico	45	11,0	Preocupação com o sucesso acadêmico, Número de horas de sono insuficientes	52	12,7
Número de horas de sono insuficientes	4	1	Preocupação com o sucesso acadêmico, Adaptação à vida universitária em termos de exigências, autonomia e responsabilidades	63	15,4
Elevada carga horária do curso	6	1,5	Preocupação com o sucesso acadêmico, Adaptação à vida universitária em termos de exigências, autonomia e responsabilidades, Deslocação da residência de origem	19	4,7
Adaptação à vida universitária em termos de exigências, autonomia e responsabilidades	6	1,5	Preocupação com sucesso acadêmico, Adaptação à vida universitária em termos de exigências, autonomia e responsabilidades, Deslocação da residência de origem, Número de horas de sono insuficientes	13	3,2
Deslocação da residência de origem	3	0,7	Preocupação com o sucesso acadêmico, Deslocação da residência de origem	13	3,2
Todas as opções	18	4,4	Preocupação com o sucesso acadêmico, Deslocação da residência de origem, Número de horas de sono insuficientes	16	3,9
Preocupação com o sucesso acadêmico, Elevada carga horária do curso	43	10,5	Elevada carga horária do curso, Número de horas de sono insuficientes	4	1
Preocupação com o sucesso acadêmico, Elevada carga horária do curso, Adaptação à vida universitária em termos de exigências, autonomia e responsabilidades	37	9,1	Elevada carga horária do curso, Adaptação à vida universitária em termos de exigências, autonomia e responsabilidades	9	2,2
Preocupação com sucesso acadêmico, Elevada carga horária, Adaptação à vida universitária em termos de exigências, autonomia e responsabilidades, Deslocação da residência de origem	7	1,8	Adaptação à vida universitária em termos de exigências, autonomia e responsabilidades, Deslocação da residência de origem	5	1,2
Preocupação com o sucesso acadêmico, Elevada carga horária do curso, Número de horas de sono insuficientes	44	10,8	Deslocação da residência de origem, Número de horas de sono insuficientes	1	0,2

## Anexo V

### Motivos de consumo de substâncias com propriedades ansiolíticas

Motivo	n	%	Motivo	n	%
Gerir o stress/emoções	41	9,6	Gerir o stress/emoções, Relaxar	52	12,1
Relaxar	21	4,9	Gerir o stress/emoções, Relaxar, Ajudar a dormir	43	10,0
Ajudar a dormir	25	5,8	Gerir o stress/emoções, Ajudar a dormir	29	6,8
Ajudar no estudo	18	4,2	Relaxar, Ajudar a dormir	21	4,9
Gerir o stress/emoções, Relaxar, Ajudar a dormir, Ajudar no estudo	61	14,2	Relaxar, Ajudar a dormir, Ajudar no estudo	5	1,2
Gerir o stress/emoções, Ajudar a dormir, Ajudar no estudo	14	3,3	Relaxar, Ajudar no estudo	16	3,7
Gerir o stress/emoções, Ajudar a dormir, Problemas psicológicos	1	0,2	Ajudar a dormir, Ajudar no estudo	3	0,7
Gerir o stress/emoções, Ajudar no estudo	28	6,5	Nenhum motivo me levaria a consumir esse tipo de substâncias	2	0,5
Gerir o stress/emoções, Relaxar, Ajudar no estudo	31	7,2			

## Anexo VI

### Associação entre a opção do curso atual e a probabilidade de desistência do curso

**Tabulação cruzada O curso/instituição em que se encontra foi a primeira opção?**  
\* Abandono do atual curso

		Abandono do atual curso		Total	
		Sim	Não		
O curso/instituição em que se encontra foi a primeira opção?	Sim	Contagem	132	129	261
		% em O curso/instituição em que se encontra foi a primeira opção?	50,6%	49,4%	100,0%
		% em Abandono do atual curso	61,7%	60,0%	60,8%
		% do Total	30,8%	30,1%	60,8%
	Não	Contagem	82	86	168
		% em O curso/instituição em que se encontra foi a primeira opção?	48,8%	51,2%	100,0%
		% em Abandono do atual curso	38,3%	40,0%	39,2%
		% do Total	19,1%	20,0%	39,2%
Total	Contagem	214	215	429	
	% em O curso/instituição em que se encontra foi a primeira opção?	49,9%	50,1%	100,0%	
	% em Abandono do atual curso	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	49,9%	50,1%	100,0%	

#### Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,127 <sup>a</sup>	1	,721		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,067	1	,796		
Razão de verossimilhança	,127	1	,721		
Teste Exato de Fisher				,767	,398
Associação Linear por Linear	,127	1	,721		
N de Casos Válidos	429				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 83,80.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

## Anexo VII

### 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)

#### 1. Sexo

##### Testes de Normalidade

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Presença de ansiedade no percurso académico	Feminino	,539	311	,000	,143	311	,000
	Masculino	,527	118	,000	,361	118	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

##### Teste de Homogeneidade de Variância

		Estadística de Levene	gl1	gl2	Sig.
Presença de ansiedade no percurso académico	Com base em média	55,393	1	427	,000
	Com base em mediana	13,453	1	427	,000
	Com base em mediana e com gl ajustado	13,453	1	279,834	,000
	Com base em média aparada	41,351	1	427	,000

#### 2. Idade

##### Testes de Normalidade

	Idade	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Presença de ansiedade no percurso académico	18 a 21	,538	227	,000	,278	227	,000
	22 a 25	,536	157	,000	,117	157	,000
	26 a 29	,538	20	,000	,236	20	,000
	30 ou mais	,539	25	,000	,203	25	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

##### Teste de Homogeneidade de Variância

		Estadística de Levene	gl1	gl2	Sig.
Presença de ansiedade no percurso académico	Com base em média	7,588	3	425	,000
	Com base em mediana	1,775	3	425	,151
	Com base em mediana e com gl ajustado	1,775	3	347,356	,152
	Com base em média aparada	3,688	3	425	,012

### 3. Faculdade/Departamento ou Área de curso

#### Testes de Normalidade

	Faculdade/Departamento ou Área do curso	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Presença de ansiedade no percurso acadêmico	Ciências da Saúde (Ciências Farmacêuticas, Medicina, Ciências Biomédicas, Optometria e Ciências da Visão)	,540	188	,000	,167	188	,000
	Ciências (Matemática, Física e Química)	,536	51	,000	,124	51	,000
	Engenharias (Informática, Ciência e Tecnologia Têxteis, Eletromecânica, Civil, Arquitetura e Aeronáutica)	,539	64	,000	,168	64	,000
	Ciências Sociais e Humanas (Gestão, Economia, Psicologia, Educação, Sociologia e Desporto)	,538	77	,000	,266	77	,000
	Artes e Letras (Letras, Filosofia, Design, Cinema e Ciências da Comunicação)	,514	49	,000	,417	49	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

#### Teste de Homogeneidade de Variância

		Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
Presença de ansiedade no percurso acadêmico	Com base em média	11,804	4	424	,000
	Com base em mediana	3,116	4	424	,015
	Com base em mediana e com gl ajustado	3,116	4	290,264	,016
	Com base em média aparada	9,511	4	424	,000

### 4. Ano do ciclo de estudos

#### Testes de Normalidade

	Ano do ciclo de estudos	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Presença de ansiedade no percurso acadêmico	1º	,534	117	,000	,313	117	,000
	2º	,539	95	,000	,261	95	,000
	3º	,540	81	,000	,224	81	,000
	4º	.	42	.	.	42	.
	5º	,533	71	,000	,097	71	,000
	6º	.	23	.	.	23	.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

#### Teste de Homogeneidade de Variância

		Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
Presença de ansiedade no percurso acadêmico	Com base em média	8,075	5	423	,000
	Com base em mediana	1,805	5	423	,111
	Com base em mediana e com gl ajustado	1,805	5	305,481	,112
	Com base em média aparada	3,851	5	423	,002

## 5. Ciclo de estudos

### Testes de Normalidade

	Ciclo de estudos	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Presença de ansiedade no percurso acadêmico	Licenciatura	,534	140	,000	,313	140	,000
	Mestrado	,538	81	,000	,142	81	,000
	Mestrado Integrado	,541	182	,000	,189	182	,000
	Doutoramento	.	26	.	.	26	.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

### Teste de Homogeneidade de Variância

		Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
Presença de ansiedade no percurso acadêmico	Com base em média	9,629	3	425	,000
	Com base em mediana	2,301	3	425	,077
	Com base em mediana e com gl ajustado	2,301	3	331,860	,077
	Com base em média aparada	5,985	3	425	,001

## 6. Residência na cidade de estudo

### Testes de Normalidade

	Residência na cidade de estudo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Presença de ansiedade no percurso acadêmico	Sim	,540	103	,000	,191	103	,000
	Não	,540	326	,000	,230	326	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

### Teste de Homogeneidade de Variância

		Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
Presença de ansiedade no percurso acadêmico	Com base em média	1,209	1	427	,272
	Com base em mediana	,297	1	427	,586
	Com base em mediana e com gl ajustado	,297	1	422,037	,586
	Com base em média aparada	,403	1	427	,526

## 7. Com quem reside na cidade de estudo?

### Testes de Normalidade

	Com quem reside na cidade de estudo?	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Presença de ansiedade no percurso acadêmico	Amigos/colegas	,540	263	,000	,233	263	,000
	Familiares	,540	93	,000	,169	93	,000
	Sozinho(a)	,538	60	,000	,271	60	,000
	Namorado(a)	.	11	.	.	11	.
	Instituição	.	2	.	.		.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

### Teste de Homogeneidade de Variância

		Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
Presença de ansiedade no percurso acadêmico	Com base em média	1,828	4	424	,123
	Com base em mediana	,430	4	424	,787
	Com base em mediana e com gl ajustado	,430	4	396,292	,787
	Com base em média aparada	,723	4	424	,576

## 8. Frequência de avaliações

### Testes de Normalidade

	Frequência de avaliações no ano corrente	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Presença de ansiedade no percurso acadêmico	Semanal	,540	93	,000	,204	93	,000
	Quinzenal	,539	132	,000	,254	132	,000
	Mensal	,537	123	,000	,285	123	,000
	Ainda não tenho avaliações, pois estou na etapa de investigação	.	71	.	.	71	.
	Nunca	.	10	.	.	10	.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

### Teste de Homogeneidade de Variância

		Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
Presença de ansiedade no percurso acadêmico	Com base em média	6,970	4	424	,000
	Com base em mediana	1,548	4	424	,187
	Com base em mediana e com gl ajustado	1,548	4	333,827	,188
	Com base em média aparada	2,781	4	424	,027

## 9. Curso/instituição foi a primeira opção?

### Testes de Normalidade

		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Presença de ansiedade no percurso acadêmico	Sim	,541	261	,000	,200	261	,000
	Não	,540	168	,000	,251	168	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

### Teste de Homogeneidade de Variância

		Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
Presença de ansiedade no percurso acadêmico	Com base em média	2,637	1	427	,105
	Com base em mediana	,661	1	427	,417
	Com base em mediana e com gl ajustado	,661	1	415,682	,417
	Com base em média aparada	1,592	1	427	,208

## 10. Abandono do atual curso

### Testes de Normalidade

		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Presença de ansiedade no percurso acadêmico	Sim	,533	214	,000	,094	214	,000
	Não	,535	215	,000	,308	215	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

### Teste de Homogeneidade de Variância

		Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
Presença de ansiedade no percurso acadêmico	Com base em média	50,926	1	427	,000
	Com base em mediana	11,439	1	427	,001
	Com base em mediana e com gl ajustado	11,439	1	288,326	,001
	Com base em média aparada	27,308	1	427	,000

## Anexo VIII

### Sumarização de Teste de Hipóteses de *Kruskal-Wallis* para a Presença de Ansiedade

#### Sumarização de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig. <sup>a,b</sup>	Decisão
1	A distribuição de Sexo é igual nas categorias de Presença de ansiedade no percurso académico.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,000	Rejeitar a hipótese nula.
2	A distribuição de Idade é igual nas categorias de Presença de ansiedade no percurso académico.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,053	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de Faculdade/Departamento ou Área do curso é igual nas categorias de Presença de ansiedade no percurso académico.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,010	Rejeitar a hipótese nula.
4	A distribuição de Ano do ciclo de estudos é igual nas categorias de Presença de ansiedade no percurso académico.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,004	Rejeitar a hipótese nula.
5	A distribuição de Ciclo de estudos é igual nas categorias de Presença de ansiedade no percurso académico.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,031	Rejeitar a hipótese nula.
6	A distribuição de Residência na cidade de estudo é igual nas categorias de Presença de ansiedade no percurso académico.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,586	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de Com quem reside na cidade de estudo? é igual nas categorias de Presença de ansiedade no percurso académico.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,692	Reter a hipótese nula.
8	A distribuição de Frequência de avaliações no ano corrente é igual nas categorias de Presença de ansiedade no percurso académico.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,382	Reter a hipótese nula.
9	A distribuição de O curso/instituição em que se encontra foi a primeira opção? é igual nas categorias de Presença de ansiedade no percurso académico.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,416	Reter a hipótese nula.
10	A distribuição de Abandono do atual curso é igual nas categorias de Presença de ansiedade no percurso académico.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,001	Rejeitar a hipótese nula.

a. O nível de significância é ,050.

b. A significância assintótica é exibida.

## Anexo IX

### Resultados do teste *Qui-Quadrado* para associação entre a Presença de Ansiedade e o Sexo dos alunos inquiridos

**Tabulação cruzada Presença de ansiedade no percurso académico \* Sexo**

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
Presença de ansiedade no percurso académico	Sim	Contagem	303	105	408
		% em Presença de ansiedade no percurso académico	74,3%	25,7%	100,0%
		% em Sexo	97,4%	89,0%	95,1%
		% do Total	70,6%	24,5%	95,1%
	Não	Contagem	8	13	21
		% em Presença de ansiedade no percurso académico	38,1%	61,9%	100,0%
		% em Sexo	2,6%	11,0%	4,9%
		% do Total	1,9%	3,0%	4,9%
Total	Contagem	311	118	429	
	% em Presença de ansiedade no percurso académico	72,5%	27,5%	100,0%	
	% em Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	72,5%	27,5%	100,0%	

#### Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	13,103 <sup>a</sup>	1	,000		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	11,352	1	,001		
Razão de verossimilhança	11,447	1	,001		
Teste Exato de Fisher				,001	,001
Associação Linear por Linear	13,073	1	,000		
N de Casos Válidos	429				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 5,78.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

## Anexo X

### Resultados do teste *Qui-Quadrado* para associação entre a Presença de Ansiedade e a Idade dos alunos inquiridos

Tabulação cruzada Presença de ansiedade no percurso académico \* Idade

			Idade				Total
			18 a 21	22 a 25	26 a 29	30 ou mais	
Presença de ansiedade no percurso académico	Sim	Contagem	211	154	19	24	408
		% em Presença de ansiedade no percurso académico	51,7%	37,7%	4,7%	5,9%	100,0%
		% em Idade	93,0%	98,1%	95,0%	96,0%	95,1%
		% do Total	49,2%	35,9%	4,4%	5,6%	95,1%
	Não	Contagem	16	3	1	1	21
		% em Presença de ansiedade no percurso académico	76,2%	14,3%	4,8%	4,8%	100,0%
		% em Idade	7,0%	1,9%	5,0%	4,0%	4,9%
		% do Total	3,7%	0,7%	0,2%	0,2%	4,9%
Total	Contagem	227	157	20	25	429	
	% em Presença de ansiedade no percurso académico	52,9%	36,6%	4,7%	5,8%	100,0%	
	% em Idade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	52,9%	36,6%	4,7%	5,8%	100,0%	

### Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	5,308 <sup>a</sup>	3	,151
Razão de verossimilhança	5,920	3	,116
Associação Linear por Linear	2,091	1	,148
N de Casos Válidos	429		

a. 2 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,98.

## Anexo XI

### Resultados dos testes de *Kruskal-Wallis* e do *Qui-Quadrado* para associação entre a Presença de Ansiedade e as diversas Áreas de Curso

#### Comparações por Método Pairwise de Faculdade/Departamento ou Área do curso

Sample 1 - Sample 2	Estatística de teste	Estatística do teste Padrão	Estatística do teste Estatística de teste	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
Ciências (Matemática, Física e Química) - Engenharias (Informática, Ciência e Tecnologia Têxteis, Eletromecânica, Civil, Arquitetura e Aeronáutica)	-2,497	8,697	-,287	,774	1,000
Ciências (Matemática, Física e Química) - Ciências da Saúde (Ciências Farmacêuticas, Medicina, Ciências Biomédicas, Optometria e Ciências da Visão)	2,640	7,316	,361	,718	1,000
Ciências (Matemática, Física e Química) - Ciências Sociais e Humanas (Gestão, Economia, Psicologia, Educação, Sociologia e Desporto)	-9,723	8,365	-1,162	,245	1,000
Ciências (Matemática, Física e Química) - Artes e Letras (Letras, Filosofia, Design, Cinema e Ciências da Comunicação)	-26,437	9,269	-2,852	,004	,043
Engenharias (Informática, Ciência e Tecnologia Têxteis, Eletromecânica, Civil, Arquitetura e Aeronáutica) - Ciências da Saúde (Ciências Farmacêuticas, Medicina, Ciências Biomédicas, Optometria e Ciências da Visão)	,143	6,706	,021	,983	1,000

Engenharias (Informática, Ciência e Tecnologia Têxteis, Eletromecânica, Civil, Arquitetura e Aeronáutica) - Ciências Sociais e Humanas (Gestão, Economia, Psicologia, Educação, Sociologia e Desporto)	-7,225	7,838	-,922	,357	1,000
Engenharias (Informática, Ciência e Tecnologia Têxteis, Eletromecânica, Civil, Arquitetura e Aeronáutica) - Artes e Letras (Letras, Filosofia, Design, Cinema e Ciências da Comunicação)	-23,940	8,796	-2,722	,006	,065
Ciências da Saúde (Ciências Farmacêuticas, Medicina, Ciências Biomédicas, Optometria e Ciências da Visão) - Ciências Sociais e Humanas (Gestão, Economia, Psicologia, Educação, Sociologia e Desporto)	-7,083	6,269	-1,130	,259	1,000
Ciências da Saúde (Ciências Farmacêuticas, Medicina, Ciências Biomédicas, Optometria e Ciências da Visão) - Artes e Letras (Letras, Filosofia, Design, Cinema e Ciências da Comunicação)	-23,797	7,432	-3,202	,001	,014
Ciências Sociais e Humanas (Gestão, Economia, Psicologia, Educação, Sociologia e Desporto) - Artes e Letras (Letras, Filosofia, Design, Cinema e Ciências da Comunicação)	-16,714	8,468	-1,974	,048	,484

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 Presença de ansiedade no percurso acadêmico \* Faculdade/Departamento ou Área do curso**

		Faculdade/Departamento ou Área do curso					Total	
		Ciências da Saúde (Ciências Farmacêuticas, Medicina, Ciências Biomédicas, Optometria e Ciências da Visão)	Ciências (Matemática, Física e Química)	Engenharias (Informática, Ciência e Tecnologia 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)		
Presença de ansiedade no percurso acadêmico	Sim	Contagem	182	50	62	72	42	408
		% em Presença de ansiedade no percurso acadêmico	44,6%	12,3%	15,2%	17,6%	10,3%	100,0%
		% em Faculdade/Departamento ou Área do curso	96,8%	98,0%	96,9%	93,5%	85,7%	95,1%
		% do Total	42,4%	11,7%	14,5%	16,8%	9,8%	95,1%
	Não	Contagem	6	1	2	5	7	21
		% em Presença de ansiedade no percurso acadêmico	28,6%	4,8%	9,5%	23,8%	33,3%	100,0%
		% em Faculdade/Departamento ou Área do curso	3,2%	2,0%	3,1%	6,5%	14,3%	4,9%
		% do Total	1,4%	0,2%	0,5%	1,2%	1,6%	4,9%
	Total	Contagem	188	51	64	77	49	429
		% em Presença de ansiedade no percurso acadêmico	43,8%	11,9%	14,9%	17,9%	11,4%	100,0%
		% em Faculdade/Departamento ou Área do curso	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	43,8%	11,9%	14,9%	17,9%	11,4%	100,0%

**Testes qui-quadrado**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	12,250 <sup>a</sup>	4	,016
Razão de verossimilhança	9,677	4	,046
Associação Linear por Linear	7,764	1	,005
N de Casos Válidos	429		

a. 4 células (40,0%) esperavam uma contagem menor que 5.  
A contagem mínima esperada é 2,40.

## Anexo XII

### Resultados do teste de *Qui-Quadrado* para associação entre a Presença de Ansiedade e o Ano do Ciclo de estudos dos inquiridos

Tabulação cruzada Presença de ansiedade no percurso académico \* Ano do ciclo de estudos

			Ano do ciclo de estudos						
			1°	2°	3°	4°	5°	6°	Total
Presença de ansiedade no percurso académico	Sim	Contagem	107	89	77	42	70	23	408
		% em Presença de ansiedade no percurso académico	26,2%	21,8%	18,9%	10,3%	17,2%	5,6%	100,0%
		% em Ano do ciclo de estudos	91,5%	93,7%	95,1%	100,0%	98,6%	100,0%	95,1%
		% do Total	24,9%	20,7%	17,9%	9,8%	16,3%	5,4%	95,1%
	Não	Contagem	10	6	4	0	1	0	21
		% em Presença de ansiedade no percurso académico	47,6%	28,6%	19,0%	0,0%	4,8%	0,0%	100,0%
		% em Ano do ciclo de estudos	8,5%	6,3%	4,9%	0,0%	1,4%	0,0%	4,9%
		% do Total	2,3%	1,4%	0,9%	0,0%	0,2%	0,0%	4,9%
Total	Contagem	117	95	81	42	71	23	429	
	% em Presença de ansiedade no percurso académico	27,3%	22,1%	18,9%	9,8%	16,6%	5,4%	100,0%	
	% em Ano do ciclo de estudos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	27,3%	22,1%	18,9%	9,8%	16,6%	5,4%	100,0%	

#### Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	8,963 <sup>a</sup>	5	,111
Razão de verossimilhança	12,221	5	,032
Associação Linear por Linear	8,141	1	,004
N de Casos Válidos	429		

a. 5 células (41,7%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,13.

#### Medidas Simétricas

		Valor	Erro Padrão Assintótico <sup>a</sup>	T Aproximado <sup>b</sup>	Significância Aproximada
Intervalo por Intervalo	R de Pearson	-,138	,035	-2,877	,004 <sup>c</sup>
Ordinal por Ordinal	Correlação Spearman	-,138	,039	-2,888	,004 <sup>c</sup>
N de Casos Válidos		429			

a. Não considerando a hipótese nula.

b. Uso de erro padrão assintótico considerando a hipótese nula.

c. Com base em aproximação normal.

## Anexo XIII

### Resultados do teste *Qui-Quadrado* para associação entre a Presença de Ansiedade e o Ciclo de estudos dos alunos inquiridos

Tabulação cruzada Presença de ansiedade no percurso académico \* Ciclo de estudos

			Ciclo de estudos				Total
			Licenciatura	Mestrado	Mestrado Integrado	Doutoramento	
Presença de ansiedade no percurso académico	Sim	Contagem	128	79	175	26	408
		% em Presença de ansiedade no percurso académico	31,4%	19,4%	42,9%	6,4%	100,0%
		% em Ciclo de estudos	91,4%	97,5%	96,2%	100,0%	95,1%
		% do Total	29,8%	18,4%	40,8%	6,1%	95,1%
	Não	Contagem	12	2	7	0	21
		% em Presença de ansiedade no percurso académico	57,1%	9,5%	33,3%	0,0%	100,0%
		% em Ciclo de estudos	8,6%	2,5%	3,8%	0,0%	4,9%
		% do Total	2,8%	0,5%	1,6%	0,0%	4,9%
	Total	Contagem	140	81	182	26	429
		% em Presença de ansiedade no percurso académico	32,6%	18,9%	42,4%	6,1%	100,0%
		% em Ciclo de estudos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	32,6%	18,9%	42,4%	6,1%	100,0%

#### Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	6,857 <sup>a</sup>	3	,077
Razão de verossimilhança	7,668	3	,053
Associação Linear por Linear	4,873	1	,027
N de Casos Válidos	429		

a. 2 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5.  
A contagem mínima esperada é 1,27.

## Anexo XIV

### Resultados do teste *Qui-Quadrado* para associação entre a Presença de Ansiedade e o Abandono do atual curso

Tabulação cruzada Presença de ansiedade no percurso acadêmico \* Abandono do atual curso

		Abandono do atual curso		Total	
		Sim	Não		
Presença de ansiedade no percurso acadêmico	Sim	Contagem	211	197	408
		% em Presença de ansiedade no percurso acadêmico	51,7%	48,3%	100,0%
		% em Abandono do atual curso	98,6%	91,6%	95,1%
		% do Total	49,2%	45,9%	95,1%
	Não	Contagem	3	18	21
		% em Presença de ansiedade no percurso acadêmico	14,3%	85,7%	100,0%
		% em Abandono do atual curso	1,4%	8,4%	4,9%
		% do Total	0,7%	4,2%	4,9%
Total	Contagem	214	215	429	
	% em Presença de ansiedade no percurso acadêmico	49,9%	50,1%	100,0%	
	% em Abandono do atual curso	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	49,9%	50,1%	100,0%	

#### Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	11,192 <sup>a</sup>	1	,001		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	9,745	1	,002		
Razão de verossimilhança	12,365	1	,000		
Teste Exato de Fisher				,001	,001
Associação Linear por Linear	11,166	1	,001		
N de Casos Válidos	429				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 10,48.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

## Anexo XV

### Sumarização de Teste de Hipótese de *Kruskal-Wallis* para o Consumo de Chás/Infusões

#### Sumarização de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig. <sup>a,b</sup>	Decisão
1	A distribuição de Sexo é igual nas categorias de Consumo de Chás/Infusões.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,000	Rejeitar a hipótese nula.
2	A distribuição de Idade é igual nas categorias de Consumo de Chás/Infusões.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,639	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de Faculdade/Departamento ou Área do curso é igual nas categorias de Consumo de Chás/Infusões.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,626	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de Ano do ciclo de estudos é igual nas categorias de Consumo de Chás/Infusões.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,793	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de Ciclo de estudos é igual nas categorias de Consumo de Chás/Infusões.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,638	Reter a hipótese nula.
6	A distribuição de Residência na cidade de estudo é igual nas categorias de Consumo de Chás/Infusões.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,957	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de Com quem reside na cidade de estudo? é igual nas categorias de Consumo de Chás/Infusões.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,040	Rejeitar a hipótese nula.
8	A distribuição de Frequência de avaliações no ano corrente é igual nas categorias de Consumo de Chás/Infusões.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,781	Reter a hipótese nula.
9	A distribuição de O curso/instituição em que se encontra foi a primeira opção? é igual nas categorias de Consumo de Chás/Infusões.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,083	Reter a hipótese nula.
10	A distribuição de Abandono do atual curso é igual nas categorias de Consumo de Chás/Infusões.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,500	Reter a hipótese nula.

a. O nível de significância é ,050.

b. A significância assintótica é exibida.

## Anexo XVI

### Resultados do teste *Qui-Quadrado* para associação entre o Consumo de Chás/Infusões e o Sexo

Tabulação cruzada Consumo de Chás/Infusões \* Sexo

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
Consumo de Chás/Infusões	Sim	Contagem	223	57	280
		% em Consumo de Chás/Infusões	79,6%	20,4%	100,0%
		% em Sexo	71,7%	48,3%	65,3%
		% do Total	52,0%	13,3%	65,3%
	Não	Contagem	88	61	149
		% em Consumo de Chás/Infusões	59,1%	40,9%	100,0%
		% em Sexo	28,3%	51,7%	34,7%
		% do Total	20,5%	14,2%	34,7%
Total	Contagem	311	118	429	
	% em Consumo de Chás/Infusões	72,5%	27,5%	100,0%	
	% em Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	72,5%	27,5%	100,0%	

#### Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	20,661 <sup>a</sup>	1	,000		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	19,642	1	,000		
Razão de verossimilhança	20,083	1	,000		
Teste Exato de Fisher				,000	,000
Associação Linear por Linear	20,613	1	,000		
N de Casos Válidos	429				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 40,98.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

## Anexo XVII

### Resultados do teste *Qui-Quadrado* para associação entre o Consumo de Chás/Infusões e a Idade

Tabulação cruzada Consumo de Chás/Infusões \* Idade

			Idade				Total
			18 a 21	22 a 25	26 a 29	30 ou mais	
Consumo de Chás/Infusões	Sim	Contagem	147	100	18	15	280
		% em Consumo de Chás/Infusões	52,5%	35,7%	6,4%	5,4%	100,0%
		% em Idade	64,8%	63,7%	90,0%	60,0%	65,3%
		% do Total	34,3%	23,3%	4,2%	3,5%	65,3%
	Não	Contagem	80	57	2	10	149
		% em Consumo de Chás/Infusões	53,7%	38,3%	1,3%	6,7%	100,0%
		% em Idade	35,2%	36,3%	10,0%	40,0%	34,7%
		% do Total	18,6%	13,3%	0,5%	2,3%	34,7%
Total	Contagem	227	157	20	25	429	
	% em Consumo de Chás/Infusões	52,9%	36,6%	4,7%	5,8%	100,0%	
	% em Idade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	52,9%	36,6%	4,7%	5,8%	100,0%	

#### Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	5,900 <sup>a</sup>	3	,117
Razão de verossimilhança	7,083	3	,069
Associação Linear por Linear	,183	1	,669
N de Casos Válidos	429		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 6,95.

## Anexo XVIII

### Resultados do teste *Qui-Quadrado* para associação entre o Consumo de Chás/Infusões e a Área de curso

Tabulação cruzada Consumo de Chás/Infusões \* Faculdade/Departamento ou Área do curso

		Faculdade/Departamento ou Área do curso						Total	
		Ciências da Saúde (Ciências Farmacêuticas, Medicina, Ciências Biomédicas, Optometria e Ciências da Visão)	Ciências (Matemática, Física e Química)	Engenharias (Informática, Ciência e Tecnologia 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)			
Consumo de Chás/Infusões	Sim	Contagem	120	36	41	48	35	280	
		% em Consumo de Chás/Infusões	42,9%	12,9%	14,6%	17,1%	12,5%	100,0%	
		% em Faculdade/Departamento ou Área do curso	63,8%	70,6%	64,1%	62,3%	71,4%	65,3%	
		% do Total	28,0%	8,4%	9,6%	11,2%	8,2%	65,3%	
	Não	Contagem	68	15	23	29	14	149	
		% em Consumo de Chás/Infusões	45,6%	10,1%	15,4%	19,5%	9,4%	100,0%	
		% em Faculdade/Departamento ou Área do curso	36,2%	29,4%	35,9%	37,7%	28,6%	34,7%	
		% do Total	15,9%	3,5%	5,4%	6,8%	3,3%	34,7%	
		Total	Contagem	188	51	64	77	49	429
		% em Consumo de Chás/Infusões	43,8%	11,9%	14,9%	17,9%	11,4%	100,0%	
	% em Faculdade/Departamento ou Área do curso	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
	% do Total	43,8%	11,9%	14,9%	17,9%	11,4%	100,0%		

#### Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	1,961 <sup>a</sup>	4	,743
Razão de verossimilhança	2,000	4	,736
Associação Linear por Linear	,199	1	,656
N de Casos Válidos	429		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 17,02.

## Anexo XIX

### Resultados dos testes de *Kruskal-Wallis* e do *Qui-Quadrado* para associação entre o Consumo de Chás/Infusões e “Com quem reside na cidade de estudo?”

#### Comparações por Método Pairwise de Com quem reside na cidade de estudo?

Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Estatística do teste Padrão	Estatística do teste Estatística de teste	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
Instituição-Amigos/colegas	64,432	72,574	,888	,375	1,000
Instituição-Sozinho(a)	71,500	73,494	,973	,331	1,000
Instituição-Namorado(a)	97,500	78,598	1,240	,215	1,000
Instituição-Familiares	103,790	73,073	1,420	,155	1,000
Amigos/colegas-Sozinho(a)	-7,068	14,628	-,483	,629	1,000
Amigos/colegas-Namorado(a)	-33,068	31,467	-1,051	,293	1,000
Amigos/colegas-Familiares	-39,359	12,335	-3,191	,001	,014
Sozinho(a)-Namorado(a)	-26,000	33,536	-,775	,438	1,000
Sozinho(a)-Familiares	32,290	16,931	1,907	,056	,565
Namorado(a)-Familiares	6,290	32,601	,193	,847	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 Consumo de Chás/Infusões \* Com quem reside na cidade de estudo?

		Com quem reside na cidade de estudo?					Total	
		Amigos/colegas	Familiares	Sozinho(a)	Namorado(a)	Instituição		
Consumo de Chás/Infusões	Sim	Contagem	184	48	40	6	2	280
		% em Consumo de Chás/Infusões	65,7%	17,1%	14,3%	2,1%	0,7%	100,0%
		% em Com quem reside na cidade de estudo?	70,0%	51,6%	66,7%	54,5%	100,0%	65,3%
		% do Total	42,9%	11,2%	9,3%	1,4%	0,5%	65,3%
	Não	Contagem	79	45	20	5	0	149
		% em Consumo de Chás/Infusões	53,0%	30,2%	13,4%	3,4%	0,0%	100,0%
		% em Com quem reside na cidade de estudo?	30,0%	48,4%	33,3%	45,5%	0,0%	34,7%
		% do Total	18,4%	10,5%	4,7%	1,2%	0,0%	34,7%
Total	Contagem	263	93	60	11	2	429	
	% em Consumo de Chás/Infusões	61,3%	21,7%	14,0%	2,6%	0,5%	100,0%	
	% em Com quem reside na cidade de estudo?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	61,3%	21,7%	14,0%	2,6%	0,5%	100,0%	

### Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	11,880 <sup>a</sup>	4	,018
Razão de verossimilhança	12,219	4	,016
Associação Linear por Linear	1,948	1	,163
N de Casos Válidos	429		

a. 3 células (30,0%) esperavam uma contagem menor que 5.  
A contagem mínima esperada é ,69.

## Anexo XX

### Sumarização de Teste de Hipótese de *Kruskal-Wallis* para o Consumo de Suplementos Ansiolíticos

#### Sumarização de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig. <sup>a,b</sup>	Decisão
1	A distribuição de Sexo é igual nas categorias de Consumo de Suplementos Ansiolíticos.	Amostras Independentes de Teste de <i>Kruskal-Wallis</i>	,000	Rejeitar a hipótese nula.
2	A distribuição de Idade é igual nas categorias de Consumo de Suplementos Ansiolíticos.	Amostras Independentes de Teste de <i>Kruskal-Wallis</i>	,704	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de Faculdade/Departamento ou Área do curso é igual nas categorias de Consumo de Suplementos Ansiolíticos.	Amostras Independentes de Teste de <i>Kruskal-Wallis</i>	,841	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de Ano do ciclo de estudos é igual nas categorias de Consumo de Suplementos Ansiolíticos.	Amostras Independentes de Teste de <i>Kruskal-Wallis</i>	,988	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de Ciclo de estudos é igual nas categorias de Consumo de Suplementos Ansiolíticos.	Amostras Independentes de Teste de <i>Kruskal-Wallis</i>	,515	Reter a hipótese nula.
6	A distribuição de Residência na cidade de estudo é igual nas categorias de Consumo de Suplementos Ansiolíticos.	Amostras Independentes de Teste de <i>Kruskal-Wallis</i>	,972	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de Com quem reside na cidade de estudo? é igual nas categorias de Consumo de Suplementos Ansiolíticos.	Amostras Independentes de Teste de <i>Kruskal-Wallis</i>	,216	Reter a hipótese nula.
8	A distribuição de Frequência de avaliações no ano corrente é igual nas categorias de Consumo de Suplementos Ansiolíticos.	Amostras Independentes de Teste de <i>Kruskal-Wallis</i>	,680	Reter a hipótese nula.
9	A distribuição de O curso/instituição em que se encontra foi a primeira opção? é igual nas categorias de Consumo de Suplementos Ansiolíticos.	Amostras Independentes de Teste de <i>Kruskal-Wallis</i>	,102	Reter a hipótese nula.
10	A distribuição de Abandono do atual curso é igual nas categorias de Consumo de Suplementos Ansiolíticos.	Amostras Independentes de Teste de <i>Kruskal-Wallis</i>	,017	Rejeitar a hipótese nula.

a. O nível de significância é ,050.

b. A significância assintótica é exibida.

## Anexo XXI

### Resultados do teste *Qui-Quadrado* para associação entre o Consumo de Suplementos Ansiolíticos e o Sexo

**Tabulação cruzada Consumo de Suplementos Ansiolíticos \* Sexo**

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
Consumo de Suplementos Ansiolíticos	Sim	Contagem	119	22	141
		% em Consumo de Suplementos Ansiolíticos	84,4%	15,6%	100,0%
		% em Sexo	38,3%	18,6%	32,9%
		% do Total	27,7%	5,1%	32,9%
	Não	Contagem	192	96	288
		% em Consumo de Suplementos Ansiolíticos	66,7%	33,3%	100,0%
		% em Sexo	61,7%	81,4%	67,1%
		% do Total	44,8%	22,4%	67,1%
Total	Contagem	311	118	429	
	% em Consumo de Suplementos Ansiolíticos	72,5%	27,5%	100,0%	
	% em Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	72,5%	27,5%	100,0%	

#### Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	14,923 <sup>a</sup>	1	,000		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	14,047	1	,000		
Razão de verossimilhança	15,952	1	,000		
Teste Exato de Fisher				,000	,000
Associação Linear por Linear	14,889	1	,000		
N de Casos Válidos	429				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 38,78.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

## Anexo XXII

### Resultados do teste *Qui-Quadrado* para associação entre o Consumo de Suplementos Ansiolíticos e a Idade

**Tabulação cruzada Consumo de Suplementos Ansiolíticos \* Idade**

			Idade				Total
			18 a 21	22 a 25	26 a 29	30 ou mais	
Consumo de Suplementos Ansiolíticos	Sim	Contagem	73	52	8	8	141
		% em Consumo de Suplementos Ansiolíticos	51,8%	36,9%	5,7%	5,7%	100,0%
		% em Idade	32,2%	33,1%	40,0%	32,0%	32,9%
		% do Total	17,0%	12,1%	1,9%	1,9%	32,9%
	Não	Contagem	154	105	12	17	288
		% em Consumo de Suplementos Ansiolíticos	53,5%	36,5%	4,2%	5,9%	100,0%
		% em Idade	67,8%	66,9%	60,0%	68,0%	67,1%
		% do Total	35,9%	24,5%	2,8%	4,0%	67,1%
Total	Contagem	227	157	20	25	429	
	% em Consumo de Suplementos Ansiolíticos	52,9%	36,6%	4,7%	5,8%	100,0%	
	% em Idade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	52,9%	36,6%	4,7%	5,8%	100,0%	

#### Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	,526 <sup>a</sup>	3	,913
Razão de verossimilhança	,512	3	,916
Associação Linear por Linear	,106	1	,745
N de Casos Válidos	429		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 6,57.

## Anexo XXIII

### Resultados do teste *Qui-Quadrado* para associação entre o Consumo de Suplementos Ansiolíticos e a Área de curso

Tabulação cruzada Consumo de Suplementos Ansiolíticos \* Faculdade/Departamento ou Área do curso

		Faculdade/Departamento ou Área do curso						
		Ciências da Saúde (Ciências Farmacêuticas, Medicina, Ciências Biomédicas, Optometria e Ciências da Visão)	Ciências (Matemática, Física e Química)	Engenharias (Informática, Ciência e Tecnologia 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)	Total	
Consumo de Suplementos Ansiolíticos	Sim	Contagem	65	16	17	24	19	141
		% em Consumo de Suplementos Ansiolíticos	46,1%	11,3%	12,1%	17,0%	13,5%	100,0%
		% em Faculdade/Departamento ou Área do curso	34,6%	31,4%	26,6%	31,2%	38,8%	32,9%
		% do Total	15,2%	3,7%	4,0%	5,6%	4,4%	32,9%
	Não	Contagem	123	35	47	53	30	288
		% em Consumo de Suplementos Ansiolíticos	42,7%	12,2%	16,3%	18,4%	10,4%	100,0%
		% em Faculdade/Departamento ou Área do curso	65,4%	68,6%	73,4%	68,8%	61,2%	67,1%
		% do Total	28,7%	8,2%	11,0%	12,4%	7,0%	67,1%
Total	Contagem	188	51	64	77	49	429	
	% em Consumo de Suplementos Ansiolíticos	43,8%	11,9%	14,9%	17,9%	11,4%	100,0%	
	% em Faculdade/Departamento ou Área do curso	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	43,8%	11,9%	14,9%	17,9%	11,4%	100,0%	

#### Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	2,329 <sup>a</sup>	4	,676
Razão de verossimilhança	2,351	4	,672
Associação Linear por Linear	,007	1	,935
N de Casos Válidos	429		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 16,10.

## Anexo XXIV

### Resultados do teste *Qui-Quadrado* para associação entre o Consumo de Suplementos Ansiolíticos e o Abandono do atual curso

Tabulação cruzada Consumo de Suplementos Ansiolíticos \* Abandono do atual curso

			Abandono do atual curso		Total
			Sim	Não	
Consumo de Suplementos Ansiolíticos	Sim	Contagem	82	59	141
		% em Consumo de Suplementos Ansiolíticos	58,2%	41,8%	100,0%
		% em Abandono do atual curso	38,3%	27,4%	32,9%
		% do Total	19,1%	13,8%	32,9%
	Não	Contagem	132	156	288
		% em Consumo de Suplementos Ansiolíticos	45,8%	54,2%	100,0%
		% em Abandono do atual curso	61,7%	72,6%	67,1%
		% do Total	30,8%	36,4%	67,1%
Total	Contagem	214	215	429	
	% em Consumo de Suplementos Ansiolíticos	49,9%	50,1%	100,0%	
	% em Abandono do atual curso	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	49,9%	50,1%	100,0%	

#### Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	5,749 <sup>a</sup>	1	,016		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	5,267	1	,022		
Razão de verossimilhança	5,769	1	,016		
Teste Exato de Fisher				,018	,011
Associação Linear por Linear	5,736	1	,017		
N de Casos Válidos	429				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 70,34.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

## Anexo XXV

### Sumarização de Teste de Hipótese de *Kruskal-Wallis* para o consumo de Medicamentos Ansiolíticos

#### Sumarização de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig. <sup>a,b</sup>	Decisão
1	A distribuição de Sexo é igual nas categorias de Consumo de Medicamentos Ansiolíticos.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,054	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de Idade é igual nas categorias de Consumo de Medicamentos Ansiolíticos.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,831	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de Faculdade/Departamento ou Área do curso é igual nas categorias de Consumo de Medicamentos Ansiolíticos.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,263	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de Ano do ciclo de estudos é igual nas categorias de Consumo de Medicamentos Ansiolíticos.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,920	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de Ciclo de estudos é igual nas categorias de Consumo de Medicamentos Ansiolíticos.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,600	Reter a hipótese nula.
6	A distribuição de Residência na cidade de estudo é igual nas categorias de Consumo de Medicamentos Ansiolíticos.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,480	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de Com quem reside na cidade de estudo? é igual nas categorias de Consumo de Medicamentos Ansiolíticos.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,146	Reter a hipótese nula.
8	A distribuição de Frequência de avaliações no ano corrente é igual nas categorias de Consumo de Medicamentos Ansiolíticos.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,114	Reter a hipótese nula.
9	A distribuição de O curso/instituição em que se encontra foi a primeira opção? é igual nas categorias de Consumo de Medicamentos Ansiolíticos.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,186	Reter a hipótese nula.
10	A distribuição de Abandono do atual curso é igual nas categorias de Consumo de Medicamentos Ansiolíticos.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,080	Reter a hipótese nula.

a. O nível de significância é ,050.

b. A significância assintótica é exibida.

## Anexo XXVI

### Resultados do teste *Qui-Quadrado* para associação entre o Consumo de Medicamentos Ansiolíticos e o Sexo

Tabulação cruzada Consumo de Medicamentos Ansiolíticos \* Sexo

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
Consumo de Medicamentos Ansiolíticos	Sim	Contagem	95	25	120
		% em Consumo de Medicamentos Ansiolíticos	79,2%	20,8%	100,0%
		% em Sexo	30,5%	21,2%	28,0%
		% do Total	22,1%	5,8%	28,0%
	Não	Contagem	216	93	309
		% em Consumo de Medicamentos Ansiolíticos	69,9%	30,1%	100,0%
		% em Sexo	69,5%	78,8%	72,0%
		% do Total	50,3%	21,7%	72,0%
Total	Contagem	311	118	429	
	% em Consumo de Medicamentos Ansiolíticos	72,5%	27,5%	100,0%	
	% em Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	72,5%	27,5%	100,0%	

#### Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	3,720 <sup>a</sup>	1	,054		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	3,270	1	,071		
Razão de verossimilhança	3,859	1	,049		
Teste Exato de Fisher				,055	,034
Associação Linear por Linear	3,711	1	,054		
N de Casos Válidos	429				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 33,01.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

## Anexo XXVII

### Resultados do teste *Qui-Quadrado* para associação entre o Consumo de Medicamentos Ansiolíticos e a Idade

Tabulação cruzada Consumo de Medicamentos Ansiolíticos \* Idade

		Idade				Total	
		18 a 21	22 a 25	26 a 29	30 ou mais		
Consumo de Medicamentos Ansiolíticos	Sim	Contagem	63	43	7	7	120
		% em Consumo de Medicamentos Ansiolíticos	52,5%	35,8%	5,8%	5,8%	100,0%
		% em Idade	27,8%	27,4%	35,0%	28,0%	28,0%
		% do Total	14,7%	10,0%	1,6%	1,6%	28,0%
	Não	Contagem	164	114	13	18	309
		% em Consumo de Medicamentos Ansiolíticos	53,1%	36,9%	4,2%	5,8%	100,0%
		% em Idade	72,2%	72,6%	65,0%	72,0%	72,0%
		% do Total	38,2%	26,6%	3,0%	4,2%	72,0%
Total	Contagem	227	157	20	25	429	
	% em Consumo de Medicamentos Ansiolíticos	52,9%	36,6%	4,7%	5,8%	100,0%	
	% em Idade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	52,9%	36,6%	4,7%	5,8%	100,0%	

#### Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	,522 <sup>a</sup>	3	,914
Razão de verossimilhança	,501	3	,919
Associação Linear por Linear	,063	1	,802
N de Casos Válidos	429		

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

## Anexo XXVIII

### Resultados do teste *Qui-Quadrado* para associação entre o Consumo de Medicamentos Ansiolíticos e a Área de curso

Tabulação cruzada Consumo de Medicamentos Ansiolíticos \* Faculdade/Departamento ou Área do curso

		Faculdade/Departamento ou Área do curso					Total	
		Ciências da Saúde (Ciências Farmacêuticas, Medicina, Ciências Biomédicas, Optometria e Ciências da Visão)	Ciências (Matemática, Física e Química)	Engenharias (Informática, Ciência e Tecnologia 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)		
Consumo de Medicamentos Ansiolíticos	Sim	Contagem	59	10	19	20	12	120
		% em Consumo de Medicamentos Ansiolíticos	49,2%	8,3%	15,8%	16,7%	10,0%	100,0%
		% em Faculdade/Departamento ou Área do curso	31,4%	19,6%	29,7%	26,0%	24,5%	28,0%
		% do Total	13,8%	2,3%	4,4%	4,7%	2,8%	28,0%
	Não	Contagem	129	41	45	57	37	309
		% em Consumo de Medicamentos Ansiolíticos	41,7%	13,3%	14,6%	18,4%	12,0%	100,0%
		% em Faculdade/Departamento ou Área do curso	68,6%	80,4%	70,3%	74,0%	75,5%	72,0%
		% do Total	30,1%	9,6%	10,5%	13,3%	8,6%	72,0%
	Total	Contagem	188	51	64	77	49	429
		% em Consumo de Medicamentos Ansiolíticos	43,8%	11,9%	14,9%	17,9%	11,4%	100,0%
		% em Faculdade/Departamento ou Área do curso	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	43,8%	11,9%	14,9%	17,9%	11,4%	100,0%

#### Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	3,397 <sup>a</sup>	4	,494
Razão de verossimilhança	3,514	4	,476
Associação Linear por Linear	,974	1	,324
N de Casos Válidos	429		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 13,71.

## Anexo XXIX

### Sumarização de Teste de Hipótese de *Kruskal-Wallis* para a Influência da Ansiedade

#### Sumarização de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig. <sup>a,b</sup>	Decisão
1	A distribuição de Sexo é igual nas categorias de Influência da Ansiedade.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,000	Rejeitar a hipótese nula.
2	A distribuição de Idade é igual nas categorias de Influência da Ansiedade.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,285	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de Faculdade/Departamento ou Área do curso é igual nas categorias de Influência da Ansiedade.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,458	Reter a hipótese nula.

a. O nível de significância é ,050.

b. A significância assintótica é exibida.

## Anexo XXX

### Resultados do teste *Qui-Quadrado* para associação entre a Influência da Ansiedade e o Sexo

Tabulação cruzada Influência da Ansiedade \* Sexo

		Sexo		Total	
		Feminino	Masculino		
Influência da Ansiedade	Influência positiva	Contagem	18	20	38
		% em Influência da Ansiedade	47,4%	52,6%	100,0%
		% em Sexo	5,9%	19,0%	9,3%
		% do Total	4,4%	4,9%	9,3%
	Influência negativa	Contagem	249	65	314
		% em Influência da Ansiedade	79,3%	20,7%	100,0%
		% em Sexo	82,2%	61,9%	77,0%
		% do Total	61,0%	15,9%	77,0%
	Sem influência	Contagem	36	20	56
		% em Influência da Ansiedade	64,3%	35,7%	100,0%
		% em Sexo	11,9%	19,0%	13,7%
		% do Total	8,8%	4,9%	13,7%
Total	Contagem	303	105	408	
	% em Influência da Ansiedade	74,3%	25,7%	100,0%	
	% em Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	74,3%	25,7%	100,0%	

#### Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	21,465 <sup>a</sup>	2	,000
Razão de verossimilhança	19,513	2	,000
Associação Linear por Linear	1,202	1	,273
N de Casos Válidos	408		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 9,78.

## Anexo XXXI

### Sumarização de Teste de Hipótese de *Kruskal-Wallis* para o Impacto do Consumo do Chá/Infusão

#### Sumarização de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig. <sup>a,b</sup>	Decisão
1	A distribuição de Sexo é igual nas categorias de Impacto do consumo do Chá/Infusão.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,579	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de Idade é igual nas categorias de Impacto do consumo do Chá/Infusão.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,432	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de Faculdade/Departamento ou Área do curso é igual nas categorias de Impacto do consumo do Chá/Infusão.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,043	Rejeitar a hipótese nula.

a. O nível de significância é ,050.

b. A significância assintótica é exibida.

## Anexo XXXII

### Resultados do teste *Qui-Quadrado* para associação entre o Impacto do Consumo do Chá/Infusão e a Área de Curso

Tabulação cruzada Impacto do consumo do Chá/Infusão \* Faculdade/Departamento ou Área do curso

		Faculdade/Departamento ou Área do curso					Total	
		Ciências da Saúde (Ciências Farmacêuticas, Medicina, Ciências Biomédicas, Optometria e Ciências da Visão)	Ciências (Matemática, Física e Química)	Engenharias (Informática, Ciência e Tecnologia 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)		
Impacto do consumo do Chá/Infusão	Positivo	Contagem	62	19	14	24	14	133
		% em Impacto do consumo do Chá/Infusão	46,6%	14,3%	10,5%	18,0%	10,5%	100,0%
		% em Faculdade/Departamento ou Área do curso	51,7%	52,8%	34,1%	50,0%	40,0%	47,5%
		% do Total	22,1%	6,8%	5,0%	8,6%	5,0%	47,5%
	Negativo	Contagem	0	0	0	0	2	2
		% em Impacto do consumo do Chá/Infusão	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% em Faculdade/Departamento ou Área do curso	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,7%	0,7%
		% do Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,7%
	Nenhum	Contagem	58	17	27	24	19	145
		% em Impacto do consumo do Chá/Infusão	40,0%	11,7%	18,6%	16,6%	13,1%	100,0%
		% em Faculdade/Departamento ou Área do curso	48,3%	47,2%	65,9%	50,0%	54,3%	51,8%
		% do Total	20,7%	6,1%	9,6%	8,6%	6,8%	51,8%
Total	Contagem	120	36	41	48	35	280	
	% em Impacto do consumo do Chá/Infusão	42,9%	12,9%	14,6%	17,1%	12,5%	100,0%	
	% em Faculdade/Departamento ou Área do curso	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	42,9%	12,9%	14,6%	17,1%	12,5%	100,0%	

#### Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	18,726 <sup>a</sup>	8	,016
Razão de verossimilhança	13,101	8	,108
Associação Linear por Linear	1,172	1	,279
N de Casos Válidos	280		

a. 5 células (33,3%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,25.

## Anexo XXXIII

### Sumarização de Teste de Hipótese de *Kruskal-Wallis* para o Impacto do Consumo do Suplemento Ansiolítico

#### Sumarização de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig. <sup>a,b</sup>	Decisão
1	A distribuição de Sexo é igual nas categorias de Impacto do consumo do Suplemento Ansiolítico.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,060	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de Idade é igual nas categorias de Impacto do consumo do Suplemento Ansiolítico.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,536	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de Faculdade/Departamento ou Área do curso é igual nas categorias de Impacto do consumo do Suplemento Ansiolítico.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,259	Reter a hipótese nula.

a. O nível de significância é ,050.

b. A significância assintótica é exibida.

## Anexo XXXIV

### Sumarização de Teste de Hipótese de *Kruskal-Wallis* para o Impacto do Consumo do Medicamento Ansiolítico

#### Sumarização de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig. <sup>a,b</sup>	Decisão
1	A distribuição de Sexo é igual nas categorias de Consumo do Medicamento Ansiolítico melhorou/piorou o rendimento académico.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,325	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de Idade é igual nas categorias de Consumo do Medicamento Ansiolítico melhorou/piorou o rendimento académico.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,094	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de Faculdade/Departamento ou Área do curso é igual nas categorias de Consumo do Medicamento Ansiolítico melhorou/piorou o rendimento académico.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,107	Reter a hipótese nula.

a. O nível de significância é ,050.

b. A significância assintótica é exibida.