



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

**Avaliação do Consumo de Canábis, LSD,
Anfetaminas e Outras Drogas *Design* por
Estudantes Universitários
Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia
Comunitária e Investigação**

Catarina de Deus Esperancinha

Relatório para obtenção do Grau de Mestre em
Ciências Farmacêuticas
(Ciclo de estudos Integrado)

Orientador: Prof.^a Doutora María Eugenia Gallardo Alba

Covilhã, Outubro de 2015

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos aqueles de quem gosto e a todos os que me ajudaram e apoiaram na sua realização.

Em especial dedico-o às pessoas mais importantes da minha vida:

Aos meus fantásticos pais, Heraldo e Joana;

Às minhas queridas irmãs, Lúcia e Matilde;

Aos meus incríveis avós;

À Maria, meu anjinho da guarda.

Agradecimentos

Os meus sinceros agradecimentos,

À minha orientadora, Professora Doutora Eugenia Gallardo, por toda a sabedoria e conhecimentos partilhados, pelos conselhos imprescindíveis, pela constante disponibilidade, dedicação, simpatia e motivação;

A toda a equipa da Farmácia Jardim, em especial à Dr.^a Carla Catalão, à Ilda e à Sílvia, por toda a dedicação, incentivo, ajuda, transmissão de conhecimentos, simpatia e amizade, mas, acima de tudo, por acreditarem em mim ao ponto de me fazerem sentir um membro da equipa;

Aos meus extraordinários pais, a quem devo tudo;

À minha irmã Lúcia, pela paciência, pelo constante apoio, por me transmitir tudo aquilo que sabe, por confiar em mim mais do que eu própria confio, por ser um exemplo a seguir e por nunca me deixar desistir;

A todos os estudantes que aceitaram participar neste estudo;

Ao Filipe, ao João e à Joana pela ajuda preciosa que me prestaram;

Aos meus amigos de sempre, em especial à Catarina, à Ana Margarida e ao António, por caminharem sempre do meu lado, pelo apoio incondicional, pelos melhores conselhos, pelas gargalhadas incontroláveis e por nestes últimos meses nunca me deixarem esquecer que a vida era muito mais que a tese;

Às fantásticas pessoas que conheci ao longo destes 5 anos, as quais contribuíram para que eu chegasse aqui hoje e as quais levo no coração;

Em último, mas não menos importante, às minhas incríveis amigas Ana Rita, Carolina e Sofia, por terem percorrido este longo caminho comigo, por serem o melhor que a Covilhã me deu e por tornarem tudo tão mais fácil. A vocês levo-vos na palma da minha mão.

Resumo

O presente relatório para obtenção do grau de mestre em ciências farmacêuticas encontra-se dividido em dois capítulos distintos, incidindo o primeiro no estágio efetuado em farmácia comunitária e o segundo no trabalho realizado na vertente de investigação.

O relatório de estágio, tendo por base as Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária assim como a legislação em vigor, aborda a experiência profissional obtida durante o estágio curricular efetuado na Farmácia Jardim, situada na vila de Monforte, distrito de Portalegre. Neste capítulo encontram-se descritas as atividades realizadas assim como todos os conhecimentos e competências adquiridas no decorrer no estágio.

O uso abusivo de drogas ilícitas constitui atualmente um problema de saúde pública que acarreta sérias consequências pessoais e sociais. O consumo destas drogas tem um início cada vez mais precoce, sendo a universidade um dos meios mais propícios ao início e manutenção desta prática, tanto pela necessidade de integração no novo meio e pelos eventos festivos, como pela ausência de controlo familiar e sensação de liberdade. Neste âmbito, a vertente de investigação consiste na avaliação do consumo de canábis, LSD, anfetaminas e outras drogas *design* por estudantes da Universidade da Beira Interior. Este estudo foi realizado com recurso a questionários anónimos e confidenciais, distribuídos pelos alunos desta academia. Motivos que levaram a consumir estas drogas, frequência e hábitos de consumo, problemas associados ao uso destas substâncias e concordância com a legalização de canábis são tudo aspetos abordados no questionário e analisados nesta dissertação.

Dos 364 estudantes que constituem a amostra, a sua maioria consome ou já consumiu em algum momento da vida drogas de abuso ilícitas (51,9%), sendo os indivíduos do sexo masculino os principais consumidores destas substâncias (54,5%). A canábis é a droga mais consumida (97,89%), sendo também a que apresenta uma maior percentagem de indivíduos mais jovens nas idades de primeiro consumo e a que é usada com maior regularidade. As drogas em estudo são maioritariamente consumidas na rua (28,8%), em festas/discotecas (28,3%) e em casa (25,9%), principalmente na companhia de amigos (87,6%). O uso destas drogas ocorre frequentemente em simultâneo com o consumo de álcool e tabaco (21,2%) e estão muitas vezes associadas a efeitos adversos como perda de memória e/ou alucinações.

Palavras-chave

Farmácia Comunitária; Drogas Ilícitas; Canábis; Canabinóides Sintéticos; LSD; Anfetaminas; Estudantes Universitários; Consumo.

Abstract

This report for the degree of master in pharmaceutical sciences is divided into two distinct sections, the first one focusing on the internship made in community pharmacy and the second on the work of the research component.

The internship report, based on the Good Pharmaceutical Practices for community pharmacy as well as in the legislation, addresses the experience obtained during the traineeship made in Farmácia Jardim, situated in the village of Monforte, district of Portalegre. In this chapter the activities as well as all the knowledge and skills acquired during the internship are described.

Nowadays the abuse of illicit drugs is a public health problem that has serious personal and social consequences. The consumption of these drugs has a beginning increasingly early, and the university is one of the most favorable means to the initiation and maintenance of this practice, both by the need of integration in a new environment and for festive events, as by the lack of family control and sense of freedom. In this context, the research part consists in evaluating the use of cannabis, LSD, amphetamines and other design drugs by students from the University of Beira Interior. This study was conducted using anonymous and confidential questionnaires distributed by the students of this academy. Reasons for consuming these drugs, frequency and habits of consumption, problems associated to the use of these substances and agreement to the legalization of cannabis are all issues addressed in the questionnaire and analyzed in this work.

Of the 364 students in the sample, the majority consumes or has consumed at some point in life illicit drugs (51,9%), and males are the main consumers of these substances (54,5%). Cannabis is the most commonly consumed drug (97,89%), being also the drug with higher percentage of younger people in ages of the first consumption and which is used more regularly. The studied drugs are mainly consumed on the street (28,8%), at parties/clubs (28,3%) and at home (25,9%), especially in the company of friends (87,6%). The use of these drugs often occurs simultaneously with the consumption of alcohol and tobacco (21,2%), and is often associated with adverse effects such as memory losses and/or hallucinations.

Keywords

Community Pharmacy; Illicit Drugs; Cannabis; Synthetic Cannabinoids; LSD; Amphetamines; College Students; Consumption.

Índice

Capítulo I: Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária	1
1. Introdução	3
2. Organização da Farmácia	3
2.1. Localização geográfica e horário de funcionamento	3
2.2. Caracterização dos utentes da FJ	4
2.3. Sistema de Gestão da Qualidade.....	4
2.4. Espaço físico e divisões funcionais.....	5
2.4.1. Espaço exterior da farmácia	5
2.4.2. Espaço interior da farmácia.....	5
2.5. Recursos Humanos	7
2.6. Equipamentos gerais e específicos	8
2.7. Sistema Informático	8
3. Informação e Documentação Científica	9
4. Medicamentos	10
5. Aprovisionamento e Armazenamento	11
5.1. Gestão de Encomendas	11
5.1.1. Seleção do fornecedor e critérios de aquisição	11
5.1.2. Elaboração e realização de encomendas	11
5.1.3. Receção e conferência de encomendas.....	12
5.1.4. Margens legais de comercialização na marcação de preços.....	12
5.1.5. Devoluções	13
5.2. Armazenamento.....	13
5.3. Controlo de prazos de validade	14
6. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento	15
6.1. Farmacovigilância	16
6.2. Medicamentos fora de uso	16
7. Dispensa de medicamentos	16
7.1. Prescrição médica e respetiva validação	17
7.2. Interpretação, avaliação e aviamento da prescrição médica.....	18
7.2.1. Nova Receita Eletrónica	19
7.3. Regimes de comparticipação	19
7.4. Conferência de receituário	20
7.5. Dispensa de psicotrópicos/estupefacientes.....	20
7.6. Dispensa de medicamentos genéricos.....	21
8. Automedicação e Indicação Farmacêutica	22
9. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde	23
9.1. Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene.....	23

9.2. Produtos dietéticos para alimentação especial	23
9.3. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)	24
9.4. Produtos homeopáticos.....	25
9.5. Medicamentos de uso veterinário.....	25
9.6. Dispositivos médicos	26
10. Outros cuidados de saúde prestados na Farmácia Jardim	27
11. Preparação de medicamentos	27
11.1. Matérias-primas e material de laboratório	28
11.2. Manipulação	28
11.3. Regime de preços	29
11.4. Regime de participações.....	29
11.5. Preparações extemporâneas	30
12. Processamento de receituário e faturação	30
13. Conclusão.....	31
Bibliografia.....	33
Capítulo II: Avaliação do Consumo de Canábis, LSD, Anfetaminas e Outras Drogas Design por Estudantes Universitários.....	37
1. Introdução	39
1.1. Consumo de drogas ilícitas.....	40
1.2. Legislação Portuguesa	40
1.3. Conceito, classificação e origem das drogas.....	42
1.4. Drogas de abuso em estudo.....	44
1.4.1. Canábis	44
1.4.1.1. Constituição da canábis e seu mecanismo de ação	45
1.4.1.2. Formas de comercialização e de consumo	45
1.4.1.3. Efeitos dos Canabinóides	46
1.4.1.4. Dependência e tolerância	47
1.4.1.5. Utilização da canábis para fins medicinais	47
1.4.2. Canabinóides Sintéticos.....	48
1.4.2.1. Formas de comercialização e de consumo	48
1.4.2.2. Classificação	49
1.4.2.3. Efeitos e toxicidade	49
1.4.3. LSD	50
1.4.3.1. Mecanismo de ação	50
1.4.3.2. Formas de comercialização e de consumo	50
1.4.3.3. Efeitos.....	51
1.4.3.4. Dependência e tolerância	52
1.4.4. Anfetaminas e seus derivados	52
1.4.4.1. Anfetamina e Metanfetamina	53
1.4.4.2. Ecstasy	54

1.4.4.3. Efeitos medicinais das anfetaminas.....	55
1.4.5. Mefedrona.....	56
1.4.5.1. Mecanismo de ação.....	56
1.4.5.2. Formas de comercialização e de consumo.....	56
1.4.5.3. Efeitos.....	56
1.4.5.4. Dependência e tolerância.....	57
2. Objetivos.....	59
3. Material e Métodos.....	61
3.1. Tipo de estudo e seleção da amostra.....	61
3.2. Metodologia.....	61
3.3. Critérios de inclusão e de exclusão.....	61
3.4. Análise estatística dos dados.....	62
4. Resultados e Discussão.....	63
4.1. Análise descritiva da amostra.....	63
4.2. Avaliação do consumo de drogas de abuso ilícitas pela população em estudo.....	65
4.2.1. Relação entre o gênero e o consumo de drogas ilícitas.....	66
4.3. Prevalência de consumo das drogas em estudo.....	66
4.3.1. Relação entre o gênero e o tipo de droga consumida.....	68
4.3.2. Consumo e compra de Anfetaminas e seus derivados.....	69
4.3.3. Consumo de Canabinóides Sintéticos.....	70
4.4. Idade de primeiro consumo das drogas em estudo.....	71
4.4.1. Relação entre o gênero e as idades de primeiro consumo das drogas em estudo.....	73
4.5. Motivos que levaram ao consumo das drogas em estudo.....	74
4.6. Frequência de consumo das drogas em estudo.....	74
4.6.1. Relação entre o gênero e a frequência de consumo das drogas em estudo.....	75
4.7. Companhias e locais habituais de consumo.....	77
4.8. Associação das drogas em estudo com outras substâncias.....	79
4.9. Sensações mais frequentes após o consumo de canábis.....	80
4.10. Efeitos consequentes ao consumo das drogas em estudo.....	80
4.11. Motivos que levaram os estudantes a deixarem de consumir as drogas em estudo ...	81
4.12. Concordância dos estudantes quando à legalização da canábis.....	82
4.12.1. Relação entre o consumo de drogas de abuso ilícitas e a concordância da legalização da canábis.....	83
5. Conclusão.....	84
Bibliografia.....	87
Anexos	93
Anexo 1: Exemplo de procedimento do sistema de gestão de qualidade da FJ.....	93
Anexo 2: Inquérito.....	95
Anexo 3: Sensações mais frequentes após o consumo de canábis.....	99

Lista de Figuras

Figura 1: Folha de <i>Cannabis indica</i>	44
Figura 2: Folha de <i>Cannabis sativa</i>	44
Figura 3: Erva/Marijuana	46
Figura 4: Resina/Haxixe	46
Figura 5: Óleo de Canábis	46
Figura 6: Papéis de LSD	51
Figura 7: Comprimidos de ecstasy	55

Lista de Tabelas

Tabela 1: Estatística descritiva da amostra segundo a idade	63
Tabela 2: Distribuição etária da amostra em subgrupos.....	64
Tabela 3: Caracterização da amostra segundo o tipo de estudo superior frequentado.....	64
Tabela 4: Relação entre o sexo e o consumo de drogas ilícitas	66
Tabela 5: Relação entre o sexo e o tipo de droga consumida	68
Tabela 6: Descrição do consumo de anfetaminas e seus derivados.....	69
Tabela 7: Descrição da amostra segundo a idade de primeiro consumo das drogas em estudo.....	72
Tabela 8: Relação entre o género e a idade de primeiro consumo da canábis	73
Tabela 9: Relação entre o género e a idade de primeiro consumo de LSD.....	73
Tabela 10: Motivos que levaram ao consumo das drogas em estudo	74
Tabela 11: Frequência de consumo das drogas em estudo	75
Tabela 12: Relação entre o género e a frequência de consumo de canábis.....	76
Tabela 13: Relação entre o género e a frequência de consumo de anfetaminas.....	76
Tabela 14: Relação entre o género e a frequência de consumo de LSD	77
Tabela 15: Companhias habituais de consumo das drogas em estudo.....	77
Tabela 16: Motivos que levaram os estudantes a deixarem de consumir as drogas em estudo	82
Tabela 17: Concordância com a legalização da canábis	82
Tabela 18: Relação entre o consumo de drogas ilícitas e a concordância da legalização da canábis.....	83

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Caracterização da amostra por género	63
Gráfico 2: Caracterização da amostra segundo o ano académico frequentado	65
Gráfico 3: Consumo de drogas de abuso ilícitas.....	65
Gráfico 4: Substâncias consumidas pela população em estudo.....	67
Gráfico 5: Compra de anfetaminas em <i>smartshops</i> ou pela internet.....	70
Gráfico 6: Consumo de canabinóides sintéticos.....	71
Gráfico 7: Locais habituais de consumo das substâncias em estudo.....	78
Gráfico 8: Associação das drogas em estudo com outras substâncias	79
Gráfico 9: Consequências do consumo das drogas em estudo	81

Lista de Acrónimos

4-MTA	4-Metiltioanfetamina
AM	Anfetamina
ANF	Associação Nacional de Farmácias
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPF	Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária
cAMP	Adenosina Monofosfato cíclico
CBD	Canabidiol
CBN	Canabinol
CBRs	Recetores de Canabinóides Endógenos
CDT	Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência
CEDIME	Centro de Documentação e Informação do Medicamento
CIM	Centro de Informação dos Medicamentos
DCI	Denominação Comum Internacional
DOB	2,5-dimetoxi-4-bromoanfetamina
DOM	2,5-dimetoxi-4-metanfetamina
DT	Diretora Técnica
ECATD	Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas
EMCDDA	<i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i>
ESPAD	<i>European School Survey Project on Alcohol and other Drugs</i>
FEFO	<i>First Expired-First Out</i>
FJ	Farmácia Jardim
GABA	Ácido Gama-Aminobutírico
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
IVA	Imposto de Valor Acrescentado
LEF	Laboratórios de Estudos Farmacêuticos
LSD	Dietilamida do Ácido Lisérgico
MA	Metanfetamina
MBDB	N-metil-1,3-benzodioxolilbutanamina
MDA	3,4-metilenodioxianfetamina
MDEA	3,4-metilenodioxietilanfetamina
MDMA	3,4-metilenodioximetanfetamina
MM	Medicamentos Manipulados
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MP	Matérias-Primas
MSRM	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
NSP	Novas Substâncias Psicoativas

OF	Ordem dos Farmacêuticos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHDA	Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção
PIC	Preço Impresso na Cartonagem
PMA	Para-metoxianfetamina
PT	Prontuário Terapêutico
PVF	Preço de Venda à Farmácia
PVP	Preço de Venda ao Público
RAM	Reação Adversa ao Medicamento
RCM	Resumo das Características do Medicamento
RE	Receita Especial
SAMS	Serviço de Assistência Médica Social do Sindicato dos Bancários
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SNC	Sistema Nervoso Central
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
THC	Delta-9-tetrahydrocannabinol
UBI	Universidade da Beira Interior
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
VALORMED	Sociedade Gestora de Resíduos de Embalagens e Medicamentos

Capítulo 1

Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

1. Introdução

A farmácia comunitária, de entre todas as áreas da atividade farmacêutica, é a face mais visível da profissão. Dada a sua acessibilidade à população é um local de excelência para a promoção de saúde e bem-estar da sociedade.

As funções assumidas pelo farmacêutico comunitário, enquanto profissional de saúde altamente qualificado, vão muito além da simples dispensa dos medicamentos. Em farmácia comunitária o aconselhamento sobre o uso racional dos fármacos e a monitorização dos utentes são conceitos indissociáveis da boa prática farmacêutica. O farmacêutico deixou, assim, de ser apenas o especialista do medicamento, para incluir na sua prática o doente, tornando-se, deste modo, também um especialista de saúde pública [1].

Um estágio pode ser entendido como um elo de ligação entre os conhecimentos teóricos academicamente adquiridos e a sua respetiva aplicação prática. Neste âmbito é da maior importância que o estágio em farmácia comunitária seja o culminar de quatro anos e meio de estudos, pois é através do mesmo que os alunos vão completar o seu período de aprendizagem, adquirindo assim todas as competências necessárias para a prática da profissão nesta área.

O presente relatório é referente ao estágio curricular no âmbito do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas realizado na Farmácia Jardim (FJ), entre os dias 19 de Janeiro e 19 de Junho de 2015, sob orientação da Dr.^a Carla Catalão. Este relatório de estágio pretende, deste modo, descrever as atividades realizadas, bem como todos os conhecimentos e competências adquiridas durante o decorrer do mesmo, encontrando-se organizado com base na caderneta de aluno cedida pela direção do curso para validação das atividades desenvolvidas.

2. Organização da Farmácia

2.1. Localização geográfica e horário de funcionamento

A FJ situa-se na rua Doutor Arsénio Teixeira Jardim, na vila de Monforte, distrito de Portalegre. Encontra-se aberta ao público de segunda a sexta das 9:00h às 13:00h e das 15:00h às 19:00h e aos sábados das 9:00h às 13:00h.

Esta farmácia existe há mais de 100 anos e sempre assumiu um papel de grande importância para a população. A FJ é a única na vila de Monforte, tendo dois postos farmacêuticos associados em duas das suas freguesias: Santo Aleixo e Assumar. O facto de a FJ ser a única

em Monforte aumenta a responsabilidade e a importância dos cuidados prestados à população, obrigando a um serviço de disponibilidade de 24h por dia. Após o encerramento previsto no horário de funcionamento existe sempre um funcionário disponível para se deslocar à farmácia caso surja algum caso urgente (com receita médica), estando afixado na porta do estabelecimento o seu contacto telefónico. Este regime de disponibilidade está de acordo com alínea d) do artigo 11º do Decreto-Lei n.º 172/2012, de 1 de agosto [2].

Os postos farmacêuticos são pequenas farmácias que, não sendo autónomas, funcionam em dependência da farmácia principal. Isto significa que todas as encomendas e faturação de receita são feitas na primeira. O horário de funcionamento destes estabelecimentos também é mais reduzido, pois o tamanho das populações não justifica um horário normal. No entanto, se alguém necessitar de medicamentos fora desse horário basta um telefonema para a farmácia principal, que se encarrega de os fazer chegar no próprio dia.

2.2. Caracterização dos utentes da FJ

Como referido anteriormente, a FJ é a única na vila de Monforte, o que leva a que os utentes sejam diversificados no que diz respeito a faixas etárias e a estratos sociais. Apesar desta diversidade de utentes a farmácia é sobretudo frequentada por idosos. Tal deve-se aos factos de a população na vila ser envelhecida e das doenças crónicas se tornam mais prováveis à medida que a idade avança, tendo como consequência o aumento do consumo de medicamentos por esta faixa etária.

Praticamente todos os clientes são regulares e fidelizados, havendo uma grande relação de cumplicidade e respeito entre estes e a equipa da farmácia. Desta forma, os profissionais de saúde da FJ procuram preencher as distintas necessidades dos diferentes tipos de utentes, tendo em conta o seu nível educacional, faixa etária e recursos económicos. Independentemente destas características, o atendimento é o mais profissional possível, tentando-se sempre criar uma empatia com o utente de modo garantir o melhor uso possível do medicamento.

2.3. Sistema de Gestão da Qualidade

A FJ tem em construção um sistema de gestão qualidade, o qual ainda não é certificado. A implementação deste sistema tem como objetivo promover o aperfeiçoamento da gestão da farmácia, assim como otimizar o desempenho interno, garantido o fornecimento de uma melhoria contínua dos serviços prestados aos utentes. Em anexo (Anexo 1) encontra-se um dos procedimentos já formulado pela Dr.ª Carla.

2.4. Espaço físico e divisões funcionais

A qualidade do serviço prestado por uma farmácia depende das condições que a mesma apresenta e da existência de uma estrutura adequada [3].

2.4.1. Espaço exterior da farmácia

Relativamente ao exterior da FJ, este encontra-se devidamente sinalizada por um letreiro com a inscrição “Farmácia Jardim” e uma cruz verde que se encontra iluminada nos horários de serviço da mesma. No exterior encontra-se também uma placa com identificação da diretora técnica, o horário de funcionamento e o número telefónico do funcionário responsável pelo serviço de disponibilidade. A entrada é acessível a todos os utentes, tendo uma rampa para garantir facilmente a acessibilidade.

A farmácia dispõe de uma montra que tem como objetivo divulgar vários produtos, sendo renovada consoante as campanhas existentes.

Todas estas condições fazem com que a FJ, no que diz respeito ao espaço exterior da farmácia, esteja de acordo com as orientações das Boas Práticas Farmacêuticas (BPF) para a farmácia comunitária [3] e com o Decreto-Lei n.º 307/07, de 31 de Agosto na sua redação atual [4].

2.4.2. Espaço interior da farmácia

Quanto ao espaço interior da farmácia este deve ser profissional, permitindo uma eficaz comunicação com os utentes. Neste deve constar uma placa com o nome da diretora técnica e uma visível divulgação dos serviços farmacêuticos prestados, juntamente com os respetivos preços. Este espaço também deve conter informação sobre a existência de livro de reclamações assim como o símbolo relativo à proibição de fumar. Para segurança tanto da própria farmácia e dos seus profissionais como dos utentes, a implementação de um circuito fechado de imagens por vídeo é fundamental. Deve constar no seu interior um aviso que informe os utentes que estão a ser filmados [3]. Todos estes requisitos são cumpridos pela FJ.

Devido ao seu valor de faturação, a FJ cumpre as condições previstas no artigo 57.º-A do Decreto-Lei n.º 171/2012 de 1 de agosto [5]. Deste modo, e de acordo com Deliberação n.º 1502/2014 de 3 de julho [6], que aprova os regulamentos sobre áreas mínimas das farmácias de oficina, estas mesmas áreas são inferiores às exigidas para farmácias que não estejam abrangidas pelo artigo referido. Contudo a FJ não obedece a estas áreas mínimas obrigatórias, uma vez que é anterior à deliberação que decreta as mesmas. Apesar disso, apresenta todas as divisões necessárias exigidas: sala de atendimento ao público, gabinete de

atendimento personalizado, laboratório, armazém e instalações sanitárias [5,6], apresentando ainda algumas divisões extra.

Passo então à descrição sucinta das divisões funcionais da FJ:

Sala de atendimento ao público: Pode dizer-se que esta é, sem dúvida, a área mais importante da farmácia. Esta é uma zona bem cuidada, com um ambiente calmo e luminoso de modo a garantir o maior conforto possível ao utente. É constituída por 3 balcões posicionados de modo a possibilitar a privacidade do atendimento, sendo que apenas dois deles possuem computador, impressora e dispositivo de leitura ótica. Nesta zona o utente encontra ainda vários produtos e medicamentos de venda livre expostos. Estes produtos estão agrupados de acordo com a finalidade a que se destinam, nomeadamente: produtos homeopáticos, fitoterapia, dermocosmética, produtos capilares, produtos de emagrecimento, suplementos alimentares, entre outros. Neste mesmo espaço existem cadeiras onde os utentes podem descansar e uma balança eletrónica para determinação do peso corporal e altura, a qual contém um dispositivo automático de pressão arterial incorporado.

Gabinete de atendimento personalizado: Este gabinete destina-se à prestação de serviços farmacêuticos, garantido um atendimento personalizado e oferecendo uma maior privacidade na interação com o utente em situações que assim o exigem. É nele que se realiza a determinação dos parâmetros bioquímicos: medição de colesterol total, triglicéridos e glicémia capilar.

Laboratório: Este local destina-se à preparação de medicamentos manipulados (MM), respeitando todas as normas exigidas e toda a legislação no que diz respeito ao espaço físico e material necessário [7]. A preparação de MM neste laboratório segue sempre os procedimentos legais das boas práticas de fabrico dos mesmos [8]. No entanto, a produção de MM na FJ não é de uso corrente, sendo efetuada apenas em casos mais pontuais. As matérias-primas (MP) existentes encontram-se acondicionadas e devidamente rotuladas num armário. A reconstituição de preparações extemporâneas também é feita neste local.

Armazém: A FJ é constituída por duas áreas de armazenamento. Uma delas, a principal, fica situada atrás da área de atendimento ao público e contém um armário com gavetas deslizantes nas quais se encontram os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) bem como alguns medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM). Neste armário os medicamentos estão organizados por ordem alfabética e dosagem, encontrando-se separados quanto à sua forma farmacêutica e via de administração. Neste armazém existe ainda um armário apenas destinado a medicamentos genéricos e um frigorífico para acondicionar a medicação que necessite de um armazenamento no frio. A outra área encontra-se numa zona mais interior da farmácia e nesta encontram-se os medicamentos de uso veterinário, alguns medicamentos de venda livre (papas, leites, entre outros) e medicamentos que são adquiridos

em grandes quantidades. Neste espaço também se encontra um armário com acesso restrito, o qual se destina ao armazenamento dos psicotrópicos.

Escritório/área para recepção de encomendas: Este é um escritório amplo que apresenta diversas funcionalidades. É aqui que se faz a recepção das encomendas, as devoluções, a conferência do receituário, a gestão administrativa e financeira da farmácia, bem como a recepção e atendimento de delegados de informação médica e/ou fornecedores. Esta zona encontra-se, portanto, equipada com todo o material necessário para a realização das tarefas a que se destina (três secretárias, computador, impressora de códigos de barras, sensor de leitura ótica, fax, telefone, fotocopiadora, entre outros) assim como um monitor de vigilância. Este escritório dispõe ainda de várias zonas de arrumação onde se encontra diversa bibliografia útil e documentação importante.

Instalações sanitárias: Existe uma casa de banho destinado ao uso dos funcionários da FJ, bem como dos seus utentes.

2.5. Recursos Humanos

Os recursos humanos são, sem dúvida, a base do bom funcionamento de qualquer farmácia comunitária. É assim da maior importância que estes se encontrem ajustados à realidade da mesma, quer em número, quer em conhecimentos e profissionalismo.

A equipa da FJ é constituída por seis elementos, nomeadamente:

- Proprietário da farmácia, o qual é responsável por toda a gestão e parte financeira;
- Diretora técnica (DT), sendo esta a única farmacêutica;
- Três técnicos de farmácia;
- Auxiliar de limpeza.

Como referido anteriormente, a FJ devido ao seu valor de faturação cumpre as condições previstas no artigo 57.º-A do Decreto-Lei n.º 171/2012 de 1 de agosto, podendo deste modo dispensar a obrigatoriedade do segundo farmacêutico [5].

A direção técnica da farmácia é assegurada em permanência e exclusividade pela Dr.ª Carla Catalão, sendo da sua responsabilidade manter um correto e adequado funcionamento da farmácia a todos os níveis.

Os colaboradores da FJ são profissionais de extrema competência, os quais colocam toda a sua experiência e profissionalismo em qualquer tarefa diária. É uma equipa coesa baseada numa relação profissional cordial onde predomina o respeito, mas onde também existem relações pessoais saudáveis permitindo um ambiente familiar e de entreaajuda.

É de salientar na FJ o facto de tanto a farmacêutica como os técnicos de farmácia apresentarem uma polivalência a nível das suas funções. Quer isto dizer que cada profissional faz um pouco de tudo, dentro das suas competências. Tal facto permite uma grande flexibilidade e rotatividade nas tarefas desempenhadas.

2.6. Equipamentos gerais e específicos

Todas as farmácias devem possuir equipamentos necessários às funções e serviços que desempenham, os quais devem estar em boas condições de modo a garantir o fim pretendido.

Tendo em conta as suas atividades específicas, a FJ possui material de laboratório (balança analítica, material de vidro, pedra mármore, etc.), material necessário para as medições dos parâmetros bioquímicos efetuadas na farmácia (máquinas específicas, lancetas, tiras, luvas, etc.). Possui também farmacopeias, formulários, equipamentos existentes em várias secções da farmácia que permitem a monitorização da temperatura e humidade, bem como a câmara fria, na qual se armazenam os produtos que devem ser mantidos sob refrigeração.

Relativamente a equipamentos gerais, a FJ contém computadores, caixas registadoras, impressoras, fotocopiadora, fax, telefones, caixas registadoras, terminais multibancos, modem, entre outros.

2.7. Sistema Informático

Hoje em dia a informática tornou-se uma peça fundamental na gestão e administração da farmácia, dadas as necessidades dos serviços prestados. Deste modo a informatização permite maior facilidade, segurança e rapidez na execução de praticamente todas as tarefas realizadas na farmácia.

A FJ utiliza como suporte informático o programa Sifarma 2000, sendo este propriedade da Glintt® e específico para farmácias. Este programa aumenta a qualidade do atendimento, permitindo que este seja mais ágil, assim como aumenta a qualidade do serviço, ao otimizar e racionalizar a gestão administrativa e financeira.

Quase toda a atividade na farmácia recorre à utilização deste sistema informático. De uma forma genérica, o programa facilita a realização e receção de encomendas, a gestão de stocks e devoluções, o controlo de prazos de validade, a atualização de preços, a análise de vendas, a impressão de lotes, bem como o fecho do receituário mensal, entre outras tarefas. Este programa é também fulcral para a dispensa de produtos ao público, sendo uma boa ferramenta de auxílio para o farmacêutico a nível científico, fornecendo informações sobre os

medicamentos no que diz respeito a grupos terapêuticos, grupos homogêneos, posologia, efeitos secundários, contraindicações, entre outros.

Cada colaborador da farmácia possui um perfil de utilizador ao qual se tem acesso através de um código confidencial e intransmissível. Esse código, solicitado automaticamente aquando do início de cada sessão de trabalho, identifica todas as atividades realizadas por cada colaborador. Durante o estágio tive a oportunidade de ter o meu próprio perfil de utilizador, o qual utilizei em todas as funções desempenhadas no Sifarma 2000.

Para se evitar a perda de informação, em caso de avaria informática ou acidente, a FJ possui um sistema de cópias de segurança.

3. Informação e Documentação Científica

A existência de fontes bibliográficas credíveis e fiáveis na farmácia, continuamente atualizadas e organizadas, são essenciais para a qualidade do serviço farmacêutico, na medida em que garantem um correto aconselhamento aos utentes.

Deste modo, e como a lei assim o exige [4,9], a FJ possui uma pequena biblioteca na qual consta a bibliografia de presença obrigatória e não só. Entre todos os livros existentes na farmácia são de destacar a Farmacopeia Portuguesa, o Prontuário Terapêutico (PT), o Formulário Galénico Português, o Índice Nacional Terapêutico, o Código Deontológico dos Farmacêuticos e as Boas Práticas em Farmácia Comunitária. A biblioteca da FJ possui ainda diversas obras nos domínios do aconselhamento farmacêutico, dermatologia e veterinária, sendo que tive a oportunidade de consultar algumas delas.

De acordo com as BPF [3], no processo de cedência de medicamentos, o farmacêutico deve obrigatoriamente dispor de acesso físico ou eletrónico a informação que contenha indicações, contraindicações, interações, posologia e precauções a ter em conta com a utilização dos medicamentos. Na FJ estas informações são consultadas no PT, no Resumo das Características dos Medicamentos (RCM) e no "Martindale, The Extra Pharmacopeia". Durante o estágio tive, por diversas vezes, a necessidade de consultar as fontes bibliográficas referidas anteriormente, as quais me ajudaram a esclarecer as dúvidas existentes.

Apesar das mais variadas fontes de informação existentes, há situações em que as fontes bibliográficas se revelam insuficientes para solucionar as questões que se levantam. Nestes casos a farmácia pode entrar em contacto com os centros de informação e documentação. Como exemplo temos o Centro de Documentação e Informação do Medicamento (CEDIME) da Associação Nacional de Farmácias (ANF), o Centro de Informação do Medicamento (CIM) da Ordem dos Farmacêuticos (OF) e o Laboratório de Estudos Farmacêuticos (LEF).

Aquando do meu estágio foi necessário recorrer a dois destes centros, recorreu-se ao CEDIME para o esclarecimento de uma interação medicamentosa e ao LEF devido a uma dúvida na preparação de um manipulado. Nos dois casos foram enviados *e-mails* para a farmácia com documentação e informação relativa às dúvidas apresentadas.

4. Medicamentos

Segundo o Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto [10], um medicamento é definido como toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas.

Os medicamentos são classificados, quanto à dispensa ao público, em:

- Medicamentos sujeitos a receita médica;
- Medicamentos não sujeitos a receita médica.

Dentro dos MSRM encontram-se os que preenchem uma das seguintes condições [10]:

- Possam constituir um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica;
- Possam constituir um risco, direto ou indireto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam;
- Conttenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar;
- Se destinem a ser administrados por via parentérica.

Os medicamentos que não preencham qualquer das condições previstas anteriormente descritas não estão sujeitos a receita médica.

Na farmácia existem diferentes produtos de saúde, dentro dos quais existem determinadas categorias que apresentam algumas especificidades e que se encontram devidamente enquadradas por legislação própria. Tais produtos encontram-se descritos em tópicos posteriores.

5. Aprovisionamento e Armazenamento

5.1. Gestão de Encomendas

5.1.1. Seleção do fornecedor e critérios de aquisição

A aquisição dos diferentes medicamentos e produtos de saúde pelas farmácias tanto pode ser feita pela compra a armazéns de distribuição grossista como pela compra direta ao laboratório responsável pelo seu fabrico e/ou importação.

A FJ trabalha diariamente com dois armazenistas, sendo estes a Alliance Healthcare e o Francisco João Sousa & Filho Lda. Quando estes não possuem o pretendido ou em casos mais específicos a FJ recorre tanto a outros fornecedores como aos laboratórios.

Vários critérios são tidos em conta na seleção do fornecedor, nomeadamente: a disponibilidade do medicamento/produto de saúde encomendado; a qualidade/segurança da distribuição; a rapidez na entrega dos pedidos; as condições de pagamento; a possibilidade de efetuar devoluções de produtos; preços praticados, descontos comerciais, assim como campanhas existentes e bónus. A FJ dá preferência ao armazenista local Francisco João Sousa & Filho Lda, tanto por este apresentar preços muito competitivos, como pela relação de proximidade, havendo uma grande facilidade no contacto com o mesmo para resolução de eventuais problemas.

5.1.2. Elaboração e realização de encomendas

As encomendas diárias são efetuadas duas vezes por dia, por volta das 13h00 e por volta das 19h00. Estas encomendas são realizadas através do Sifarma 2000, o qual permite avaliar os movimentos dos produtos e definir os *stocks* máximos e mínimos. Surge então no sistema informático, de forma automática, uma “proposta de encomenda” face a um fornecedor preferencial, com produtos que atingiram o *stock* mínimo. Estas propostas são analisadas e aprovadas por qualquer um dos membros da equipa e, de seguida, a encomenda é enviada, via *modem*, ao fornecedor. A primeira encomenda a ser enviada é sempre com destino ao armazenista Francisco João Sousa & Filho Lda, o qual manda de imediato um *fax* com os produtos da encomenda que se encontram em falta, sendo estes produtos introduzidos na encomenda gerada para a Alliance Healthcare, a qual é enviada de seguida.

Há situações em que são necessários produtos que não constam do *stock* habitual da farmácia, nestes casos estes produtos são encomendados através do telefone ou através de uma encomenda instantânea. A encomenda instantânea é realizada informaticamente através de uma opção que se encontra na ficha do produto que se pretende encomendar.

Na FJ realizam-se muitas vezes as chamadas compras diretas. Estas são feitas diretamente aos laboratórios por via telefónica ou através dos delegados/representantes das respetivas marcas comerciais, sendo estas compras da responsabilidade do proprietário/gestor da farmácia. Os produtos de dermocosmética, puericultura, dietéticos, fitoterapia e medicamentos genéricos são os mais encomendados por esta via.

5.1.3. Receção e conferência de encomendas

A receção de encomendas foi a minha primeira tarefa na FJ, sendo sem dúvida o melhor ponto de partida, uma vez que me permitiu a familiarização com marcas, nomes comerciais, formas farmacêuticas, dosagens e tamanhos de embalagens existentes no mercado.

Sempre que uma encomenda chega à farmácia, seja esta diária ou pontual, é necessário dar entrada da mesma. Estas encomendas chegam em contentores específicos de cada fornecedor e o primeiro passo é verificar se vêm acompanhadas pela respetiva fatura ou guia de remessa, em duplicado, onde se discriminam todos os produtos da encomenda, a sua quantidade e o preço.

Aquando da receção, que é sempre realizada em suporte informático através do Sifarma 2000, é de crucial importância conferir os prazos de validade assim como a integridade das embalagens. O número de embalagens, preço faturado e preço de venda ao público (PVP) deve ser também analisado e conferindo com a guia/fatura. É importante salientar que os produtos que necessitam de conservação a baixas temperaturas têm prioridade na receção, a fim de se manterem as condições de armazenamento exigidas.

Após todos os produtos terem sido rececionados confirma-se o preço de custo da fatura com o calculado pelo programa. Qualquer não conformidade detetada deve ser comunicada ao fornecedor em questão. Para finalizar são impressos os códigos de barras dos produtos cujo preço é marcado na farmácia.

Por último, as faturas/guias de remessa são arquivadas para posteriormente serem comparadas com o resumo de faturas enviado mensalmente pelos fornecedores.

5.1.4. Margens legais de comercialização na marcação de preços

Segundo o estatuto do medicamento constante no Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto [10], o regime de preços dos MSRM e dos MNSRM comparticipados é fixado por decreto-lei, pelo que estes possuem um Preço Impresso na Cartonagem (PIC). O regime de preços dos MSRM e dos MNSRM comparticipados é então estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de Novembro [11], na sua atual redação, competindo ao INFARMED autorizar o PVP dos medicamentos abrangidos por este Decreto-Lei.

Os produtos de venda livre, contrariamente aos anteriores, não apresentam PIC, sendo necessária a sua marcação pela farmácia. Deste modo o preço é calculado tendo em conta o Preço de Venda à Farmácia (PVF), a margem de lucro estabelecida pela mesma e o tipo de produto. Sobre este valor é ainda aplicado o Imposto de Valor Acrescentado (IVA) (6 ou 23%), originando o PVP.

5.1.5. Devoluções

Há várias situações que levam à devolução de produtos aos respetivos fornecedores/laboratórios, entre elas temos: a receção de embalagens danificadas; produtos encomendados por engano; produtos que não foram rececionados, mas que se encontram debitados na fatura; produtos cujo prazo de validade é curto ou já expirou; produtos mandados recolher pelo INFARMED ou pelo laboratório de origem; produtos em que o PIC não está disponível no mercado; entre outros. Esta possibilidade de devolução é muito benéfica, na medida em que leva à minimização de perdas para a farmácia.

As devoluções devem ser feitas no menor curto espaço de tempo possível, uma vez que muitos fornecedores têm limites de prazo estabelecidos para as aceitar.

Para proceder à devolução é gerada uma nota de devolução onde consta o fornecedor para o qual se está a devolver, o produto, o motivo da devolução e respetiva observação. Esta nota de devolução é emitida em triplicado, sendo cada uma carimbada e rubricada pelo operador. Uma das cópias fica arquivada na farmácia sendo as outras duas anexadas à cópia da fatura, com a qual o produto deu entrada na farmácia, e enviadas em conjunto com o mesmo ao fornecedor.

O fornecedor pode ou não aceitar o pedido. Se aceitar, a regularização pode ser realizada mediante uma nota de crédito ou mediante produto igual. Se não aceitar, os produtos em questão são devolvidos à farmácia e esta deverá suportar o prejuízo.

5.2. Armazenamento

Um correto armazenamento dos diversos produtos existentes na farmácia é essencial para o bom funcionamento diário da mesma. Todos os medicamentos e produtos devem ser armazenados mediante as condições exigidas de iluminação, temperatura, humidade e ventilação, de forma a garantir a sua conservação e qualidade [3].

Como referido anteriormente, na FJ, para além da sala de atendimento ao público que contém vários produtos de venda livre expostos, existem duas áreas de armazenamento. Os produtos são armazenados por ordem alfabética e dosagem, encontrando-se separados de acordo com a sua forma farmacêutica e via de administração, tais como: xaropes; ampolas; saquetas; usos externos; comprimidos e cápsulas; supositórios e comprimidos vaginais;

injetáveis; gotas; pomadas e cremes e produtos do protocolo da diabetes. Os medicamentos genéricos encontram-se num armário apenas destinado a estes, no qual também se encontram organizados por ordem alfabética e dosagem. Os produtos que necessitam de ser armazenados em condições especiais de temperatura encontram-se no frigorífico. Já os psicotrópicos e estupefacientes estão armazenados num armário separado dos restantes e com acesso restrito.

Na FJ todo o armazenamento respeita a regra FEFO "*first expired - first out*", pelo que o produto com a menor validade se encontra mais acessível, de forma a ser o primeiro a ser dispensado.

De modo a garantir as boas condições de conservação e segurança dos produtos, a FJ dispõe de termohigrómetros com os quais controla a temperatura e humidade. Os medicamentos, em geral, devem então ser conservados abaixo de 25°C e a humidade não deve ultrapassar os 60%. Relativamente ao frigorífico, este deve manter a temperatura entre os 2 e os 8°C.

Para além da receção de encomendas, o armazenamento foi outra das minhas primeiras atividades no estágio. Esta tarefa revelou-se uma parte importante do estágio na medida em que permitiu familiarizar-me com os produtos e sua respetiva localização, facilitando-me, posteriormente, o atendimento ao público.

5.3. Controlo de prazos de validade

Uma boa gestão farmacêutica inclui manter todos os produtos disponíveis na farmácia em bom estado de conservação, logo, o controlo de prazos de validade é uma tarefa muito importante.

Mensalmente, na FJ, é realizado um controlo dos prazos de validade dos produtos em *stock*. Este controlo é feito através da impressão de listagens dos produtos cujo prazo expire nos 4 meses seguintes. Com esta listagem confirma-se se o prazo de validade de cada produto está correto. Caso esteja, identifica-se o produto com um post-it, caso não esteja, corrige-se o prazo manualmente no Sifarma 2000.

Estes produtos identificados com o post-it são os primeiros a ser dispensados aos utentes, em casos que assim o permitam e caso a duração do tratamento esteja dentro da validade.

No mês seguinte, ou seja, com o prazo a expirar dentro dos 3 meses seguintes, os produtos que não foram dispensados são recolhidos e devolvidos aos fornecedores/laboratórios de acordo com o descrito no tópico 4.1.5.

6. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento

O farmacêutico tem como principal função promover a saúde e o bem-estar do doente e do cidadão em geral, devendo pôr o bem dos mesmos à frente dos seus interesses pessoais e comerciais. Cabe-lhe a si promover, a todos os utentes, o acesso a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança [12].

Sendo o farmacêutico o último profissional de saúde com o qual o doente contacta, as suas responsabilidades encontram-se acrescidas. O seu dever vai muito além da dispensa do medicamento, passando pelo aconselhamento, esclarecimento e educação para a saúde. O atendimento deve ser sempre guiado pelos conhecimentos técnico-científicos, sem nunca esquecer os princípios éticos e sociais [1].

A adesão do utente à terapêutica é influenciada pela forma como o atendimento é feito. O farmacêutico deve, deste modo, transmitir toda a informação necessária de uma forma clara e compreensível, de acordo com as necessidades individuais de cada doente. A abordagem ao utente deve ter em conta a idade e o nível socioeconómico do mesmo, garantindo assim que toda a informação é percebida corretamente. A informação verbal deve ser reforçada com informação escrita ou mesmo com desenhos.

A informação relativa à posologia e via de administração nunca pode estar em falta, devendo ser sempre seguida por informações relacionadas com a duração do tratamento, duração da validade após abertura, condições de armazenamento, entre outros aspetos. Complementarmente às informações prestadas sobre os medicamentos, o farmacêutico deve aconselhar os utentes em medidas não farmacológicas a adotar, de forma a garantir o sucesso terapêutico. Todos estes procedimentos promovem o uso racional do medicamento, induzem a adesão terapêutica e, conseqüentemente, levam ao sucesso terapêutico.

Eu, enquanto estagiária e novo membro da farmácia, tive a necessidade de ganhar a confiança dos utentes. Esta confiança foi conseguida tanto pela segurança que transmiti no aconselhamento e nas informações que prestei, como pela boa relação que consegui criar com os utentes da FJ. Mostrei-me sempre disponível ao esclarecimento de qualquer dúvida e tentei transmitir, continuamente, que o farmacêutico tem como principal objetivo o bem-estar do doente.

6.1. Farmacovigilância

A Farmacovigilância é a atividade de saúde pública que visa melhorar a qualidade e segurança dos medicamentos, através da identificação, quantificação, avaliação e prevenção de Reações Adversas a Medicamentos (RAM) [3,13].

O farmacêutico tem assim o dever de comunicar, com a maior brevidade possível, as suspeitas de reações adversas de que tenha conhecimento e que possam ter sido causadas por medicamentos [3].

Na FJ as notificações de RAM são feitas *online* através do Portal RAM pertencente ao INFARMED. Para poder submeter uma notificação é necessário fornecer informação mínima, sendo esta a descrição da reação adversa, a identificação do medicamento que lhe terá dado origem, a informação sobre a pessoa que a sofreu assim como os contactos do notificador [13].

Durante o meu estágio não houve nenhuma situação de RAM a ser notificada, no entanto foi-me mostrada uma notificação que tinha sido feita anteriormente e a respetiva resposta do INFARMED, o que me levou a entender melhor este procedimento.

6.2. Medicamentos fora de uso

A VALORMED é uma sociedade sem fins lucrativos, sendo a sua responsabilidade a gestão dos resíduos de embalagens vazias e de medicamentos fora de uso [14].

Cabe então ao farmacêutico e aos restantes profissionais de saúde sensibilizar os utentes a entregar os medicamentos fora de uso na farmácia, informando-os das consequências positivas que este procedimento acarreta ao preservar a saúde pública e ambiental.

Na FJ são entregues sacos com medicamentos fora de uso diariamente, mostrando uma grande adesão dos utentes. Existe na farmácia um contentor próprio para este fim, que ao ficar completo é recolhido pelos fornecedores grossistas.

7. Dispensa de medicamentos

A dispensa de medicamentos é, sem dúvida, o principal serviço prestado na farmácia comunitária pelo farmacêutico, o qual acarreta uma grande responsabilidade.

A cedência de medicamentos define-se como o ato profissional em que o farmacêutico, após avaliação da medicação, cede medicamentos ou substâncias medicamentosas aos doentes mediante prescrição médica, em regime de automedicação ou por indicação farmacêutica.

Esta cedência deve ser sempre acompanhada de toda a informação indispensável para o uso racional, seguro e correto dos medicamentos [3].

7.1. Prescrição médica e respetiva validação

Segundo o que me foi ensinado na FJ, o primeiro passo após a receção de uma receita médica por parte do utente é verificar se esta se encontra válida. Para tal, e segundo o Artigo 9º da Portaria nº 137-A/2012, de 11 de maio [15], a receita prescrita deve incluir os seguintes elementos:

- Número da receita, local de prescrição e identificação do médico prescriptor;
- Nome e número do utente ou de beneficiário de subsistema;
- Entidade financeira responsável;
- Referência ao regime especial de comparticipação de medicamentos, se aplicável;
- Denominação comum internacional da substância (DCI);
- Dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem e número de embalagens;
- Designação comercial do medicamento, se aplicável;
- Identificação do despacho que estabelece o regime especial de comparticipação de medicamentos, se aplicável;
- Data de prescrição e assinatura do prescriptor;
- Validade.

Atualmente, apesar de existirem três modelos de receitas, o modelo manual, o modelo eletrónico e o novo modelo de receita eletrónica, a prescrição por via manual deve ser uma exceção, sendo que neste caso os medicamentos só podem ser comparticipados caso conste, na receita manual, a menção da situação de exceção: falência informática; inadaptação fundamentada do prescriptor; prescrição no domicílio e até 40 receitas médicas por mês [15].

É de salientar que a prescrição eletrónica aumenta a qualidade da prescrição e incrementa a segurança do circuito do medicamento. Desta forma, há menos erros de dispensa devido à ausência de dúvidas na caligrafia e à presença dos códigos de barras dos medicamentos a dispensar.

Em cada receita podem ser prescritos até quatro medicamentos distintos, num total de quatro embalagens. Podem ser prescritas numa só receita até duas embalagens do mesmo medicamento, e até quatro embalagens no caso dos medicamentos prescritos se apresentarem sob a forma de embalagem unitária [16]. A receita eletrónica pode ainda dividir-se em renovável ou não renovável. No caso de ser renovável contém 3 vias, e para cada uma das vias o prazo de validade é de 6 meses. As receitas não renováveis são válidas pelo prazo de 30 dias. As validades começam a contar a partir da data da sua prescrição [15].

Os medicamentos classificados como psicotrópicos/estupefacientes e os manipulados têm que ser prescritos em separado, não podendo constar na receita onde estejam presentes outros medicamentos.

A prescrição de medicamentos deve ser feita por DCI, no entanto a prescrição por denominação comercial é possível para medicamentos que não disponham de genéricos comparticipados e nas seguintes exceções, com a justificação técnica do médico junto ao medicamento prescrito:

- Exceção a) Margem ou índice terapêutico estreito;
- Exceção b) Reação adversa prévia;
- Exceção c) Continuidade de tratamento superior a 28 dias.

No caso das exceções a) e b) o utente não pode optar por outro medicamento, enquanto na exceção c) pode exercer esse direito por um medicamento mais barato [15,17].

7.2. Interpretação, avaliação e aviamento da prescrição médica

Após a validação inicial, o segundo passo deverá ser a interpretação e a avaliação farmacoterapêutica da prescrição com base na necessidade do medicamento, na adequação ao doente (contraindicações, interações, alergias, intolerâncias, etc.), na adequação da posologia (dose, frequência e duração do tratamento) e nas condições do doente/sistema para administrar o medicamento (aspectos legais, sociais e económicos). Se necessário deve-se contactar o prescritor de modo a resolver eventuais problemas detetados [3].

Efetuada toda a análise da receita o farmacêutico encontra-se habilitado a selecionar os medicamentos a ceder. A seleção deve ser feita em conjunto com o utente, visto que dentro das várias possibilidades existentes (medicamento de marca, genéricos e respetivos laboratórios disponíveis), a preferência deste por um medicamento em específico deve ser levada em conta e respeitada.

Por fim presta-se toda a informação necessária, oral e escrita, relativamente aos medicamentos que vão ser cedidos e procede-se à sua dispensa através de um registo no Sifarma 2000 por leitura ótica do código de barras. Segue-se a introdução do organismo de comparticipação e os dados do utente, finalizando-se a venda com a impressão do verso da receita, onde constam os medicamentos dispensados e a sua respetiva comparticipação. Este verso deve ser assinado pelo utente assim como carimbado, datado e assinado por quem efetua a dispensa. Como último passo emite-se a fatura, a qual também deve ser carimbada e assinada.

Existe ainda a opção de venda suspensa e venda a crédito. A venda suspensa é realizada quando a farmácia não tem em *stock* algum dos medicamentos prescritos, não podendo o utente aviar a receita na sua totalidade. Esta situação é regularizada aquando da chegada do(s) medicamento(s) em falta. A FJ também usa este tipo de venda, excecionalmente, em casos em que doentes crónicos precisem de medicação que não possa ser interrompida, mas que ainda não tenham conseguido a respetiva receita, sendo esta entregue posteriormente. A FJ facilita esta venda aos utentes habituais e de confiança uma vez que a sua medicação já é do conhecimento dos profissionais, não pondo assim em causa a saúde dos mesmos. A venda a crédito é usada na FJ para alguns utentes fidelizados, com conta criada, que optam por fazer o pagamento de todas as despesas ao final do mês. Algumas exceções são abertas a utentes que não tenham possibilidade de pagar no momento, de modo a que estes não deixem de ter acesso à medicação necessária.

7.2.1. Nova Receita Eletrónica

Aquando do meu estágio, mais precisamente no mês de Abril, a nova receita eletrónica entrou em vigor na FJ. A dispensa da maioria dos MSRM passou a ser feita por esta via, à qual me adaptei facilmente, usufruindo assim das suas vantagens.

Esta nova receita é uma iniciativa do Ministério da Saúde e consiste num suporte eletrónico inovador, seguro e sustentável, através do qual se pretende que os medicamentos prescritos pelo médico fiquem acessíveis no Cartão de Cidadão. Na farmácia, ao introduzir o cartão num leitor ou ao ceder o código de acesso presente na guia de tratamento tem-se acesso à receita e aos medicamentos que foram prescritos [18]. No entanto, este processo ainda não está a funcionar na totalidade, não estando ainda o Cartão de Cidadão a ser usado para este fim.

A implementação da Nova Receita Eletrónica é faseada, estando agora num momento de transição e adaptação em que tanto a receita em papel como a Nova Receita Eletrónica podem ser utilizadas [18].

As vantagens desta nova receita passam pela minimização, quase total, do erro na dispensa, assim como pela facilidade na conferência de receituário.

7.3. Regimes de participação

A participação de medicamentos é um processo que permite que parte ou a totalidade do custo de um medicamento seja suportada por uma determinada entidade, ficando a encargo do utente a diferença entre o valor do PVP total e a participação aplicada.

Em Portugal são vários os regimes de participação. Os vários organismos apresentam diferentes percentagens de participação, as quais variam consoante o tipo de

medicamento. O Sifarma 2000 possui a lista dos vários regimes existentes, sendo que a cada entidade é atribuído um código informático diferente. O código tem de ser introduzido durante o processamento da receita e o programa faz automaticamente a respetiva comparticipação. O SNS é a entidade de comparticipação mais comum, a qual apresenta diferentes regimes de comparticipação. Existem ainda vários subsistemas, sendo o SAMS (Serviço de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários) o mais frequente na FJ. A maioria dos subsistemas apresenta um regime de complementaridade, o que significa que o utente beneficia da comparticipação destes e da comparticipação do SNS em simultâneo.

Relativamente à Nova Receita Eletrónica, esta aplica automaticamente o regime de comparticipação relativo ao SNS, sendo que os subsistema continuam a ter que ser introduzidos manualmente.

7.4. Conferência de receituário

Na FJ a conferência das receitas médicas é feita diariamente após todo o processo de dispensa de medicamentos. Esta conferência tem como objetivo assegurar a conformidade das receitas, salvaguardando o reembolso das comparticipações feitas ao longo do mês, assim como a saúde dos utentes. Deste modo confirma-se na receita: a validade; a assinatura do utente, médico e profissional de saúde que fez a dispensa; o carimbo da farmácia e a data da dispensa; se o número de utente está presente; se a receita não se encontra rasurada; se o organismo de comparticipação foi processado corretamente e, mais importante de tudo, se o que foi dispensado corresponde ao que foi prescrito.

Na Nova Receita Eletrónica a conferência de receituário é muito mais simples e prática, uma vez que esta é conferida automaticamente no momento da dispensa pelo programa informático. Nestes caso deixa de ser necessário conferir a concordância entre o que foi prescrito e o que foi dispensado e se a receita se encontra dentro do prazo de validade.

Durante o estágio conferi várias vezes receitas, sendo que as receitas tradicionais eram posteriormente conferidas pela Dr.^a Carla.

7.5. Dispensa de psicotrópicos/estupefacientes

Os psicotrópicos/estupefacientes são substâncias utilizadas no tratamento de diversas doenças e têm múltiplas aplicações nas mais variadas situações clínicas, uma vez que atuam diretamente sobre o sistema nervoso central. Apesar das suas propriedades benéficas a nível terapêutico, estes produtos estão associados a atos ilícitos, sendo por isso alvo de muita atenção e de um controlo rigoroso por parte das autoridades competentes [19].

Os medicamentos contendo uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópica têm que ser prescritos isoladamente (sem outros medicamentos na receita). As receitas eletrônicas para este tipo de substâncias são identificadas com RE - receita especial, sendo o resto das regras de prescrição iguais ao que já foi anteriormente descrito [16].

Quando se introduz uma destas substâncias no sistema informático o Sifarma 2000 reconhece-a de imediato como produto de dispensa controlada, não permitindo finalizar a venda sem que se insiram os dados necessários e obrigatórios relativos ao médico prescriptor (nome), ao doente (nome e morada) e ao adquirente (nome, idade, morada e número do bilhete de identidade). O adquirente tem que ser, obrigatoriamente, maior de idade e não pode ser portador de doença mental [20]. No final da venda a receita original é fotocopiada e é impresso um documento com os dados solicitados, o qual é anexado à cópia da receita. O original da receita é enviado para o organismo de participação e as cópias são arquivadas durante três anos na farmácia.

Na FJ são emitidas mensalmente (até ao dia 8 do mês seguinte à dispensa) as listagens de entradas e saídas de psicotrópicos e estupefacientes e enviadas ao INFARMED, juntamente com a fotocópia das receitas manuais. Estas listagens são impressas em duplicado, sendo que o duplicado fica na farmácia juntamente com as fotocópias das receitas. Anualmente são enviados os mapas de balanço de entradas e saídas destes medicamentos. Por duas vezes foi-me dada a oportunidade de ser eu a imprimir as listagens mensais, compará-las com os resumos enviados pelos fornecedores, onde constam os medicamentos enviados por estes, e organizar o *dossier* onde é arquivada toda esta documentação.

Durante o estágio tive a oportunidade de dispensar algumas vezes substâncias deste tipo, o que me familiarizou com os requisitos necessários para a dispensa das mesmas.

7.6. Dispensa de medicamentos genéricos

Um medicamento genérico consiste num medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência tenha sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados [10]. Em suma estes medicamentos têm a mesma qualidade, eficácia e segurança a um preço substancialmente inferior ao do medicamento original.

No ato da dispensa o farmacêutico, ou o seu colaborador devidamente habilitado, deve informar o utente da existência de medicamentos genéricos disponíveis no mercado, quando estes podem ser uma opção relativamente ao medicamento original. As farmácias devem ter sempre disponíveis para venda no mínimo três medicamentos genéricos, de entre os que correspondem aos cinco preços mais baixos de cada grupo homogéneo, devendo dispensar o de menor preço, salvo se for outra a opção do doente [17].

Constatei durante o estágio que a maioria dos medicamentos dispensados na FJ pertence a esta categoria, sendo que esta preferência por parte dos utentes se deve principalmente ao menor custo destes.

8. Automedicação e Indicação Farmacêutica

A automedicação é a instauração de um tratamento medicamentoso por iniciativa própria do doente [3]. Este processo conduz o doente a responsabilizar-se pela melhoria da sua saúde, através da toma de MNSRM, destinados à prevenção e ao alívio de queixas autolimitadas, sem recurso à consulta médica e portanto com menor dispêndio de tempo e dinheiro. As situações passíveis de automedicação são definidas por uma lista presente no Despacho nº.17690/2007, de 23 de Julho [21].

A prática da automedicação, cada vez mais instalada, deve ser realizada com a orientação de um profissional de saúde e de forma cuidada, já que tanto pode representar uma mais-valia para o doente, como ser-lhe prejudicial. Neste âmbito o farmacêutico encontra-se numa posição privilegiada de aconselhamento, devendo orientar a utilização, ou não, do medicamento solicitado pelo doente, contribuindo para que a automedicação se realize sob uma indicação adequada e segundo o uso racional do medicamento [3].

A indicação farmacêutica é o ato pelo qual o farmacêutico se responsabiliza pela seleção de um MNSRM, com objetivo de aliviar ou resolver um problema de saúde de caráter não grave. A eficácia desta indicação depende da avaliação farmacêutica do doente e do problema. O farmacêutico deve então, através de um diálogo com o utente, perceber quais sinais os sintomas, a duração do problema, os medicamentos que toma, as suas alergias e se sofre de outros problemas de saúde. Após toda esta avaliação o farmacêutico deve selecionar um tratamento farmacológico e/ou indicação de medidas não farmacológicas ou, se achar necessário, encaminhar o doente ao médico. Caso se opte por um MNSRM é do dever do farmacêutico fornecer todas as informações necessárias à sua correta utilização, devendo salientar que a utilização destes medicamentos deve estar limitada no tempo e, caso os sintomas persistam ou agravem, dever-se-á consultar um médico [3].

Durante o estágio foram vários os atendimentos que efetuei em que o utente procurava aconselhamento farmacêutico. Os casos mais frequentes com que me deparei foram constipações, alergias, obstipação, diarreia, cefaleias e inflamações. Após avaliar cada situação em específico sugeri o tratamento que achei mais apropriado, sendo que em situações de dúvida pedi sempre uma segunda opinião à Dr.^a Carla, de modo a não comprometer nunca a saúde dos utentes.

9. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde

9.1. Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene

De acordo com o INFARMED [22] entende-se por produto cosmético qualquer substância ou mistura destinada a ser posta em contacto com as partes externas do corpo humano (epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos) ou com os dentes e as mucosas bucais, tendo em vista, exclusiva ou principalmente, limpá-los, perfumá-los, modificar-lhes o aspeto, protegê-los, mantê-los em bom estado ou corrigir os odores corporais. O INFARMED é a entidade responsável por regular e supervisionar o mercado deste tipo de produtos.

Uma vez que estes produtos são cada vez mais procurados por parte dos utentes e dada a sua diversidade, é da máxima importância que o farmacêutico se encontre informado e atualizado, de modo a aconselhar e orientar o utente na escolha do produto mais adequado ao problema que apresenta.

É importante ter em conta que, apesar de serem várias as situações passíveis de correção com este tipo de produtos, existem situações mais graves (psoríase, dermatites, acne severo, entre outras) que requerem atenção médica, sendo dever do farmacêutico proceder à respetiva referência.

São várias as marcas de dermocosmética existentes na FJ, sendo que cada uma delas se divide em inúmeras linhas com características e públicos-alvo diferentes. Conhecer e contextualizar este elevado número de produtos diferentes foi, para mim, um dos maiores desafios do estágio. A disponibilidade de toda a equipa da farmácia para responder às minhas questões relativas a estes produtos foi indispensável para o conhecimento que adquiri sobre os mesmos, levando-me a um correto aconselhamento aos utentes.

9.2. Produtos dietéticos para alimentação especial

Os produtos dietéticos para alimentação especial são géneros alimentícios destinados à alimentação em casos específicos e que, devido à sua composição ou a processos diferenciados de fabrico, se distinguem claramente dos géneros alimentícios de consumo corrente. São adequados ao objetivo nutricional pretendido e são comercializados com a indicação de que correspondem a esse objetivo. Considera-se alimentação especial a que corresponde às necessidades nutricionais das seguintes categorias de pessoas [23]:

- Aquelas cujo processo de assimilação ou cujo metabolismo se encontra perturbado;

- As que se encontram em condições fisiológicas especiais e que, por esse facto, podem retirar particulares benefícios da ingestão controlada de certas substâncias contidas nos alimentos;
- Lactentes ou crianças de um a três anos de idade em bom estado de saúde.

Estes produtos destinam-se portanto à alimentação exclusiva ou parcial de pacientes com capacidade limitada, diminuída ou alterada para ingerir, digerir, absorver, metabolizar ou excretar os géneros alimentícios correntes [24]. Estes pacientes são normalmente crianças, idosos acamados, doentes oncológicos e doentes em pós-operatório.

Na FJ, apesar de se verificar a dispensa de produtos dietéticos destinados a alimentação especial (essencialmente o Fortimel®), os produtos destinados às necessidades nutricionais dos lactentes são, sem dúvida, os mais procurados, nomeadamente os leites e as farinhas.

Os leites infantis dividem-se em três categorias: leites para lactentes, leites de transição e leites adaptados a fins medicinais específicos (anti-obstipantes, anti-regurgitantes, hipoalergénicos e sem lactose). Como o leque de leites e fórmulas infantis disponível é bastante diversificado, a escolha é normalmente feita com base em indicações dadas pelo pediatra da criança. Relativamente às farinhas, estas podem ser lácteas ou não lácteas e com ou sem glúten. As que não contêm glúten podem ser consumidas a partir dos 4 meses de idade, sendo que as que contêm só podem ser consumidas a partir dos 6 meses.

9.3. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)

A fitoterapia pode ser definida como a ciência que estuda as plantas e as suas propriedades preventivas e curativas nas mais variadas doenças. Um medicamento à base de plantas consiste, como o nome indica, num produto farmacológico cuja preparação deriva exclusivamente da utilização de diferentes substâncias de origem vegetal [25]. Estes produtos apresentam-se nas mais variadas formas, tais como, cápsulas, chás, ampolas, gotas, entre outros, existindo várias gamas e uma imensa variedade.

Apesar de serem considerados produtos naturais, os medicamentos à base de plantas não se encontram isentos de efeitos adversos ou de interação farmacológica com medicação concomitante, ao contrário do que muitas pessoas pensam. O farmacêutico assume assim um papel muito importante na promoção do uso seguro e racional destes fármacos.

Na FJ este tipo de produtos é bastante requisitado, principalmente para situações como obstipação, excesso de peso, ansiedade e distúrbios de sono. Dos vários produtos existentes na farmácia, a Arkocápsulas® é marca com maior destaque, sendo esta constituída por uma

vasta gama de plantas medicinais destinadas a atuar nos principais problemas de saúde do quotidiano.

Relativamente aos suplementos alimentares, estes destinam-se a complementar e/ou suplementar o regime alimentar normal, ajudando o organismo a restabelecer as suas necessidades eletrolíticas e nutricionais. São constituídos por vitaminas, minerais, aminoácidos, ácidos gordos essenciais, fibras, antioxidantes e várias plantas e extratos de ervas [26]. Tais suplementos são também muito procurados na FJ, sobretudo para situações de *stress* físico e psicológico, fadiga e má alimentação.

O aconselhamento do farmacêutico deve, tal como na dispensa dos produtos fitoterápicos, passar por explicar ao utente que estes produtos não são desprovidos de efeitos adversos e que devem ser utilizados com cautela, frisando sempre que se destinam a complementar uma dieta normal e nunca a substituí-la.

9.4. Produtos homeopáticos

A homeopatia é uma forma de terapia alternativa, a qual se baseia fundamentalmente em três princípios: princípio da similitude (semelhante cura semelhante), princípio da totalidade (trata o corpo como um todo e não uma doença em específico) e princípio da infinitesimalidade (substâncias ativas extremamente diluídas) [27].

Na FJ os produtos da marca Heel® são os mais procurados pelos utentes, principalmente por indicação de um médico de medicina geral e familiar da região, muito crente nesta terapia. Os produtos dos laboratórios Boiron® são de seguida os mais requisitados. No geral estes produtos não são aconselhados por parte dos colaboradores da farmácia por ceticismo em relação aos mesmos.

9.5. Medicamentos de uso veterinário

Segundo o Decreto-Lei n.º 314/2009, de 28 de Outubro [28], medicamento veterinário é definido como 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.

Uma vez que a FJ se encontra localizada numa zona semi-rural, a maior parte dos medicamentos veterinários cedidos destinam-se a animais de exploração. Os medicamentos de uso veterinário maioritariamente dispensados para estes animais são antibióticos de largo espectro (em pó ou *spray*), antibióticos intramamários, para mastites, e vacinas para a

mixomatose e para a doença hemorrágica dos coelhos. Devido à criação de cães de corrida por alguns habitantes da vila, são também frequentemente dispensados antiparasitários de uso interno e externo.

Durante a cedência deste tipo de produtos o farmacêutico deve alertar o utente para as posologias aconselhadas, forma de utilização e outros pormenores que devem ser tidos em conta aquando da administração de substâncias medicamentosas a animais. No caso de se destinarem a animais de criação, é também importante informar acerca do intervalo de segurança que deve decorrer entre a administração do medicamento e o consumo dos produtos provenientes dos mesmos.

9.6. Dispositivos médicos

Um dispositivo médico é qualquer instrumento, aparelho, equipamento, *software*, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação para fins comuns aos dos medicamentos, tais como prevenir, diagnosticar, controlar, atenuar ou tratar uma doença humana, mas 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 [28,29].

Os dispositivos médicos são integrados em 4 classes, tendo em conta a duração do contacto com o corpo humano, a sua invasibilidade, a anatomia afetada pela utilização e os potenciais riscos decorrentes da conceção, técnica e fabrico destes [31]. Assim temos:

- Dispositivos médicos de classe I - dispositivos de baixo risco (ex.: algodão hidrófilo, ligaduras, fraldas para incontinência, irrigadores);
- Dispositivos médicos de classe IIa - dispositivos de baixo médio risco (ex.: luvas cirúrgicas, lancetas, agulhas das seringas, compressas de gaze hidrófila)
- Dispositivos médicos de classe IIb - dispositivos de alto médio risco (ex.: material de penso para feridas ulceradas, preservativos masculinos, diafragmas);
- Dispositivos médicos de classe III - dispositivos de alto risco (ex.: pensos com medicamentos, preservativos com espermicida, testes de gravidez);

Os produtos mais requisitados na FJ (os quais tive oportunidade de dispensar) são: frascos para colheita de urina asséptica, tiras para a determinação da glicemia, algodão hidrófilo, termómetros, seringas sem agulha, gazes esterilizadas, adesivos, ligaduras, pensos, preservativos e testes de gravidez. No momento da dispensa aconselhei os utentes sobre a forma correta de utilização dos respetivos dispositivos médicos.

10. Outros cuidados de saúde prestados na Farmácia Jardim

As farmácias, dada a sua posição privilegiada para atuar junto da população, foram evoluindo na prestação de serviços de saúde e, de meros locais de venda de medicamentos, transformaram-se em importantes espaços de saúde e de prestação de cuidados, reconhecidos pelos utentes [32]. O farmacêutico assume assim um papel cada vez mais ativo e responsável na promoção da saúde pública.

Na FJ os utentes podem beneficiar dos seguintes serviços farmacêuticos: medição da pressão arterial, medição da glicémia capilar, medição do colesterol total e triglicéridos e determinação do peso, altura e índice de massa corporal.

Para cada uma das determinações acima inumeradas existem intervalos de valores considerados normais, devendo o farmacêutico conhecer esses intervalos e detetar os casos em que os valores medidos se afastam dos mesmos. Quando tal acontece, e se a diferença for mínima, deve-se prestar aconselhamento, tal como enfatizar a importância de uma dieta saudável, da prática de exercício físico e da adesão à terapêutica. Por outro lado, se o valor obtido se afastar muito dos valores considerados de referência, o farmacêutico deve proceder à referenciação médica. Na FJ existem duas folhas dispostas na parede do gabinete de atendimento personalizado onde se encontram os valores de referência dos serviços prestados, servindo de auxílio aos profissionais de saúde.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de prestar todos estes serviços, sendo a medição da glicémia capilar e a monitorização da pressão arterial os que mais realizei, tendo alertado várias vezes para medidas não farmacológicas a adotar e chegando mesmo a encaminhar alguns utentes ao médico. Após a medição dos parâmetros é prática da farmácia oferecer um cartão ao utente com os valores obtidos. Tal procedimento permite seguir e controlar a evolução do estado de saúde dos utentes.

11. Preparação de medicamentos

Entende-se por medicamentos manipulados qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparados e dispensados sob a responsabilidade de um farmacêutico, correspondendo uma fórmula magistral a qualquer medicamento preparado em farmácia comunitária segundo receita médica que especifica o doente a quem o medicamento se destina, e um preparado oficial a qualquer medicamento preparado segundo as indicações compendiais, de uma farmacopeia ou de um formulário, em farmácia de oficina, destinado a ser dispensado diretamente aos doentes assistidos por essa farmácia [33].

Devido à constante evolução da indústria farmacêutica, a preparação de MM nas farmácias comunitárias é, na atualidade, uma prática cada vez mais escassa. Apesar das raras prescrições, estes medicamentos continuam a ser de extrema importância dada a possibilidade de personalizar a terapêutica de doentes específicos, assim como de preparar associações não disponíveis no mercado.

Na FJ a preparação de manipulados é muito rara, sendo pontualmente preparadas a pomada de vaselina salicilada e a solução alcoólica de ácido bórico à saturação. Quando é requisitado um manipulado cuja preparação não compense à farmácia, devido ao custo e desperdício de matérias-primas, este é encomendado a farmácias especializadas na produção deste tipo de medicamentos. Durante o meu estágio tive a oportunidade de preparar uma pomada de vaselina salicilada a 5%.

11.1. Matérias-primas e material de laboratório

As MP utilizadas na preparação de manipulados possuem um boletim analítico que comprova que as mesmas cumprem os requisitos da farmacopeia onde a respetiva MP se encontra descrita [3]. Quando uma MP chega à farmácia, para além dos procedimentos normais de receção descritos anteriormente, é preenchida uma ficha com os dados da mesma (validade, fornecedor, laboratório, quantidade rececionada, etc.), a qual é arquivada num *dossier*, agrafada ao boletim analítico da substância em questão e à fotocópia da fatura com a qual deu entrada na farmácia. Sempre que se utiliza uma MP a quantidade utilizada é registada na sua ficha.

Para a preparação dos MM a FJ possui as instalações adequadas e todo o material de existência obrigatória para as operações de preparação, acondicionamento e controlo destes, de acordo com o estabelecido na Deliberação n.º 1500/2004 [7].

11.2. Manipulação

Ao preparar um medicamento manipulado o farmacêutico deve assegurar-se da qualidade da preparação, seguindo sempre as boas práticas de preparação de manipulados. O farmacêutico deve ainda verificar a segurança do medicamento, no que toca às doses da(s) substância(s) ativa(s) e à existência de interações que ponham em causa a ação do medicamento ou a segurança do doente [8,32].

De acordo com a Portaria n.º 594/2004 [8], o procedimento de preparação de um manipulado exige o preenchimento de uma ficha de preparação onde se deve ser registar as substâncias utilizadas e respetivo lote, modo de preparação, dados do utente e do prescritor, controlo de qualidade, prazos de utilização, condições de conservação, a data de preparação e rúbricas do operador e de quem supervisiona, bem como o cálculo do respetivo preço de venda ao

público. No final da manipulação devem ser efetuadas todas as verificações necessárias de modo a garantir a qualidade do medicamento manipulado final, incluindo a verificação das características organolépticas e qualquer exigência da respetiva monografia. Depois de preparado é necessário acondicionar adequadamente o medicamento manipulado, em recipiente apropriado, tendo em conta a forma farmacêutica e a composição, garantindo que as embalagens primárias são de boa qualidade, impedindo interferências e cedência dos constituintes. Segue-se a rotulagem do manipulado preparado, que deve fornecer toda a informação necessária ao doente, nomeadamente a identificação da farmácia, do DT, do médico prescriptor e do doente, a formulação do medicamento, o n.º de lote, as substâncias utilizadas, a via de administração e posologia, bem como o prazo de validade, as condições de conservação e eventuais instruções especiais, como, por exemplo, “agitar antes de usar” ou “uso externo”.

11.3. Regime de preços

O cálculo do PVP dos medicamentos manipulados por parte das farmácias de oficina obedece à Portaria n.º 769/2004 [34] e é efetuado com base no valor dos honorários da preparação, no valor das matérias-primas e no valor dos materiais de embalagem, de acordo com a seguinte fórmula: $PVP = (\text{Valor dos honorários} + \text{Valor das matérias-primas} + \text{Valor dos materiais de embalagem}) \times 1,3$, acrescido o valor do IVA à taxa em vigor.

O cálculo dos honorários da preparação tem por base um fator (F) cujo valor é atualizado anualmente, o qual é multiplicado por outro fator consoante a formas farmacêutica do produto acabado e as quantidades preparadas. O valor das matérias-primas tem em conta o preço da sua aquisição, sem IVA, e um fator dependente da quantidade utilizada. O valor dos materiais de embalagem é calculado tendo em conta o preço de aquisição, sem IVA, multiplicado pelo fator 1,2 [34].

11.4. Regime de participações

Podem ser objeto de participação pelo SNS os medicamentos manipulados relativamente aos quais se verifique uma das seguintes condições [35]:

- 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.

Os medicamentos manipulados participados são os constantes no anexo do Despacho n.º18694/2010 [35] e são participados em 30 % do respetivo preço.

11.5. Preparações extemporâneas

As preparações extemporâneas são efetuadas na farmácia no momento da dispensa para substâncias que não são estáveis em meio aquoso. Nestas situações é importante garantir que o produto se encontra uniformemente suspenso na correta quantidade de água purificada.

Durante o decorrer do estágio tive a oportunidade de realizar inúmeras preparações extemporâneas de suspensões orais de antibióticos para crianças. Durante a dispensa facultei aos utentes, para além da informação sobre a posologia, alguns conselhos adicionais, alertando para o prazo de utilização, forma de acondicionamento (preferencialmente sobre refrigeração) e forma de uso (agitar antes de usar).

12. Processamento de receituário e faturação

Tal como já foi referido, para que a farmácia possa ser reembolsada no valor das participações feitas ao longo do mês é necessário que todas as prescrições estejam em conformidade, razão pela qual, na FJ, o receituário é conferido tanto no momento da dispensa como posteriormente, por outro profissional.

O processo de faturação tem início aquando da dispensa, com a impressão no verso da receita do documento de faturação onde consta a identificação da farmácia e do DT, o código de trabalho do funcionário que dispensou os medicamentos, data da dispensa, código do organismo participante, número da receita, lote, série, número de venda e respetivo código de barras, toda a informação relativa aos medicamentos dispensados (nome e respetivos códigos de barras, dosagem, quantidade, fórmula farmacêutica, tamanho da embalagem), bem como o preço unitário de cada medicamento, a percentagem de participação, o custo para o utente e o custo total.

Quando a receita médica é aviada, é o próprio sistema informático que, automática e sequencialmente, realiza o loteamento das receitas (30 receitas por lote) em função das entidades participantes. Após serem conferidas, as receitas são organizadas por lotes e por números, consoante o organismo de participação. Quando os lotes estão completos imprimem-se os respetivos verbetes de identificação de lotes, os quais são carimbados e anexados em torno de cada lote. Estes verbetes consistem num resumo das 30 receitas desse lote.

No último dia de cada mês, após o fecho dos lotes para cada organismo, são emitidas, em quadruplicado, a relação-resumo de lotes e a fatura mensal de medicamentos referentes a cada entidade responsável pelas participações. Os lotes referentes ao SNS, juntamente com os verbetes de identificação de lote, a relação-resumo de lotes e a fatura mensal em

duplicado são enviados para o Centro de Conferência de Faturas, sendo o triplicado enviado para a ANF e permanecendo o quadruplicado na farmácia. Os lotes das restantes entidades, fazendo-se acompanhar pela relação-resumo de lotes e pelas faturas mensais em triplicado são enviados para a ANF, a qual funciona como intermediário entre as farmácias e os vários organismos de participação.

As receitas enviadas vão ser alvo de conferência pelos respetivos organismos participantes. Caso estes verifiquem alguma não conformidade na receita, esta é devolvida com a respetiva justificação do motivo da devolução (ex.: ausência da assinatura do médico prescriptor, troca de organismo, data da receita expirada). Quando as irregularidades são passíveis de ser corrigidas, a farmácia envia novamente a receita na faturação do mês seguinte.

Durante o estágio tive oportunidade de acompanhar todo o processamento de receituário acima descrito, sendo-me dada a possibilidade de realizar todos esses passos, uns autonomamente, outros sob orientação.

13. Conclusão

O estágio na FJ foi, sem dúvida, fundamental para consolidar e por em prática todos os conhecimentos académicos adquiridos ao longo dos últimos quatro anos e meio.

Foi através da fantástica equipa da FJ que adquiri todos os conhecimentos inerentes à prática farmacêutica em farmácia comunitária. A eles tenho-lhes a agradecer imenso não só pela paciências, dedicação e conhecimentos que me transmitiram, mas também por toda a confiança que depositaram em mim, fazendo-me sentir não como uma estagiária mas como um membro da equipa. Sentir que todos acreditavam nas minhas capacidades e no meu trabalho fez com que o meu empenho e dedicação fossem ainda maiores em todas as tarefas realizadas, assim como me fez sentir mais segura e autónoma no atendimento e aconselhamento ao utente.

Posso dizer que foi na realização deste estágio que me apercebi do verdadeiro papel do farmacêutico, que passa não só pela intervenção e aconselhamento, mas também pela demonstração de uma lado mais humano da profissão, ou seja, a criação de uma relação de confiança que se estabelece entre o profissional e o utente. Apercebi-me também que o espírito de ajuda e a humildade dentro da própria equipa da farmácia são uma mais-valia para o seu bom funcionamento.

De uma forma geral posso afirmar que esta experiência foi extremamente enriquecedora, tanto a nível pessoal como profissional, tendo ultrapassado todas as minhas expectativas e fazendo-me sentir apta para exercer a profissão enquanto farmacêutica.

Bibliografia

- [1] Ordem dos Farmacêuticos, “Farmácia Comunitária.” [Online]. Available: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebStd_1/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=1909. [Accessed: 29-Jun-2015].
- [2] INFARMED, *Decreto-Lei n.º 172/2012, de 1 de Agosto - Regula o horário de funcionamento das farmácias de oficina*. Legislação Farmacêutica Compilada, 2012.
- [3] Ordem dos Farmacêuticos - Conselho Nacional da Qualidade, *Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF)*. 3rd ed., 2009.
- [4] INFARMED, *Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto - Regime jurídico das farmácias de oficina*. Legislação Farmacêutica Compilada, 2007.
- [5] INFARMED, *Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de Agosto - Regime jurídico das farmácias de oficina*. Legislação Farmacêutica Compilada, 2012.
- [6] INFARMED, *Deliberação n.º 1502/2014, de 3 de Julho - Regulamentação das áreas mínimas das farmácias*. Legislação Farmacêutica Compilada, 2014.
- [7] INFARMED, *Deliberação n.º 1500/2004, 7 de Dezembro - Aprova a lista de equipamento mínimo de existência obrigatória para as operações de preparação , acondicionamento e controlo de medicamentos manipulados*. Legislação Farmacêutica Compilada, 2004.
- [8] INFARMED, *Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho - Aprova as boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar*. Legislação Farmacêutica Compilada, 2004.
- [9] INFARMED, *Deliberação n.º 414/CD/2007*. 2007.
- [10] INFARMED, *Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto - Estatuto do Medicamento*. Legislação Farmacêutica Compilada, 2006.
- [11] INFARMED, *Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de Novembro - Regime da formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados*. Legislação Farmacêutica Compilada, 2011.
- [12] Ordem dos Farmacêuticos, *Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos*. 1998.
- [13] INFARMED, “Farmacovigilância.” [Online]. Available: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PERGUNTAS_FREQUENTES/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/MUH_FARMACOVIGILANCIA. [Accessed: 10-Jul-2015].
- [14] “VALORMED.” [Online]. Available: <http://www.valormed.pt/pt/conteudos/conteudo/id/5>. [Accessed: 10-Jul-2015].
- [15] INFARMED, *Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de Maio - Estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição de medicamentos, os modelos de receita médica e as condições de dispensa de medicamentos, bem como define as obrigações de informação a prestar ao*. Legislação Farmacêutica Compilada, 2012.
- [16] INFARMED, *Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde*. 2014.

- [17] INFARMED, *Lei n.º 11/2012, de 8 de março - Estabelece as novas regras de prescrição e dispensa de medicamentos*. Legislação Farmacêutica Compilada, 2012.
- [18] Mylan, “Nova Receita Eletrónica.” [Online]. Available: <http://www.receitaeletronica.pt/#/faq>. [Accessed: 11-Jul-2015].
- [19] INFARMED, “Psicotrópicos e estupefacientes.” [Online]. Available: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA MAIS SOBRE/SAIBA MAIS_ARQUIVO/22_Psicotropicos_Estupefacientes.pdf. [Accessed: 11-Jul-2015].
- [20] INFARMED, *Decreto-lei nº15/93, de 22 de Janeiro - Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos*. Legislação Farmacêutica Compilada, 1993.
- [21] INFARMED, *Despacho n.º 17690/2007 - Lista das situações de automedicação*. Legislação Farmacêutica Compilada, 2007.
- [22] INFARMED, “Produtos Cosméticos.” [Online]. Available: <http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/COSMETICOS>. [Accessed: 18-Jul-2015].
- [23] Ministério da Agricultura do Desenvolvimento Rural e das Pescas, *Decreto-Lei n.º 74/2010, de 21 de Junho*. 2010, pp. 2198-2201.
- [24] Ministério da Agricultura do Desenvolvimento Rural e das Pescas, *Decreto- Lei nº 216/2008*. 2008, pp. 7874-7879.
- [25] INFARMED, “Medicamentos à base de plantas.” [Online]. Available: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4C8C73AB-26A6-4FEF-98D4-F38D1835CA0F/0/15_Homeapaticos_Base_Plantas.pdf. [Accessed: 19-Jul-2015].
- [26] DGAV, “Suplementos alimentares.” [Online]. Available: <http://www.dgv.min-agricultura.pt/portal/page/portal/DGV/genericos?generico=5904430&cboui=5904430>. [Accessed: 19-Jul-2015].
- [27] “Homeopatia.” [Online]. Available: <http://www.equilibrio-holistico.com/servicos/homeopatia.html>. [Accessed: 19-Jul-2015].
- [28] Ministério da Agricultura do Desenvolvimento Rural e das Pescas, *Decreto-Lei n.º 314/2009, de 28 de Outubro*. 2009, pp. 8106-8215.
- [29] INFARMED, *Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de Junho - Estabelece as regras a que devem obedecer a investigação , o fabrico , a comercialização , a entrada em serviço , a vigilância e a publicidade dos dispositivos médicos e respectivos acessórios*. Legislação Farmacêutica Compilada, 2009.
- [30] INFARMED, “Dispositivos médicos.” [Online]. Available: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS_MEDICOS. [Accessed: 20-Jul-2015].
- [31] INFARMED, “Dispositivos médicos na farmácia.” [Online]. Available: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS_MEDICOS/AQUISICAO_E_UTILIZACAO/DISPOSITIVOS_MEDICOS_FARMACIA. [Accessed: 20-Jul-2015].

- [32] INFARMED, *Portaria n.º 1429/2007, de 2 de Novembro - Define os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias*. Legislação Farmacêutica Compilada, 2007.
- [33] INFARMED, *Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de Abril - Regula a prescrição e a preparação de medicamentos manipulados*. Legislação Farmacêutica Compilada, 2004.
- [34] INFARMED, *Portaria n.º 769 / 2004 , de 1 de Julho - Estabelece que o cálculo do preço de venda ao público dos medicamentos manipulados por parte das farmácias é efectuado com base no valor dos honorários da preparação, no valor das matérias-primas e no valor dos*. Legislação Farmacêutica Compilada, 2004.
- [35] Ministério da Saúde, *Despacho n.º 18694/2010*. 2010, pp. 61028-61029.

Capítulo 2

Avaliação do Consumo de Canábis, LSD, Anfetaminas e Outras Drogas *Design* por Estudantes Universitários

1. Introdução

O uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas vem sendo foco de grande preocupação mundial e, embora seja um fenômeno antigo na história da humanidade, constitui atualmente um grave problema de saúde pública. É considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma doença crônica e recorrente, que acarreta sérias consequências pessoais e sociais para o futuro dos jovens e de toda a sociedade [1].

A história das drogas acompanha a história da humanidade ao longo dos tempos uma vez que estas sempre constituíram parte essencial da sua cultura, dos seus rituais religiosos e das suas relações humanas. Este consumo de drogas passou de um uso ritualístico na antiguidade, com a finalidade de transcendência, para o consumo contemporâneo em busca de prazer e de alívio imediato do desconforto físico, psíquico ou de pressão social [1,2].

Existem hoje em dia estudos que indicam que o uso de substâncias psicoativas lícitas (álcool e tabaco) e ilícitas (canábis, anfetaminas, Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD), cocaína, etc.) se inicia muitas vezes no ensino secundário, todavia, no ambiente universitário este consumo tende a ser intensificado e iniciado por uma parcela significativa de jovens [3]. Os resultados, relativos ao ano 2011, do *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* - ESPAD (alunos de 16 anos) [4] e do *Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas* - ECATD (alunos dos 13 aos 18 anos) [5] demonstram este início precoce, por parte dos jovens, no consumo destas substâncias. No que toca a drogas ilícitas a canábis é, de todas, a que apresenta uma maior percentagem de indivíduos mais jovens nas idades de primeiro consumo, sendo a sua experimentação por parte dos jovens muito superior à experimentação de outras drogas ilícitas [6,7].

Para a maior parte dos estudantes a entrada na universidade representa o início de um novo período de desenvolvimento, caracterizado por maior autonomia e exploração de novas oportunidades relacionadas com os próprios interesses individuais. Nesta fase são inúmeros os desafios que lhes são colocados, acarretando não só novas oportunidades/escolhas, mas também novos riscos, sendo assim considerado um período crítico e de maior vulnerabilidade para o início e manutenção do consumo de substâncias psicoativas [8]. A necessidade de integração no novo meio, a vontade de socializar, a oferta, a ausência de controlo familiar e as ocasiões festivas e recreativas são tudo fatores que levam os estudantes universitários a consumir este tipo de substâncias [9].

1.1. Consumo de drogas ilícitas

A nível mundial, segundo os dados fornecidos pela *United Nations on Office Drugs and Crime* (UNODC) [10], estima-se que um total de 246 milhões de pessoas (1 em cada 20), com idades compreendidas entre os 15 e os 64, tenham usado uma droga ilícita em 2013. A nível europeu, segundo o *Relatório Europeu sobre Drogas* do *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) [11], estima-se que mais de 80 milhões de adultos, ou seja, quase um quarto da população adulta na União Europeia, já terão experimentado drogas ilícitas em algum momento das suas vidas. Segundo o EMCDDA a canábis é a droga mais consumida, seguida da cocaína, das anfetaminas e do ecstasy. A prevalência de consumo da canábis é cerca de cinco vezes superior à do consumo de outras substâncias, sendo esta a droga ilícita mais suscetível de ser experimentada em todas as faixas etárias [11].

Em Portugal, conforme o *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral* [7], a canábis é a substância ilícita mais consumida ao longo da vida pelos portugueses, seguida, ainda que por uma grande diferença, do ecstasy, da cocaína, da heroína, do LSD, dos cogumelos mágicos e das anfetaminas. Por norma as taxas de prevalência dos consumos são mais elevadas entre a população jovem (15-34 anos).

Apesar do consumo por vários portugueses deste tipo de substâncias, a taxa de prevalência do consumo de substâncias ilícitas em Portugal situa-se, quase sempre, abaixo dos valores médios das prevalências registadas em países europeus [7,12].

Para todas as drogas, quer a nível nacional, europeu ou mundial, o consumo é normalmente mais elevado entre o sexo masculino, diferença que é frequentemente mais acentuada nos padrões de consumo mais intensivo ou mais regular [7,10,11].

Relativamente ao consumo de drogas ilícitas por estudantes universitários, um estudo promovido, em 2014, pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), entre estudantes universitários de Lisboa, veio revelar que nestes a substância ilícita mais consumida é a canábis. Em segundo lugar, com uma prevalência substancialmente mais reduzida, aparece o grupo das anfetaminas, seguidas pelo LSD e, por fim, pela cocaína [13].

1.2. Legislação Portuguesa

Em Portugal a principal lei relativa a drogas ilícitas consta no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, o qual define o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas [14]. Este Decreto-Lei contém, em anexo, tabelas com todas as plantas, substâncias e preparações sujeitas a controlo, as quais são obrigatoriamente

atualizadas de acordo com as alterações aprovadas pelos órgãos próprios das Nações Unidas, segundo as regras previstas nas convenções ratificadas por Portugal [15].

A lei enunciada anteriormente criminalizava tanto o cultivo e o fabrico de drogas ilícitas, assim como o seu consumo e a sua posse, fosse esta para consumo próprio ou para tráfico [15]. Em Novembro de 2000 houve uma mudança na legislação portuguesa, surgindo a vulgarmente chamada "lei da descriminalização do consumo", Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro, passando a aquisição, a posse e o consumo de drogas a não constituírem um crime. Isto desde que a posse destas substâncias seja apenas para consumo próprio e esteja dentro dos limites estabelecidos por lei (estes não devem exceder a quantidade necessária para o consumo médio individual durante o período de 10 dias) [16,17].

O consumo foi descriminalizado, mas não despenalizado. Consumir substâncias psicoativas ilícitas continua a ser um ato ilegal e punível por lei, contudo deixou de ser um comportamento alvo de processo-crime (e como tal tratado nos tribunais), passando a constituir uma contraordenação social. Esta mudança na legislação portuguesa alterou a forma como se olha para um consumidor de drogas, deixando de lado o preconceito que o comparava a um criminoso, passando a considera-lo como uma pessoa que necessita de ajuda e apoio especializado [17].

Esta nova lei atribui a competência para o processamento das contraordenações e aplicação das respetivas sanções às comissões especialmente criadas para o efeito: Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT) [18]. Estas CDT são compostas por equipas multidisciplinares preparadas para ouvir os indiciados, avaliar a gravidade da situação e aplicar medidas que passam pelo encaminhamento para serviços de apoio especializado, trabalho a favor da comunidade ou pagamento de coima(s) [17].

Os princípios orientadores que estão na base deste quadro legal preconizam uma intervenção com carácter sancionatório, porém centrada nas características e necessidades dos indiciados, incidindo na prevenção e redução do uso e abuso de drogas, assim como informando e sensibilizando os consumidores, ou dependentes, para os riscos inerentes ao consumo, tendo em vista contribuir para a mudança de comportamentos e para a dissuasão dos consumos. Pretende-se, de uma forma construtiva e integrada, contribuir para a resolução do problema, encarando o dependente como um doente, não deixando contudo de o responsabilizar pela prática e manutenção de um comportamento que continua a ser ilícito em Portugal [18].

As situações de cultivo, fabrico e tráfico de drogas ilegais continuam a ser consideradas crimes e, como tal, são puníveis com penas de prisão, aplicadas pelos tribunais [14].

Em 2013 foi criado o Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de Abril, o qual proíbe toda e qualquer atividade, continuada ou isolada, de produção, importação, exportação, publicidade,

distribuição, detenção, venda ou disponibilização de Novas Substâncias Psicoativas (NSP) que se encontrem citadas na lista da portaria anexa ao respectivo Decreto-Lei (Portaria n.º 154/2013, de 17 de Abril). A nova lei prevê uma progressiva atualização das substâncias a proibir, sendo que, para já, foram identificadas 160 NSP [14,19,20].

Esta lei foi criada devido à abertura de locais (*smartshops*) dedicados à venda indiscriminada destas substâncias psicoativas que, embora ameacem gravemente a saúde pública, não se encontravam previstas na legislação penal. Para além da proibição das NSP, a lei prevê ainda a possibilidade das autoridades de saúde, territorialmente competentes, determinarem o encerramento dos estabelecimentos ou a suspensão da atividade sempre que se verifique grave risco para a saúde pública [19].

1.3. Conceito, classificação e origem das drogas

Segundo a OMS "Droga" é o nome genérico dado a toda a substância natural ou sintética que, introduzida no organismo vivo, modifica uma ou mais das suas funções, sejam elas físicas ou psíquicas [21].

Este termo tem várias aplicações, podendo ser usado tanto a nível medicinal e farmacológico, como a nível legal e do seu sentido corrente. Na área da medicina e da farmacologia, "droga" refere-se a qualquer substância com potencial para prevenir ou curar patologias ou para melhorar o bem-estar físico ou mental, pelas alterações fisiológicas ou bioquímicas causadas no organismo. Neste âmbito droga pode ser considerada sinónimo de fármaco. Já no contexto legal e no seu sentido corrente, o termo "droga" refere-se, geralmente, às substâncias psicoativas e, particularmente, às drogas ilícitas que provocam dependência, afetam o Sistema Nervoso Central (SNC) e modificam o estado de consciência, as sensações e o comportamento do indivíduo. Neste sentido a OMS definiu as drogas de uso não médico com efeitos psicoativos e suscetíveis de serem autoadministradas como "drogas de abuso" [22,23].

Existem várias formas de classificar as drogas, dependendo da sua legalidade, da origem e do efeito. Quanto ao aspeto legal estas podem ser lícitas (permitidas por lei) ou ilícitas (proibidas por lei). As drogas ilícitas são substâncias psicoativas que se encontram sob controlo internacional e podem até ter fins médicos lícitos (sendo nestes casos sujeitas a restrições e a grande controlo), mas estão sujeitas a serem produzidas, traficadas e/ou consumidas de forma ilícita [23,24].

Quanto à sua origem, as drogas podem ser classificadas dentro de três classes [2,25]:

- Drogas naturais: São extraídas diretamente da natureza, principalmente de plantas. Como exemplo de drogas desta natureza temos a canábis e o ópio.
- Drogas semissintéticas: São obtidas por alterações químicas, a nível laboratorial, de substâncias de origem natural. Como exemplo destacam-se o LSD e a heroína.

- Drogas sintéticas: São substâncias, ou misturas de substâncias, produzidas laboratorialmente através de meios químicos, sendo que os principais componentes ativos não se encontram na natureza. Deste grupo fazem parte as anfetaminas e seus derivados, os canabinóides sintéticos, entre outras drogas.

Conforme os efeitos no SNC as drogas são classificadas de acordo com a sua capacidade para deprimir, estimular, ou perturbar/alucinar a atividade mental [21,25,26]:

- Drogas depressoras/psicolépticas: Estas substâncias inibem ou retardam a atividade do SNC, provocando efeitos sedativos em quem as consome, com sensações de relaxamento, tranquilidade e desinibição. Temos como exemplo o álcool, os opiáceos (ex.: morfina, heroína, codeína) e os fármacos sedativos ou hipnóticos (ex.: benzodiazepinas e barbitúricos).
- Drogas estimulantes/psicoanalépticas: Estão incluídas neste grupo as drogas capazes de estimular a atividade do SNC, as quais provocam um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos, levando à euforia do consumidor. As anfetaminas e seus derivados, a cocaína, a cafeína e a nicotina são exemplos de substâncias pertencentes a este grupo.
- Drogas alucinogênicas/psicodislépticas: Estas substâncias perturbam e modificam o funcionamento do SNC, resultando em vários fenômenos psíquicos anormais ao alterar a observação e compreensão da realidade, destacando-se os delírios e as alucinações. As drogas perturbadoras mais características desta classe são a canábis, o ecstasy e o LSD.

É importante realçar que, apesar dos efeitos das substâncias serem diferentes, estes dependem não só da substância em si, mas também da sua quantidade e qualidade, das características da pessoa que as consome e do ambiente onde ocorre o consumo.

As drogas, consoante o seu tipo e forma, podem ser consumidas/administradas das mais variadas maneiras: via oral, via sublingual, inalação, injeção intravenosa, por contacto e por aspiração. Existem também vários tipos de consumidores de drogas de abuso, podendo estes ser experimentais, ocasionais, habituais ou dependentes.

Alguns conceitos são importantes ter em conta quando se fala em substâncias psicoativas, uma vez que são inerentes ao seu consumo continuado. Destes conceitos fazem parte a dependência (física ou psíquica), a tolerância e a síndrome de abstinência. A dependência diz respeito à perda de controlo no consumo de uma substância e necessidade contínua do seu uso, seja ela física ou psíquica [2]. A dependência psíquica consiste no desejo incontido de consumir uma nova dose da droga para obter os efeitos de prazer que esta proporciona e/ou para aliviar o desconforto derivado da sua privação. Já a dependência física caracteriza-se pelo aparecimento de sintomas físicos desagradáveis (náuseas, vômitos, tremores, alucinações, dores no corpo, etc.) que produzem a síndrome de abstinência. Esta síndrome de

abstinência consiste no conjunto de sinais e sintomas físicos e psicológicos, de caráter desconfortável, que aparecem quando se interrompe ou se diminui, de forma significativa, a administração da droga à qual se desenvolveu dependência. O início, a duração e a intensidade deste quadro dependem da substância administrada, das doses consumidas e do tempo decorrido desde a administração da última dose. Importa igualmente salientar a tolerância que se pode desenvolver, a qual diz respeito ao estado de adaptação do organismo à substância, tornando-se necessário o aumento da quantidade ou frequência de administração da mesma para obtenção do efeito esperado [23,25].

1.4. Drogas de abuso em estudo

Apesar das mais variadas drogas existentes no mundo, neste trabalho apenas serão abordadas as drogas ilícitas para as quais o estudo está direcionado. São elas a canábis, os canabinóides sintéticos, o LSD, as anfetaminas e seus derivados e a mefedrona.

1.4.1. Canábis

A canábis é uma planta da qual existem várias espécies, sendo as mais relevantes a *Cannabis indica* (Fig.1) e a *Cannabis sativa* (Fig.2). A distinção entre as espécies encontra-se na aparência, nas condições necessárias ao seu crescimento, nas características das suas sementes, na concentração de canabinóides e nos efeitos provocados após o seu consumo. A *Cannabis sativa* encontra-se associada a efeitos energéticos e alucinogénios, enquanto a *Cannabis indica* a efeitos calmantes e tranquilizantes. O cruzamento destas espécies levou a uma ampla variedade de plantas híbridas com características únicas [27,28].



Figura 1: Folha de *Cannabis indica* [29]



Figura 2: Folha de *Cannabis sativa* [30]

Originária da Ásia Central, a canábis é uma das mais antigas drogas psicotrópicas conhecidas pela humanidade, tendo sido usada desde os tempos mais remotos tanto para a produção de

fibras, sementes e resinas aromáticas, como para fins medicinais e recreativos. Atualmente a canábis é a droga ilícita mais consumida em todo o mundo [27,28].

1.4.1.1. Constituição da canábis e seu mecanismo de ação

A canábis contém no mínimo 489 substâncias químicas, entre as quais se destacam pelo menos 70 alcalóides conhecidos como canabinóides [31]. O delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) é o principal composto ativo da canábis, sendo o responsável pelos seus efeitos psicoativos. Outros canabinóides como o canabinol (CBN) e o canabidiol (CBD), apesar de estarem presentes em pequenas quantidades e não possuírem efeitos psicotrópicos significantes, têm impacto sobre o efeito global do produto [28]. O THC encontra-se maioritariamente concentrado nas florescências e resina das plantas femininas. As folhas e as plantas masculinas contêm menores quantidades deste composto, já os talos e as sementes não apresentam nenhuma, ou quase nenhuma, substância psicoativa [32,33].

O THC exerce as suas funções psicoativas ao atuar como agonista dos recetores de canabinóides endógenos (CBRs): CB1, expresso no cérebro, e CB2, expresso apenas nos tecidos periféricos, principalmente no sistema imunitário [34]. Ambos os recetores de canabinóides se encontram acoplados a uma proteína G inibitória, que quando ativada inibe a enzima adenilato ciclase, que por sua vez leva um decréscimo da concentração do cAMP intracelular e a uma diminuição da função celular [28]. Os CBRs são normalmente ativados por um neurotransmissor endógeno natural, a anandamida. O THC imita a anandamida ligando-se aos CBRs e ativando os neurónios, sendo os efeitos do THC muito mais potentes e de ação mais prolongada que os do neurotransmissor endógeno. Os CBRs endógenos encontram-se amplamente distribuídos pelo cérebro, sendo particularmente prevalentes nas regiões do cérebro envolvidas no prazer, cognição, concentração, memória, recompensa, percepção da dor e coordenação motora. Esta ativação dos CBRs regula a libertação de vários neurotransmissores, incluindo a noradrenalina, o L-glutamato, a serotonina, a acetilcolina, a dopamina e o ácido gama-aminobutírico (GABA). Estes neurotransmissores são os responsáveis pelos efeitos obtidos após o consumo de canábis [31,34].

1.4.1.2. Formas de comercialização e de consumo

Relativamente à comercialização, a canábis pode apresentar-se sob várias formas, existindo três principais tipos de apresentação: erva (marijuana), resina (haxixe) e óleo. Além do aspeto físico, a principal diferença entre estas formas de apresentação é o seu conteúdo em THC [35].

A erva ou marijuana (Fig.3) é preparada a partir de cabeças das flores secas e trituradas e das folhas circundantes, possuindo, por norma, um conteúdo até 5% de THC. O haxixe (Fig.4) é preparado a partir da resina da planta, a qual é transformada numa barra de cor castanha, podendo possuir até 20% de THC. O óleo de canábis (Fig. 5), embora seja o menos consumido,

é a forma de apresentação que possui um maior conteúdo em THC, o qual costuma ultrapassar os 60%. Este óleo é preparado a partir da mistura da resina com um solvente, o qual se evapora em grande medida, dando origem a uma mistura viscosa [32,33,35].



Figura 3: Erva/Marijuana [36]



Figura 4: Resina/Haxixe [37]



Figura 5: Óleo de Canábis [38]

A forma mais habitual de consumir canábis é fumando-a, isoladamente ou com tabaco, em cigarros enrolados à mão, vulgarmente conhecidos como "charros", ou em dispositivos especialmente destinados para o efeito (*bong*). A canábis pode também ser ingerida, com ou sem alimentos, embora esta forma de consumo seja menos eficaz, sendo necessária, regra geral, uma dose três a cinco vezes maior que a inalada para se obterem efeitos similares. Já a via intravenosa está praticamente restringida a estudos científicos devido à baixa solubilidade do THC em água e à dificuldade de obtenção deste composto puro [32,33].

1.4.1.3. Efeitos dos Canabinóides

Os efeitos da canábis após a sua inalação aparecem num curto espaço de tempo e variam em função da quantidade consumida, da qualidade do produto, da experiência do consumidor com a droga, bem como do ambiente de consumo (sozinho ou em grupo), das características de quem consome (idade, sexo, personalidade, estado de espírito) e da forma de consumo (isoladamente ou em associação com outras drogas). Os canabinóides afetam tanto as funções cognitivas como as motoras, podendo os seus efeitos serem divididos em psicológicos e fisiológicos [31-33]:

- Psicológicos: O THC, consumido em doses baixas, pode induzir ao nível do SNC vários efeitos tais como euforia (numa fase inicial), relaxamento, sedação, sonolência (numa fase mais tardia), alívio da ansiedade, alteração na perceção das distâncias, aumento do tempo de reação, comprometimento da coordenação motora e aumento das sensações. Em doses moderadas assistimos a uma intensificação destes efeitos, podendo surgir falta de memória a curto prazo (a qual pode agravar com o tempo), lapsos de atenção e decréscimo de capacidade de aprendizagem. As doses elevadas podem produzir alteração da imagem corporal, como a desorientação, paranoia e acentuada distorção de sensações. A canábis pode também dar origem a efeitos adversos mais graves como delírios, alucinações, pânico e sintomas psicóticos.

Quando usada num contexto social, pode provocar riso contagiante e uma capacidade de sociabilização aumentada.

- Fisiológicos: Os efeitos imediatos após o consumo de canábis são as taquicardias, a broncodilatação, os distúrbios oculares (olhos vermelhos e pupilas dilatadas) e o aumento do apetite, com secura da boca e garganta. O consumo a longo prazo pode ter várias consequências, como a diminuição das defesas do organismo, facilitando o surgimento de doenças, diminuição da quantidade de espermatozóides, danos respiratórios como a bronquite crónica, podendo também contribuir ou ser a causa de cancro do pulmão.

1.4.1.4. Dependência e tolerância

O uso de canábis induz tolerância, sendo o mecanismo desse efeito ainda desconhecido. Esta tolerância é reversível após alguns meses sem consumir a droga. Sabe-se que o risco de dependência aumenta conforme a extensão do consumo, no entanto, a maioria dos usuários habituais não se tornam dependentes e conseguem interromper o uso se assim o desejarem. Numa minoria de pessoas a interrupção do uso é seguida por síndrome de abstinência que inclui inquietação, irritabilidade, agitação, insónia e náusea [39,40].

1.4.1.5. Utilização da canábis para fins medicinais

Após a realização de vários estudos e de ensaios clínicos controlados tornou-se possível afirmar que os canabinóides exibem um potencial terapêutico interessante nas náuseas e vômitos associados à quimioterapia, na estimulação de apetite em doenças debilitantes (cancro e HIV), na dor crónica e aguda, no tratamento da esclerose múltipla, nas lesões na medula espinal, na síndrome de Tourette, na epilepsia e no glaucoma. Estudos individuais menos confirmados também foram realizados indicando que a canábis pode ser benéfica para outras doenças como o Parkinson e a distonia [28,31,41].

A utilização de canábis para estes fins terapêuticos é usada em vários países como a Holanda, Reino Unido, Canadá, Austrália, República Checa e em alguns estados norte-americanos. Em Portugal a sua utilização para fins medicinais já foi defendida em projetos lei apresentados na Assembleia da República, mas que não reuniram o apoio necessário para a sua aprovação [42].

Em Portugal, no mês de Agosto de 2014 foi publicada em Diário da República (aviso n.º 10618/2014) [43] uma autorização dada pelo INFARMED para a plantação de canábis destinada à produção de medicamentos no Reino Unido. Esta autorização foi concedida a uma empresa pelo período de um ano podendo ser renovável caso o INFARMED assim o permita. Este projeto consiste na plantação de *Cannabis Sativa* e na sua transformação em pó que será exportado 100% para o Reino Unido e utilizado para a produção de medicamentos a utilizar no alívio da dor derivada da doença oncológica, na esclerose múltipla e na epilepsia [44].

1.4.2. Canabinóides Sintéticos

Os canabinóides sintéticos fazem parte das chamadas "Novas Substâncias Psicoativas" (NSP), as quais se definem como um novo estupefaciente ou um novo psicotrópico, puro ou numa preparação, que não seja controlado pela Convenção Única das Nações Unidas de 1961 sobre os estupefacientes, nem pela Convenção das Nações Unidas de 1971 sobre substâncias psicotrópicas, mas que possa constituir uma ameaça para a saúde pública comparável à das substâncias enumeradas nessas convenções. Este tipo de drogas também é conhecido como "*Herbal Highs*", "*Legal Highs*" ou "*Designer Drugs*" [45].

De uma forma geral, as NSP atualmente sintetizadas são criadas mediante alterações da estrutura molecular de substâncias já existentes que são conhecidas e controladas legalmente, sendo que o uso recreativo destas NSP tem a finalidade de burlar as leis existentes. Tem-se verificado que, à medida que o controlo é exercido sobre estas substâncias, são criadas variantes das mesmas [45,46].

Um grande número de canabinóides sintéticos, análogos ao THC, foi sintetizado na tentativa de excluir ou minimizar os efeitos psicotrópicos e isolar a ação terapêutica. Isso não foi possível, ocasionando o surgimento de uma nova classe de drogas de abuso sintéticas, usadas como alternativa legal da canábis. Estas substâncias trazem à tona um problema de saúde pública cada vez mais preocupante, uma vez que conseguem ser comercializadas sem serem submetidas a controlos legais e sanitários [46].

1.4.2.1. Formas de comercialização e de consumo

Os canabinóides sintéticos são comercializados misturados a ervas em produtos chamados de *K2*, *Spice*, *Kronic*, *Gorby Mix*, *Fidel Mix*, etc. Estas drogas estão facilmente disponíveis na internet e em muitas lojas de conveniência ou *smartshops* sob o disfarce de produtos inócuos como misturas herbáceas, incensos, ou ambientadores, rotulados com a inscrição "não destinados a consumo humano" [46,47].

Tal como a canábis, os produtos à base de plantas que contêm canabinóides sintéticos são geralmente fumados. Há também alguns relatos do seu uso oral, tanto através da mistura com alimentos, como na forma de chá [48,49].

1.4.2.2. Classificação

Estes canabinóides são classificados com base na sua estrutura química em vários grupos: canabinóides clássicos, estruturalmente relacionados com a THC; canabinóides não-clássicos; canabinóides híbridos; aminoalquilindóis; eicosanóides, relacionados com os endocanabinóides (anandamida) e outros. Os aminoalquilindóis (JWH-018, JWH-073, JWH-250, etc.) são, de longe, os compostos mais encontrados nos produtos à base de plantas que contêm canabinóides sintéticos. Isto deve-se ao facto da sua síntese ser menos elaborada e complicada que a dos outros compostos, não sendo necessário equipamento laboratorial sofisticado [48].

1.4.2.3. Efeitos e toxicidade

Tal como o THC, os canabinóides sintéticos exercerem o seu efeito ao se ligarem aos recetores de canabinóides endógenos (CB1 e CB2), produzindo nos seus consumidores experiências semelhantes às produzidas pela canábis: euforia, relaxamento, percepção alterada, aumento da criatividade, etc. Por outro lado os canabinóides sintéticos parecem dar lugar a efeitos secundários com mais frequência e intensidade que a canábis: pânico, ansiedade extrema, paranoia, alucinações, nervosismo, etc. [48,50,51].

Também foram descritos alguns efeitos adversos ao seu consumo que não são provocados pelos canabinóides naturais, como vômitos, ataques epiléticos, arritmias cardíacas, ataques cardíacos, falha renal aguda e coma. Chegaram mesmo a ser relatadas mortes devido ao consumo destas substâncias [51].

Os usuários regulares destes compostos podem experimentar sintomas de abstinência e dependência [50].

Embora os dados da toxicidade induzida pela utilização de canabinóides sintéticos sejam pouco documentados, sabe-se que alguns dos seus compostos se ligam mais fortemente aos CBRs, o que, associado aos vários compostos químicos nocivos e desconhecidos usados nestes produtos, pode levar a um efeito mais poderoso e mais imprevisível do que a canábis [50].

1.4.3. LSD

Dietilamida do ácido lisérgico, mais conhecido como LSD, é uma droga semissintética derivada do ácido lisérgico, um alcalóide natural do grupo ergolina encontrado na cravagem do centeio (*Claviceps purpurea*), um fungo parasita que ataca o centeio e outros cereais [52]. Foi sintetizado pela primeira vez em 1938 por Albert Hoffman enquanto procura por derivados farmacologicamente ativos do ácido lisérgico, mas só em 1943 foram descobertos os seus efeitos alucinogénios, após Hoffman ter absorvido acidentalmente pela pele uma pequena porção desta substância, vendo-se obrigado a interromper o seu trabalho devido aos sintomas alucinantes que estava a sentir [53,54].

Foi usado inicialmente durante os anos 50 e 60 como um fármaco experimental na pesquisa psiquiátrica e mais tarde como adjuvante de tratamentos psicoterapêuticos. Perto do final da década de 60 o LSD começou a ser usado para fins recreativos e espirituais, acabando por se tornar uma droga de abuso ilegal [53].

O LSD é a mais potente droga alucinogénia conhecida [55], sendo conhecido por vários nomes de rua como "ácidos", "papéis" ou "trips". Os efeitos resultantes da sua ingestão podem durar até 12 horas e incluem alterações de humor, alterações percetuais e comprometimento cognitivo [56,57].

Segundo Passie *et al.* [53], hoje em dia há um interesse crescente para o uso de LSD como uma ferramenta experimental em pesquisas sobre mecanismos neuronais, para o tratamento da cefaleia em salvas e como um auxílio no tratamento psicoterapêutico de doentes terminais.

1.4.3.1. Mecanismo de ação

Apesar de uma longa história de pesquisa sobre o LSD, os mecanismos de ação pelos quais este exerce os seus efeitos são ainda complexos e mal compreendidos. Pensa-se que o LSD atue sobre vários sistemas de neurotransmissores, modulando vários recetores de serotonina e dopamina, uma vez que foi demonstrado que os recetores centrais 5-HT_{1a}, 2_a, 2_c e 5_a da serotonina e D₁, 2 e 4 da dopamina contribuem para os efeitos comportamentais induzidos por esta substância [54,55].

1.4.3.2. Formas de comercialização e de consumo

O LSD é uma substância incolor, inodora, com sabor ligeiramente amargo e solúvel em água, a qual é consumida principalmente por via oral e absorção sublingual [52,54].

É geralmente vendido sob a forma de pequenos quadrados de papéis absorventes impressos com diferentes desenhos (Fig.6), os quais são previamente embebidos numa solução da substância. Estes papéis são colocados na língua, sendo o LSD presente neles rapidamente absorvido. Apesar de menos comum, esta droga pode também ser comercializada sob a forma de pequenos comprimidos, cápsulas, quadrados de gelatina e cubos de açúcar impregnados com a droga. Soluções de LSD em água ou álcool são também ocasionalmente encontradas [52,54,57].



Figura 6: Papéis de LSD [58]

1.4.3.3. Efeitos

Os efeitos do LSD são conhecidos como "*trips*" (viagens) e tanto podem ser experiências bastante agradáveis (*good trips*), como experiências francamente desagradáveis (*bad trips*), isto depende fortemente do estado de espírito do consumidor, do ambiente envolvente e da composição da substância [52].

Os efeitos físicos são os que aparecem em primeiro lugar, caracterizando-se por pupilas dilatadas, hipertensão leve, aumento da frequência cardíaca, aumento ou redução da temperatura corporal, suores ou arrepios, perda de apetite, insónias e boca seca, podendo ocasionalmente ocorrer convulsões, náuseas e vômitos [54].

São as alterações a nível psíquico as características proeminentes do LSD. Estas alterações consistem em intensificação das experiências emocionais, tais como euforia, disforia, mudanças de humor, ansiedade e agitação; perda do controlo emocional; alterações perceptuais como ilusões, alucinações visuais e auditivas, cinestésias e perda da noção do tempo e espaço; grande sensibilidade sensorial (cores mais brilhantes, perceção de sons impercetíveis, tato mais sensível, etc.); confusão mental e perda do controlo dos pensamentos; transferência de experiências de um sentido para o outro, a pessoa pode ver sons, ouvir objetos ou cheirar cores (sinestesia); perceção alterada da imagem corporal; dificuldade de concentração e alterações na memória [53,54].

As chamadas "*bad trips*" são experiências extremamente traumáticas uma vez que dão origem a sensações desagradáveis tais como crises de pânico, paranoia, sensação de que se irá

morrer, depressão profunda, sensação de perseguição, ampliação dos medos inconscientes, percepção alterada e negativa do mundo, dos outros e de si mesmo, podendo mesmo levar o consumidor ao suicídio [53,54].

A longo prazo, apesar da capacidade do LSD para induzir profundas modificações perceptuais, não são conhecidas consequências físicas adversas como resultado direto da sua administração, não havendo casos documentados de mortes devido à sobredosagem desta droga. As principais consequências relacionadas com o consumo de LSD são a nível psicológico, uma vez que esta droga poderá provocar alteração total da percepção da realidade, assim como depressão, ansiedade e psicose. Os distúrbios sensoriais conhecidos como *flashbacks* são o principal perigo do consumo de LSD. Nestas situações, o indivíduo volta a experimentar a vivência tida com a droga, sem que para tal tenha de a consumir de novo. Estas reexperiências ocorrem principalmente após experiências negativas intensas com alucinogénios. Estes *flashbacks* podem ocorrer semanas, meses ou até mesmo anos após a ingestão da substância [52-54,56].

1.4.3.4. Dependência e tolerância

Parece existir um rápido desenvolvimento de tolerância a esta substância como consequência do uso continuado da mesma, a qual desaparece rapidamente alguns dias após a abstinência do seu uso. O LSD não cria dependência física, podendo no entanto criar alguma dependência psicológica [52].

1.4.4. Anfetaminas e seus derivados

As anfetaminas são um grupo de drogas sintéticas que possuem uma atividade estimulante central e periférica, sendo consideradas a principal classe de estimulantes do SNC. A primeira anfetamina foi sintetizada em Berlim, em 1887, como 2-amino-1-fenilpropano (AM). Posteriormente deu-se origem a vários produtos químicos, como a metanfetamina (MA) e a 3,4-metilenodioximetanfetamina (ecstasy ou MDMA), que possuem estruturas e propriedades biológicas semelhantes, sendo por isso referidos coletivamente como "anfetaminas". Este grupo caracteriza-se por ter como estrutura base a 2-feniletilamina, núcleo fundamental das aminas simpaticomiméticas [59,60].

As anfetaminas clássicas, AM e MA, assim como o derivado MDMA, são as substâncias desta classe consumidas com maior frequência, apesar de na atualidade se verificar um aumento no uso de derivados metilenodioxí (ex.: MDA, MDEA, MBDB) e metoxi (ex.: DOM, PMA, DOB, 4-MTA) entre os indivíduos mais jovens. Estas substâncias são consumidas com o intuito de melhorar a sociabilidade e libertar as inibições, permitindo que o usuário experimente sentimentos de euforia [61]. As substâncias destes grupos diferem na capacidade para

modificar o humor, podendo ou não produzir alucinações, bem como na velocidade de início de ação, duração e potência. As AM e MA apenas produzem efeitos psicoestimulantes, já os seus derivados metilenodioxido e metoxi induzem também efeitos entactogénicos e alucinogénicos [52].

As anfetaminas produzem os seus efeitos através do aumento dos níveis sinápticos de aminas biogénicas: dopamina, noradrenalina e serotonina. O aumento destes neurotransmissores na fenda sináptica dá-se através de vários mecanismos, os quais levam à potencialização da neurotransmissão dopaminérgica, adrenérgica e serotoninérgica. Enquanto a AM e MA induzem principalmente o aumento dos neurotransmissores dopamina e noradrenalina, o principal efeito da MDMA é na neurotransmissão serotoninérgica (aumenta os níveis de serotonina), sendo esta a principal causa das suas propriedades alucinogénicas [40,59].

O consumo crónico destas drogas induz tolerância e dependência física e psíquica. A abstinência geralmente produz fadiga, depressão, disforia, transtornos do sono, irritabilidade e ansiedade. A dependência resulta em défices na memória, na tomada de decisões e no raciocínio verbal. A overdose de AM, MA e dos derivados metilenodioxido muitas vezes provoca alucinações, delírio paranóico, convulsões, coma ou até morte [60,61].

1.4.4.1. Anfetamina e Metanfetamina

Estas substâncias são ambas conhecidas pelo nome de rua "*speed*", sendo este termo mais usado para a anfetamina na Europa e para a metanfetamina nos Estados Unidos [52]. Em Portugal a metanfetamina é comumente apelidada pelos jovens por MD.

a) Formas de comercialização e de consumo

As anfetaminas são ilegalmente comercializadas na forma de pó branco solúvel em água, soluções para injeção, comprimidos e cápsulas em diferentes formas e cores (podem ter logótipos semelhantes aos do MDMA). O pó representa a forma mais consumida. A MA tem a particularidade de poder apresentar uma forma cristalina, sendo frequentemente denominada de *crystal meth* ou *ice*. Estas substâncias podem ser ingeridas, sniffadas e, menos comumente, fumadas ou injetadas [52,60,62].

b) Efeitos

Apesar da atuação da MA no SNC ser mais potente que a da AM, os efeitos de ambas são semelhantes. Os principais efeitos que levam ao seu consumo são os sentimentos de bem-estar físico e mental, alegria, euforia, aumento da energia e do estado de alerta, diminuição do sono, suprimimento do apetite e da fadiga, aumento do rendimento e desempenho em tarefas físicas ou intelectuais [52,60].

A curto prazo estas substâncias também provocam respiração ofegante, taquicardia, aumento da pressão arterial, aumento da temperatura corporal, dilatação das pupilas, comportamentos bizarros e por vezes violentos [52,60,62].

A longo prazo podem levar à destruição da mucosa nasal, problemas respiratórios, desnutrição, perda de peso, psicose paranóica, desorientação, apatia e exaustão devido à falta de sono [52].

Doses excessivas podem levar a alucinações, hiperexcitabilidade, irritabilidade que pode levar ao pânico, convulsões e morte por insuficiência respiratória, Acidente Vascular Cerebral (AVC), hemorragia cerebral ou insuficiência cardíaca [52].

Os efeitos destas drogas podem durar várias horas após as quais os efeitos psicoestimulantes desaparecem, momento em que os consumidores podem sentir irritabilidade, inquietação, ansiedade, depressão, letargia e sonolência [60].

1.4.4.2. Ecstasy

Originalmente, o termo "ecstasy" foi usado como nome de rua para a substância psicoativa MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina), no entanto hoje em dia esse termo foi alargado a todas as substâncias estruturalmente relacionadas com o MDMA, conhecidas como MDMA-análogos (ex.: MDA, MDEA, MBDB). O MDMA é também apelidado de "Adão" e o MDEA de "Eva". Este grupo de substâncias também é vulgarmente conhecido por "drogas do amor" [52,63,64].

A MDMA foi inicialmente sintetizada e patenteada pela empresa farmacêutica alemã Merck, em 1912, a fim de desenvolver e comercializar um fármaco supressor de apetite. Esta substância nunca chegou a ser comercializada como tal, passando a ser utilizada desde há décadas com uma droga recreativa, estando por isso sob controlo internacional [65-67].

Esta classe de drogas é essencialmente consumida em eventos festivos devido aos seus efeitos euforizantes, estimulantes e entactogénicos. É importante referir que a maioria dos consumidores de ecstasy associa o seu consumo a álcool, canábis e até mesmo a alucinogénios e outros estimulantes, com o objetivo de aumentar a experiência psicológica, social e fisiológica [63,64].

a) Formas de comercialização e de consumo

O ecstasy é usualmente vendido na forma de comprimidos de várias cores (Fig.7), formatos e tamanhos, que são decorados com uma vasta variedade de desenhos ou logótipos. Menos comumente é vendido como pó branco ou cápsulas [63,67].

Em forma de comprimido o ecstasy é quase sempre consumido por via oral (ingerido). A sua forma em pó também pode ser inalada, snifada ou injetada, embora esta última via seja raramente utilizada [52,67].



Figura 7: Comprimidos de ecstasy [68]

b) Efeitos

Os principais efeitos observados após o consumo de ecstasy e que justificam a sua popularidade são: euforia, energia, sensação de bem-estar e elevação do humor, aumento do estado de vigília e alerta, sentimentos de confiança, empatia e sociabilização com as pessoas ao redor (efeitos entactogénicos e empatogénicos), aumento da autoestima e sensualidade, aumento da sensibilidade auditiva e táctil, redução dos pensamentos negativos e diminuição das inibições [63,67].

Efeitos adversos como aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, agitação e ansiedade, náuseas e vômitos, alucinações auditivas e visuais, alterações do sono, da atenção e de memória, assim como psicose paranóide, agressividade e depressão também podem ocorrer [52].

O ecstasy pode também dar origem a efeitos mais graves e tóxicos que podem por em risco a vida humana. Entre eles temos, como exemplo, a hipertermia, rabdomiólise, hiponatremia, insuficiência hepática, neurotoxicidade, complicações cardiovasculares (insuficiência cardíaca, AVC), coagulação intravascular disseminada e falência múltipla de órgãos [63].

1.4.4.3. Efeitos medicinais das anfetaminas

Anteriormente amplamente utilizados na medicina, a utilização terapêutica de certos estimulantes do tipo anfetamina estão hoje limitados ao tratamento da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) em crianças e adultos, tratamento da narcolepsia, tratamento da congestão nasal e como inibidor de apetite. Como exemplo em Portugal temos o metilfenidato (Ritalina LA[®], Concerta[®] e Rubifen[®]), um fármaco psicoestimulante do grupo das anfetaminas que atua ao nível do SNC e que é utilizado no tratamento da PHDA e da narcolepsia [52,69].

1.4.5. Mefedrona

A mefedrona, também conhecida como *miau-miau*, *meow meow*, *meph*, *bubbles*, *spice E*, *M-Cat*, etc., é um derivado semissintético da catinona, um alcalóide estruturalmente relacionado com as anfetaminas presente nas folhas e ramos frescos do arbusto africano *Catha edulis* (Khat). Semelhante às anfetaminas, quer na estrutura química, quer nos sinais e sintomas clínicos associados, tem ganho popularidade desde 2007. É considerada uma NSP e pode ser facilmente comprada na internet ou em *smartshops*, onde é publicitada como fertilizante para plantas e sais de banho, apesar de não estar provada a sua eficácia como tal e ser usada como droga de abuso. Em Portugal a mefedrona encontra-se na lista de substâncias controladas [70].

1.4.5.1. Mecanismo de ação

Dada a semelhança estrutural com as anfetaminas também exerce os seus efeitos através do aumento sináptico (através da estimulação da libertação e da inibição da recaptção) de serotonina, dopamina e noradrenalina. A mefedrona atua preferencialmente nos neurónios serotoninérgicos, o que poderá justificar as suas propriedades alucinogénias [70,71].

1.4.5.2. Formas de comercialização e de consumo

A mefedrona é vendida maioritariamente sob a forma de cristais finos ou de pó branco, amarelado, bege ou castanho. Menos frequentemente é comercializada na forma de cápsulas, comprimidos ou pastilhas de várias cores, formas e espessuras, com ou sem logotipo [70,71].

A forma de administração mais frequentemente usada pelos consumidores de mefedrona é a via inalatória, seguida pela via oral. A administração oral inclui a ingestão de cápsulas, comprimidos, pastilhas ou da mefedrona em pó envolvida em papel (*bombing*) ou diluída em água ou noutra bebida, dado o seu sabor desagradável [70,71].

Devido à moderada solubilidade da mefedrona em água, as vias intravenosa, intramuscular e retal (através de enemas ou cápsulas de gelatina) são também possíveis [70,71].

1.4.5.3. Efeitos

A mefedrona desencadeia no organismo um conjunto de sintomas semelhantes aos da cocaína, das anfetaminas e do ecstasy, nomeadamente euforia, aumento do estado de alerta, empatia, desinibição social, aumento moderado da libido e intensificação das experiências sensoriais [70,71].

No entanto, o seu consumo está associado a vários efeitos adversos a nível cardiovascular, gastrointestinal, neurológico, psiquiátrico, renal, urinário, entre outros. Os efeitos adversos

mais frequentemente observados nos serviços de emergência médica são agitação, taquicardia, ansiedade, hipertensão, convulsões, dor precordial e confusão [70].

No Reino Unido e na Suécia foram já confirmadas várias mortes diretamente relacionadas com o consumo de mefedrona [70,71].

1.4.5.4. Dependência e tolerância

A dependência desta droga é um tema controverso. Alguns autores referem a possibilidade de ocorrer síndrome de abstinência após o seu consumo regular, o qual se caracteriza por tremores, alterações da percepção e hiper ou hipotermia. Em oposição outros autores consideram pouco provável que a mefedrona induza dependência física, e consequente síndrome de abstinência, referindo apenas o risco do consumidor desenvolver dependência psicológica [70].

Por outro lado, parece haver unanimidade entre os autores relativamente à capacidade da mefedrona em induzir tolerância, uma vez que consumidores regulares desta droga relatam a necessidade de aumentar progressivamente a dose para obteres os mesmos efeitos [70].

2. Objetivos

O principal objetivo deste estudo consiste em analisar o consumo de canábis, LSD, anfetaminas e seus derivados e de canabinóides sintéticos pelos estudantes da Universidade da Beira Interior (UBI).

Este estudo tem ainda como objetivos específicos:

- Determinar a idade de primeiro consumo das drogas de abuso em estudo;
- Perceber os motivos que levam ao consumo de cada uma das drogas de abuso;
- Conhecer a frequência com que os estudantes recorrem a estas substâncias;
- Entender como o consumo destas substâncias é feito (com companhia, sem companhia, em casa, na rua, em festas, etc.);
- Perceber se o consumo destas drogas se encontra associado ao de outras substâncias (álcool, tabaco, fármacos, etc.);
- Conhecer as sensações mais frequentemente sentidas após o consumo de canábis;
- Determinar as consequências inerentes ao consumo destas substâncias (problemas de saúde, alucinações, perda de memória, acidentes de viação, etc.);
- Avaliar os motivos que levaram os estudantes a deixar de consumir estas drogas;
- Determinar a concordância dos estudantes relativamente à legalização da canábis e perceber se há alguma relação entre esta e o seu consumo;
- Perceber se há alguma relação entre o consumo destas drogas e o sexo;
- Perceber se há alguma relação entre o sexo e a frequência de consumo, entre o sexo e o tipo de droga de abuso que se consome e entre o sexo e a idade com que se inicia o consumo.

3. Material e Métodos

3.1. Tipo de estudo e seleção da amostra

Este estudo transversal observacional foi realizado com recurso a questionários anónimos e confidenciais destinados aos estudantes universitários da UBI, na Covilhã. Tendo em conta os 6814 alunos inscritos no ano letivo de 2014/2015 na UBI (dados fornecidos pelos serviços académicos da universidade), determinou-se a amostra representativa necessária através do programa informático Epi Info™ 7. Assumindo-se uma frequência de 50%, uma vez que se desconhece a prevalência de consumo das drogas em estudo pelos estudantes universitários portugueses, e para um intervalo de confiança de 95% seria necessário uma amostra de pelo menos 364 indivíduos.

O projeto foi submetido à comissão de ética da Faculdade de Ciências da Saúde da UBI, a qual aprovou o mesmo sem necessidade de uma avaliação criteriosa, por se tratar de um projeto com questionários anónimos e sem a inclusão de dados que justificassem tal avaliação.

3.2. Metodologia

A recolha de dados para a realização deste estudo foi feita através de um questionário com 11 questões de autopreenchimento, com respostas rápidas, totalmente anónimo e confidencial (Anexo 2).

Os 364 questionários foram distribuídos em formato de papel pelos alunos, entre os meses de Abril e Junho de 2015, em locais habitualmente frequentados pelos mesmos, tais como bibliotecas, bares e refeitórios da universidade, salas de estudo, algumas salas de aula, entre outros. Os inquéritos foram preenchidos e entregues no momento. Aquando da distribuição dos questionários foi prestado um pequeno esclarecimento acerca do tema em estudo, tendo sido referido que este era anónimo. Os estudantes foram informados de que poderiam esclarecer qualquer dúvida que surgisse ao longo do preenchimento do inquérito.

3.3. Critérios de inclusão e de exclusão

Foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para a participação neste estudo, sendo que todos os alunos poderiam responder ao inquérito, independentemente do sexo, idade ou curso, desde que fossem estudantes da UBI. Obtiveram-se 364 inquéritos sem necessidade de exclusão de nenhum deles uma vez que todos cumpriam os critérios de inclusão.

3.4. Análise estatística dos dados

O conjunto de informações obtidas foi analisado no programa informático "*Statistical Package for Social Sciences*" (SPSS), versão 19.0.

Inicialmente os dados foram analisados de acordo com a metodologia descritiva usual: frequências absolutas (n) e relativas (%), médias, desvios-padrão, máximos e mínimos. O efeito das variáveis independentes nas variáveis dependentes foi analisado pelo teste t-student, quando cumpriam os seguintes pressupostos [72]: as observações dentro de cada grupo tinham distribuição normal (assumindo-se o Teorema do Limite Central); as observações eram independentes entre si; as variâncias de cada grupo eram iguais entre si, ou seja, havia homocedasticidade. Acrescentando-se o teste qui-quadrado para analisar a associação entre variáveis categóricas.

Nos testes aplicados aceitou-se existirem diferenças estatisticamente significativas na percepção entre duas variáveis para um valor de $p < 0,05$.

Os resultados serão apresentados em tabelas e gráficos, sendo que nas tabelas se usarão símbolos e abreviaturas de modo a simplificar a apresentação dos dados. O símbolo % será usado para indicar a percentagem e a abreviatura N para indicar o número de indivíduos. As abreviaturas M e F referem-se ao sexo masculino e feminino, respetivamente.

4. Resultados e Discussão

4.1. Análise descritiva da amostra

A caracterização de amostra que se segue permitirá identificar as características e o perfil dos inquiridos.

Neste estudo a amostra é constituída por 364 estudantes universitários da UBI. Responderam ao questionário indivíduos de ambos os géneros (Gráfico 1): 160 do sexo masculino (43,96%) e 204 do sexo feminino (56,04%).

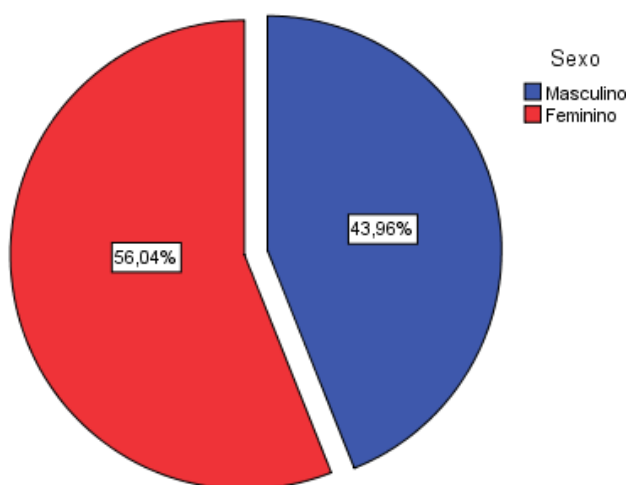


Gráfico 1: Caracterização da amostra por género

A análise da Tabela 1 permite-nos verificar que a faixa etária da amostra varia entre os 17 e os 36 anos, com uma média de idade de aproximadamente 21 anos.

Tabela 1: Estatística descritiva da amostra segundo a idade

N	364
Média	21,58
Desvio-padrão	2,847
Mínimo	17
Máximo	36

É importante acrescentar que, com o intuito de reduzir a dispersão e variabilidade entre os dados, decidiu-se recodificar as categorias de algumas variáveis para uma análise de dados com maior precisão.

Tabela 2: Distribuição etária da amostra em subgrupos

	N	%
Jovem	146	40,1
Semi-adulto	190	52,2
Jovem Adulto	28	7,7
Total	364	100

Como se pode observar na Tabela 2, reagrupou-se a variável "idade" em três categorias: jovem (dos 17 aos 20 anos), semi-adulto (dos 21 aos 25 anos) e jovem adulto (dos 25 aos 36 anos). Verifica-se então que fizeram parte do estudo 146 jovens (40,1%), 190 semi-adultos (52,2%) e 28 jovens adultos (7,7%).

Tabela 3: Caracterização da amostra segundo o tipo de estudo superior frequentado

	N	%
Licenciatura	201	55,2
Mestrado	40	11,0
Mestrado Integrado	110	30,2
Pós-graduação	0	0
Doutoramento	10	2,7
Outro	2	0,5
Total	363	99,7
Missing	1	0,3

Verifica-se, através da Tabela 3, que relativamente ao tipo de estudo superior frequentado a amostra é constituída em maior número por alunos em licenciatura (55%), seguida por alunos em mestrado integrado (30%), mestrado (11%), doutoramento (2,7%) e noutro regime (0,5%), com nenhum estudante a referir a pós-graduação, num total de 363 participantes (99,7%), com 1 *missing* (0,3%).

No inquérito realizado, os inquiridos além de selecionarem o tipo de estudo que frequentam, deveriam também indicar o ano frequentado. Como se pode observar no Gráfico 2, a maior parte dos estudantes (28%) frequenta o 2.º ano de estudos universitários, seguindo-se os alunos de 4.º ano (21,7%), 3.º ano (20%) e 1.º ano (11,7%). O 6.º ano é o que engloba menos alunos no estudo (8,6%).

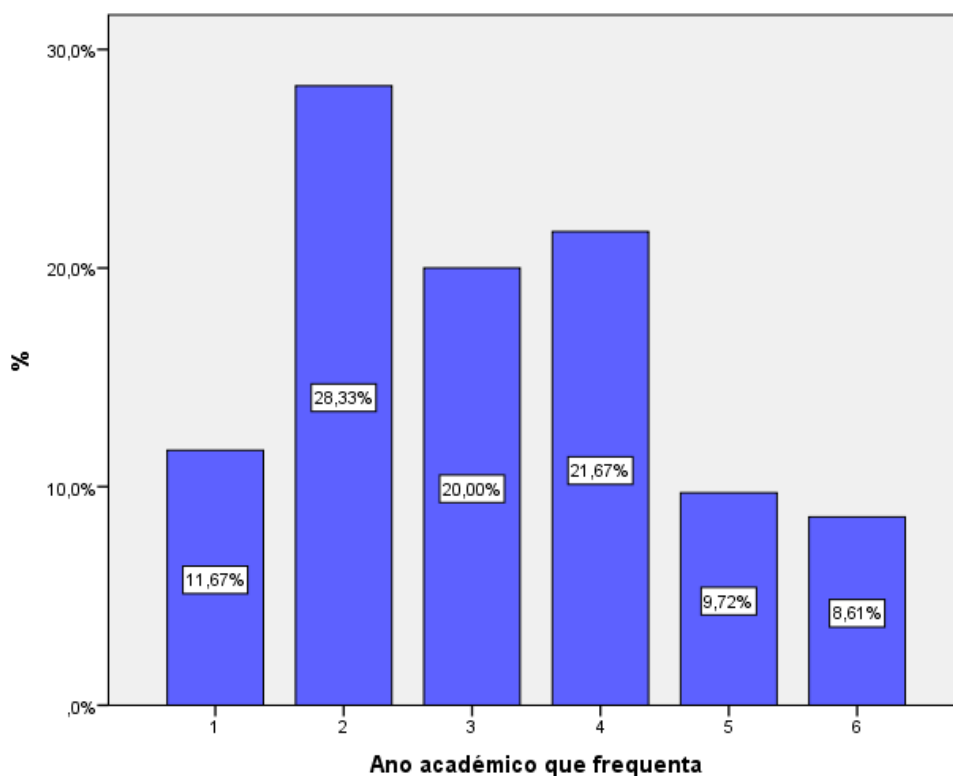


Gráfico 2: Caracterização da amostra segundo o ano académico frequentado

4.2. Avaliação do consumo de drogas de abuso ilícitas pela população em estudo

Após a análise dos dados e ao observarmos o Gráfico 3 constatamos que, dos 364 inquiridos, 189 (51,92%) consomem, ou já consumiram em algum momento, drogas de abuso ilícitas. Podemos então inferir que na UBI a quantidade de consumidores destas substâncias (51,92%) é superior à de não consumidores (48,08%).

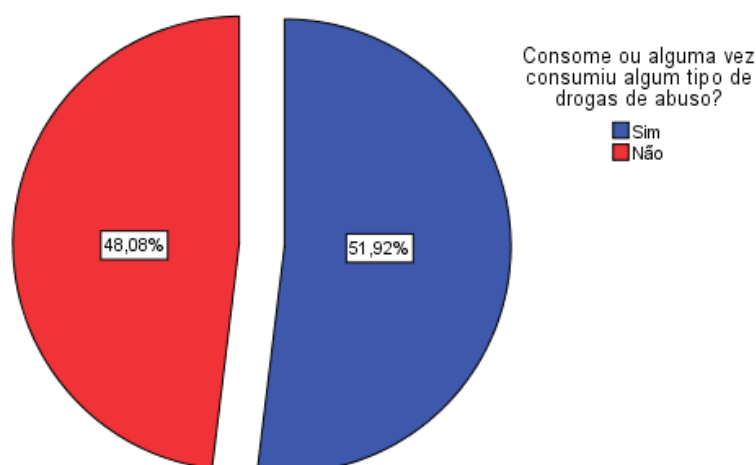


Gráfico 3: Consumo de drogas de abuso ilícitas

4.2.1. Relação entre o género e o consumo de drogas ilícitas

Para avaliar se o consumo de drogas difere significativamente entre os dois géneros, foi aplicado o teste qui-quadrado (Tabela 4). Verificamos, com base na tabela de contingência que, dos 189 estudantes que afirmaram consumir ou ter consumido drogas ilícitas em algum momento da vida, 103 correspondem ao sexo masculino (54,5%), enquanto apenas 86 (45,5%) correspondem ao sexo feminino. Pelo contrário, o número de não consumidores é superior no sexo feminino (118), em relação ao sexo masculino (57). Dentro de cada género notamos também que, mais de metade dos rapazes em estudo (64,4%) consomem este tipo de substâncias, já a maioria das raparigas da amostra (57,8%) não as consomem.

Com isto concluímos que o consumo ou não de drogas ilícitas depende do sexo ($p=0,00$), sendo que os indivíduos do sexo masculino apresentam uma maior adesão ao consumo destas substâncias. Estes dados vão de encontro aos apresentados no *World Drug Report 2015*, no *European Drug Report 2015* e no *2013 Portugal National Report*, os quais concluem que o consumo de drogas é normalmente mais elevado entre o sexo masculino [10-12].

Tabela 4: Relação entre o sexo e o consumo de drogas ilícitas

			Consome ou alguma vez consumiu algum tipo de drogas de abuso?		Total
			Sim	Não	
Sexo	M	N %	103 28,3%	57 15,7%	160 44%
	F	N %	86 23,6%	118 32,4%	204 56%
Total		N %	189 51,9%	175 48,1%	364 100%

4.3. Prevalência de consumo das drogas em estudo

Segundo os vários estudos feitos a nível mundial (UNODC), europeu (EMCDDA) e nacional (SICAD) a canábis é a substância ilícita mais consumida (quer na população em geral, quer nos jovens em específico), seguida de longe por drogas que variam consoante a população em estudo [7,10,11].

No presente estudo verifica-se que a canábis é, tal como esperado, a substância mais consumida, com 185 estudantes, ou seja 97,89% dos consumidores, a referir consumir ou ter

consumido esta droga pelo menos uma vez na vida. À canábis seguiram-se as anfetaminas e seus derivados, com 84 alunos, sendo o LSD a droga em estudo menos consumida, com 63 estudantes a referirem-na. Quatro dos inquiridos (2%) dizem ter experiência com drogas de abuso que não fazem parte do estudo.

Estes resultados encontram-se de acordo com os estudos anteriormente referidos, na medida em que a canábis é a droga consumida com maior prevalência. Também vão de encontro ao estudo aplicado nos estudantes universitários de Lisboa (promovido pelo SICAD), no qual a substância ilícita mais consumida é a canábis, seguida, com uma prevalência substancialmente mais reduzida, pelo grupo das anfetaminas, e por fim pelo LSD [13].

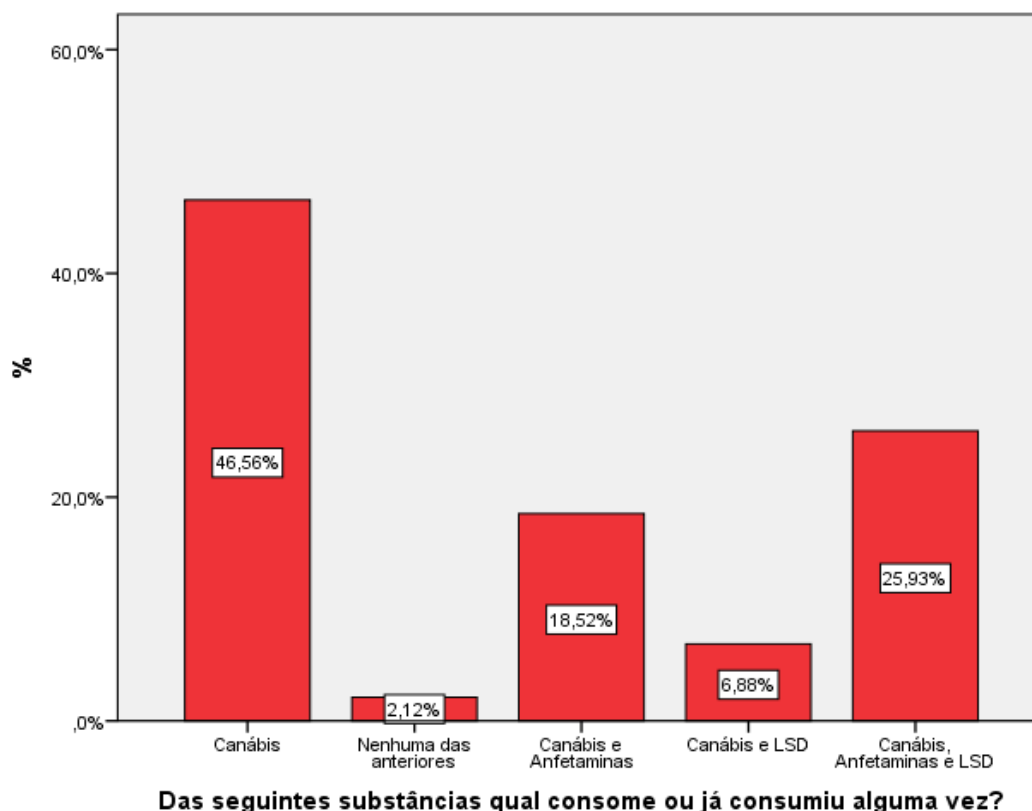


Gráfico 4: Substâncias consumidas pela população em estudo

A maioria dos consumidores de substâncias psicoativas ilícitas consome uma única substância, sendo que destes cerca de três quartos é consumidor exclusivo de canábis. De entre os cerca de um quarto de consumidores que praticam ou praticaram o policonsumo, este ocorre em grande parte com a combinação de duas substâncias. A canábis é a substância que está sempre presente quando se verificam consumos múltiplos [7].

Como se pode observar no Gráfico 4, apesar de a canábis ser principalmente consumida individualmente (46,6%), tal consumo encontra-se muitas vezes associado ao de anfetaminas (18,5%) e LSD (6,9%). Neste estudo, e de acordo com o *III Inquérito Nacional*, a canábis está sempre presente quando se verificam policonsumos. Contrariamente ao *III Inquérito Nacional*

observamos (Gráfico 4) que, neste caso, os consumos múltiplos se verificam principalmente com a combinação de 3 substâncias (25,93%).

4.3.1. Relação entre o género e o tipo de droga consumida

Mais uma vez foi aplicado o teste qui-quadrado, pretendendo-se neste caso avaliar se o tipo de droga consumida varia significativamente entre os géneros. Pela análise da Tabela 5 constatamos que, o consumo individual de canábis é superior no sexo feminino (28%) em comparação com o sexo masculino (18,5%). Em contrapartida o consumo de mais do que uma substância, como "canábis e anfetaminas" e "canábis, anfetaminas e LSD" é superior nos indivíduos do sexo masculino, havendo uma grande diferença de consumo entre os géneros no que diz respeito ao consumo múltiplo das três substâncias, com 20% para os rapazes e 5,8% para as raparigas. A associação "canábis e LSD" é a que apresenta uma menor discrepância entre o sexo feminino e masculino, com 3,7% e 3,2% respetivamente.

Com base neste estudo concluímos que o consumo de mais do que uma substância é feito maioritariamente pelo sexo masculino, enquanto o consumo de apenas canábis é feito principalmente por raparigas, ou seja, os rapazes têm tendência a experimentar mais tipos de drogas. A análise estatística inferencial permite, deste modo, afirmar que o tipo de drogas consumidas depende do género ($p=0,001$).

Tabela 5: Relação entre o sexo e o tipo de droga consumida

			Das seguintes substâncias qual consome ou já consumiu alguma vez?					Total
			Canábis	Nenhuma das anteriores	Canábis e Anfetaminas	Canábis e LSD	Canábis, Anfetaminas e LSD	
Sexo	M	N	35	2	22	6	38	103
		%	18,5%	1,1%	11,6%	3,2%	20,1%	54,5%
	F	N	53	2	13	7	11	86
		%	28,0%	1,1%	6,9%	3,7%	5,8%	45,5%
Total		N	88	4	35	13	49	189
		%	46,6%	2,1%	18,5%	6,9%	25,9%	100%

Tendo em conta os alunos que afirmaram consumir ou ter consumido as drogas de abuso em estudo foram colocadas questões de avaliação desses consumos, as quais permitem a caracterização dos mesmos.

4.3.2. Consumo e compra de Anfetaminas e seus derivados

Devido ao elevado número de derivados anfetamínicos, uma das questões do inquérito pedia para que os consumidores de anfetaminas indicassem qual/quais as substâncias que consomem ou já consumiram. Com as respostas obteve-se a seguinte tabela:

Tabela 6: Descrição do consumo de anfetaminas e seus derivados

	N	%
Anfetamina	1	1,1
Metanfetamina (MA)	27	30,7
MDMA	2	2,3
MDA	3	3,4
MA e MDMA	34	38,6
MA e MDA	1	1,1
Anfetamina, MA e MDMA	8	9,1
MA, MDMA e DOM	1	1,1
MA, MDMA e Outros	1	1,1
Anfetamina, MA, MDMA e MDA	5	5,7
MA, MDMA, MDA e Mefedrona	1	1,1
Anfetamina, MA, MDMA, MDA e MDEA	2	2,3
Anfetamina, MA, MDMA, MDA, MDEA e DOM	1	1,1
Não sabe o nome	1	1,1
Total	88	100

Como se observa na Tabela 6, a metanfetamina é o derivado anfetamínico mais consumido pelos inquiridos, sendo que, dos 88 alunos que referem consumir ou já ter consumido anfetaminas, apenas 7 não referiram a MA. Logo após à MA aparece a MDMA (ecstasy), a qual é maioritariamente consumida por estudantes que fazem um policonsumo destas substâncias. Das várias respostas existentes, verificamos que a que tem maior incidência corresponde à do consumo múltiplo de MA e MDMA, com 34 alunos (38,6%).

É de referir que existe uma discrepância entre o número, inicialmente referido, de alunos que consomem anfetaminas (84) e o número obtido nesta tabela (88). Isto pode ser explicado pelo facto de alguns estudantes não saberem que determinadas substâncias (como por ex. o ecstasy) são consideradas anfetaminas ou derivados anfetamínicos. Deste modo assinalaram apenas a(s) substância(s) que consomem, não assinalando anteriormente a opção "anfetaminas e/ou derivados", dando origem a esta divergência de valores.

A mefedrona apesar de não ser um derivado anfetamínico consta na tabela pois, vulgarmente, os inquiridos a associam como sendo, uma vez que os seus efeitos são muito semelhantes.

De acordo com o EMCDDA, alguns contextos sociais estão particularmente associados aos altos níveis de consumo deste tipo de substâncias. De um modo geral, os jovens que frequentam regularmente eventos recreativos noturnos indicam maiores níveis de consumo de drogas comparativamente à população em geral [11]. Como se sabe, o consumo de anfetaminas encontra-se principalmente associado a eventos festivos devido aos seus efeitos euforizantes. Uma vez que a maioria dos estudantes universitários frequenta estes meios, o elevado consumo destas substâncias no presente estudo poderá ser devido a esse facto.

Os resultados obtidos diferem do descrito no *Relatório Europeu sobre Drogas*, no qual se considera que o consumo de anfetamina é de longe mais comum que o consumo de metanfetamina, assim como que o consumo de ecstasy é superior ao consumo de metanfetamina nos jovens (15-34 anos) [11].

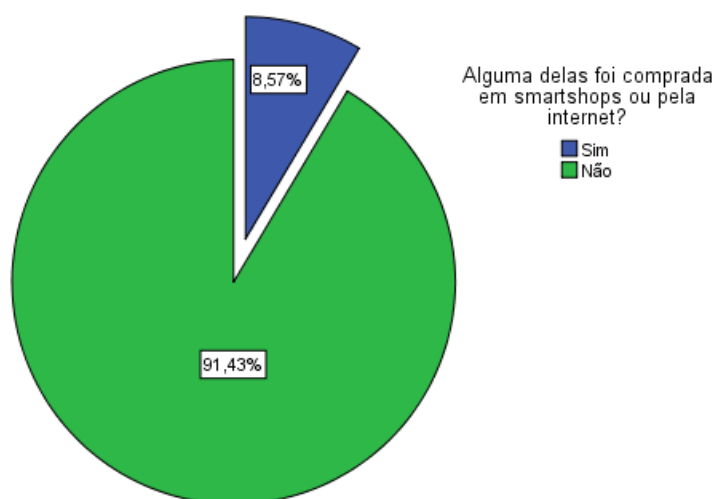


Gráfico 5: Compra de anfetaminas em *smartshops* ou pela internet

A análise do Gráfico 5 permite-nos verificar que a maioria dos inquiridos (91,4%) não compra anfetaminas em *smartshops* ou pela internet. Apenas 12 estudantes (8,6%) referiram comprar nestes locais. Na questão que pedia para especificar os nomes das anfetaminas compradas nestes locais, a maioria referiu que não se lembrava do nome, sendo a mefedrona a única substância referida. Surgiram ainda respostas como "canábis", ou "cogumelos mágicos", o que nos dá a entender que os alunos ou não perceberam a questão ou não sabem em que consistem as anfetaminas.

4.3.3. Consumo de Canabinóides Sintéticos

Não fazendo parte dos principais objetivos do presente relatório, mas tendo em conta que se pretendia entender se os inquiridos adquiriam drogas em *smartshops*, questionou-se aos mesmos sobre o consumo de canabinóides sintéticos.

Segundo o *Relatório Europeu sobre Drogas*, atualmente poucos inquéritos nacionais apresentam dados sobre o consumo de canabinóides sintéticos e, naqueles que o fazem, os níveis de prevalência são geralmente baixos [11].

Neste estudo analisou-se o consumo dos canabinóides sintéticos (Gráfico 6), o qual se encontra de acordo com o relatório acima referido, com níveis de prevalência baixos (41 indivíduos, 23%), quando comparado com o consumo de canábis.

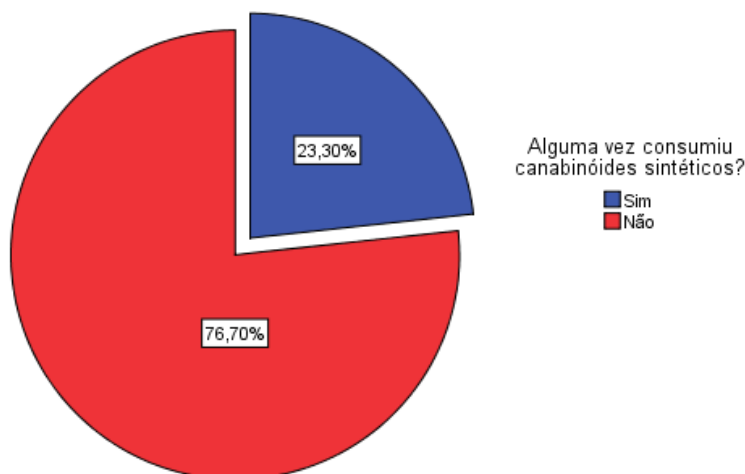


Gráfico 6: Consumo de canabinóides sintéticos

Em resposta à questão "se alguma vez consumiu canabinóides sintéticos, por favor, escreva o(s) nome(s)", a maioria dos estudantes (12) afirma não saber ou não se lembrar do nome. Gorby Mix é a substância predominantemente citada (11 estudantes). A substância 69 foi referida por 2 estudantes, sendo as substâncias Fidel Mix, Gold Gorby e Ninja referidas, respetivamente, por 1 estudante. Onze dos inquiridos colocaram um traço nesta questão e um deles referiu ter consumido *Salvia divinorum*, uma planta alucinogénica que não faz parte deste grupo.

4.4. Idade de primeiro consumo das drogas em estudo

Como se pode observar na tabela 7, o maior intervalo de idades de início de consumo corresponde à canábis (dos 8 aos 23 anos), seguindo-se as anfetaminas (14 aos 24 anos) e por último o LSD (dos 15 aos 23 anos). Na canábis a idade mais frequente para a primeira experiência de consumo é aos 16 anos (22%), sendo que a maior parte dos consumidores inquiridos realizou o primeiro contacto com a substância entre os 14 e os 19 anos (92%). A idade média do primeiro consumo de anfetaminas, assim como a de LSD é de 18 anos, com 25% e 23,8%, respetivamente. Dos estudantes que consomem anfetaminas, 81% experimentaram-nas pela primeira vez quando tinham idades compreendidas entre os 16 e os 20 anos. Nos consumidores de LSD as idades de primeiro consumo são particularmente evidentes aos 18 e aos 20 anos. Os 2 *missings* na canábis correspondem a 2 dos consumidores que não referiram a idade de primeiro consumo, talvez por não se lembrarem.

Tabela 7: Descrição da amostra segundo a idade de primeiro consumo das drogas em estudo

	Canábis		Anfetaminas		LSD	
	N	%	N	%	N	%
8	1	0,5				
11	2	1,1				
12	1	0,5				
13	5	2,7				
14	21	11,5	2	2,4		
15	24	13,1	4	4,8	1	1,6
16	40	21,9	10	11,9	9	14,3
17	33	18,0	15	17,9	9	14,3
18	36	19,7	21	25,0	15	23,8
19	15	8,2	13	15,5	7	11,1
20	3	1,6	9	10,7	13	20,6
21	1	0,5	3	3,6	7	11,1
22	-	-	4	4,8	1	1,6
23	1	0,5	2	2,4	1	1,6
24	-	-	1	1,2	-	-
Total	183	100	84	100	63	100
Missing	2					

Com base nos resultados obtidos, e ao considerarmos que a idade média de entrada na universidade é aos 18 anos, constatamos que na canábis o primeiro consumo se dá maioritariamente antes do ingresso na universidade, enquanto o primeiro consumo de anfetaminas e LSD se dá principalmente após a entrada na faculdade. Podemos também concluir, com base nos resultados, que a canábis, além de ser a substância mais consumida, é também a primeira a ser experimentada, o que vai de encontro ao *III Inquérito Nacional*, o qual refere que a canábis é, de todas, a droga ilícita que apresenta uma maior percentagem de indivíduos mais jovens nas idades de primeiro consumo. A fácil acessibilidade, o baixo preço e o facto de ser conhecida como a substância ilícita com menos riscos, são fatores que podem explicar o uso frequente de canábis [7].

Comparando os resultados obtidos no presente estudo com os apresentados no *III Inquérito Nacional*, relativamente às médias das idades de primeiro consumo, verifica-se que neste estudo estas médias são ligeiramente menores, uma vez que a nível nacional as médias de primeiro consumo de canábis, anfetaminas e LSD são 18, 20 e 21 anos, respetivamente. Mas, se tivermos em conta os intervalos de início de consumo referidos no *III Inquérito Nacional*, observa-se que estes são relativamente semelhantes aos obtidos nas substâncias em estudo [7].

4.4.1. Relação entre o género e as idades de primeiro consumo das drogas em estudo

a) Canábis

Para testar se a média de idades de primeiro consumo de canábis varia significativamente em função do género, foi utilizado o teste t-student.

Na nossa amostra a média de idade para o início de consumo de canábis no sexo masculino é de 15,89, a qual é inferior à do sexo feminino (16,99). Quer isto dizer que os rapazes iniciam o consumo desta substância mais precocemente (Tabela 8). De acordo com o teste t-student, as diferenças observadas entre a variável "idade que iniciou o consumo de canábis" e a variável "sexo" são estatisticamente significativas ($p=0,00$).

Tabela 8: Relação entre o género e a idade de primeiro consumo da canábis

Sexo	N	Média	DP	Erro-padrão da média
Masculino	100	15,89	2,093	0,209
Feminino	83	16,99	1,566	0,172

b) Anfetaminas

Para as anfetaminas foi utilizado o mesmo teste estatístico, porém não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, ou seja, a diferença média de idades de idade de primeiro consumo de anfetaminas entre rapazes (17,97) e raparigas (18,79) não foi significativa ($p=0,094$).

c) LSD

O teste t-student foi também utilizado para o LSD. Analisamos na Tabela 9 que as raparigas consomem LSD pela primeira vez mais tardiamente (19,72) que os rapazes (18,04). Foi então possível verificar, com significância estatística, diferenças entre as médias de idades de primeiro consumo de LSD consoante o sexo ($p=0,001$).

Tabela 9: Relação entre o género e a idade de primeiro consumo de LSD

Sexo	N	Média	DP	Erro-padrão da média
Masculino	45	18,04	1,637	0,244
Feminino	18	19,72	1,638	0,386

4.5. Motivos que levaram ao consumo das drogas em estudo

Tabela 10: Motivos que levaram ao consumo das drogas em estudo

	Canábis		Anfetaminas		LSD	
	N	%	N	%	N	%
Curiosidade	24	13,0	6	7,2	4	6,5
Fuga à realidade	3	1,6	1	1,2	-	-
Diversão	10	5,4	28	33,7	22	35,5
Diversão e Influência de amigos/família	8	4,3	5	6,0	7	11,3
Curiosidade e <i>Stress</i> acadêmico	8	4,3	1	1,2	-	-
Curiosidade e Fuga à realidade	12	6,5	7	8,4	5	8,1
Curiosidade e Influência de amigos/família	33	17,8	5	6,0	2	3,2
Curiosidade e Diversão	54	29,2	24	28,9	19	30,6

Uma das questões do inquérito pedia aos estudantes para selecionarem, no máximo, dois motivos que os levaram a consumir as drogas de abuso em estudo. As principais associações de respostas selecionadas pelos inquiridos aparecem descritas na Tabela 10. Para a canábis, os motivos que mais pesaram no primeiro consumo foram a "curiosidade e diversão" (29%), seguidos da "curiosidade e influência de amigos/família" (17,8%). Nas anfetaminas (33,7%) e LSD (35,5%) o principal motivo que desencadeou o consumo foi a "diversão", seguido da associação "curiosidade e diversão", com 28,9% para as anfetaminas e 30,6% para o LSD. A curiosidade e o desejo de diversão foram os motivadores de consumo mais referidos, estando de acordo com outros estudos nacionais realizados [73,74].

4.6. Frequência de consumo das drogas em estudo

Na tabela 11 observamos que a canábis é a droga consumida com maior regularidade, havendo 45 estudantes (25%) a fazerem um consumo diário desta substância. Nas anfetaminas nenhum inquirido referiu consumi-las diariamente, sendo o consumo esporádico (38,8%) o prevalente. O LSD é o que apresenta as menores frequências de consumo, com a maioria dos estudantes a consumirem-no raramente (31,7%) ou a terem-no consumido apenas 1 ou 2 vezes na vida (30%). Pensa-se que os *missings* existentes pertencem a inquiridos que deixaram de consumir estas drogas.

Podemos concluir com este estudo que a canábis é uma droga consumida com maior regularidade, fazendo muitas vezes parte dos hábitos diários dos estudantes, enquanto as anfetaminas e o LSD têm um consumo maioritariamente esporádico ou raro, respetivamente. O facto de os jovens passarem o tempo livre em contextos sociais não estruturados está relacionado com um maior uso de substâncias [74], o que pode ser a causa da elevada frequência de uso da canábis. As menores frequências de consumo das anfetaminas e do LSD podem dever-se ao facto destas substâncias serem preferencialmente consumidas em eventos festivos [11], os quais não se realizam, ou não são frequentados diariamente.

Tabela 11: Frequência de consumo das drogas em estudo

	Canábis		Anfetaminas		LSD	
	N	%	N	%	N	%
Diariamente	45	25,1	-	-	-	-
Semanalmente	31	17,3	1	1,3	-	-
Mensalmente	16	8,9	14	17,5	7	11,7
Esporadicamente	34	19,0	31	38,8	16	26,7
Raramente	30	16,8	15	18,8	19	31,7
Só consumiu 1 ou 2 vezes	23	12,8	19	23,8	18	30,0
Total	179	100	80	100	60	100
Missing	6		4		3	

4.6.1. Relação entre o género e a frequência de consumo das drogas em estudo

Com o intuito de determinar se a frequência de consumo de canábis, anfetaminas e LSD depende do sexo, foi aplicado o teste qui-quadrado.

a) Canábis

Com base na Tabela 12 podemos afirmar que o consumo regular de canábis (diariamente e semanalmente) é feito maioritariamente pelos indivíduos do sexo masculino. Em contrapartida é no sexo feminino que se verificam os consumos menos frequentes (mensalmente, raramente e consumiu apenas uma ou duas vezes). O consumo esporádico foi referido igualmente por ambos os sexos, com 17 respostas para cada.

A análise estatística inferencial permite, deste modo, concluir que a regularidade do consumo de canábis depende do sexo ($p=0,00$).

Tabela 12: Relação entre o gênero e a frequência de consumo de canábis

			Indique qual a regularidade com que consome as seguintes drogas de abuso (Canábis)						Total
			Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Esporadicamente	Raramente	Só consumiu 1 ou 2 vezes	
Sexo	M	N	37	21	5	17	10	7	97
		%	20,7%	11,7%	2,8%	9,5%	5,6%	3,9%	54,2%
	F	N	8	10	11	17	20	16	82
		%	4,5%	5,6%	6,1%	9,5%	11,2%	8,9%	45,8%
Total	N	45	31	16	34	30	23	179	
	%	25,1%	17,3%	8,9%	19,0%	16,8%	12,8%	100%	

b) Anfetaminas

Analisando a Tabela 13 constatamos que a frequência de consumo de anfetaminas é sempre superior no sexo masculino, independentemente da regularidade. O consumo esporádico é o mais referido por ambos os sexos, com 28,8% para o sexo masculino e 10% para o sexo feminino. Contudo, o resultado do teste realizado não apresentou diferenças estatisticamente significativas, ou seja, a regularidade dos consumos de anfetaminas é independente do sexo ($p=0,823$).

Tabela 13: Relação entre o gênero e a frequência de consumo de anfetaminas

			Indique qual a regularidade com que consome as seguintes drogas de abuso (Anfetaminas)					Total
			Semanalmente	Mensalmente	Esporadicamente	Raramente	Só consumiu 1 ou 2 vezes	
Sexo	M	N	1	11	23	11	12	58
		%	1,2%	13,8%	28,8%	13,8%	15,0%	72,5%
	F	N	0	3	8	4	7	22
		%	0,0%	3,8%	10,0%	5,0%	8,8%	27,5%
Total	N	1	14	31	15	19	80	
	%	1,2%	17,5%	38,8%	18,8%	23,8%	100%	

c) LSD

Como se pode observar na Tabela 14, para qualquer regularidade a frequência de consumo de LSD nos rapazes é sempre superior à das raparigas. No sexo masculino o consumo raro é o mais referido (23,3%), enquanto a maioria do sexo feminino afirma só ter consumido LSD apenas uma ou duas vezes na vida (13,3%).

Com base no teste utilizado é possível concluir que a regularidade de consumo de LSD é independente do sexo ($p=0,158$).

Tabela 14: Relação entre o género e a frequência de consumo de LSD

			Indique qual a regularidade com que consome as seguintes drogas de abuso (LSD)				Total
			Mensalmente	Esporadicamente	Raramente	Só consumiu 1 ou 2 vezes	
Sexo	M	N	7	12	14	10	43
		%	11,7%	20,0%	23,3%	16,7%	71,7%
	F	N	0	4	5	8	17
		%	0,0%	6,7%	8,3%	13,3%	28,3%
Total		N	7	16	19	18	60
		%	11,7%	26,7%	31,7%	30,0%	100%

4.7. Companhias e locais habituais de consumo

Tabela 15: Companhias habituais de consumo das drogas em estudo

	N	%
Sozinho	10	5,6
Com amigos	156	87,6
Namorado(a)	6	3,4
Sozinho, Amigos e Familiares	2	1,1
Todos	1	0,6
Amigos e Namorado(a)	2	1,1
Amigos, Namorado(a) e Familiares	1	0,6
Total	178	100
Missing	7	

Para se perceber o modo como o consumo destas substâncias é feito (com ou sem companhia), uma das questões abordava este tema. Nesta questão pedia-se aos estudantes

para assinalarem se faziam este consumo sozinhos, com amigos, com o(a) namorado(a) ou com familiares. Pela análise da Tabela 15 é bastante evidente que a maioria dos estudantes que consome drogas fá-lo na companhia de amigos (87,6%), seguindo-se, com uma grande diferença, o consumo a sós (5,6%) e com o(a) namorado(a) (3,4%). O consumo com familiares é, como se previa, o menos referido.

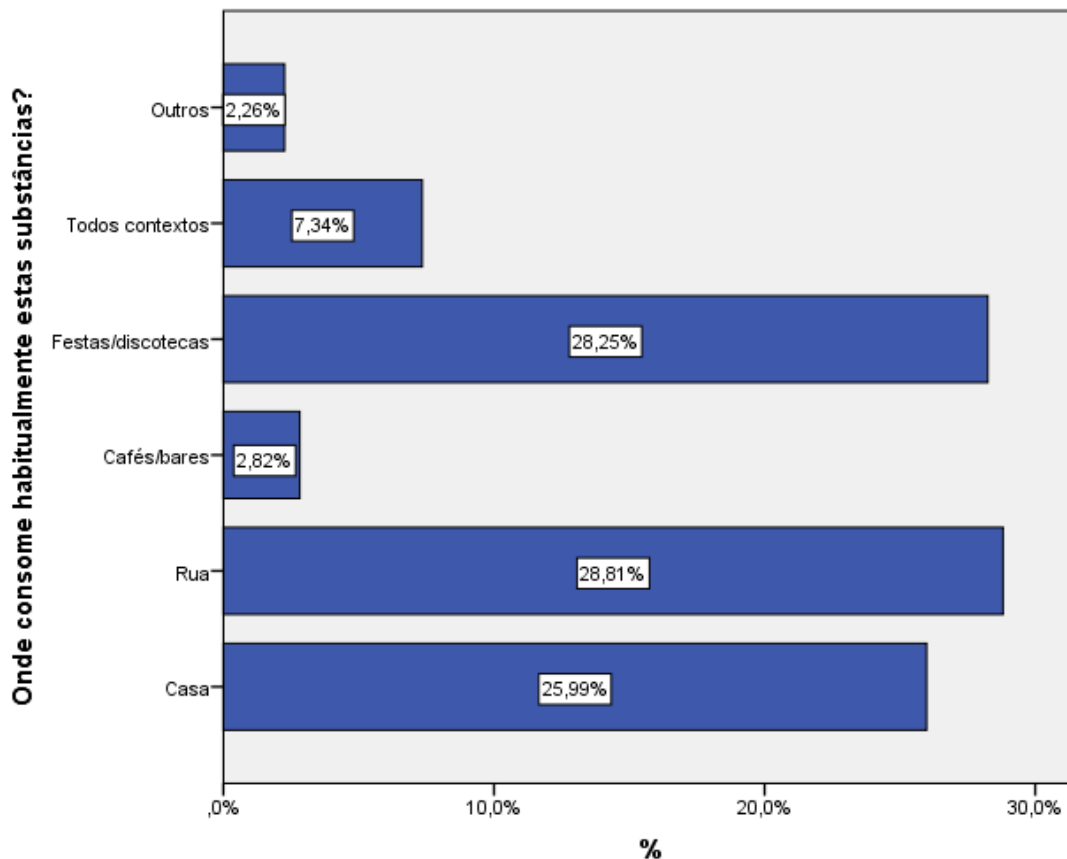


Gráfico 7: Locais habituais de consumo das substâncias em estudo

Segundo o *III Inquérito Nacional*, o LSD e as anfetaminas, para além de serem consumidos em casa de amigos, são preferencialmente consumidos em bares e discotecas. A canábis é tanto consumida em casa como em locais ao ar livre, tais como ruas, praças ou jardins [7].

Através do Gráfico 7 analisamos os locais mais frequentes de consumo das substâncias em estudo. A rua é o principal local escolhido para consumir drogas (28,81%), o qual é seguido, por uma diferença mínima, pelas festas e discotecas (28,25%). O consumo em casa aparece logo de seguida (25,99%), podendo este ser tanto em casa de amigos como na própria casa. As restantes respostas aparecem com percentagens pouco significativas. Estes resultados não nos surpreendem, visto que as anfetaminas e o LSD estão muito ligados a eventos recreativos (daí a elevada resposta de festas e discotecas) e que a canábis, além de também ser muito consumida nestes meios, se encontra principalmente associada a locais mais calmos e reservados, como uma casa ou a rua.

4.8. Associação das drogas em estudo com outras substâncias

A associação de diferentes drogas, sejam estas lícitas ou ilícitas, durante um episódio de consumo é uma prática recorrente entre os jovens. Existem diferentes justificações para a mistura de diversas drogas. As drogas tomadas em conjunto podem ter efeitos cumulativos ou complementares, podendo ser misturadas para aumentar a experiência psicoativa global. Compensar os efeitos negativos de uma droga pode ser outra razão para tomar uma substância adicional. O principal problema destas combinações é que aumentam o risco de efeitos adversos para a saúde. O álcool está presente na maioria dos policonsumos de drogas, podendo produzir alterações na farmacocinética de outras substâncias assim como causar lesões hepáticas graves. Estas lesões hepáticas prejudicam muitas vezes o metabolismo das drogas, podendo ter consequências graves [6].

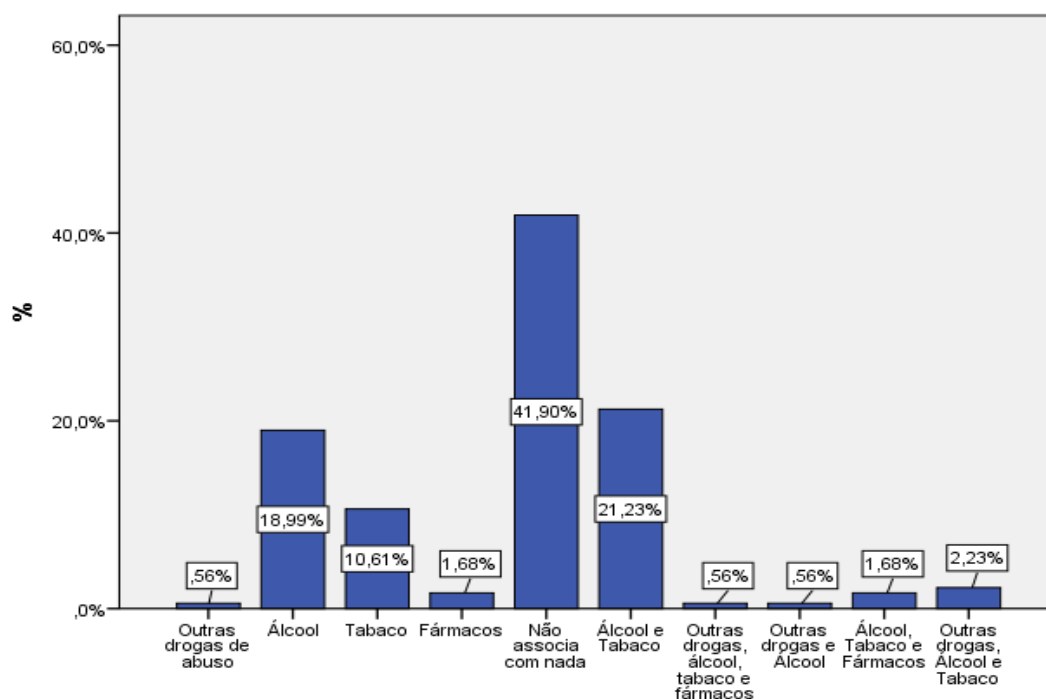


Gráfico 8: Associação das drogas em estudo com outras substâncias

Ao analisarmos o Gráfico 8 constatamos que a maioria dos estudantes que consomem drogas fá-lo sem associações (41,9%). O álcool é, como esperado, a substância individual que mais se encontra associada ao consumo de drogas (18,99%), seguida do tabaco (10,61%), sendo a combinação "álcool e tabaco" (21,23%) a mais selecionada pelos estudantes que consomem simultaneamente várias substâncias. As associações com outras drogas ilícitas ou com fármacos também foram referidas, ainda que com percentagens pouco significativas. Houve ainda quem assumisse misturar várias substâncias, como "outras drogas ilícitas, álcool e tabaco", "álcool, tabaco e fármacos" ou ainda "outras drogas ilícitas, álcool, tabaco e fármacos". A elevada associação de drogas ilícitas com álcool pode dever-se ao elevado consumo destas substâncias em eventos recreativos, como bares e discotecas [6].

4.9. Sensações mais frequentes após o consumo de canábis

Uma vez que a canábis é a principal droga ilícita consumida pela população, a questão referente às sensações mais frequentes após o seu consumo foi apenas direcionada para esta substância. Os inquiridos poderiam selecionar, no máximo, três das opções apresentadas. As opções consistiam nos principais efeitos da canábis (sonolência, sensação de bem-estar, emoções sentidas com maior intensidade, dificuldade em acompanhar uma conversa, menor timidez, sensação de maior criatividade e produtividade, dificuldade de concentração, extroversão e ideia paranóides). Foram obtidas várias combinações de respostas, as quais se encontram em anexo (Anexo 3) devido à extensão da tabela.

Da grande variabilidade de respostas observáveis, as combinações mais referidas são: "sonolência, sensação de bem-estar e aumento da criatividade/produtividade" (6%), "sensação de bem-estar, aumento da criatividade/produtividade e extroversão" (5%) e "emoções sentidas com maior intensidade, aumento da criatividade/produtividade e extroversão" (4,4%). Sabendo-se que os efeitos da canábis dependem, entre outros fatores, do ambiente em que é consumida, o bem-estar e a sonolência poderão estar associados ao grande consumo que os estudantes em estudo fazem em ambientes calmos, como a rua e em casa. A extroversão, pelo contrário, poderá estar associada ao consumo que fazem em festas e discotecas.

4.10. Efeitos consequentes ao consumo das drogas em estudo

Foi analisado neste estudo quais os efeitos adversos, consequentes ao uso de drogas, mais sentidos pelos estudantes. A questão do inquérito apresentava várias opções de resposta, embora não pedisse para especificar qual droga deu origem ao(s) problema(s) referido(s).

Dos 185 estudantes que consomem as drogas em estudo, 90 afirmaram ter tido pelo menos um problema consequente à utilização destas substâncias. A perda de memória foi, como se pode observar pelo Gráfico 9, a principal consequência relatada (37,8%), seguida, ainda que com alguma diferença, das alucinações (14,4%), confusões (8,9%), maus resultados na faculdade (5,6%), acidentes de viação (2%) e, por fim, problemas de saúde (1%). Várias combinações de opções foram ainda referidas, mas estas apresentam percentagens pouco significativas.

Tendo em conta os efeitos adversos referidos na introdução, a perda de memória poderá estar relacionada com o consumo de canábis, enquanto as alucinações auditivas e visuais com o consumo de LSD e ecstasy.

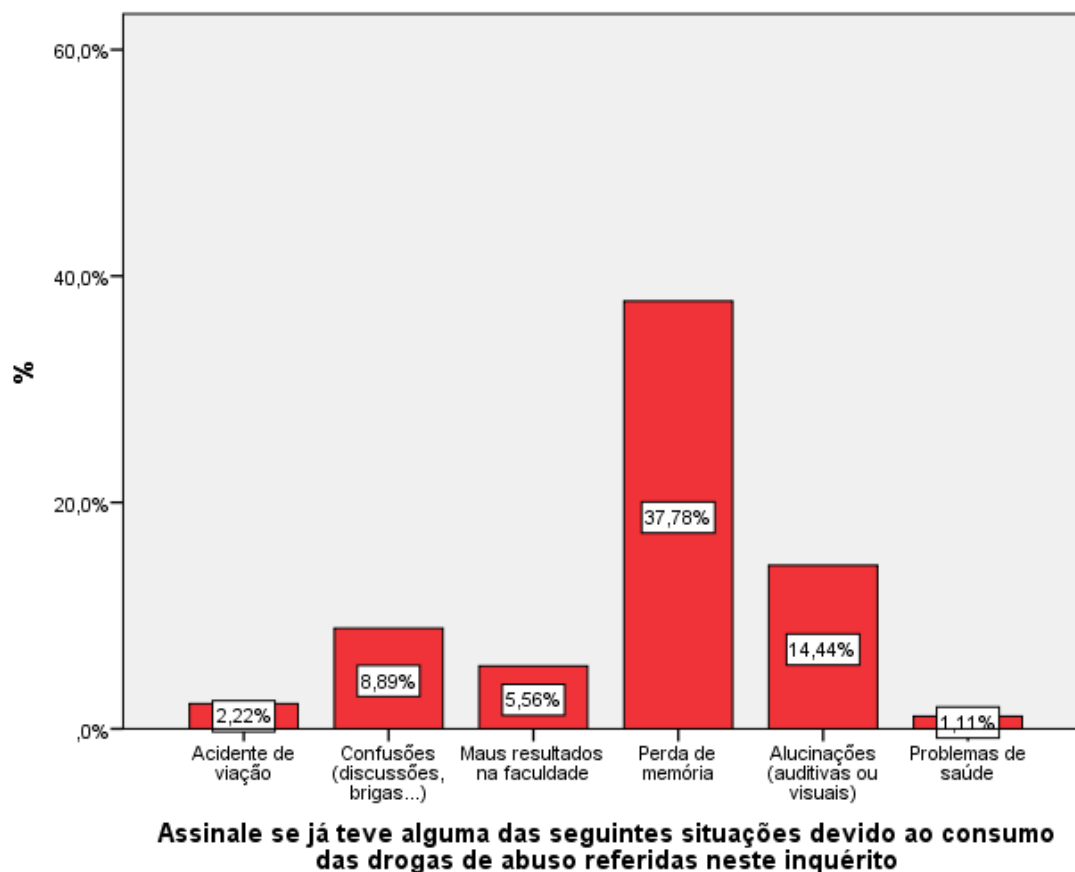


Gráfico 9: Consequências do consumo das drogas em estudo

4.11. Motivos que levaram os estudantes a deixarem de consumir as drogas em estudo

Dos 185 estudantes que afirmaram consumir ou ter consumido em algum momento da vida as drogas em estudo, 44 referiram ter deixado a canábis, 21 abandonaram o consumo de anfetaminas e 14 abdicaram do uso de LSD.

Dos estudantes que deixaram de consumir canábis a maioria (31,8%) referiu "outros" como causa, seguindo-se a preocupação com a saúde (22,7%) e a associação "preocupação com a saúde e ser dispendioso" (15,9%). O principal fator que levou ao término do consumo de anfetaminas e LSD foi a preocupação com a saúde, com aproximadamente 38% e 43%, respetivamente (Tabela 16). As restantes respostas ocupam posições pouco significativas.

Tabela 16: Motivos que levaram os estudantes a deixarem de consumir as drogas em estudo

	Canábis		Anfetaminas		LSD	
	N	%	N	%	N	%
Preocupação com a saúde	10	22,7	8	38,1	6	42,9
Ser dispendioso	2	4,5	2	9,5	2	14,3
Interferência com os estudos	3	6,8	1	4,8	2	14,3
Outros	14	31,8	6	28,6	2	14,3
Preocupação com a saúde e ser dispendioso	7	15,9	1	4,8	1	7,1

4.12. Concordância dos estudantes quando à legalização da canábis

Sendo a legalização da canábis um assunto muito debatido em Portugal, seja para fins recreativos, seja para fins medicinais, decidiu-se fazer uma questão relativamente à concordância dos estudantes da UBI face a este tema.

Ao analisarmos a Tabela 17 fica claro que a maior parte da amostra (42,6%) concorda com a legalização da canábis para toda a população, embora que com uma diferença mínima para os estudantes que concordam com esta legalização mas apenas para venda em farmácias, sendo esta venda dependente de prescrição médica e para fins medicinais (42%). A não concordância com a legalização da canábis em nenhuma das circunstâncias aparece com uma percentagem substancialmente mais reduzida (15,4%).

Tabela 17: Concordância com a legalização da canábis

	N	%
Concorda com a legalização para toda a população	155	42,6
Concorda apenas com a legalização para venda em farmácias, com uso de prescrição médica e para fins medicinais	153	42,0
Não concorda com a legalização em nenhuma das circunstâncias	56	15,4
Total	364	100

4.12.1. Relação entre o consumo de drogas de abuso ilícitas e a concordância da legalização da canábis

Com o intuito de compreender se a opinião da amostra relativamente à legalização da canábis se encontrava relacionada com o consumo ou não de drogas de abuso ilícitas, utilizou-se novamente o teste qui-quadrado. Com base na Tabela 18 pode-se afirmar que, das 155 pessoas que concordam com a legalização para toda a população, a sua maioria (129) consome ou já alguma vez consumiu drogas. Por outro lado, a maioria das 153 pessoas que concordam com a legalização apenas para a venda em farmácias nunca consumiu substâncias ilícitas (104). O mesmo se repete para quem não concorda com a legalização em nenhuma das circunstâncias, sendo que dos 56 inquiridos pertencentes a este grupo, 45 nunca consumiram drogas.

Através dos resultados do teste em questão podemos afirmar que a opinião dos estudantes face à legalização depende do consumo ou não de substâncias ilícitas, sendo que a maioria que consome concorda com esta legalização e a maioria dos que não consomem ou não concordam com a legalização ou então concordam mas, desde que esta seja apenas para fins terapêuticos. Esta relação é significativa do ponto de vista estatístico ($p=0,000$).

Tabela 18: Relação entre o consumo de drogas ilícitas e a concordância da legalização da canábis

		Consome ou alguma vez consumiu algum tipo de drogas de abuso?		Total	
		Sim	Não		
Relativamente à legalização da canábis em Portugal	Concorda com a legalização para toda a população	N	129	26	155
		%	35,4%	7,1%	42,6%
	Concorda apenas com a legalização para venda em farmácias, com uso de prescrição médica e para fins medicinais	N	49	104	153
		%	13,5%	28,6%	42,0%
	Não concorda com a legalização em nenhuma das circunstâncias	N	11	45	56
		%	3,0%	12,4%	15,4%
Total		N	189	175	364
		%	51,9%	48,1%	100%

5. Conclusão

Com base no estudo realizado podemos concluir que a maior parte dos estudantes da UBI (51,9%) consome ou já consumiu drogas de abuso ilícitas, sendo os indivíduos do sexo masculino os principais consumidores destas substâncias (54,5%). A canábis é a droga com maior prevalência de consumo, com 185 estudantes a terem-na consumido pelo menos uma vez (97,9%), seguida, de longe, pelas anfetaminas (84 estudantes) e pelo LSD (63 estudantes). Constatamos também que o tipo de drogas consumidas depende do gênero, sendo que a maioria do sexo feminino consome apenas canábis (28%), enquanto a maioria do sexo masculino tem tendência a consumir mais do que uma substância. A metanfetamina e o ecstasy são os derivados anfetamínicos mais consumidos entre os indivíduos que fazem uso de anfetaminas, estando principalmente associados a um policonsumo (38,6%). O consumo de canabinóides sintéticos foi também alvo de avaliação, o que nos levou a crer que poucos estudantes recorrem a estas substâncias (41 indivíduos, 23,3%), sendo o Gorbi Mix o canabinóide sintético mais referido.

Os resultados obtidos revelaram que, na amostra em estudo, a canábis além de ser a substância mais consumida é também a que apresenta as idades mais baixas de primeiro consumo. A idade mais frequente para a primeira experiência com canábis é aos 16 anos (22%), já nas anfetaminas (25%) e no LSD (23,8%) é aos 18 anos. Com base nos testes aplicados podemos afirmar que na canábis e no LSD há diferenças significativas entre as médias de idades de primeiro consumo consoante o sexo, sendo que os rapazes iniciam o consumo destas substâncias mais precocemente que as raparigas. Podemos também concluir que a canábis é a substância consumida com maior regularidade, fazendo muitas vezes parte dos hábitos diários dos estudantes (25%), enquanto as anfetaminas e o LSD têm um consumo maioritariamente esporádico ou raro, respetivamente. A regularidade do consumo de canábis depende do sexo, sendo o consumo diário e semanal feito principalmente por rapazes e o consumo mensal, raro ou de apenas uma ou duas vezes feito em maior número por raparigas.

Aspetos relacionados com o uso das drogas em estudo, como os motivos que o desencadearam, os locais e o modo de consumo foram também avaliados, sendo que se pode concluir, pelos resultados apresentados, que a curiosidade e o desejo de diversão são as principais razões que levam ao início do consumo destas substâncias. O consumo das drogas em estudo é feito maioritariamente na rua (28,8%), nas festas/discotecas (28,3%) e em casa (25,9%), principalmente na companhia de amigos (87,6%). Verificou-se que existe muitas vezes um consumo simultâneo destas substâncias com álcool e tabaco (21,2%).

Os estudantes foram igualmente questionados sobre possíveis efeitos adversos sofridos em consequência do consumo das drogas em estudo, sendo que 90 afirmaram ter tido pelo menos um problema consequente à utilização destas substâncias. Pelos resultados obtidos podemos afirmar que a perda de memória é a principal consequência sentida pela amostra em estudo

(37,8%), a qual poderá estar especialmente relacionada com o consumo de canábis. Relativamente aos inquiridos que deixaram de consumir estas drogas, a preocupação com a saúde foi o principal motivo que os levou a abandonarem este hábito.

Sendo a canábis a droga ilícita mais consumida globalmente, duas das questões foram apenas direcionadas para a mesma. Deste modo verificou-se que, os efeitos frequentemente sentidos pelos estudantes após o seu consumo são: sensação de bem-estar, sonolência, aumento da criatividade/produktividade, extroversão e emoções sentidas com maior intensidade. Também foi possível concluir que, de uma forma geral, os estudantes consumidores concordam com a legalização da canábis para toda a população (35,4%), enquanto os não consumidores ou não concordam com a legalização (12,4%) ou então concordam mas, desde que esta seja apenas para fins terapêuticos (28,6%).

Com este estudo foi possível constatar que há uma falta de conhecimento, por parte de alguns inquiridos, relativamente às drogas que consomem, principalmente no que diz respeito aos derivados anfetamínicos e aos canabinóides sintéticos.

Foi possível verificar aquando a análise dos dados que o questionário não estava esclarecedor para os alunos que consumiam drogas e as deixaram de consumir, sendo que alguns inquiridos responderam a todas as questões com base nos tempos em que consumiam e outros deixaram algumas perguntas em branco (ex.: regularidade com que consome, como consome e onde consome).

Num futuro próximo seria interessante estender este estudo a todas as universidades nacionais, de modo obter dados mais representativos do consumo de drogas ilícitas por estudantes universitários no país. Seria também interessante criar campanhas que informassem os jovens quanto às características destas drogas e que os alertassem de como o seu consumo pode ser prejudicial, podendo o farmacêutico ter um papel fundamental nestas políticas de Saúde Pública.

Bibliografia

- [1] K. T. Medeiros, S. C. Maciel, P. F. de Sousa, F. M. Tenório-Souza, and C. C. V. Dias, "Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários," *Psicol. em Estud.*, vol. 18, no. 2, pp. 269-279, 2013.
- [2] N. M. Costa, "Prevalência do Consumo de Drogas de Abuso nos Casos Mortais Autopsiados na Delagação do Centro do Instituto Nacional de Medecina Legal e no Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz entre 1990 e 2007," Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2010.
- [3] A. M. Arria, K. M. Caldeira, K. E. O'Grady, K. B. Vincent, D. B. Fitzelle, E. P. Johnson, and E. D. Wish, "Drug exposure opportunities and use patterns among college students: results of a longitudinal prospective cohort study," *Nac. Institutes Heal.*, vol. 29, no. 4, pp. 19-38, 2008.
- [4] B. Hibell, U. Guttormsson, S. Ahlström, O. Balakireva, T. Bjarnason, A. Kokkevi, and L. Kraus, "The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries," 2012.
- [5] F. Feijão, E. Lavado, and V. Calado, "Estudo Sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas - ECATD. Portugal Continental.," 2011.
- [6] EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), "Polydrug Use: Patterns and Responses," vol. 49, no. 2. pp. 231-231, 2009.
- [7] C. Balsa, C. Vital, and C. Urbano, "III INQUÉRITO NACIONAL ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral: SICAD," Portugal, 2012.
- [8] A. M. Arria, L. M. Garnier-dykstra, E. T. Cook, K. M. Caldeira, K. B. Vincent, R. A. Baron, and K. E. O. Grady, "Drug use patterns in young adulthood and post-college employment," *Nac. Institutes Heal.*, vol. 127, pp. 23-30, 2013.
- [9] R. Melo, P. Andrade, M. Sampaio, and Equipa do Grupo de Intervenção no Ensino Superior do IDT, "Intervenção em Contexto Festivo no Ensino Superior," *Revista Toxicoddependências*, vol. 16, pp. 15-28, 2010.
- [10] UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), "World Drug Report," 2015. [Online]. Available: https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf. [Accessed: 03-Aug-2015].
- [11] EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), "Relatório Europeu sobre Drogas," 2015. [Online]. Available: <http://www.emcdda.europa.eu/edr2015>. [Accessed: 03-Aug-2015].
- [12] The Reitox Nacional Focal Point / SICAD, "NATIONAL REPORT TO THE EMCDDA - Portugal," 2013. [Online]. Available: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index228487EN.html>. [Accessed: 03-Aug-2015].
- [13] C. Ribeiro, L. Dias, J. L. Costa, C. Guerreiro, E. Lavado, and V. Calado, "Consumo, Representações e Perceções das Novas Substâncias Psicoativas entre Estudantes Universitários," *SICAD*, 2014.

- [14] EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), “Portugal country overview- A summary of the national drug situation.” [Online]. Available: <http://www.emcdda.europa.eu/countries/portugal>. [Accessed: 04-Aug-2015].
- [15] Ministério da Justiça, *Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro*. Diário da República, 1993.
- [16] Assembleia da República, *Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro*. Diário da República, 2000, pp. 6829-6833.
- [17] SICAD, “Descriminalização do Consumo.” [Online]. Available: <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/DesConsumo/Paginas/default.aspx>. [Accessed: 04-Aug-2015].
- [18] SICAD, “Descriminalização do Consumo - Comissão para a Dissuasão da Toxicod dependência.” [Online]. Available: <http://www.sicad.pt/PT/Dissuasao/SitePages/Descriminalizacaodoconsumo.aspx>. [Accessed: 04-Aug-2015].
- [19] INFARMED, *Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de Abril*. Legislação Farmacêutica Compilada, 2013.
- [20] Ministério da Saúde, *Portaria n.º 154/2013, de 17 de Abril*. Diário da República, 2013, pp. 2254-2257.
- [21] “Classificação de Substâncias Psicoativas.” [Online]. Available: <http://www.aabc.pt/substancias.php>. [Accessed: 10-Aug-2015].
- [22] M. Moral and L. Fernández, “Conceptos fundamentales en drogodependencias,” 2009.
- [23] World Health Organization, “Glosario de Términos de Alcohol y Drogas,” *World Health*, 1994. [Online]. Available: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf. [Accessed: 10-Aug-2015].
- [24] UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), “Information about drugs.” [Online]. Available: <http://www.unodc.org/unodc/en/illicit-drugs/definitions/>. [Accessed: 11-Aug-2015].
- [25] M. Góis and J. H. Amaral, “O Uso de Drogas Lícitas e Ilícitas e Suas Consequências Sociais e Econômicas,” *ETIC-Encontro De Iniciação Científica - ISSN 21-76-8498*, vol. 5, no. 5, 2009.
- [26] “Saúde: Drogas.” [Online]. Available: <http://saude.ig.com.br/drogas/>. [Accessed: 11-Aug-2015].
- [27] M. A. Elsohly, *Marijuana and the Cannabinoids*. Human Press Inc., 2007.
- [28] M. Ben Amar, “Cannabinoids in medicine: A review of their therapeutic potential,” *J. Ethnopharmacol.*, vol. 105, no. 1-2, pp. 1-25, 2006.
- [29] “Imagem: Folha de Cannabis Indica.” [Online]. Available: <http://lombra.com.br/wp-content/uploads/2014/09/tipos-maconha-Indica.jpg>. [Accessed: 13-Aug-2015].
- [30] “Imagem: Folha de Cannabis Sativa.” [Online]. Available: <http://lombra.com.br/wp-content/uploads/2014/09/tipos-maconha-Sativa.jpg>. [Accessed: 13-Aug-2015].

- [31] UNODC (United Nations Office on Drugs and Crimes), “Cannabis A Short Review,” 2012. [Online]. Available: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/cannabis_review.pdf. [Accessed: 12-Aug-2015].
- [32] EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), “Cannabis drug profile.” [Online]. Available: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/cannabis>. [Accessed: 13-Aug-2015].
- [33] M. J. S. Baptista, “Determinação de drogas terapêuticas e não terapêuticas e de alguns metabolitos em cabelo,” Universidade de Aveiro, 2005.
- [34] L. Iversen, “Cannabis and the brain,” *Brain*, vol. 126, no. 6, pp. 1252-1270, 2003.
- [35] UNODC (United Nations Office on Drugs and Crimes), “Why does cannabis potency matter.” [Online]. Available: <https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2009/June/why-does-cannabis-potency-matter.html>. [Accessed: 13-Aug-2015].
- [36] “Imagem: Erva/Marijuana.” [Online]. Available: <http://www.emcdda.europa.eu/imglib/Drugprofiles/350Cannabis.jpg>. [Accessed: 13-Aug-2015].
- [37] “Imagem: Resina/ Haxixe.” [Online]. Available: <http://thumbs.dreamstime.com/t/uns-gramas-que-parte-de-haxixe-colocou-ao-lado-de-uns-gramas-remendam-isolado-no-fundo-branco-isto-remenda-representa-quantidade-29757361.jpg>. [Accessed: 13-Aug-2015].
- [38] “Imagem: Óleo de Cannabis.” [Online]. Available: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/d/d2/Hemp_extract_fine.jpg/800px-Hemp_extract_fine.jpg. [Accessed: 13-Aug-2015].
- [39] M. Ribeiro, A. C. P. R. Marques, R. Laranjeira, H. N. P. Alves, M. R. De Araújo, D. A. Baltieri, W. M. Bernardo, C. Lagp, I. G. Karniol, F. Kerr-Corrêa, S. Nicastri, M. R. C. Nobre, R. A. De Oliveira, M. Romano, S. D. Seibel, and C. J. Da Silva, “Abuso e Dependência da Maconha,” *Rev. Assoc. Med. Bras.*, vol. 51, no. 5, pp. 247-249, 2005.
- [40] R. M. Swift and D. C. Lewis, “Farmacologia da Dependência e Abuso de Drogas,” *Princípios da Farmacol. - A Base Fisiopatológica da Farmacoter.*, pp. 260-278, 2009.
- [41] K. M. Honório, A. Arroio, and A. B. F. Da Silva, “Aspectos Terapêuticos de Compostos da Planta Cannabis Sativa,” *Quim. Nova*, vol. 29, no. 2, pp. 318-325, 2006.
- [42] Público, “Cannabis Para Fins Terapêuticos,” 02-Apr-2013.
- [43] INFARMED, *Aviso n.º 10618/2014*. Diário da República, 2014, p. 10624.
- [44] Público, “Plantação de Cannabis em Portugal,” 09-Oct-2014.
- [45] SICAD, “Novas Substâncias Psicoativas.” [Online]. Available: <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=19>. [Accessed: 14-Aug-2015].
- [46] A. de O. Alves, B. Spaniol, and R. Linden, “Canabinoides sintéticos: drogas de abuso emergentes,” *Rev. Psiquiatr. Clínica*, vol. 39, no. 4, pp. 142-148, 2012.
- [47] K. A. Seely, J. Lapoint, J. H. Moran, and L. Fattore, “Spice drugs are more than harmless herbal blends: a review of the pharmacology and toxicology of synthetic

- cannabinoids.,” *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, vol. 39, no. 2, pp. 234-43, Dec. 2012.
- [48] UNODC (United Nations Office on Drugs and Crimes), “Recommended methods for the Identification and Analysis of Synthetic Cannabinoid Receptor Agonists in Seized Materials,” 2013.
- [49] UNODC (United Nations Office on Drugs and Crimes), “Synthetic cannabinoids.” [Online]. Available: <https://www.unodc.org/LSS/SubstanceGroup/Details/ae45ce06-6d33-4f5f-916a-e873f07bde02>. [Accessed: 18-Aug-2015].
- [50] National Institute on Drug Abuse, “Drug Facts: K2/Spice (‘Synthetic Marijuana’).” [Online]. Available: <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/k2spice-synthetic-marijuana>. [Accessed: 18-Aug-2015].
- [51] “Nuevas Sustancias de Síntesis: Cannabinoides Sintéticos.” [Online]. Available: <http://energycontrol.org/infodrogas/otras/rcs-legal-highs-nuevas-sustancias-de-sintesis/articulos-generales/549-cannabinoides-sinteticos.html>. [Accessed: 18-Aug-2015].
- [52] United Nations Office on Drugs and Crimes, *Terminology and Information on Drugs*, Second edi. Vienna: Laboratory and Scientific Section, 2003.
- [53] T. Passie, J. H. Halpern, D. O. Stichtenoth, H. M. Emrich, and A. Hintzen, “The pharmacology of lysergic acid diethylamide: A review,” *CNS Neurosci. Ther.*, vol. 14, no. 4, pp. 295-314, 2008.
- [54] EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), “LSD drug profile.” [Online]. Available: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/lsd>. [Accessed: 22-Aug-2015].
- [55] L. Grossman, E. Utterback, A. Stewart, S. Gaikwad, K. M. Chung, C. Suciú, K. Wong, M. Elegante, S. Elkhayat, J. Tan, T. Gilder, N. Wu, J. DiLeo, J. Cachat, and A. V. Kalueff, “Characterization of behavioral and endocrine effects of LSD on zebrafish,” *Behav. Brain Res.*, vol. 214, no. 2, pp. 277-284, 2010.
- [56] W. E. Fantegrossi, K. S. Murnane, and C. J. Reissig, “The behavioral pharmacology of hallucinogens,” *Biochem. Pharmacol.*, vol. 75, no. 1, pp. 17-33, 2008.
- [57] SICAD, “Guia de Sobrevivência às Drogas e às Noitadas.” [Online]. Available: http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/Materiais/Lists/SICAD_MATERIAIS/Attachments/38/guia_noitadas.pdf. [Accessed: 23-Aug-2015].
- [58] “Imagem: Papéis de LSD.” [Online]. Available: https://www.erowid.org/chemicals/lsd/images/archive/lsd_collage3.jpg. [Accessed: 22-Aug-2015].
- [59] S. M. Berman, R. Kuczenski, J. T. McCracken, and E. D. London, “Potential adverse effects of amphetamine treatment on brain and behavior: a review,” *Mol. Psychiatry*, vol. 14, no. 2, pp. 123-142, 2009.
- [60] EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), “Amphetamine drug profile.” [Online]. Available: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/amphetamine>. [Accessed: 24-Aug-2015].
- [61] H. Kataoka, H. L. Lord, and J. Pawliszyn, “Simple and Rapid Determination of Amphetamine, Methamphetamine, and Their Methylenedioxy derivatives in Urine by

- Automated In-Tube Solid-Phase Microextraction Coupled with Liquid Chromatography-Electrospray Ionization Mass Spectrometry,” *J. Anal. Toxicol.*, vol. 24, no. 4, pp. 257-265, 2000.
- [62] EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), “Methamphetamine drug profile.” [Online]. Available: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine>. [Accessed: 24-Aug-2015].
- [63] M. Carvalho, “Ecstasy: Efeitos Biológicos e Avaliação da Toxicidade,” *Rev. da Fac. Ciências da Saúde- Univ. Fernando Pessoa*, no. 4, pp. 332-343, 2007.
- [64] S. S. Karuppagounder, D. Bhattacharya, M. Ahuja, V. Suppiramaniam, J. Deruiter, R. Clark, and M. Dhanasekaran, “Elucidating the neurotoxic effects of MDMA and its analogs,” *Life Sci.*, vol. 101, no. 1-2, pp. 37-42, 2014.
- [65] R. W. Freudenmann, F. Öxler, and S. Bernschneider-Reif, “The origin of MDMA (ecstasy) revisited: The true story reconstructed from the original documents,” *Addiction*, vol. 101, no. 9, pp. 1241-1245, 2006.
- [66] P. Sáez-Briones and a Hernández, “MDMA (3,4-Methylenedioxymethamphetamine) Analogues as Tools to Characterize MDMA-Like Effects: An Approach to Understand Entactogen Pharmacology,” *Curr. Neuropharmacol.*, vol. 11, no. 5, pp. 521-34, 2013.
- [67] EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), “Methylenedioxymethamphetamine (MDMA or ‘Ecstasy’) drug profile.” [Online]. Available: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/mdma>. [Accessed: 24-Aug-2015].
- [68] “Imagem: Comprimidos de Ecstasy.” [Online]. Available: <http://www.leap.org.hk/images/reference/drug3.png>. [Accessed: 24-Aug-2015].
- [69] INFARMED, “Metilfenidato.” [Online]. Available: <http://www.infarmed.pt/infarmedia/47/infarmedia.pdf>. [Accessed: 24-Aug-2015].
- [70] E. Ribeiro, T. Magalhães, and R. J. Dinis-Oliveira, “Mefedrona, a Nova Droga de Abuso: Farmacocinética, Farmacodinâmica e Implicações Clínicas e Forenses,” *Acta Med. Port.*, vol. 25, no. 2, pp. 111-117, 2012.
- [71] F. Schifano, A. Albanese, S. Fergus, J. L. Stair, P. Deluca, O. Corazza, Z. Davey, J. Corkery, H. Siemann, N. Scherbaum, M. Farre’, M. Torrens, Z. Demetrovics, a. H. Ghodse, L. Di Furia, L. Flesland, M. Mannonen, A. Majava, S. Pagani, T. Peltoniemi, M. Pasinetti, C. Pezzolesi, A. Skutle, P. Van Der Kreeft, A. Enea, G. Di Melchiorre, H. Shapiro, E. Sferrazza, C. Drummond, A. Pisarska, B. Mervo, J. Moskalewicz, L. Floridi, and L. S. Y. Haugen, “Mephedrone (4-methylmethcathinone; ‘meow meow’): Chemical, pharmacological and clinical issues,” *Psychopharmacology (Berl.)*, vol. 214, no. 3, pp. 593-602, 2011.
- [72] J. Marôco, *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, 2007.
- [73] S. Trigo, S. Silva, S. Fraga, and E. Ramos, “Representações Sociais de Adolescentes Sobre o Consumo de Drogas,” *Arq. Med.*, vol. 29, no. 2, pp. 39-45.
- [74] A. Pinheiro, P. Picanço, and J. Barbeito, “A Realidade do Consumo de Drogas nas Populações Escolares,” *Rev. Port. Clínica Geral*, vol. 27, no. 4, pp. 348-355.

Anexos

Anexo 1: Exemplo de procedimento do sistema de gestão de qualidade da FJ

PO 02

PROCEDIMENTO - Monitorização de Condições de Preparação e Conservação de Medicamentos e Produtos

Elaborado por Carta Catalão	Aprovado por Carla Catalão	Implementado por Carta Catalão	Versão 1
Data: 01-07-2014	Data: 01-07-2014	Data: 01-07-2014	Páginas 2

1. **Introdução**
O processo de medição, registo, monitorização e controlo das condições de preparação e conservação de medicamentos e produtos na Farmácia Jardim permite assegurar o fornecimento dos mesmos, aos utentes, em bom estado de conservação.
2. **Objectivos**
Monitorizar e controlar as condições de preparação e armazenamento dos medicamentos e produtos (medicamentos, produtos de saúde e matérias-primas em stock).
3. **Responsabilidades**
DT (Director Técnico) ou AT (Ajudante Técnico), sob supervisão da Direcção Técnica.
4. **Instruções**
O sistema de controlo implementado obedece à execução do Fluxograma descrito na página 2 do presente procedimento operacional (PO 2).
5. **Referências**
 - A. Boas Práticas de Farmácia;
 - B. Farmacopeia Portuguesa;
 - C. Formulário Galénico Português;
 - D. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto, na sua redacção actual - Regime Jurídico das Farmácias de Oficina.
6. **Anexos**
Anexo 1. Instruções - Fluxograma PO 2.

01-07-14

Carla Catalão

1

PO 02

Anexo 1. Fluxograma

Assegurar a existência de dispositivos de medição de temperatura e humidade

↓

Registar os valores de temperatura e humidade

↓



Justificar a ocorrência de eventuais picos de valores

↓

Adoptar medidas de carácter correctivo e preventivo

Descrição
Garantir a existência de aparelhos de medição de temperatura e humidade devidamente calibrados (anualmente) nas gamas de trabalho, em todas as áreas da farmácia afectas à preparação ou armazenamento de medicamentos e produtos;
Proceder à leitura e registo manual diário dos valores de temperatura para o frigorífico e temperatura e humidade para o meio ambiente;
Justificar a ocorrência de eventuais picos de valores de temperatura e/ou humidade (valores limite registados fora dos intervalos aceitáveis, de acordo com os RCNs - Resumos das Características dos Medicamentos - da generalidade dos medicamentos); <ul style="list-style-type: none"> • Os valores para o frigorífico são: 2° a 8° C • Os valores para o meio ambiente são: <ul style="list-style-type: none"> ○ Temperatura: 15°-25° C ○ Humidade: 60% (+5%)
Adoptar medidas de carácter correctivo e preventivo para manutenção dos valores de temperatura e humidade dentro dos intervalos de valores considerados aceitáveis.

Anexo 2: Inquérito

UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Covilhã | Portugal

INQUÉRITO RELATIVO À AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE CANNABIS, LSD, ANFETAMINAS E OUTRAS DROGAS *DESIGN* POR ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Este questionário está a ser realizado no âmbito de uma tese de Mestrado do curso de Ciências Farmacêuticas da Universidade da Beira Interior. Este questionário, de carácter **anónimo e confidencial**, destina-se à recolha de informação no âmbito do projeto de investigação relacionado com um estudo universitário sobre a avaliação do consumo de cannabis, LSD, anfetaminas e outras drogas de *design* por estudantes universitários. Todos os dados recolhidos serão tratados estatisticamente, pelo que, **as informações obtidas não serão facultadas a quaisquer outras entidades que não estejam relacionadas com o âmbito do projeto.**

Obrigada pela sua colaboração!
Catarina Esperancinha

Por favor, leia atentamente cada pergunta e assinale com um X os quadrados correspondentes à sua resposta.

Idade: ___ anos

Sexo: Masculino Feminino

Tipo de estudo universitário que frequenta:

Licenciatura Mestrado Integrado Doutoramento

Mestrado Pós-graduação Outro

Ano académico que frequenta: _____

De seguida, responda a algumas questões relacionadas com o consumo das seguintes drogas de abuso:

1. Consome ou já alguma vez consumiu algum tipo de drogas de abuso?

Sim Não

(Se respondeu "Não", passe para a pergunta 11)

1.1. Das seguintes substâncias qual/quais consome ou já consumiu alguma vez?

Cannabis Anfetaminas e/ou derivados (A) LSD Nenhuma das anteriores

(Se respondeu "Nenhuma das anteriores", passe para a pergunta 11)

1.2. No caso de consumir ou ter consumido algum tipo de anfetamina e/ou derivado assinale qual/quais:

Anfetamina Metanfetamina (speed, MD) MDMA (ecstasy, Adam)

MDA MDEA (Eva) DOM (STP) PMA Mefredona

Outras , qual/quais? _____

1.2.1. Alguma delas foi comprada em *smartshops* ou pela Internet? Sim Não

1.2.1.1. Se sim, por favor, escreva o(s) nome(s): _____

1.3. Alguma vez consumiu canabinóides sintéticos? Sim Não

1.3.1. Se sim, por favor, escreva o(s) nome(s): _____

2. Com que idade consumiu pela primeira vez estas substâncias?

Cannabis _____ A _____ LSD _____

3. Dos seguintes motivos, qual(ais) o(a) levam/levaram a consumir as drogas de abuso anteriormente referidas (assinale no máximo 2 opções para cada substância):

	Cannabis	A	LSD
Curiosidade			
Fuga à realidade			
Influência de amigos, família			
Diversão			
Stress académico			
Outros			

4. Indique qual a regularidade com que consome a(s) seguintes drogas de abuso:

	Cannabis	A	LSD
Diariamente			
Semanalmente			
Mensalmente			
Esporadicamente			
Raramente			
Só consumiu 1 ou 2 vezes			

5. Como consome habitualmente estas substâncias? (Assinale apenas 1 opção)

Sozinho(a) Com amigos Namorado(a) Com familiares

6. Onde consome habitualmente estas substâncias? (Assinale apenas 1 opção)

Casa Rua Cafés/Bares Festas/Disotecas Outros

7. Associa o consumo destas drogas com:

Outras drogas de abuso Álcool Tabaco Fármacos Não associa com nada

8. No caso de consumir cannabis, das seguintes opções qual ou quais são as sensações mais frequentes quando está sobre o efeito desta droga? (Assinale no máximo 3 opções).

- Sonolência.....
- Enorme sensação de bem-estar.....
- As emoções são sentidas com maior intensidade.....
- Não consegue acompanhar uma conversa corretamente.....
- Não é tão tímido(a).....
- Sente-se mais criativo e produtivo.....
- Tem dificuldades de concentração.....
- É mais extrovertido.....
- Ideias paranóides (ex: sente que todas as pessoas estão contra si ou que o(a) perseguem)

9. Assinale se já teve alguma ou algumas das seguintes situações devido ao consumo das drogas de abuso referidas neste inquérito:

- Acidente de viação
- Confusões (discussões, brigas...)
- Maus resultados na faculdade
- Perda de memória
- Alucinações (auditivas ou visuais)
- Problemas de saúde

10. Se consumia alguma destas substâncias e as deixou de consumir indique o/os motivos que o(a) levaram a deixar estas drogas:

	Cannabis	A	LSD
Preocupação com a saúde			
Ser dispendioso			
Interferência com os estudos			
Influência de amigos e/ou familiares			
Outros			

11. Relativamente à legalização de cannabis em Portugal:

- Concorda com a legalização para toda a população
- Concorda apenas com a legalização para venda em farmácias, sendo esta venda dependente de prescrição médica e para fins medicinais
- Não concorda com a legalização em nenhuma das circunstâncias

**Mais uma vez agradeço pela sua colaboração,
Catarina Esperancinha**

Anexo 3: Sensações mais frequentes após o consumo de canábis

	N	%
Sonolência	7	3,9
Enorme sensação de bem-estar	3	1,7
As emoções são sentidas com maior intensidade	1	0,6
Não é tão tímido	1	0,6
Sente-se mais criativo e produtivo	3	1,7
É mais extrovertido	2	1,1
Outro: Não sente membros inferiores	1	0,6
Sonolência e Bem-estar	5	2,8
Sonolência e Emoções	2	1,1
Sonolência e Não acompanha as conversas	2	1,1
Sonolência e Menos tímido	1	0,6
Sonolência e Criatividade	4	2,2
Sonolência e Menor concentração	2	1,1
Sonolência e Extroversão	1	0,6
Sonolência e Ideias paranóides	2	1,1
Bem-estar e Emoções	2	1,1
Bem-estar e Menos tímido	1	0,6
Bem-estar e Criatividade	7	3,9
Bem-estar e Extroversão	1	0,6
Emoções e Menos tímido	1	0,6
Emoções e Criatividade	1	0,6
Emoções e Extroversão	2	1,1
Emoções e Ideias paranóides	1	0,6
Não acompanha as conversas e Menor concentração	2	1,1
Menos tímido e Extroversão	1	0,6
Extroversão e Ideias paranóides	1	0,6
Sonolência, Bem-estar e Emoções	5	2,8
Sonolência, Bem-estar e Não acompanha as conversas	3	1,7
Sonolência, Bem-estar e Menos Tímido	3	1,7
Sonolência, Bem-estar e Criatividade	11	6,1
Sonolência, Bem-estar e Menor concentração	2	1,1
Sonolência, Bem-estar e Extroversão	6	3,3
Sonolência, Emoções e Menos tímido	1	0,6
Sonolência, Emoções e Criatividade	4	2,2
Sonolência, Emoções e Menor concentração	1	0,6

Sonolência, Emoções e Ideias paranóides	1	0,6
Sonolência, Não acompanha as conversas e Menos tímido	1	0,6
Sonolência, Não acompanha as conversas e Criatividade	1	0,6
Sonolência, Não acompanha as conversas e Menor concentração	5	2,8
Sonolência, Não acompanha as conversas e Extroversão	2	1,1
Sonolência, Menos tímido e Criatividade	3	1,7
Sonolência, Menos tímido e Menor concentração	1	0,6
Sonolência, Menos tímido e Extroversão	2	1,1
Sonolência, Criatividade e Menor concentração	1	0,6
Sonolência, Menor concentração e Ideias paranóides	1	0,6
Bem-estar, Emoções e Não acompanha as conversas	1	0,6
Bem-estar, Emoções e Menos tímido	1	0,6
Bem-estar, Emoções e Criatividade	6	3,3
Bem-estar, Emoções e Menor concentração	2	1,1
Bem-estar, Emoções e Extroversão	3	1,7
Bem-estar, Não acompanha as conversas e Menos tímido	2	1,1
Bem-estar, Não acompanha as conversas e Criatividade	1	0,6
Bem-estar, Não acompanha as conversas e Menor concentração	2	1,1
Emoções, Não acompanha as conversas e Extroversão	1	0,6
Bem-estar, Menos tímido e Criatividade	4	2,2
Bem-estar, Menos tímido e Extroversão	5	2,8
Bem-estar, Criatividade e Extroversão	9	5,0
Bem-estar, Criatividade e Ideias paranóides	1	0,6
Emoções, Não acompanha as conversas e Criatividade	1	0,6
Emoções, Não acompanha as conversas e Menor concentração	1	0,6
Emoções, Não acompanha as conversas e Extroversão	3	1,7
Emoções, Menos tímido e Criatividade	1	0,6

Emoções, Menos tímido e Menor concentração	2	1,1
Emoções, Menos tímido e Extroversão	1	0,6
Emoções, Menos tímido e Ideias paranóides	1	0,6
Emoções, Criatividade e Menor concentração	1	0,6
Emoções, Criatividade e Extroversão	8	4,4
Emoções, Menor concentração e Extroversão	1	0,6
Emoções, Menor concentração e Ideias paranóides	1	0,6
Emoções, Extroversão e Ideias paranóides	1	0,6
Não acompanha as conversas, Menos tímido e Extroversão	1	0,6
Não acompanha as conversas, Criatividade e Ideias paranóides	1	0,6
Não acompanha as conversas, Menor concentração e Ideias paranóides	1	0,6
Menos tímido, Criatividade e Extroversão	3	1,7
Menos tímido, Extroversão e Ideias paranóides	1	0,6
Criatividade, Extroversão e Ideias paranóides	1	0,6
Menor concentração, Extroversão e Ideias paranóides	1	0,6
Total	180	100
Mlssing	5	