



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

**Prevalência da Utilização de Antidepressivos em  
Estudantes de Ciências Farmacêuticas**

**Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia  
Comunitária, Hospitalar e Investigação**

**Fátima Isabel Vaz Teixeira**

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

Orientador: Prof. Doutora María Eugenia Gallardo Alba

Covilhã, outubro de 2016



“E digo-vos que a vida é de facto obscuridade

Exceto onde há arrebatamento,

E todo o arrebatamento é cego exceto onde há saber,

E todo o saber é vão exceto onde há trabalho,

E todo o trabalho é vazio exceto onde há amor.

E o que é trabalhar com amor?

É por em todas as coisas que fazeis

Um sopro do vosso espírito.”

**Khalil Gibran**



# Agradecimentos

A elaboração desta dissertação de mestrado contou com o apoio de várias pessoas e instituições. Com efeito, é na simplicidade de algumas palavras expressas que tenciono notoriamente plasmar ao longo deste agradecimento e profundo reconhecimento a todos aqueles que seguramente caminharam a meu lado neste percurso.

À Professora Doutora María Eugenia Gallardo Alba, minha orientadora, por ter abraçado com generosidade este trabalho, pela disponibilidade, pela competência científica, pela revisão crítica do texto, pela cordialidade e simpatia demonstrada e pelo interesse evidenciado no acompanhamento do trabalho.

Ao farmacêutico diretor técnico, Doutor João Matias e à restante equipa da Farmácia São João por toda a dedicação, por todos os conhecimentos transmitidos, pelo seu profissionalismo, capacidade de trabalho e afabilidade notáveis. Pela permanente disponibilidade que em muito contribuiu para a minha aprendizagem ao longo do estágio em farmácia comunitária.

À Doutora Olímpia Fonseca e a todos os farmacêuticos dos serviços farmacêuticos do Centro Hospitalar Cova da Beira, pela sua disponibilidade, pelo valioso contributo prestado ao longo do estágio em Farmácia Hospitalar, transmitindo-me os melhores e mais úteis ensinamentos.

A todos os núcleos de estudantes do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, especialmente ao UBIPharma, núcleo de estudantes de Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior, que simpaticamente colaboraram na divulgação dos inquéritos conducentes à avaliação do consumo de antidepressivos em estudantes de Ciências Farmacêuticas.

A todos os alunos do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas que voluntariamente participaram no estudo, pois sem eles esta investigação não seria possível.

Aos meus amigos e colegas, com um agradecimento muito especial ao Ulisses Batista e ao Tiago Gonçalves, pela amizade e incentivo ao longo do meu percurso académico.

Por fim, mas naturalmente não por último, aos meus pais e às minhas irmãs expresse o meu reconhecimento pelo ânimo transmitido, pelo amor inquebrantável, compreensão inestimável e pelo constante encorajamento.

A todos que, direta ou indiretamente, de forma pessoal ou institucional, contribuíram para a concretização deste trabalho, reitero o meu apreço e a minha eterna gratidão.



# Resumo

Este documento encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro insere-se o projeto de investigação, no segundo e terceiro são abordadas as experiências profissionalizantes nas vertentes de Farmácia Comunitária e Hospitalar, respetivamente.

A depressão é considerada, a nível global, um dos principais problemas de saúde pública, onde os estudantes universitários assumem especial relevância, uma vez que estes podem estar sujeitos a momentos de maior preocupação, ansiedade e câmbios de humor. Desta forma, surgiu o tema para projeto de investigação (Capítulo 1) que visa determinar a prevalência de utilização de antidepressivos pelos estudantes do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF), a nível nacional, analisar as relações existentes entre a utilização de medicação antidepressiva e as variáveis sócio-demográficas, a data da última consulta médica, bem como entre as variáveis motivação/informação.

A presente investigação trata-se de um estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional, explicativo e transversal, constituído por 371 estudantes do MICF. O protocolo de avaliação incluiu um inquérito que permitiu caracterizar a amostra, determinar a classe farmacológica mais utilizada, a adesão à terapêutica, os motivos que levam ou levariam à utilização de antidepressivos e os conhecimentos destes acerca da medicação em epígrafe.

Na amostra estudada, constatou-se que 17% dos estudantes afirmou já ter recorrido à medicação antidepressiva em algum momento da sua vida, sendo que atualmente 10% continua a utilizar estes medicamentos. A classe farmacológica mais utilizada foram os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (SSRI) (68,3%). Cerca de 47,6% interrompeu a terapêutica sem consentimento médico. Os principais motivos que levam ou levariam os estudantes a utilizar antidepressivos são a gestão do *stress* (64,4%), secundado pela gestão de emoções (53,1%).

No que concerne ao relatório de estágio em farmácia comunitária (Capítulo 2) decorreu no período compreendido entre 26 de janeiro a 17 de abril de 2016 na Farmácia São João. Este capítulo demonstra o papel do farmacêutico, enquanto profissional de saúde responsável e promotor do uso racional do medicamento e aborda as diferentes áreas de intervenção: gestão de encomendas, dispensa de medicamentos, aconselhamento, farmacovigilância, gestão e contabilidade.

O estágio em Farmácia Hospitalar (Capítulo 3) decorreu, entre 20 abril a 13 de junho, nos Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB). Este capítulo descreve todo o circuito do medicamento e as várias formas de distribuição (distribuição clássica, por

*stocks* nivelados, individual diária por dose unitária e em ambulatório), bem com a intervenção do farmacêutico hospitalar nos serviços farmacêuticos.

## **Palavras-chave**

Depressão; ensino-superior; ciências farmacêuticas; antidepressivos; farmácia comunitária; farmácia hospitalar.

# Abstract

This document is divided into three chapters. The first is part of the research project, the second and third address the professional experience in the areas of Community Pharmacy and Hospital Pharmacy, respectively.

Depression is considered at a global level a major problem of public health, in which university students are especially relevant, since these may be subject to moments of worry, anxiety and exchange of humor. As a result, the theme for research project emerged (Chapter 1), which aims to determine the prevalence of use of antidepressant drugs by students of the MSc in Pharmaceutical Sciences (MICF) at a national level, to analyze the relationship between the use of antidepressant drugs and sociodemographic variables, the date of last medical visit, as well as between the variables motivation / information.

This research is a study of quantitative, descriptive and correlational, explanatory and cross-sectional nature constituted by 371 students of MICF. The evaluation protocol includes a survey to characterize the sample, determine the most commonly used drug class, adherence to therapy, the reasons that lead or could lead to the use of antidepressant drugs and knowledge of these on the medication in question.

In this sample 17% of students reported to have used antidepressant drugs at some point in their life, and currently 10% of them are still using these medicines. The most widely used drug class were the Selective Serotonin Reuptake Inhibitors Serotonin (SSRI) (68.3%). About 47.6% stopped the therapy without medical consent. The main reasons that lead or could lead students to use antidepressant drugs are related to stress management (64.4%), followed by emotion management (53.1%).

The report internship in community pharmacy (Chapter 2) took place from 26 January to 17 April 2016 in the Pharmacy São João. This chapter shows on the one hand the pharmacist's role as a healthcare professional and promoter of rational use of medicines and on the other hand it addresses the different areas of intervention: order management, dispensing of drugs, counseling, pharmacovigilance, management and accounting.

The internship in Hospital Pharmacy (Chapter 3) run from 20 April to 13 June in the Pharmaceutical Services of the Centro Hospital Cova da Beira (CHCB). This chapter describes the entire circuit of the drug and the various forms of distribution (classical distribution by leveled stocks, daily individual dose per unit and outpatient treatment), as well as the intervention of the hospital pharmacist in the pharmaceutical services.

## Keywords

Depression; higher education; pharmaceutical Sciences; antidepressant drugs; Community pharmacy; hospital pharmacy.

# Índice

Capítulo 1 - Prevalência de utilização de antidepressivos em estudantes de Ciências Farmacêuticas .....	1
1. Introdução .....	1
2. Saúde mental.....	2
3. Depressão .....	3
3.1 Etiologia da depressão .....	5
3.2 Depressão nos estudantes universitários.....	7
4. Fármacos antidepressivos .....	8
4.1 Classificação dos fármacos antidepressivos .....	10
4.1.1 Antidepressivos tricíclicos .....	10
4.1.2 Antidepressivos inibidores da monoamina oxidase .....	10
4.1.3 Antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina .....	11
4.1.4 Antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina e noradrenalina .....	12
4.1.5 Outros antidepressivos.....	12
4.2 Duração/descontinuação do tratamento.....	13
5. Justificação do tema e objetivos .....	14
6. Metodologia de estudo.....	15
6.1 Método .....	15
6.2 Participantes.....	15
6.3 Instrumentação para a recolha de dados .....	16
6.4 Procedimentos de recolha de dados .....	16
6.5 Tratamento estatístico .....	17
7. Resultados e discussão.....	19
7.1 Caracterização da amostra .....	19
7.1.1 Sexo e idade .....	19
7.1.2 Estado civil.....	19
7.1.3 Universidade.....	20
7.1.4 Ano académico .....	20
7.1.5 Trabalhador-estudante .....	20
7.1.6 Última consulta médica .....	20
7.2 Utilização de antidepressivos pelos estudantes do MCF.....	22
7.2.1 Utilização de antidepressivos .....	22
7.2.2 Prescrição médica .....	22
7.2.3 Classe farmacológica.....	23
7.2.4 Aconselhamento para a utilização de antidepressivos .....	24
7.2.5 Cumprimento da terapêutica instituída .....	25

7.3 Relação entre as variáveis sócio-demográficas e a data da última consulta médica na prevalência de utilização de antidepressivos .....	27
7.3.1 Sexo / Utilização de antidepressivos.....	27
7.3.2 Idade / Utilização de antidepressivos .....	28
7.3.3 Universidade / Utilização de antidepressivos .....	29
7.3.4 Ano académico / Utilização de antidepressivos.....	31
7.3.5 Trabalhador-estudante / Utilização de antidepressivos.....	33
7.3.6 Última consulta médica / Utilização de antidepressivos .....	34
7.4 Papel do aconselhamento durante a terapêutica .....	36
7.5 Motivos que levam ou levariam os estudantes a utilizar antidepressivos .....	37
7.6 Conhecimento da terapêutica antidepressiva .....	39
7.7 Relação entre as variáveis motivação/informação e a prevalência de utilização de antidepressivos .....	42
7.7.1 Motivos / Utilização de antidepressivos .....	42
7.7.2 Dependência / Utilização de antidepressivos .....	44
7.7.3 Início de ação / Utilização de antidepressivos .....	45
7.7.4 Descontinuação do fármaco / Utilização de antidepressivos .....	47
8. Conclusões e considerações finais.....	48
9. Referências bibliográficas.....	50
Capítulo 2 - Estágio em Farmácia Comunitária .....	55
1. Introdução .....	55
2. Localização, caracterização e organização geral da Farmácia São João .....	55
2.1 Localização e caracterização .....	55
2.2 Instalações gerais .....	56
2.3 Recursos humanos.....	57
3. Sistema informático .....	58
4. Fontes de informação.....	59
5. Medicamento e outros produtos de saúde .....	59
6. Aprovisionamento e armazenamento .....	60
6.1 Fornecedores .....	60
6.2 Processamento de encomendas .....	60
6.3 Receção de encomendas.....	61
6.4 Armazenamento .....	62
6.5 Gestão dos prazos de validade.....	62
6.6 Devoluções .....	63
7. Interação utente-farmacêutico-medicamento .....	64
7.1 Farmacovigilância.....	64
7.2 Gestão dos resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de uso.....	65
8. Dispensa de medicamentos .....	65
8.1 Dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica .....	65

8.2	Dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica renovável .....	68
8.3	Dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica especial .....	68
8.4	Regimes de comparticipação.....	69
8.5	Dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica .....	69
8.5.1	Dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica por indicação farmacêutica e automedicação .....	69
9.	Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde .....	70
9.1	Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene .....	70
9.2	Produtos dietéticos para alimentação especial.....	71
9.3	Produtos dietéticos a nível pediátrico .....	71
9.4	Fitoterapia e suplementos nutricionais .....	72
9.5	Medicamentos de uso veterinário .....	72
9.6	Dispositivos médicos.....	73
10.	Outros cuidados de saúde prestados na farmácia .....	73
11.	Preparação de medicamentos .....	74
11.1	Preparação de manipulados .....	74
11.2	Preparações extemporâneas.....	75
12.	Gestão e contabilidade .....	75
13.	Conclusão.....	76
14.	Referências bibliográficas .....	77
Capítulo 3 - Estágio em Farmácia Hospitalar .....		79
1.	Introdução .....	79
2.	Organização e gestão dos serviços farmacêuticos .....	79
2.1.	Seleção de medicamentos .....	79
2.2	Aquisição de medicamentos.....	80
2.3	Receção dos produtos farmacêuticos.....	80
2.4	Armazenamento .....	81
2.4.1	Controlo de prazos de validade e contagem de <i>stocks</i> .....	82
3.	Distribuição .....	82
3.1.	Distribuição tradicional .....	82
3.2	Distribuição por reposição de <i>stocks</i> nivelados .....	83
3.2.1	Sistema de reposição de níveis de <i>stocks</i> por carregamento e troca de “carros” .....	83
3.2.2	Distribuição semiautomática através do sistema <i>Pyxis™</i> .....	83
3.3	Distribuição individual diária por dose unitária .....	84
3.4.	Distribuição em regime de ambulatório .....	85
3.5.	Distribuição de medicamentos sujeitos a um controlo especial .....	88
3.5.1.	Hemoderivados.....	88
3.5.2.	Medicamentos estupefacientes e psicotrópicos .....	88
4.	Farmacotecnia .....	89
4.1.	Preparações farmacêuticas estéreis de citotóxicos injetáveis e biológicos .....	90

4.2. Preparações farmacêuticas estéreis de nutrição parentérica e de outras soluções estéreis .....	91
4.3. Preparação de manipulados não estéreis .....	92
4.4. Reembalagem .....	93
4.5. Preparação de água purificada .....	94
5. Farmácia Clínica .....	95
6. Farmacovigilância .....	95
7. Farmacocinética clínica .....	96
8. Informação sobre medicamentos .....	96
9. Reconciliação terapêutica .....	97
10. Comissões técnicas .....	97
11. Estratégias para a gestão do risco .....	98
12. Ensaios clínicos .....	98
13. Conclusão .....	99
14. Referências bibliográficas .....	99
Anexos .....	101

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade em função do sexo dos alunos. ....	19
Tabela 2 - Caracterização da amostra em função do sexo. ....	21
Tabela 3 - Distribuição dos estudantes de acordo com o consumo de antidepressivos. ....	22
Tabela 4 - Relação entre a prescrição médica e o sexo. ....	23
Tabela 5 - Classe farmacológica de antidepressivos em função do sexo. ....	24
Tabela 6 - Distribuição dos alunos segundo o atendimento a que recorrem para se aconselhar com o tratamento. ....	25
Tabela 7 - Cumprimento da terapêutica instituída segundo o sexo. ....	26
Tabela 8 - Relação entre os estudantes que já tenham estado sob tratamento antidepressivo e o estabelecimento de ensino superior. ....	27
Tabela 9 - Relação entre os estudantes utilizarem a medicação antidepressiva e o sexo. ....	28
Tabela 10 - Estatísticas relativas à idade que os estudantes utilizaram a primeira vez antidepressivos. ....	29
Tabela 11 - Estatísticas relativas à utilização atual de antidepressivos em função da idade. .	29
Tabela 12 - Relação entre os estudantes que já tenham estado sob tratamento antidepressivo e o estabelecimento de ensino superior. ....	30
Tabela 13 - Relação entre os estudantes que estão sob tratamento e o estabelecimento de ensino superior. ....	30
Tabela 14 - Relação entre os estudantes que já tenham estado sob tratamento antidepressivo e o ano acadêmico. ....	31
Tabela 15 - Relação entre os estudantes que estão atualmente sob tratamento e o ano acadêmico. ....	32
Tabela 16 - Relação entre os estudantes que já tenham estado sob tratamento antidepressivo e serem trabalhadores-estudantes. ....	33
Tabela 17 - Relação entre os estudantes que atualmente estão sob tratamento e serem trabalhadores-estudantes. ....	34
Tabela 18 - Relação entre os estudantes que já estiverem sob tratamento antidepressivo e a última consulta médica. ....	35
Tabela 19 - Relação entre os estudantes que atualmente estão sob tratamento e a sua última consulta médica. ....	35
Tabela 20 - Distribuição dos estudantes do MICF segundo o papel do aconselhamento na terapêutica medicamentosa. ....	37
Tabela 21 - Distribuição dos estudantes do MICF segundo os motivos que os levam ou levariam a utilizar antidepressivos. ....	38
Tabela 22 - Conhecimento da amostra acerca da terapêutica antidepressiva em função do sexo. ....	41

Tabela 23 - Relação entre os estudantes que já estiverem sob tratamento antidepressivo e os motivos da sua utilização.....	42
Tabela 24 - Relação entre os estudantes que atualmente estão sob tratamento e os motivos da sua utilização. ....	43
Tabela 25 - Relação entre os estudantes que já estiverem sob tratamento com antidepressivos e o conhecimento destes acerca da dependência.....	44
Tabela 26 - Relação entre os estudantes que atualmente estão sob tratamento e o conhecimento destes acerca da dependência. ....	45
Tabela 27 - Relação entre os estudantes que já estiverem sob tratamento com antidepressivos e o conhecimento destes acerca do período necessário para ser observado o início dos efeitos antidepressivos.....	46
Tabela 28 - Relação entre os estudantes que atualmente estão sob tratamento e o conhecimento destes acerca do período necessário para ser observado o início dos efeitos antidepressivos.....	46
Tabela 29 - Relação entre os estudantes que já estiverem sob tratamento antidepressivo e o conhecimento destes acerca da conclusão gradual do tratamento.....	47
Tabela 30 - Relação entre os estudantes que atualmente estão sob tratamento e o conhecimento destes acerca da conclusão gradual do tratamento.....	47

# Lista de Acrónimos

ADT	Antidepressivos Tricíclicos
AIM	Autorização de Introdução no Mercado
ANF	Associação Nacional das Farmácias
AO	Assistente Operacional
AUE	Autorização de Utilização Especial
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPF	Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária
CA	Conselho de Administração
CCF	Centro de Conferência de Faturação
cf.	Confira
CFLH	Câmara de Fluxo de ar Laminar Horizontal
CFLV	Câmara de Fluxo de ar Laminar Vertical
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
CNP	Código Nacional do Produto
CV	Coefficiente de Variação
CYP450	Citocromo P450
DA	Dopamina
DCI	Denominação Comum Internacional
DGS	Direção Geral da Saúde
DT	Diretor Técnico
EP	Erro Padrão
FCS - UBI	Faculdade Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior
FDS	<i>Fast Dispensing System</i>
FEFO	<i>First Expire, First Out</i>
FFUC	Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra
FFUL	Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa
FFUP	Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto
FHNM	Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos
IMAO	Inibidores da Monoamina Oxidase
ISCSEM	Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz
IUCS - N	Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
K	Kurtosis
K/S	Kolmogorod-Smirnov
LAPA	Liga dos Amigos do Bairro dos Penedos Altos
LASA	<i>Look-Alike, Sound-Alike</i>
MAO	Monoamina Oxidase
Md	Mediana
MEP	Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos
MICF	Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MSAR	Máquina Semiautomática de Reembalamento
MSRM	Medicamento Sujeito a Recita Médica
N	Frequência
NA	Noroadrenalina
NP	Nutrição Parentérica
OMS	Organização Mundial de Saúde
P	Probabilidade
PVF	Preço de Venda à Farmácia
PVP	Preço de Venda ao Público
RAM	Reações Adversas a Medicamentos
$R_{pb}$	Coefficiente de Correlação Ponto-Bisserial
SC	Serviços Clínicos
SFH	Serviços Farmacêuticos Hospitalares

SK	<i>Skewness</i>
SLH	Serviço de Logística Hospitalar
SNF	Sistema Nacional de Farmacovigilância
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SNRI	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina e da Noroadrenalina
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SSRI	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
TDT	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
UAlg - FCT	Universidade do Algarve - Faculdade de Ciências e Tecnologia
UFP	Universidade Fernando Pessoa
ULHT	Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
$\chi^2$	Qui-quadrado
$\bar{x}$	Média
5-HT	Serotonina

# Capítulo 1 - Prevalência de utilização de antidepressivos em estudantes de Ciências Farmacêuticas

## 1. Introdução

A depressão é considerada, a nível global, um dos principais problemas de saúde pública, onde exhibe especial relevância entre os 15 e os 44 anos de idade (1, 2). Atualmente, a sua etiologia é desconhecida, contudo os fatores ambientais, psicológicos e genéticos podem ser considerados fatores importantes para o seu desenvolvimento (1).

A prevalência dos sintomas depressivos varia entre as diferentes populações, grupos étnicos e os vários países do mundo (3). Esta pode ser diagnosticada em qualquer indivíduo, independentemente do sexo, idade, raça e condição socio-económica (4). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), prevê-se que até 2020, a depressão seja responsável pela segunda causa de incapacidade a nível mundial (5).

Os transtornos depressivos caracterizam-se por manifestar sintomas severos e/ou persistentes de melancolia, irritabilidade e perda de energia, desencadeando um mal-estar geral e perturbações na vida diária. Estes sintomas poderão dificultar o desenvolvimento pessoal e social do indivíduo, suscitar variações de humor, perturbações cognitivas e, em determinadas situações, potenciar o desenvolvimento de pensamentos suicidas (6, 7).

Esta patologia é frequente e crescente entre os estudantes universitários, uma vez que estes, aquando do ingresso no ensino superior, presenciam inúmeras mudanças, experiências (emocionais, comportamentais, académicas, económicas e sociais) e a sua saúde mental pode tornar-se mais debilitada (4). Estudos elaborados no sentido de avaliar a prevalência da depressão em estudantes universitários indicaram que cerca de 1/3 dos avaliados (prevalência média ponderada de 30,6%), apresentavam a patologia em epígrafe, concluindo-se que os estudantes universitários apresentam uma taxa de depressão 9% superior ao observado na população em geral (8). Os valores supra indicados podem ser explicados pela grande pressão familiar e académica depositada nestes e a sobrecarga de atividades extracurriculares em que participam por forma a enriquecer os seus currículos. Desta forma, os problemas psicológicos sentidos pelos alunos podem ter repercussões significativas na vida dos mesmos, no seu desempenho académico e nos seus comportamentos (4). No sentido de enfrentar os novos desafios, os estudantes universitários sentem a necessidade de recorrer a medicação (9).

Relativamente à medicação utilizada no tratamento de doenças do foro psiquiátrico, esta tem apresentado um elevado crescimento, sendo uma das terapêuticas que acarreta mais despesas anuais (10). É muitas vezes utilizada para aumentar a produtividade, a eficiência e promover o relaxamento e, não somente, para tratar os sintomas de patologias psiquiátricas graves (11). Até ao momento, os antidepressivos são os fármacos de primeira linha para o tratamento da depressão (12).

## 2. Saúde mental

A saúde é definida pela OMS como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades" (13). Por sua vez, a saúde mental contribui positivamente no desempenho das atividades diárias dos indivíduos, ajuda-os a lidar com situações tensas, a trabalhar produtivamente e a contribuir positivamente na sua comunidade (14).

Estudos epidemiológicos, demonstraram que os distúrbios psiquiátricos e os problemas de saúde em geral devido a perturbações mentais tornaram-se a principal causa de incapacidade e um dos principais fatores para o surgimento de morbilidades e mortes prematuras, a nível mundial. Os distúrbios mentais são responsáveis por mais de 12% da carga global de doenças no mundo, valor que tende a aumentar para 23% nos países desenvolvidos. Estudos indicam que cinco das 10 principais causas de incapacidade a longo prazo são doenças neuropsiquiátricas (15), sendo que a ansiedade e a depressão são as mais prevalentes (1).

É de destacar que na Europa, cerca de 26,6% dos problemas de saúde em geral devem-se a problemas de saúde mental e o suicídio representa uma das dez principais causas para a morte precoce (15). De facto, o suicídio é considerado um problema de saúde pública a nível global, sendo que 90% das vítimas apresenta um quadro clínico de distúrbios psiquiátricos diagnosticáveis e cerca de 59-87% destas manifesta sintomatologia depressiva (16). A depressão foi considerada, em 2004, a 3ª causa de incapacidade para a realização de atividades produtivas, ocupando o primeiro lugar nos países desenvolvidos, prevendo-se atingir, até 2030, o primeiro lugar em todo mundo (17).

Segundo um estudo Nacional de Saúde Mental (17), elaborado no âmbito do *World Mental Health Survey Initiative*, detetou que Portugal, é um dos países da Europa que apresenta uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais, sendo que uma percentagem significativa da população com doenças mentais não beneficia de cuidados de saúde mental. Por outro lado, os indivíduos que possuem acesso a esses cuidados, carecem de programas de intervenção, nomeadamente modelos de tratamento e reabilitação psicossocial.

### 3. Depressão

Indivíduos saudáveis estão sujeitos a desilusões quotidianas ao longo da vida, manifestando, conseqüentemente, períodos ocasionais de tristeza, melancolia e desânimo. Contudo, quando estes períodos se tornam duradouros pode desencadear-se a depressão (18).

Várias investigações têm sido desenvolvidas no sentido de identificar métodos de diagnóstico da patologia em causa, contudo atualmente, o diagnóstico ainda é de natureza clínica, baseando-se nos principais sinais e sintomas característicos da doença (19). Esta caracteriza-se por alterações do sono (insónia ou hipersónia) e do ritmo circadiano, sentimentos psicopatológicos de tristeza, anedonia, apatia, sentimentos de culpa, baixa autoestima, incapacidade de concentração que pode levar a problemas de memória, irritabilidade, indecisão, perda de energia, cansaço, fadiga e perda de apetite que leva à perda de peso (19, 20). Diminuição da libido e amenorreia são outros sintomas biológicos da depressão, bem como taquicardias, sensação de falta de ar, dificuldade em respirar, cefaleias e tonturas (21). Todos estes sintomas afetam negativamente o desenvolvimento mental, cognitivo e físico (21, 22).

A suspeita de uma depressão deve ser equacionada quando o doente se queixa de fadiga, dor, distúrbios de sono, ansiedade, irritabilidade, perturbações gastrointestinais, dores musculares e/ou abdominais e a sintomatologia não esteja associada a nenhuma razão física (19). Através do exame do estado mental o doente com depressão caracteriza-se por uma *fácies* típica, com os olhos semifechados, lábios descaídos, pouco contacto visual, apatia, proximidade das sobrancelhas, desleixo no vestuário e na higiene pessoal. Verifica-se a perda de peso, que pode ser identificada pelas roupas largas e pela presença de pele seca e desidratada. No que concerne ao comportamento, pode verificar-se um atraso psicomotor e uma lentificação do discurso. O humor revela tristeza, ansiedade, anedonia, ausência de energia e com poucas ou nenhuma perspectiva em relação ao futuro. Os seus pensamentos são pessimistas, quanto ao passado, presente e futuro (23).

Na literatura encontram-se disponíveis várias classificações para as perturbações depressivas, contudo de forma simplista estas podem ser classificadas de depressão *major*, distímia, desordem bipolar e outros tipos de perturbações depressivas (24).

A depressão *major*, também designada de depressão unipolar, é considerada a forma mais severa de depressão. Esta resulta de uma combinação de sintomas que faz com que o indivíduo sinta dificuldades a trabalhar, estudar, dormir, comer e lidar com as atividades do quotidiano, interferindo na sua vida diária (24).

A distímia é uma depressão unipolar, crónica moderada, menos severa que a depressão *major*, que se caracteriza por sintomas crónicos que embora não sejam incapacitantes,

podem impedir o normal equilíbrio e bem-estar emocional, nomeadamente sintomas de humor deprimido, pelo menos, dois dos seguintes: pouco apetite, insónia, falta de energia e de concentração, baixa autoestima e sentimentos de desespero, durante grande parte do dia. Este tipo de depressão pode prolongar-se durante dois ou mais anos e pode verificar-se o desenvolvimento de episódios de depressão *major* (24).

A perturbação bipolar é caracterizada por períodos cíclicos de depressão e períodos de comportamento anormal conhecidos como hipomaniacos ou maníacos (24, 25).

No que concerne aos outros tipos de perturbações depressivas menos comuns, estas incluem o distúrbio afetivo sazonal, que se trata de uma depressão que ocorre durante determinados períodos do ano, normalmente no outono e inverno, devido à redução de luz diurna. O transtorno de adaptação, caracterizado por humor depressivo resultante de um acontecimento nefasto na vida de um indivíduo, com por exemplo a perda de emprego, divórcio, perda de um ente querido, entre outros, onde os sintomas podem persistir até seis meses. A depressão pós parto é outro tipo de perturbação depressiva que ocorre em mulheres, normalmente com distúrbios de humor preexistentes, cerca de quatro semanas após o parto (24).

Esta doença pode apresentar várias etapas, nomeadamente, iniciar com um episódio depressivo que corresponde à manifestação de um determinado número de sintomas durante um determinado período de tempo. Por vezes pode ser detetado uma remissão parcial, que se verifica quando o doente apresenta um menor número de sintomas, designados de residuais, como por exemplo a falta de energia e de concentração, podendo alcançar uma remissão completa, onde o indivíduo é assintomático e apresenta apenas sintomas mínimos. Este período dura duas a oito semanas (26).

A resposta é alcançada quando se verifica a remissão parcial ou completa, normalmente com auxílio a um tratamento, no sentido de alcançar a recuperação, isto é, a ausência de sintomatologia depressiva durante mais de oito semanas. Contudo, muitas das vezes verifica-se uma recaída, quando os sintomas depressivos voltam após uma resposta positiva e estejam cumpridos os critérios de remissão. Em última instância, também se pode constatar um retorno dos sintomas, isto é, o surgimento de novos sintomas depressivos após uma recuperação (26).

A depressão pode estar presente desde a infância à terceira idade (21, 27), sendo que esta é mais prevalente no sexo feminino, cerca de 70% em relação ao sexo masculino (28), em indivíduos com dificuldades económicas e sociais ou quando sujeitos a violência, podendo ocorrer simultaneamente com outras patologias graves. Como consequência, os sintomas depressivos, sem tratamento prévio, podem desencadear o suicídio (29).

### 3.1 Etiologia da depressão

As causas e os fatores de risco para a depressão não são claros (18). A principal hipótese para o surgimento da patologia mencionada está associada a perturbações ao nível do sistema serotoninérgico e/ou noradrenérgico (30). Alguns autores acreditam que a depressão esteja relacionada com um baixo nível de serotonina (5H-T) e/ou alterações ao nível dos recetores serotoninérgicos (31). Neste sentido, foram desenvolvidos fármacos com o intuito de melhorar a transmissão dos neurotransmissores supra indicados. Contudo, ao longo dos tempos a intervenção da dopamina (DA) na sintomatologia depressiva tem vindo a ganhar maior relevância. O bloqueio químicos dos recetores dopaminérgicos e/ou a depleção dos neurotransmissores de DA nos neurónios dopaminérgicos pode dar origem ao aparecimento de um quadro depressivo (7).

Não obstante, os fatores biológicos, psicológicos, pessoais e familiares também assumem um papel relevante. Existem algumas das causas que podem ser destacadas como indutores da depressão entre elas: características genéticas, experiências traumáticas durante a infância, ansiedade aleado a uma baixa autoestima e insegurança aquando da infância e adolescência; alterações bioquímicas; características de personalidade; dependência e abuso de álcool e outras substâncias; outras patologias médicas como cancro e Acidente Vascular Cerebral (AVC); toma de determinados medicamentos; perda de um ente querido ou o término de um relacionamento; períodos de solidão e momentos de *stress* podem não só desencadear a patologia mencionada, bem como agravar o quadro clínico (18).

Estudos científicos referem que os parentes biológicos de doentes com depressão apresentam maior risco para o desenvolvimento de distúrbios de humor, comparativamente à população em geral (32, 33). Outras evidências indicam que existe maior probabilidade de encontrar distúrbios de humor nos filhos de pais biológicos, do que nos filhos de pais adotivos (34). Outros estudos apontam para uma maior de prevalência destes distúrbios, em gémeos homozigóticos, em relação aos dizigóticos (35, 36). Tais dados apontam a influência da genética na etiologia da depressão.

Como referido anteriormente, a depressão está associada a alterações ao nível das monoaminas, nomeadamente 5-HT, noroadrenalina (NA) e as suas possíveis inter-relações com a DA (37). Apesar do exato mecanismo da depressão não estar ainda totalmente descrito a nível químico, a teoria das monoaminas refere que a depressão resulta de um défice de 5-HT e/ou NA e que a terapêutica antidepressiva tem por objetivo a correção desse mesmo défice, sendo o papel da DA incerto. Contudo, esta teoria foi sendo reformulada ao longo dos anos e atualmente considera-se que a depressão está associada à perda das funções centrais de 5-HT e NA. Esta teoria é apoiada pelos fármacos usados na prática clínica, como os antidepressivos tricíclicos (ADT) ao atuarem como inibidores da recaptção de monoaminas (NA e 5-HT) nos neurónios pré-sinápticos, potenciando um aumento destas na fenda sináptica, e os

antidepressivos Inibidores da Monoamina Oxidase (IMAO) que inibem a degradação metabólica das monoaminas pela enzima Monoamina Oxidase (MAO), levando ao aumento destas na fenda sinática. Outras evidências são comprovadas pelo desenvolvimento de fármacos antidepressivos SSRI, sendo que o seu mecanismo de ação é responsável pelo aumento de 5-HT ao nível da fenda sinática. Os bons resultados demonstrados por estes fármacos, bem como o défice do metabolito de serotonina (ácido 5-hidroxiindolacético) no fluido cerebrospinal dos doentes depressivos demonstram que o défice de 5-HT está associado à depressão (23, 38).

No que concerne à DA, determinados estudos comprovam que esta também se encontra reduzida quando se está perante sintomatologia depressiva (retardamento psicomotor, falta de motivação, distúrbio afetivo sazonal), pelo que os fármacos com ação dopaminérgica podem ter eficácia no tratamento da depressão (23, 38).

Não obstante, existem evidências que refutam a teoria das monoaminas, nomeadamente o facto da farmacoterapia com antidepressivos levar, pelo menos, duas semanas até se sentirem efeitos significativos, o que representa um tempo muito superior ao do seu início rápido de ação bioquímica. Adicionalmente, nem todas as substâncias que apresentam como mecanismo de ação a inibição da recaptção de monoaminas evidenciam ação antidepressiva, como por exemplo a cocaína (38). Outros estudos, afirmam que a depressão não se deve apenas aos níveis de monoaminas na fenda sinática, mas também à sensibilidade dos recetores pós-sinácticos a estes neurotransmissores (hipótese da sensibilidade do recetor) (23). Uma outra teoria que tenta explicar a causa de depressão é a designada de hipótese permissiva, que se baseia no equilíbrio entre os efeitos de 5-HT e NA na regulação do humor e não apenas nos níveis absolutos destes neurotransmissores. Desta forma, caso os níveis de 5-HT estejam demasiado baixos, o equilíbrio é perdido e os níveis de NA tornam-se anormais, podendo levar ao surgimento de sintomatologia maníaca, característica das perturbações bipolares. Do mesmo modo, se os níveis de NA decrescerem, os níveis relativos de 5-HT vão também alterar-se e dar origem a sintomas depressivos (23).

Por fim, existe ainda a hipótese hormonal que sugere que alterações no eixo hipotálamo-hipófise pode influenciar os níveis de monoaminas libertadas no cérebro. Numa situação de *stress*, o hipotálamo produz o fator de libertação da corticotropina, que por sua vez, estimula a pituitária a segregar a hormona adrenocorticotrópica para a corrente sanguínea e que vai estimular a produção de cortisol (hidrocortisona) pelas glândulas suprarrenais. O cortisol pode contribuir para a componente de ansiedade que muitas vezes acompanha as depressões. Cerca de 50% dos indivíduos com depressão *major* apresentam níveis elevados de cortisol (23, 38).

## 3.2 Depressão nos estudantes universitários

A depressão é um transtorno mental prevalente e grave nos adolescentes e adultos jovens (39).

O final da adolescência é um período propício ao desenvolvimento da sintomatologia depressiva, que tende a piorar com o ingresso no ensino superior (9). Muitos dos estudantes apresentam os primeiros sinais de depressão aquando da entrada na universidade (40), uma vez que se trata de um período de transição, onde os alunos experienciam novos estilos de vida, podem ter de viver fora das casas dos pais, contactar com novas culturas, amigos, companheiros de quarto, diferentes formas de pensar, de lidar com a gestão do *stress* e estar sujeito a novos desafios académicos (41).

Alguns dos fatores que podem desencadear a sintomatologia depressiva são: distanciamento de casa, problemas familiares, relações interpessoais, insucesso académico, dificuldades financeiras, tomada de decisões, solidão, *stress*, mas também distúrbios do sono (42, 43). Estudos epidemiológicos, relataram uma forte associação entre as insónias, a duração do sono e os problemas de saúde mental dos jovens (43, 44). Embora perturbações ao nível do sono sejam consideradas características típicas da depressão, estas podem surgir antes dos primeiros episódios da patologia. Estudos desenvolvidos neste âmbito relataram que as insónias podem ser um fator de risco quer para o primeiro surgimento, quer para uma manifestação recorrente da depressão (45).

Na verdade os estudantes universitários podem estar sujeitos a momentos de maior preocupação, ansiedade e humor deprimido (46), sendo que os mais vulneráveis são aqueles que experienciam os primeiros sinais de sintomatologia depressiva mesmo antes de se verificar essa transição (41).

De facto, a depressão afeta de forma mais significativa os estudantes universitários do que a população em geral, com uma tendência crescente nos países ocidentais (43).

A depressão ao atingir os estudantes, influencia-os na sua qualidade de vida, afetando negativamente os relacionamentos ao nível social e familiar, desempenho, motivação, produtividade académica, desenvolvimento de outras patologias, consumo de substâncias, podendo culminar no abandono escolar e/ou suicídio (8, 43). No que concerne à ideação suicida dos jovens, esta apresenta uma forte relação com a severidade da sintomatologia depressiva (47). Os indivíduos entre os 18 e os 30 anos de idade apresentam maior prevalência de ideação suicida em relação aos adultos mais velhos, sendo que os jovens que frequentam a universidade relatam um maior risco de ideação suicida que os colegas da mesma idade mas que não frequentam (43).

Estudos realizados no âmbito da prevalência de sintomas depressivos em estudantes universitários, demonstram que estes experienciam tal sintomatologia de forma crescente a nível mundial (42), considerando-se que os transtornos depressivos e/ou ansiosos ocupam o 5º obstáculo no desempenho académico (11), uma vez que dificulta a capacidade de aprendizagem, menor capacidade de aquisição de novos conhecimentos, podendo afetar negativamente a entrada dos estudantes no mercado de trabalho e uma maior inibição na procura das ofertas de emprego (39).

Investigações levadas a cabo na Universidade de *Western Michigan*, concluíram que entre os 121 estudantes diagnosticados com depressão, 58 consideravam o baixo rendimento escolar como a principal causa do seu quadro clínico (39). Estima-se que 75% das perturbações mentais surgem antes dos 24 anos de idade e 17,5% dos estudantes universitários experienciam sintomas depressivos e 12,7% estão sujeitos a episódios de ansiedade. Um estudo elaborado neste mesmo âmbito, demonstrou que 30% dos estudantes universitários defendia a necessidade de serem acompanhados em serviços de saúde mental e cerca de metade acredita que a medicação foi vantajosa no tratamento da depressão (11).

Segundo o estudo elaborado na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro "Sintomatologia depressiva em estudantes universitários: prevalência e fatores associados" (48), dos 300 universitários inquiridos, cerca de 17,4% revelaram sintomatologia depressiva clinicamente significativa. Outras investigações, entre elas um estudo realizadas na Malásia (40), vieram relatar o grau de *stress* experienciado pelos alunos das ciências da saúde provenientes das elevadas exigências académicas, caracterizando este de moderado a elevado. Investigações realizadas na universidade pública de Penang também na Malásia (49), demonstraram que 11,4%; N=57 dos participantes experienciaram sintomatologia depressiva, identificando como principal causa as atividades académicas. Entre abril de 2008 e fevereiro de 2009, uma investigação levada a cabo em quatro universidades no Nepal, onde contemplava a formação de estudantes de farmácia, indicaram que num total de 226 estudantes de farmácia, 14,0%; N=28 afirmaram possuir transtornos mentais (50). Adicionalmente, em 2010, um estudo realizado na universidade de Maha Sarakham na Tailândia, indicaram que os estudantes de farmácia apresentavam uma prevalência da depressão de cerca de 18,7% (40).

## 4. Fármacos antidepressivos

A intervenção psicológica, como terapias cognitivo-comportamentais e as várias classes de fármacos antidepressivos são algumas das formas de tratamento da depressão (51, 52).

Os antidepressivos são a base para o tratamento da depressão e são das substâncias mais prescritas no mundo inteiro (19, 53). Esta classe de fármacos foi a terceira mais prescrita nos Estados Unidos, entre 2005 e 2008, e a sua utilização aumentou cerca de 400% em relação ao

período de 1988-1994. Em 2013, na Inglaterra, verificou-se mais de 53 milhões de prescrições de antidepressivos, sendo que mais de metade (54%) correspondiam à classe dos SSRI (53).

Os antidepressivos são agentes terapêuticos utilizados pela sua capacidade de elevar a boa disposição e a energia (54), sendo empregues no tratamento da depressão e do transtorno bipolar, bem como noutras perturbações psiquiátricas e neurológicas (ansiedade, transtornos alimentares, dor neuropática, cessação tabágica, transtornos obsessivos-compulsivos, entre outros) (55).

Os fármacos antidepressivos podem ser uma alternativa muito eficaz no tratamento da depressão moderada a grave, contudo não são considerados a primeira escolha quando se está perante sintomas leves (22).

Apesar da ampla utilização destas substâncias, estudos realizados neste âmbito indicam que cerca de 10%-15% dos doentes não responde à terapêutica antidepressiva e aproximadamente, 30%-40% apresenta uma remissão parcial (56). Assim, é fulcral a deteção adequada do diagnóstico, a seleção correta do fármaco e da dose, bem como a promoção da adesão à terapêutica. A falta de adesão ao tratamento pode levar a complicações graves, nomeadamente retorno dos sintomas depressivos ou aumento dos custos do tratamento (57).

Em várias situações constata-se a falta de eficácia destes com o aparecimento de efeitos indesejáveis devido ao bloqueio dos recetores dos diferentes neurotransmissores (55), sendo os mais frequentes a sedação, hipotensão postural, boca seca, visão turva e obstipação. Normalmente, os efeitos secundários surgem na fase inicial do tratamento, antes mesmo do efeito terapêutico. Alguns efeitos colaterais como as náuseas e as cefaleias apresentam alguma tendência para remitir após a primeira semana de instauração da medicação, por outro lado, os efeitos anticolinérgicos e a disfunção sexual tendem a persistir (58). As perturbações maníacas e convulsões são mais características dos ADT e os problemas gastrointestinais (náuseas, vômitos, dispepsia, dor abdominal, diarreia), insónias, tonturas, ansiedade, agitação, disfunção sexual (diminuição da libido, anorgasmia, incapacidade ejaculatória, ejaculação retardada ou incapacidade para obter ou manter uma ereção) encontram-se mais frequentemente associados aos SSRI (54).

Embora se tenha estado perante inúmeros avanços científicos e tecnológicos nos últimos anos, o mecanismo de ação, metabolismo e potenciais interações dos antidepressivos com outros medicamentos ainda não são bem compreendidos (55). A maioria das interações farmacocinéticas estão relacionadas com a capacidades destes inibirem as enzimas do citocromo P450 (CYP450), sendo alvo de maior preocupação as enzimas CYP1A2, CYP2D6 e CYP3A4, uma vez que grande maioria dos fármacos são metabolizados por estas (19).

O desenvolvimento dos medicamentos antidepressivos foi realizado ao longo de várias fases históricas, os primeiros a surgir foram ADT e os IMAO. Estes começaram a ser utilizados na década de 1960, devido à sua capacidade de aumentar os níveis de NA, 5-HT ou ambos. No entanto, uma vez que passaram a ser associados a efeitos adversos, foram desenvolvidos novas classes de fármacos com destaque para os SSRI e para os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina e da Noroadrenalina (SNRI) (54).

Por vezes, os antidepressivos são prescritos concomitantemente com os ansiolíticos, para minimizar a ansiedade e as insónias, características da depressão, enquanto não se evidencia resposta à terapêutica antidepressiva (59).

## **4.1 Classificação dos fármacos antidepressivos**

### **4.1.1 Antidepressivos tricíclicos**

Como referido, os ADT foram os primeiros inibidores de recaptação de 5-HT e NA a ser desenvolvidos. O seu mecanismo de ação parece estar relacionado com o bloqueio não seletivo da captação neuronal de neurotransmissores, tendo como consequência o aumento de 5-HT e de NA. Contudo, estes fármacos possuem uma estrutura tricíclica que apresenta afinidade para vários tipos de recetores, sem especificidade para nenhum deles, nomeadamente recetores muscarínicos colinérgicos, histamínicos e  $\alpha$ 1-adrenérgicos, bem como ações nos canais de sódio, o que leva ao surgimento de inúmeros efeitos colaterais indesejáveis (23, 60). Entre os efeitos secundários destaca-se a cardiotoxicidade, sedação, efeitos anticolinérgicos (retenção urinária, confusão, aumento da pressão intra-ocular, xerostomia e obstipação), hipotensão ortostática e aumento do peso (23).

Embora os ADT ainda se utilizem, atualmente deixaram de ser a primeira escolha, uma vez que foram desenvolvidos novos compostos mais bem tolerados, com maior segurança e maior seletividade de recaptação (23).

### **4.1.2 Antidepressivos inibidores da monoamina oxidase**

O mecanismo de ação dos IMAO caracteriza-se, essencialmente, por inibir a MAO, sendo de maior interesse a isoforma A. Estes são responsáveis por aumentar a concentração de neurotransmissores na fenda sinática e são indicados em doentes com depressão atípica ou em depressões resistentes a outros antidepressivos (23, 61).

A prescrição dos IMAO clássicos era limitada devido à sua ligação irreversível a esta enzima, o que fazia com que a atividade metabólica apenas voltasse ao normal depois de algumas semanas e à necessidade de restrições alimentares, nomeadamente na ingestão de alimentos ricos em tiramina e de fármacos simpaticomiméticos, que podia levar a efeitos adversos graves, como a hipertensão potencialmente fatal. O problema foi solucionado com o desenvolvimento da moclobemida, um inibidor seletivo, reversível e competitivo da MAO-A.

Esta molécula, ainda comercializada atualmente, apresenta um risco mais reduzido de interações medicamentosas e a ingestão concomitante de alimentos ricos em tiramina não é problemática sendo que apenas perde a seletividade com elevadas dosagens. (23, 60, 62).

#### **4.1.3 Antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina**

No sentido de conseguir ultrapassar os problemas de tolerabilidade e segurança dos fármacos anteriormente referidos, a indústria farmacêutica focou-se no desenvolvimento de novos medicamentos antidepressivos que fossem tão eficazes como os anteriores, mas com menos efeitos adversos. Assim, levou ao surgimento dos SSRI. Estes são responsáveis pelo bloqueio da recaptação pré-sináptica de 5-HT (9).

A sua utilização potencia aumento do humor, energia, concentração, melhoria das relações ao nível social e melhor resolução das perturbações do sono. Em doses mais elevadas, pode diminuir a sintomatologia obsessiva (9). Embora todos os fármacos pertencentes a esta classe partilhem do mesmo mecanismo de ação, as propriedades farmacocinéticas são distintas (63).

De forma genérica, os efeitos colaterais associados ao SSRI incluem: distúrbios gastrointestinais, dores de cabeça, perturbações do sono, disfunção sexual (10). Não obstante, ocasionalmente, podem surgir efeitos secundários mais graves, principalmente nas semanas iniciais do tratamento, como por exemplo ansiedade, agitação, aumento dos pensamentos suicidas, ou ainda, arritmias devido ao prolongamento do intervalo QT (9, 64). Esta classe de fármacos apresenta poucos efeitos colaterais cardiotoxicos, sendo os de primeira linha para quem tem problemas cardíacos (49).

Os SSRI apresentam interações com outros antidepressivos como os IMAO, que podem ser bastante perigosas e conduzir, em alguns casos, à síndrome serotoninérgica. Esta síndrome caracteriza-se pela irritabilidade, sudorese e inquietação, entre outros sintomas. É, assim, fundamental existir um intervalo de duas semanas entre a descontinuação de um IMAO e o começo de um SSRI (23).

É, também, frequente, a síndrome de descontinuação (com sintomas como dores de cabeça, náuseas e tonturas) com estes fármacos, nomeadamente nos que apresentam tempos de semivida mais curtos, como a paroxetina, e quando uma terapêutica prolongada é interrompida bruscamente (23).

Alguns dos exemplos de fármacos que pertencem a esta classe em epígrafe são: fluoxetina, paroxetina, sertralina e citalopram (54).

#### **4.1.4 Antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina**

Em relação aos SNRI, também estes apresentam melhor tolerabilidade que os ADT e os IMAO. Os SNRI combinam as propriedades dos SSRI e dos ADT e não apresentam os efeitos secundários destes últimos. A subclasse em epígrafe é utilizada principalmente no tratamento da depressão e na dor neuropática crónica. Contudo, estes medicamentos podem induzir efeitos cardiovasculares relevantes (taquicardia, hipertensão ou hipotensão, alargamento do intervalo QT) (65).

A título de exemplo, alguns dos fármacos pertencentes à subclasse de SNRI são: amitriptilina, imipramina e venlafaxina (54).

#### **4.1.5 Outros antidepressivos**

Para além dos mecanismos anteriormente indicados, existem outros antidepressivos que se caracterizam por mecanismos de ação distintos, como por exemplo a bupropiona e a mirtazapina.

A bupropiona é um inibidor seletivo da recaptação de DA, com efeitos mínimos na recaptação de 5-HT e da NA (54, 66). Desta forma, não induz os efeitos adversos característicos dos outros antidepressivos (sedação significativa, ação cognitiva, hipotensão) (66). O seu principal efeito adverso são as convulsões, principalmente se tomado em doses excessivas. Além da depressão é utilizado na cessação tabágica (23).

A mirtazapina aumenta diretamente os níveis de 5-HT e de NA através do bloqueio de auto e hétero-recetores  $\alpha 2$ -adrenérgicos centrais pré-sinácticos, recetores 5-HT<sub>2</sub> e 5-HT<sub>3</sub> pós-sinácticos e recetores histamínicos H<sub>1</sub>. Estes possuem um início de ação mais rápido comparativamente com os SSRI. É um antidepressivo com propriedades ansiolíticas devido à sua ação inibitória nos recetores 5-HT<sub>2</sub>, os quais medeiam a agitação observada com outros antidepressivos serotoninérgicos. Sendo assim, a utilização de benzodiazepinas como tratamento adjuvante poderá ser minimizada. Apesar de não possuir todos os efeitos secundários dos SSRI, pode causar sedação, aumento do apetite e do peso (23).

Neste enquadramento, a terapia atual ainda não é a ideal, não só pelo facto de existir uma elevada percentagem de indivíduos que apresenta remissão à terapêutica antidepressiva, mas também pelo início lento de ação e os efeitos colaterais associados. Desta forma, emerge a necessidade de investigações contínuas (67). Ainda assim, os SSRI e SNRI são os fármacos de primeira linha para o tratamento da depressão e para alguns episódios de ansiedade, dado apresentarem melhor tolerabilidade que os IMAO e que os ADT (42,48). Não obstante é necessário ter especial precaução com estas classes de fármacos, no sentido de evitar a síndrome serotoninérgica (68).

## 4.2 Duração/descontinuação do tratamento

Os antidepressivos necessitam, geralmente, de 2 a 4 semanas para manifestar os seus efeitos farmacológicos (24), contudo os efeitos sináticos acontecem poucas horas após a ingestão do medicamento, sendo que muitas das reações adversas e interações verificam-se simultaneamente com os efeitos sináticos. Tal facto pode ser justificado pela hipótese dos recetores pós-sináticos. Nos indivíduos com depressão, estes recetores estão hipersensíveis aos neurotransmissores 5-HT e NA, por causa da sua depleção na fenda sinática, pelo que é necessário um determinado período de tempo para se verificar a normalização da sensibilidade dos recetores, por aumento da concentração das monoaminas na fenda sinática (23).

O tratamento com antidepressivos implica frequentemente um ajuste na dose e/ou introdução de um outro fármaco para maximizar a resposta terapêutica e minimizar os efeitos adversos (58). Na maioria dos doentes o tratamento deve prolongar-se, no mínimo, 6-12 meses após a uma resposta terapêutica adequada (69), sendo que a Direção Geral da Saúde (DGS) recomenda 9-12 meses. Deste modo, tendo em consideração a elevada probabilidade de recaída é recomendável que o tratamento não seja inferior a 6 meses. Adicionalmente, doentes que apresentem na sua história clínica, pelo menos dois episódios anteriores de depressão, o tratamento não deve ser inferior a 2 anos após remissão devido ao risco de recorrência (58).

Doentes com depressão *major*, habitualmente, iniciam a sua terapêutica farmacológica com um único fármaco antidepressivo, sendo que caso não seja observado uma melhoria, pelo menos moderada dos sintomas, isto é uma redução de cerca de 50% da intensidade dos sintomas após as 4-8 semanas (em média 6 semanas) de iniciar o tratamento, deve efetuar-se uma reavaliação clínica do doente, com o objetivo de reconsiderar o diagnóstico, avaliar os efeitos adversos, complicações médicas, fatores psicossociais e confirmar a adesão à medicação (58). Desta forma, é necessário que o doente efetue um acompanhamento regular durante o curso do tratamento, para do mesmo modo garantir o cumprimento da terapêutica instituída (70).

A suspensão do tratamento deve ser aconselhada pelo médico e deve ser retirada de forma contínua, com a diminuição gradual das doses, no sentido de minimizar os sintomas somáticos (cefaleias, tonturas, fadiga, tremores, parestesia, distúrbios do sono e perturbações gastrointestinais), bem como emocionais (agitação, ansiedade, ataques de pânico, irritabilidade, agressividade, entre outros)(54, 71). Estes sintomas geralmente são ligeiros e autolimitados (1 semana), contudo quando o fármaco é interrompido subitamente, podem ser graves. Caso se verifiquem sintomas graves podem ser revertidos com a reintrodução do medicamento original ou outro antidepressivo da mesma classe, mas com semivida mais longa e reduzir gradualmente a dose, monitorizando os sintomas (72).

## 5. Justificação do tema e objetivos

A qualidade de vida é considerada um estado subjetivo de bem-estar que pode ser influenciada pela cultura, valores individuais, meio ambiente e por momentos de maior preocupação.

Todo o ser humano é influenciado no seu todo por uma alteração ao nível psicológico. Qualquer mudança nos padrões físicos ou psíquicos dos indivíduos serão refletidas em transformações quer a nível cognitivo, quer a nível social. Momentos de *stress* podem interferir com os processos cognitivos de tal forma, que estes se sentem impossibilitados de selecionar as alternativas para a resolução de problemas ou tomada de decisões. O *stress* pode ser considerado um fator de risco para o desenvolvimento de doenças do foro psiquiátrico, com destaque para a depressão (73).

Uma das populações que está sujeita a momentos mais stressantes são os estudantes universitários. Estes, de forma genérica, têm de lidar com um conjunto de responsabilidades que vão ter implicações nas suas vidas futuras, tanto como alunos, como mais tarde profissionais. Têm ainda de ser capazes de gerir recursos, tempo e necessidade da criação de mecanismos de adaptação quer a nível físico, social, emocional ou académico.

Os alunos do MICF, população objeto deste estudo, vivem um ambiente de aprendizagem bastante tenso, que implica lidar com a sobrecarga de aulas, seleção da informação a avaliar nos testes e exames, priorização dos trabalhos, colaboração e cooperação em equipa, gestão do tempo, avaliações teóricas e práticas e com a realização do estágio final (74). Desta forma, os alunos sentem momentos de grande ansiedade, cansaço, insónias, desmotivação e exaustão emocional. Por forma a conseguir compensar a sobrecarga académica e alargar os períodos de estudo, estes alunos muitas das vezes privam-se de momentos de pausa e de noites de sono, contribuindo para que estes se sintam cada vez mais exaustos.

Os estudantes do MICF aprendem, durante o seu percurso académico, a promoção dos cuidados de saúde, bem como os efeitos da medicação, no entanto, por vezes, estes negligenciam a sua própria saúde.

É neste enquadramento que emerge a temática do estudo “Prevalência de utilização de antidepressivos em estudantes de Ciências Farmacêuticas”. Neste propósito, são enunciadas as seguintes questões de investigação: Qual a prevalência de utilização de antidepressivos pelos estudantes do MICF?; qual a relação das variáveis sócio-demográficas e da data da última consulta médica na prevalência de utilização de antidepressivos?; qual a relação da variável motivação/informação na prevalência de utilização da terapêutica antidepressiva?

Assim, para dar resposta às questões formuladas, foram delineados os seguintes objetivos: 1. avaliar a utilização de antidepressivos pelos estudantes do MICF, a nível nacional; 2. analisar as relações existentes entre a utilização de medicação antidepressiva e as variáveis sócio-demográficas, a data da última consulta médica, bem como entre as variáveis motivação/informação.

## **6. Metodologia de estudo**

### **6.1 Método**

Tendo em conta o enquadramento teórico realizado, as questões de investigação, e os objetivos delineados, optou-se por um estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional, explicativo e transversal.

No presente estudo pretende-se estabelecer relação entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes. Foram estabelecidas como variáveis dependentes o facto de os estudantes do MICF já terem contactado com a medicação antidepressiva em algum momento da sua vida e utilizarem atualmente antidepressivos e como variáveis independentes as variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, trabalhador-estudante, universidade e ano de escolaridade), a variável data da última consulta médica e a variável designada por motivação/informação (motivos que levam ou levariam à utilização de antidepressivos e conhecimento dos participantes acerca da dependência, início de ação e descontinuação do fármaco) (Anexo 1.1).

### **6.2 Participantes**

Para este estudo recorreu-se a uma amostragem constituída pelos alunos que frequentam o MICF dos 9 estabelecimentos de ensino superior que disponibilizam formação no âmbito do curso de Ciências Farmacêuticas, nomeadamente: Faculdade Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior (FCS - UBI); Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto (FFUP); Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (FFUC); Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa (FFUL); Universidade do Algarve - Faculdade de Ciências e Tecnologia (UALg - FCT); Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte (IUCS-N); Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (ISCSEM); Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT) e Universidade Fernando Pessoa (UFP).

Segundo a Associação Portuguesa de Estudantes de Farmácia, o número de estudantes a frequentar o MICF é de 5000 estudantes ( $N$ ) (75). No sentido de determinar a amostra representativa da população em estudo ( $n$ ), considerou-se uma prevalência de utilização de antidepressivos de 50% ( $P$ ), dado um real desconhecimento da utilização destas substâncias nesta população e um intervalo de confiança de 95% ( $Z = 1,96$ ). Assim, pela aplicação da

fórmula que se segue verificou-se que para os resultados apresentarem significância estatística, a amostra a ser estudada deveria ser constituída, no mínimo, por 357 estudantes.

$$n = \frac{N \times Z^2 \times P(1-P)}{(N-1) \times E^2 + Z^2 \times P(1-P)} \quad (1)$$

### 6.3 Instrumentação para a recolha de dados

A seleção do método de recolha de dados é determinado pela natureza da metodologia científica, pelas questões de investigação, objetivos do estudo, pela amostra a estudar e pelas estratégias de análise estatística a realizar. Com base nestes pressupostos optou-se por utilizar um instrumento de recolha de dados constituído por um inquérito *online*. Este foi constituído por uma sucessão de questões ordenadas para serem respondidas na ausência do investigador. Este tipo de instrumento oferece a possibilidade de anonimato total e garante a não tendenciosidade nas respostas.

O inquérito utilizado (Anexo 1.2) foi elaborado na aplicação de “Formulários” do *Google Docs* e foi composto por 24 questões de resposta rápida, das quais 6 permitem fazer uma caracterização sócio-demográfica e 18 relacionam-se com a utilização e conhecimentos que estes possuem acerca da terapêutica antidepressiva. As questões referentes à caracterização sócio-demográfica têm como objetivo obter informação acerca do sexo, idade, universidade, ano académico, estado civil e trabalhador-estudante, mas também e data da última consulta médica. Quanto à utilização de antidepressivos pelos estudantes do MICF pretende-se recolher informação sobre se estes alguma vez recorreram a esta medicação e se a utilizam atualmente, para quem responde afirmativamente é questionado se dispõe de receita médica, qual a classe farmacológica utilizada, se tiveram algum tipo de aconselhamento e qual o profissional responsável por esse aconselhamento e o cumprimento da terapêutica instituída (se aumentou a dose sem consultar previamente o médico e se sim, se sentiu efeitos colaterais; se interrompeu a terapêutica sem consentimento médico e se interrompe o tratamento quando consome bebidas alcoólicas). Os alunos são interrogados acerca do papel do aconselhamento durante a terapêutica e os motivos que levam ou levariam a utilizar antidepressivos. Quanto ao conhecimento destes acerca da terapêutica antidepressiva, questiona-se se estes consideram que a referida medicação causa dependência, qual o período necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos e por último se a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual.

### 6.4 Procedimentos de recolha de dados

Este estudo contempla todas as implicações éticas do direito à auto-determinação, à intimidade, à proteção do anonimato e confidencialidade dos dados. O projeto foi submetido à Comissão de Ética da FCS - UBI, tendo esta aprovado o mesmo sem a necessidade de uma avaliação criteriosa, por se tratar de um projeto com questionários anónimos e sem inclusão de dados que justifiquem tal avaliação.

Os inquéritos foram enviados aos participantes através dos núcleos de estudantes do MICF. A recolha de dados processou-se no período compreendido entre 14 de fevereiro a 18 de maio de 2016.

A presente investigação definiu como critério de inclusão a participação de estudantes a frequentar o MICF e como critérios de exclusão todas as respostas provenientes de estabelecimentos de ensino superior que não contemplasse o MICF, todos os questionários incorretamente preenchidos, bem como todas as respostas obtidas após o dia 18 de maio de 2016. Assim, após a obtenção de 374 inquéritos, 3 foram rejeitados devido ao incumprimento dos critérios de inclusão, sendo que 2 deles estavam mal respondidos e um outro foi obtido após a data estipulada. Assim sendo, a amostra final a analisar estatisticamente foi constituída por 371 estudantes.

## 6.5 Tratamento estatístico

O tratamento estatístico iniciou-se com a colheita dos dados prolongando-se até a análise e interpretação dos resultados.

Os dados foram gravados automaticamente numa folha de cálculo disponibilizado pela própria aplicação do *Google Docs*, sendo posteriormente exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 23, para serem analisados e tratados estatisticamente.

As variáveis qualitativas foram expostas sob a forma de frequências absolutas e percentuais, enquanto que as variáveis quantitativas foram apresentadas sob a forma de frequência absoluta, mínimos e máximos, medidas de tendência central (média e mediana), medidas de dispersão (desvio-padrão e coeficiente de variação) e de medidas de assimetria e achatamento.

A medida de assimetria Skewness (SK) obtém-se através do quociente entre SK e o erro padrão (EP). Sempre que  $SK/EP$  oscilar entre -2 e +2, a distribuição é simétrica, por outro lado, caso a razão seja inferior a -2, a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se for +2, a distribuição é assimétrica positiva, com enviesamento à esquerda. No que concerne às medidas de achatamento curtose (K), este também é obtido através do quociente entre K com o EP. Caso o valor de  $K/EP$  oscile entre -2 e +2, a distribuição é mesocúrtica, ou seja, tem o mesmo achatamento que a distribuição normal, enquanto que se  $K/EP$  for inferior a -2, a distribuição é platicúrtica (a distribuição é mais achatada que a distribuição normal) e para +2, a distribuição é leptocúrtica (a distribuição é mais alta e concentrada que a distribuição normal), sendo fácil de obter valores que não se aproximam da média, a vários múltiplos do desvio padrão (76).

A todas as variáveis intervalares foi aplicado o teste de normalidade de Kolmogorov-Sminorv (K/S), sendo este indicado para amostras grandes ( $n \geq 30$ ). A amostra segue uma distribuição aproximadamente normal se  $p > 0,05$  (77). Adicionalmente foi analisado a SK, K e o Coeficiente de Variação (CV) que permite comparar a variabilidade de duas variáveis, sendo que segundo Pestana e Gageiro (76), se o  $CV \leq 15\%$  tem-se uma dispersão fraca, se  $15\% < CV \leq 30\%$  a dispersão é média e caso  $CV > 30\%$  a dispersão é elevada.

Relativamente à estatística inferencial, e tendo como objetivo o estabelecimento de relações entre as variáveis foram aplicados testes estatísticos não paramétricos. Todas as variáveis a correlacionar são variáveis nominais, exceto a variável “idade” que é classificada de variável intervalar e as variáveis “ano de escolaridade”, “data da última consulta médica” e “período necessário para o início dos efeitos antidepressivos”, classificadas de variáveis ordinais. Para testar a associação entre duas variáveis nominais ou uma variável nominal e uma variável ordinal foi aplicado o teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ), exceto nos casos em que surja uma nota de roda pé com uma percentagem superior a 20% na tabela de contingência com frequência esperada inferior a 5, optando-se, neste caso, pelo teste de Fisher. Na correlação entre variáveis nominais dicotômicas (pode apenas assumir dois valores) e variáveis intervalares foi aplicado o coeficiente correlação Ponto-Bisserial ( $R_{pb}$ ). Este é um teste de associação, que varia entre -1 e +1 (77).

Na presente investigação os testes paramétricos não foram empregues, uma vez que para serem usados requerem o cumprimento de três premissas: 1. as variáveis sejam intervalares, 2. cumprimento dos pressupostos da normalidade das distribuições e 3. homogeneidade das variâncias (77).

Qualquer que seja o teste estatístico inferencial utilizado obter-se-ão dois valores de interesse, nomeadamente o valor do teste estatístico utilizado e o valor da probabilidade (representada por  $p$ ). O valor convencional, designado por nível de significância, é de 0,05, o que significa 5 vezes em cada 100. Sempre que  $p > 0,05$ , significa que em mais do que 5% das vezes, o resultado obtido no teste aplicado aos dados da amostra será devido ao acaso, pelo que os resultados não são significativos, não havendo associação significativa entre as variáveis em estudo. Por outro lado, se  $p < 0,05$ , significa que em menos de 5% das vezes, o resultado obtido no teste será devido ao acaso, pelo que se pode concluir que os resultados são estatisticamente significativos, havendo associação entre as variáveis em estudo (77). Segundo D’Hainaut (78) pode-se ser mais específico em relação aos níveis de significância:  $p < 0,05$  estatística significativa;  $p < 0,01$  estatística bastante significativa;  $p < 0,001$  estatística altamente significativa e  $p \geq 0,05$  não significativo, sendo que ao longo deste trabalho foi aplicada esta terminologia.

A apresentação dos dados foi realizada através de tabelas de modo a facilitar a sua compreensão, tendo em conta cada uma das questões apresentadas no inquérito. Os *outputs*

obtidos no SPSS encontram-se inseridos em anexo, com omissão das fontes em virtude de estes se referirem sempre ao presente estudo.

## 7. Resultados e discussão

### 7.1 Caracterização da amostra

#### 7.1.1 Sexo e idade

Neste estudo participaram 371 estudantes do MICF, sendo a amostra maioritariamente do sexo feminino (296 do sexo feminino, 79,8% e 75 do sexo masculino, 20,2%).

Pela análise da tabela 1, constata-se que a idade dos participantes constituintes da amostra oscila entre um mínimo de 18 anos e um máximo de 40 anos, verificando-se que a média de idades ( $\bar{x}$ ) é de 21,68 anos, com um desvio padrão de 2,55 anos e uma mediana ( $M_d$ ) de 21 anos, sendo o coeficiente de variação de 11,76%, sugerindo como tal uma dispersão fraca (cf. tabela 1). Como se pode verificar a idade mínima e a mediana foi de 18 anos e 21 anos para ambos os sexos, respetivamente, sendo que no sexo feminino, a idade máxima foi de 34 anos. A média de idades neste sexo foi de  $21,58 \pm 2,30$ , com um CV de 10,66%, enquanto que no sexo masculino, a idade máxima foi de 40 anos e a média foi de  $22,07 \pm 3,34$  com um CV de 15,13%.

Pela aplicação do teste de Kolmogorod-Smirnov (K/S) verificou-se que a amostra não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de simetria e curtose, curvas gaussianas com enviesamento à esquerda e leptocúrtica para totalidade da amostra e para ambos os sexos (cf. tabela 1). Desta forma, só é possível aplicar testes não paramétricos para relacionar as variáveis em estudo. O coeficiente de correlação ponto-bisserial revela que a distribuição dos estudantes face à idade é idêntica entre os sexos, sem diferenças estatisticamente significativas ( $R_{pb} = 0,077$ ;  $p = 0,141$ ).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade em função do sexo dos alunos.

Idade \ Sexo	N	Min.	Max.	$\bar{x}$	Dp	$M_d$	CV(%)	SK/ERRO	K/ERRO	K/S
Masculino	75	18	40	22,07	3,34	21	15,13	8,64	18,69	0,000
Feminino	296	18	34	21,58	2,30	21	10,66	13,73	26,25	0,000
Total	371	18	40	21,68	2,55	21	11,76	17,95	41,09	0,000

[ $R_{pb} = 0,077$ ;  $p = 0,141$ ]

#### 7.1.2 Estado civil

Relativamente ao estado civil, verifica-se que apenas 2 participantes são casados (0,5%), sendo um do sexo masculino e o outro do sexo feminino, desta forma era previsível a inexistência de diferenças estatisticamente significativas (cf. tabela 2).

### **7.1.3 Universidade**

Através da análise da tabela 2 conclui-se que a maioria dos participantes frequenta a FCS - UBI (26,4%; N=98), segue-se FFUC (18,1%; N=67), FFUL (12,9%; N=48), UAlg - FCT (11,3%; N=42), FFUP (9,4%; N=35), ISCSEM (8,4%; N=31), UFP e ULHT (5,4%; N=20) e por último, o menor número de respostas verifica-se no IUCS-N (2,7%; N=10). Esta distribuição é similar entre os sexos, sem diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2=8,418$ ;  $p=0,394$ ).

### **7.1.4 Ano académico**

No que concerne ao nível de ensino dos participantes verifica-se que a amostra é constituída maioritariamente por estudantes que frequentam o 4º ano do MICF. O 1º ano corresponde a (7,8%; N=29), 2º ano (17,8%; N=66), 3º ano (22,4%; N=83), 4º ano (29,6%; N=110) e o 5º ano (22,4%; N=83) da amostra (cf. tabela 2). As diferenças entre os sexos não se revelaram significativas ( $\chi^2=3,071$ ;  $p=0,546$ ).

### **7.1.5 Trabalhador-estudante**

A maioria dos estudantes do MICF não concilia o estudo com o trabalho. Contudo, dos 371 participantes, 10,2%; N=38 afirmou ser trabalhador-estudante, sendo que os maiores valores percentuais se verificam no sexo feminino (10,5%), enquanto que 9,3% correspondem ao sexo masculino (cf. tabela 2). No entanto, após aplicação do teste Qui-quadrado não se verificam diferenças estatísticas significativas entre os sexos ( $\chi^2=0,085$ ;  $P=0,771$ ).

### **7.1.6 Última consulta médica**

Relativamente à última consulta médica, verificou-se que a maioria dos estudantes, 20,8%; N=77 realizou a sua última consulta médica entre 6 meses a 1 ano. Não obstante, o sexo feminino apresenta valores percentuais mais elevados na resposta “entre 1 e 3 meses” e “entre 3 e 6 meses” (21,6%; N=64), já o sexo masculino regista maior número de respostas na periodicidade “entre 6 meses e 1 ano” e “superior a 1 ano” (26,7%; N=20). Contudo, esta disposição entre os sexos não revelou significância estatística ( $\chi^2=9,247$ ;  $p=0,055$ ).

Tabela 2 - Caracterização da amostra em função do sexo.

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N (75)	% (20,2)	N (296)	% (79,8)	N (371)	% (100,0)
<b>Variáveis</b>						
<b>Estado civil</b>						
Casado	1	1,3	1	0,3	2	0,5
Solteiro	74	98,7	295	99,7	369	99,5
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>296</b>	<b>100,0</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>
<b>Universidade</b>						
FFUC	13	17,3	54	18,2	67	18,1
FFUL	15	20,0	33	11,1	48	12,9
FFUP	7	9,3	28	9,5	35	9,4
ISCSEM	6	8,0	25	8,4	31	8,4
IUCS-N	3	4,0	7	2,4	10	2,7
UAlg - FCT	8	10,7	34	11,5	42	11,3
FCS - UBI	13	17,3	85	28,7	98	26,4
UFP	4	5,3	16	5,4	20	5,4
ULHT	6	8,0	14	4,7	20	5,4
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>296</b>	<b>100,0</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>
<b>Ano académico</b>						
1º	9	12,0	20	6,8	29	7,8
2º	15	20,0	51	17,2	66	17,8
3º	14	18,7	69	23,3	83	22,4
4º	21	28,0	89	30,1	110	29,6
5º	16	21,3	67	22,6	83	22,4
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>296</b>	<b>100,0</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>
<b>Trabalhador-estudante</b>						
Trabalha e estuda	7	9,3	31	10,5	38	10,2
Só estuda	68	90,7	265	89,5	333	89,8
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>296</b>	<b>100,0</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>
<b>Última consulta médica</b>						
<1 mês	15	20,0	61	20,6	76	20,5%
Entre 1 e 3 meses	8	10,7	64	21,6	72	19,4%
Entre 3 e 6 meses	12	16,0	64	21,6	76	20,5%
Entre 6 meses e 1 ano	20	26,7	57	19,3	77	20,8%
>1 ano	20	26,7	50	16,9	70	18,9%
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>296</b>	<b>100,0</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>

## 7.2 Utilização de antidepressivos pelos estudantes do MICF

### 7.2.1 Utilização de antidepressivos

Qual a prevalência de utilização de antidepressivos pelos estudantes do MICF?

Dos 371 estudantes da amostra, 17%; N=63 afirmaram já ter recorrido à medicação antidepressiva em algum momento da sua vida, sendo que os dados indicaram que atualmente 10%; N=37 continuam a utilizar a classe de fármacos em epígrafe (cf. tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos estudantes de acordo com o consumo de antidepressivos.

	Recorreu a medicação antidepressiva?		Utiliza atualmente antidepressivos?	
	N	%	N	%
Não	308	83,0	334	90,0
Sim	63	17,0	37	10,0
Total	371	100,0	371	100,0

Atualmente, não se encontram disponíveis estudos na literatura científica acerca da prevalência da utilização de antidepressivos em estudantes do MICF, contudo alguns estudos realizados no âmbito de determinar a utilização dos antidepressivos pelos estudantes universitários têm vindo a relatar que cerca de 6% dos estudantes do ensino superior encontram-se medicados com antidepressivos (11).

De acordo com os resultados deste estudo, verifica-se que a prevalência da utilização de antidepressivos pode ser maior em estudantes do MICF, uma vez que 17% afirmou já ter utilizado e 10% declara utilizar atualmente. Estes resultados podem ser justificados pela investigação realizada por Phimarn W. *et al.* (40), que enuncia que a frequência dos quadros depressivos é superior nos estudantes das ciências da saúde (13,7%), já que estes apresentam um moderado a elevado nível de *stress* devido às exigências académicas, sendo que estudantes de farmácia apresentam uma prevalência de depressão de 22,6%.

### 7.2.2 Prescrição médica

Dos 37 estudantes que afirmaram utilizar atualmente antidepressivos, a maioria dispõe de prescrição médica para a terapêutica em epígrafe (91,9%; N=34), com valores percentuais similares em ambos os sexos (91,7% no sexo masculino e 92,0% no sexo feminino). Não obstante, 8,1%; N=3 declararam não possuir receita médica, onde 8,3%; N=1 pertence ao sexo masculino e 8,0%; N=2 pertence ao sexo feminino (cf. tabela 4). Estes resultados não apresentam diferença estatística significativa ( $p=1,000$ ).

Tabela 4 - Relação entre a prescrição médica e o sexo.

Receita médica \ Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	11	91,7	23	92,0	34	91,9
Não	1	8,3	2	8,0	3	8,1
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

[p= 1,000]

Uma investigação realizada em 383 estudantes universitários, cujo objetivo foi determinar as atitudes dos estudantes acerca da medicação psiquiátrica (estimulantes, benzodiazepinas e antidepressivos), determinou que 93,2% dos participantes não possuía receita médica para a medicação em destaque, contudo considerando os estudantes que utilizaram antidepressivos, apenas 1 deles (0,3%) não possuía receita médica (11). Este último dado é similar ao obtido no presente estudo, dado que dos 37 estudantes do MICF que utilizam atualmente antidepressivos, 91,9% possui prescrição médica para os antidepressivos, exceto 3 participantes que negaram possuir a mesma.

### 7.2.3 Classe farmacológica

No tratamento da depressão podem ser utilizados medicamentos que pertençam a uma das seguintes classes de fármacos: ADT, SSRI, SNRI, IMAO e outros antidepressivos.

Considerando os alunos que referiram recorrer ou já ter recorrido à medicação antidepressiva, os SSRI foram a classe farmacológica mais utilizada pelos participantes deste estudo (68,3%; N=43), seguiu-se os ADT (6,3%; N=4) e, por último, os IMAO e os SNRI, representando 3,2%; N=2. Não obstante, cerca de 19,0%; N=12 dos estudantes afirmaram desconhecer a classe farmacológica que consomem ou já consumiram (cf. tabela 5).

Através da análise da tabela 5 constata-se que tanto para o sexo masculino como para o sexo feminino, os SSRI atingem os valores percentuais mais representativos, 66,7% e 68,9% respetivamente. Contudo, verifica-se uma percentagem relativamente maior dos alunos do sexo feminino que desconhecem a classe farmacológica de antidepressivos que utilizam ou utilizaram (22,2%), comparativamente com o sexo masculino (11,1%). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e a classe farmacológica utilizada pelos participantes ( $\chi^2=6,318$  p= 0,177).

Tabela 5 - Classe farmacológica de antidepressivos em função do sexo.

Classe farmacológica	Sexo		Total			
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
SSRI	12	66,7	31	68,9	43	68,3
SNRI	2	11,1	0	0,0	2	3,2
ADT	1	5,6	3	6,7	4	6,3
IMAO	1	5,6	1	2,2	2	3,2
Não sabe	2	11,1	10	22,2	12	19,0
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>

[ $\chi^2=6,318$ ;  $p=0,177$ ]

Tal como referido na literatura, entre as diferentes classes de antidepressivos, os SSRI são considerados a primeira linha de medicação antidepressiva (79), sendo os mais utilizados no tratamento de jovens com depressão, devido ao seu perfil com menores efeitos colaterais anticolinérgicos (80). Esta classe de fármacos começou a ser prescrita nos estudantes com o objetivo de diminuir a ansiedade social e generalizada, pensamentos obsessivos, promovendo uma maior participação dos alunos durante as aulas, maior confiança e desinibição social (9). Desta forma, a informação supra indicada vai de encontro aos resultados obtidos neste estudo, uma vez que a classe farmacológica maioritariamente utilizada pelos estudantes do MICF são os SSRI (68,3%; N=43).

#### 7.2.4 Aconselhamento para a utilização de antidepressivos

A maioria dos estudantes do MICF que afirmaram recorrer ou já ter recorrido à medicação antidepressiva, indicaram que receberam aconselhamento para a terapêutica em destaque 90,5%; N=57. Contudo, 9,5%; N=6 dos participantes negaram ter recebido qualquer tipo de aconselhamento.

No que concerne aos profissionais responsáveis por este aconselhamento, os resultados apresentados na tabela 6, revelam que a grande maioria dos participantes (91,2%; N=52) recorreu ao médico para solicitar ajuda, seguido do farmacêutico (5,3%; N=3) e, por último, do psicólogo (3,5%; n=2).

Verifica-se que em ambos os sexos, o aconselhamento médico alcança os valores percentuais mais representativos (94,4% para o sexo masculino e 89,7% para o sexo feminino). Foi igualmente verificado que nenhum dos participantes do sexo masculino foi aconselhado pelo farmacêutico, ao invés do sexo feminino (7,7%; N=3). Contudo, as diferenças entre os sexos não se revelam estatisticamente significativas ( $\chi^2=1,729$ ;  $p=0,421$ ).

Tabela 6 - Distribuição dos alunos segundo o atendimento a que recorrem para se aconselhar com o tratamento.

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Profissional</b>						
Médico	17	94,4	35	89,7	52	91,2
Farmacêutico	0	0,0	3	7,7	3	5,3
Psicólogo	1	5,6	1	2,6	2	3,5
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

[ $\chi^2=1,729$ ;  $p=0,421$ ]

Embora não esteja disponível na literatura concretamente quais são os profissionais que mais aconselham os estudantes do MICF acerca da terapêutica antidepressiva, este estudo demonstrou que o médico foi o profissional de saúde mais citado pelos estudantes para os aconselhar acerca da medicação antidepressiva (91,2%), sendo que o farmacêutico apenas foi enunciado por 5,3% dos participantes. Contudo, a informação científica destaca os farmacêuticos como os profissionais que têm um forte papel na saúde mental, sendo que estes podem detetar atempadamente um transtorno mental, aconselhar os utentes a visitar o médico, avaliar e promover o uso correto da medicação (40, 81).

Segundo Scheerder *et al.* (82), os farmacêuticos podem assumir um papel preponderante nos resultados terapêuticos, uma vez que estes têm um contacto muito próximo com o público em geral e desta forma podem fornecer informações acerca da depressão e da medicação antidepressiva, apoiar na adesão à terapêutica, avaliar a eficácia da medicação e detetar a presença de efeitos colaterais e, assim, melhorar os resultados do tratamento.

### 7.2.5 Cumprimento da terapêutica instituída

Os estudantes que afirmaram utilizar ou já ter utilizado medicação antidepressiva foram interrogados acerca dos seus hábitos durante a terapêutica instituída, nomeadamente aumento da dose e interrupção da terapêutica.

Através da análise da tabela resumo (tabela 7), constata-se que a grande maioria dos estudantes não aumentou a dose sem consultar previamente o médico (95,2%, N=60). Todavia, cerca de 4,8%; N=3 aumentou a dose da terapêutica instituída com antidepressivos sem consentimento médico, sendo um participante do sexo masculino e dois do sexo feminino. Destes um deles teve efeitos colaterais, nomeadamente náuseas. Após aplicação do teste de Fisher, verificou-se que não existem diferenças estatísticas entre o sexo e o cumprimento da terapêutica instituída ( $p=1,000$ ).

Adicionalmente, quase metade dos alunos do MICF afirmou ter interrompido a terapêutica antidepressiva sem consultar o médico (47,62%, N= 30). No caso do sexo masculino, metade dos alunos (50,0%) confessou ter interrompido a terapêutica sem consentimento médico, já o

sexo feminino apresentou menor valor percentual (33,3%). No entanto, o teste do Qui-quadrado não revela diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ( $\chi^2=0,57$ ;  $p=0,811$ ).

Com a análise desta tabela verifica-se que 7,9%; N=5 dos participantes que consome ou já consumiu antidepressivos confessou ter interrompido o tratamento por consumir álcool, atendendo a que dois dos participantes pertenciam ao sexo masculino e três ao sexo feminino. Uma vez que os valores percentuais são idênticos em ambos os sexos (cf. tabela 7), podemos afirmar que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,618$ ).

Tabela 7 - Cumprimento da terapêutica instituída segundo o sexo.

Terapêutica	Sexo		Feminino		Total	
	N (18)	% (28,6)	N (45)	% (71,4)	N (63)	% (100,0)
<b>Aumentou a dose sem consultar o médico?</b>						
Não	17	94,4	43	95,6	60	95,2
Sim	1	5,6	2	4,4	3	4,8
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>
<b>Interrompeu a terapêutica sem consultar o médico?</b>						
Não	9	50,0	24	53,3	33	52,4
Sim	9	50,0	21	33,3	30	47,6
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>
<b>Interrompeu o tratamento por consumir álcool?</b>						
Não	16	88,9	42	93,3	58	92,1
Sim	2	11,1	3	6,7	5	7,9
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>

A depressão requer uma forte adesão ao tratamento, uma vez que se trata de uma patologia fortemente incapacitante e, em casos extremos pode desencadear o suicídio (7, 83).

Como referido anteriormente, verificou-se que 4,8% dos participantes aumentou a dose sem consultar previamente o médico, sendo que um deles presenciou efeitos colaterais (náuseas). Este estudante já não se encontra atualmente sob tratamento com antidepressivos, mas referiu ter estado sob tratamento com SSRI. Tal como citado na literatura, problemas gastrointestinais (náuseas, vômitos, dispepsia, dor abdominal e diarreia) encontram-se fortemente associados à classe de fármacos indicado pelo participante (54).

Em relação à duração do tratamento com antidepressivos, este deve ser continuado, no mínimo, 6-12 meses após a estabilização do fármaco (69). Efetuar o tratamento no período aconselhado reduz o risco de recaídas, em relação a aqueles que interrompem o tratamento precocemente (81). Contudo, investigações efetuadas neste âmbito indicam que 28%

interrompe o tratamento antidepressivo após 1 mês da instauração da terapêutica e que 44% a 52% dos doentes interrompe a medicação após 3 meses (57). Dados provenientes da Arábia Saudita (84) demonstraram que 53% dos doentes medicados com antidepressivos apresentam baixa adesão. Atendendo a que 47,6% dos participantes deste estudo confessaram cessar a terapêutica antidepressiva sem consultar antecipadamente o médico, pode afirmar-se que este resultado vai de encontro ao citado na literatura. Segundo o estudo de Sawada N *et al.* (85), apenas 55,6% dos participantes foram considerados aderentes, o que vem confirmar os resultados obtidos pela questão “Interrompeu a terapêutica sem consultar o médico?”, uma vez que 52,4% dos estudantes do MIFC declararam não interromper a medicação antidepressiva sem consentimento médico.

### 7.3 Relação entre as variáveis sócio-demográficas e a data da última consulta médica na prevalência de utilização de antidepressivos

No sentido de responder à questão de investigação “Qual a relação das variáveis sócio-demográficas e a data da última consulta médica na prevalência da utilização de antidepressivos?” foi testada a relação entre as variáveis sócio-demográficas e a data da última consulta médica com a prevalência de utilização de terapêutica antidepressiva.

#### 7.3.1 Sexo / Utilização de antidepressivos

Dos 63 participantes que relatam já terem contactado com medicação antidepressiva, são os inquiridos do sexo feminino os que apresentam maior valor percentual para já ter utilizado antidepressivos em algum momento da sua vida (71,4%), em relação ao sexo masculino (28,6%) (cf. tabela 8). Mas, também são os inquiridos do sexo feminino os que apresentam maior valor percentual para a situação inversa (81,5%), deste modo as diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=3,285$ ;  $p=0,070$ ).

Tabela 8 - Relação entre os estudantes que já tenham estado sob tratamento antidepressivo e o estabelecimento de ensino superior.

Sexo	Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?				Total		$\chi^2$	P
	Não		Sim		N	%		
	N	%	N	%				
Masculino	57	18,5	18	28,6	75	20,2	3,285	0,070
Feminino	251	81,5	45	71,4	296	79,8		
Total	308	100,0	63	100,0	371	100,0		

Adicionalmente, 37 dos estudantes do MIFC afirmaram estar sob tratamento com antidepressivos, sendo que 67,6%; N=25 pertence ao sexo feminino e 32,4%; N=12 ao sexo masculino (cf. tabela 9). Do mesmo modo, que referido anteriormente, é o sexo feminino que se destaca por utilizar atualmente mais antidepressivos, mas que também é o que apresenta maior prevalência nas respostas negativas (81,1%). O teste do Qui-quadrado veio demonstrar que não existe diferença estatisticamente significativa entre ambos os sexos ( $\chi^2=3,803$ ;  $p=0,051$ ).

Tabela 9 - Relação entre os estudantes utilizarem a medicação antidepressiva e o sexo.

Sexo	Utiliza atualmente antidepressivos?				Total		$\chi^2$	P
	Não		Sim		N	%		
	N	%	N	%				
Masculino	63	18,9	12	32,4	75	20,2	3,803	0,051
Feminino	271	81,1	25	67,6	296	79,8		
Total	334	100,0	37	100,0	371	100,0		

Os pressupostos apresentados vêm contrapor com a informação enunciada na literatura, uma vez que se encontra descrito que o sexo feminino é mais propenso a tomar medicação antidepressiva, comparativamente ao sexo masculino (86).

### 7.3.2 Idade / Utilização de antidepressivos

Pela leitura dos resultados relativamente ao já ter utilizado antidepressivos em função da idade dos alunos, verifica-se que a média de idades que respondeu sim é de  $23,03 \pm 3,51$  e uma mediana de 22 anos. Para a resposta negativa, a média de idades é de  $21,40 \pm 2,21$  anos e uma mediana de 21 anos. Pela análise do coeficiente de variação de 15,24% para a resposta “sim”, constata-se que os resultados obtidos apresentam uma dispersão média e uma dispersão fraca para a resposta “Não” ( $CV=10,33\%$ ). Os valores de simetria para a resposta “Sim” e “Não” ( $Sk/erro=5,11$ ;  $Sk/erro=17,21$ , respetivamente) e curtose ( $K/erro=4,01$ ;  $K/erro=57,64$ , respetivamente), indicam uma curva gaussiana enviesada à esquerda e leptocúrtica, para ambas as respostas. Tendo por base o referido, considera-se a distribuição de idade em relação à questão “Alguma vez recorreu à medicação antidepressiva?” como não normal. Assim, para determinar a associação entre a idade e os estudantes já terem utilizado antidepressivos é aplicado o coeficiente de correlação do Ponto-Bisserial.

Este revela que existem diferenças estatísticas altamente significativas na distribuição das respostas “Sim” ou “Não” em função da idade ( $R_{pb} = 0,240$ ;  $p=0,000$ ), ou seja, a média de idades da resposta afirmativa é significativamente superior à média da idade da resposta negativa (cf. tabela 10).

Tabela 10 - Estatísticas relativas à idade que os estudantes utilizaram a primeira vez antidepressivos.

Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	Idade										
	N	Min.	Max.	$\bar{x}$	Dp	M <sub>d</sub>	CV(%)	SK/ERRO	K/ERRO	K/S	
Não	308	18	40	21,40	2,21	21	10,33	17,21	57,64	0,000	
Sim	63	18	34	23,03	3,51	22	15,24	5,11	4,01	0,000	
<b>Total</b>	<b>371</b>	<b>18</b>	<b>40</b>	<b>21,68</b>	<b>2,55</b>	<b>21</b>	<b>11,76</b>	<b>17,95</b>	<b>41,09</b>	<b>0,000</b>	

[R<sub>nh</sub>=0,240; p=0,0001

Quanto ao estudo por idades e a utilização atual de antidepressivos, analisando os dados da tabela 11, observa-se que a média de idades e a mediana para a utilização atual de antidepressivos é de 22,92 anos ( $\pm 3,21$ ) e 22 anos, respetivamente, enquanto que para os que não utilizam a média é de 21,54 anos ( $\pm 2,43$ ) e a mediana é de 21 anos. Estes dados sugerem uma dispersão fraca, tanto para a resposta afirmativa como para a negativa (CV=14,00% e CV=11,29%, respetivamente). Os valores de simetria e curtose para ambas as respostas indicam uma curva gaussiana assimétrica e leptocúrtica.

O coeficiente de correlação Ponto-Bisserial revela que existem diferenças estatísticas bastante significativas na distribuição das respostas “Sim” ou “Não” em função da idade (R<sub>pb</sub>=0,162; p=0,002), ou seja, a média de idades da resposta afirmativa é significativamente superior à média da idade da resposta negativa (cf. tabela 11).

Tabela 11 - Estatísticas relativas à utilização atual de antidepressivos em função da idade.

Utiliza atualmente antidepressivos?	Idade										
	N	Min.	Max.	$\bar{x}$	Dp	M <sub>d</sub>	CV(%)	SK/ERRO	K/ERRO	K/S	
Não	334	18	40	21,54	2,43	21	11,29	18,62	49,01	0,000	
Sim	37	18	33	22,92	3,21	22	14,00	3,36	2,98	0,001	
<b>Total</b>	<b>371</b>	<b>18</b>	<b>40</b>	<b>21,68</b>	<b>2,55</b>	<b>21</b>	<b>11,76</b>	<b>17,95</b>	<b>41,09</b>	<b>0,000</b>	

[R<sub>pb</sub>=0,162; p=0,002]

### 7.3.3 Universidade / Utilização de antidepressivos

Analisando especificamente os dados da tabela 12 que relacionam o facto dos estudantes do MICF terem contactado com medicação antidepressiva e a universidade é possível constatar que a maior utilização da medicação em epígrafe foi na UAlg - FCT (20,6%; N=13), segue-se a FFUC (17,5%; N=11), a FCS - UBI (15,9%; N=10), a FFUP (12,7%; N=8), a FFUL (11,1%; N=7), a UFP (7,9%; N=5), o ISCSEM (6,3%; N=4), a ULHT (4,8%; N=3) e por último o IUCS-N (3,2%; N=2).

A aplicação do teste do Qui-quadrado revela não existir uma relação estatisticamente significativa entre os estudantes que tenham estado sob tratamento antidepressivo e o estabelecimento de ensino superior que frequentam ( $\chi^2=11,474$ ;  $p=0,176$ ).

Tabela 12 - Relação entre os estudantes que já tenham estado sob tratamento antidepressivo e o estabelecimento de ensino superior.

Universidade	Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?				Total		$\chi^2$	P
	Não		Sim		N	%		
	N	%	N	%				
FFUC	56	18,2	11	17,5	67	18,1	11,474	0,176
FFUL	41	13,3	7	11,1	48	12,9		
FFUP	27	8,8	8	12,7	35	9,4		
ISCSEM	27	8,8	4	6,3	31	8,4		
IUCS-N	8	2,6	2	3,2	10	2,7		
UAlg - FCT	29	9,4	13	20,6	42	11,3		
FCS - UBI	88	28,6	10	15,9	98	26,4		
UFP	15	4,9	5	7,9	20	5,4		
ULHT	17	5,5	3	4,8	20	5,4		
<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>		

No que concerne à relação entre a utilização atual de antidepressivos e o estabelecimento de ensino (tabela 13), verifica-se que também nesta situação existe maior consumo de antidepressivos na UAlg - FCT (18,9%; N=7), de seguida segue-se FFUC e a FFUL (16,2%; N=6). A UBI - FCS e a UFP apresentam um consumo atual de 13,5%; N=5 e a FFUP de 10,8%; N=4. A menor utilização é registada na IUCS-N (5,4%; N=2), no ISCSEM e no ULHT (2,7%; N=1). No entanto, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=13,460$ ;  $p=0,097$ ).

Tabela 13 - Relação entre os estudantes que estão sob tratamento e o estabelecimento de ensino superior.

Universidade	Utiliza atualmente antidepressivos?				Total		$\chi^2$	P
	Não		Sim		N	%		
	N	%	N	%				
FFUC	61	18,3	6	16,2	67	18,1	13,460	0,097
FFUL	42	12,6	6	16,2	48	12,9		
FFUP	31	9,3	4	10,8	35	9,4		
ISCSEM	30	9,0	1	2,7	31	8,4		
IUCS-N	8	2,4	2	5,4	10	2,7		
UAlg - FCT	35	10,5	7	18,9	42	11,3		
UBI - FCS	93	27,8	5	13,5	98	26,4		
UFP	15	4,5	5	13,5	20	5,4		
ULHT	19	5,7	1	2,7	20	5,4		
<b>Total</b>	<b>334</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>		

Os resultados anteriormente mencionados indicam que não existe uma relação estatisticamente significativa entre o estabelecimento de ensino superior que os estudantes frequentam e o facto de estes já terem utilizado ou utilizarem atualmente antidepressivos. Atendendo a que não se encontra na literatura nenhuma relação entre utilização de antidepressivos e o estabelecimento de ensino superior, tais dados podem ser justificados pelo facto de independentemente da universidade que os estudantes frequentem, estes ficam sujeito às alterações psicológicas inerentes à adaptação e às dificuldades características do MICF.

### 7.3.4 Ano académico / Utilização de antidepressivos

Pelos resultados da tabela 14, verifica-se que a percentagem de alunos que já utilizou antidepressivos de acordo com o seu ano académico é similar à percentagem dos que nunca utilizaram. Desta forma, o teste Qui-quadrado permite afirmar que não existem diferenças significativas ( $\chi^2=3,109$ ;  $p= 0,540$ ).

Tabela 14 - Relação entre os estudantes que já tenham estado sob tratamento antidepressivo e o ano académico.

Ano académico	Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?				Total		$\chi^2$	P
	Não		Sim		N	%		
	N	%	N	%				
1º	24	7,8	5	7,9	29	7,8	3,109	0,540
2º	59	19,2	7	11,1	66	17,8		
3º	69	22,4	14	22,2	83	22,4		
4º	87	28,2	23	36,5	110	29,6		
5º	69	22,4	14	22,2	83	22,4		
<b>Total</b>	308	100,0	63	100,0	371	100,0		

Relativamente à associação entre a utilização atual de antidepressivos e o ano de escolaridade, constata-se que há um equilíbrio entre os que consomem antidepressivos atualmente e os que não utilizam, não havendo correlação entre a utilização atual de antidepressivos e a variável ano académico ( $\chi^2=8,181$ ;  $p=0,085$ ).

Tabela 15 - Relação entre os estudantes que estão atualmente sob tratamento e o ano acadêmico.

Ano acadêmico	Utiliza atualmente antidepressivos?				Total		$\chi^2$	P
	Não		Sim					
	N	%	N	%	N	%		
1º	27	8,1	2	5,4	29	7,8	8,181	0,085
2º	63	18,9	3	8,1	66	17,8		
3º	77	23,1	6	16,2	83	22,4		
4º	92	27,5	18	48,6	110	29,6		
5º	75	22,5	8	21,6	83	22,4		
<b>Total</b>	334	100,0	37	100,0	371	100,0		

As tabelas 14 e 15 revelaram que a utilização de antidepressivos acontece ao longo dos 5 anos do MICF. A utilização de antidepressivos pelos alunos do 1º ano pode ser justificada pelas mudanças que os estudantes presenciam aquando o ingresso no ensino superior. A entrada para a universidade é um processo de transição potencialmente geradora de *stress* e ansiedade, que é presenciado de forma distinta entre os jovens. Estes necessitam de se adaptar a novas realidades sociais: uma nova cidade, novos relacionamentos interpessoais com os amigos, colegas professores e toda a comunidade académica; pessoais: consolidar a sua personalidade, fortalecimento da sua identidade, autonomia da gestão da vida pessoal; académicos: assegurar um bom desempenho, aprendizagem de novas estratégias de estudo, novas metodologias de ensino, gestão do seu tempo livre, no sentido de conciliar o lazer e o estudo.

Alguns autores indicam que o 1º ano de universidade é o mais propício a que surjam problemas psicológicos, uma vez que os alunos têm de lidar com o afastamento dos pais e amigos, viver num novo ambiente, lidar com as novas situações académicas o que pode causar problemas para alguns estudantes, principalmente aqueles que já experienciam sintomatologia depressiva antes da transição (41). Segundo Shumaila *et al.* (87), os dois primeiros anos de faculdade podem ser considerados muito stressantes para alguns estudantes e, por vezes, podem começar a sentir-se deprimidos.

Com o avançar dos anos académicos, o grau de dificuldade dos conteúdos lecionados é acrescido, existe maior quantidade de informação disponibilizada e os estudantes deparam-se com inúmeras avaliações teóricas e práticas, o que requer uma maior seletividade na apreensão dos conteúdos, forte gestão do tempo livre, do *stress* e um forte controlo emocional.

O 5º ano é caracteristicamente um ano onde os estudantes colocam em prática os conteúdos teóricos aprendidos. Estes confrontam-se com um semestre de estágio, em que têm de lidar com o público e prestar-lhes esclarecimentos e aconselhamentos, paralelamente os alunos

têm de realizar e defender publicamente a dissertação da tese de mestrado. Além disto, estes começam a preocupar-se com a entrada no mundo do trabalho.

Todos estes fatores podem contribuir para que independentemente do ano académico que o estudante se encontre, possa sentir momentos de grande ansiedade, desespero e desmotivação, o que pode levar à necessidade de iniciar uma terapêutica antidepressiva.

### 7.3.5 Trabalhador-estudante / Utilização de antidepressivos

Face aos resultados obtidos tabela 16 no que concerne à relação entre os estudantes já terem recorrido à medicação antidepressiva e ser trabalhador-estudante, verifica-se que dos 38 estudantes que concilia o trabalho com o estudo apresentam maior valor percentual para já ter utilizado antidepressivos (19,0%) comparativamente com os que são trabalhadores-estudantes, mas que nunca utilizaram a referida medicação (8,4%).

O teste Qui-quadrado confirma a diferença estatisticamente significativa entre o ser trabalhador-estudante e ter sentido, em algum momento da sua vida, a necessidade de utilizar antidepressivos ( $\chi^2=6,399$ ;  $p=0,011$ ).

Tabela 16 - Relação entre os estudantes que já tenham estado sob tratamento antidepressivo e serem trabalhadores-estudantes.

Trabalhador-estudante	Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?				Total		$\chi^2$	P
	Não		Sim		N	%		
	N	%	N	%				
Não	282	91,6	51	81,0	333	89,8	6,399	0,011
Sim	26	8,4	12	19,0	38	10,2		
Total	308	100,0	63	100,0	371	100,0		

Em relação à utilização atual de antidepressivos e o facto dos participantes conciliarem o trabalho com o estudo (tabela 17), verifica-se que em termos percentuais, dos 38 trabalhadores-estudantes, 21,6% declarou utilizar atualmente antidepressivos, sendo que apenas 9,0% dos trabalhadores-estudantes não utiliza a medicação em epígrafe. Desta forma, o teste de Fisher aponta para a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os alunos que são trabalhadores-estudantes com os que utilizam atualmente antidepressivos ( $p=0,039$ ).

Tabela 17 - Relação entre os estudantes que atualmente estão sob tratamento e serem trabalhadores-estudantes.

Trabalhador-estudante	Utiliza atualmente antidepressivos?				Total		P
	Não		Sim		N	%	
	N	%	N	%			
Não	304	91,0	29	78,4	333	89,8	0,039
Sim	30	9,0	8	21,6	38	10,2	
Total	334	100,0	37	100,0	371	100,0	

Pela análise inferencial constatou-se que o facto dos participantes já terem utilizado antidepressivos, bem como os utilizarem atualmente está relacionado com estes conciliarem o trabalho com o estudo ( $p=0,011$  e  $p=0,039$ , respetivamente).

Apesar de não estar disponível na literatura nenhuma informação acerca da utilização de antidepressivos e o facto de os inqueridos serem trabalhador-estudante, a conciliação destas duas atividades leva a que os indivíduos fiquem sujeitos a grandes exigências psicológicas, pois, por um lado, requer um forte empenho e dedicação nas tarefas impostas pelo seu trabalho e paralelamente implica estudar com dedicação para alcançar sucesso na faculdade. A combinação destes dois ramos pode tornar-se um processo difícil, cansativo, gerador de forte ansiedade e de momentos de depressão, sendo por isso justificável os trabalhadores-estudantes apresentarem maior relação com a utilização de medicação antidepressiva.

Desta forma, os trabalhadores-estudantes podem apresentar uma duração do sono menor, que os dificulta a possuir boa capacidade de discernimento, menor criatividade, maior insegurança no trabalho e nas atividades da faculdade. Os períodos de maior *stress*, insegurança, distúrbios do sono podem desencadear ou agravar os quadros depressivos (18, 88) podendo surgir a necessidade de estes recorrerem à medicação antidepressiva.

### 7.3.6 Última consulta médica / Utilização de antidepressivos

A tabela 18 permite observar que os estudantes que utilizaram antidepressivos tiveram a sua última consulta médica há menos de 1 mês e entre 1 e 3 meses (27,0%; N=17), enquanto que a maioria daqueles que nunca utilizaram tiveram a sua última visita médica entre 3 e 6 meses (22,7%; N=70).

No sentido de estabelecer a relação entre a última vez que os participantes consultaram o médico e o facto destes já terem utilizado antidepressivos, utilizou-se o teste Qui-quadrado. Os dados indicaram a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=8,447$ ;  $p=0,077$ ).

Tabela 18 - Relação entre os estudantes que já estiveram sob tratamento antidepressivo e a última consulta médica.

Última consulta médica	Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?				Total		$\chi^2$	P
	Não		Sim		N	%		
	N	%	N	%				
<1 mês	59	19,2	17	27,0	76	20,5	8,447	0,077
Entre 1 e 3 meses	55	17,9	17	27,0	72	19,4		
Entre 3 e 6 meses	70	22,7	6	9,5	76	20,5		
Entre 6 meses e 1 ano	65	21,1	12	19,0	77	20,8		
>1no	59	19,2	11	17,5	70	18,9		
<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>		

Os estudantes que utilizam atualmente antidepressivos (tabela 19) são os que visitam de forma mais periódica o médico uma vez que, dos 37 estudantes que afirmaram recorrer atualmente à medicação antidepressiva, a maioria destes teve a sua última consulta médica há menos de 1 mês e entre 1 e 3 meses (29,7%; N=11 e 27,0%; N=10, respetivamente). Por outro lado, os participantes que não utilizam atualmente a referida medicação apresentam maior valor percentual entre 3 e 6 meses e entre 6 meses e 1 ano (22,5% e 21,0%, respetivamente). Por conseguinte, infere-se diferenças estatisticamente significativas entre a última consulta médica e o facto de os estudantes utilizarem atualmente antidepressivos ( $\chi^2=9,520$ ;  $p=0,049$ ).

Tabela 19 - Relação entre os estudantes que atualmente estão sob tratamento e a sua última consulta médica.

Última consulta médica	Utiliza atualmente antidepressivos?				Total		$\chi^2$	P
	Não		Sim		N	%		
	N	%	N	%				
<1 mês	65	19,5	11	29,7	76	20,5	9,520	0,049
Entre 1 e 3 meses	62	18,6	10	27,0	72	19,4		
Entre 3 e 6 meses	75	22,5	1	2,7	76	20,5		
Entre 6 meses e 1 ano	70	21,0	7	18,9	77	20,8		
>1no	62	18,6	8	21,6	70	18,9		
<b>Total</b>	<b>334</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>		

Os dados anteriormente indicados demonstram que os estudantes que utilizam atualmente antidepressivos preocupam-se mais com a sua saúde, uma vez que visitam mais

frequentemente o médico (maior valor percentual na resposta menos de um mês e entre 1 e 3 meses). Tal pressuposto pode ser justificado pelo facto de os participantes serem alunos do MICF e conhecerem a necessidade de um acompanhamento regular, tal como referido pelo estudo de Simon GE *et al.* (70). Também Miller e Chung (89) defendem que a utilização de medicamentos antidepressivos nos jovens adultos com idades entre 18 a 24 anos deve ser alvo de um acompanhamento rigoroso, uma vez que estes podem agravar o seu estado de saúde, manifestar tentativas suicidas ou mudanças incomuns no comportamento.

Em resumo, e respondendo à questão de investigação formulada pode-se inferir que de alguma forma existe associação das variáveis sócio-demográficas, nomeadamente a idade e o ser trabalhador-estudante com a prevalência da utilização de antidepressivos, bem como com a idade da última consulta médica e a utilização atual de antidepressivos.

## **7.4 Papel do aconselhamento durante a terapêutica**

No que concerne à importância do aconselhamento na terapêutica medicamentosa antidepressiva, os resultados apresentados na tabela 20, revelam que a grande maioria dos estudantes do MICF (94,3%; N=350) consideram a promoção do uso correto da medicação o papel mais importante, de seguida o aumento da segurança da terapia (78,7%; N=292), a minimização dos efeitos decorrentes do mau uso do medicamento (77,1%; N=286), o aumento da efetividade da terapia (69,3%; N=257), o evitar interações medicamentosas (67,7%; N=251) e, por último, prevenir efeitos colaterais (54,2%; N=201). Apenas um participante selecionou a opção “outros”, indicando que o aconselhamento é importante para solucionar outras opções terapêuticas de acordo com cada situação.

Verifica-se que tanto para o sexo masculino como para o sexo feminino, a promoção do uso correto da medicação atinge valores percentuais mais representativos, 92,0% e 94,9%, respetivamente, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ( $p=0,398$ ). Quanto às outras funções do aconselhamento da terapêutica medicamentosa, os valores percentuais encontrados em ambos os sexos são idênticos e não revelam significância estatística.

Tabela 20 - Distribuição dos estudantes do MICF segundo o papel do aconselhamento na terapêutica medicamentosa.

Papel do Aconselhamento	Sexo		Masculino		Feminino		Total		$\chi^2$	P
	N	%	N	%	N	%				
Promover o uso correto da medicação	69	92,0	281	94,9	350	94,3	-----	0,398		
Aumentar a segurança da terapia	53	70,7	239	80,7	292	78,7	3,625	0,057		
Aumentar a efetividade da terapia	55	73,3	202	68,2	257	69,3	0,728	0,393		
Minimizar os efeitos decorrentes do mau uso do medicamento	52	69,3	234	79,1	286	77,1	3,201	0,074		
Evitar interações medicamentosas	49	65,3	202	68,2	251	67,7	0,232	0,630		
Prevenir efeitos colaterais	45	60	156	52,7	201	54,2	1,284	0,257		
Outros	0	0,0	1	0,3	1	0,3	-----	1,000		

Estes dados demonstram que os participantes consideram importante o papel do aconselhamento na promoção do uso correto da medicação e no aumento a segurança da terapia (94,3% e 78,7%, respetivamente), os mesmos vão de encontro aos estudos citados na literatura (69), uma vez que defendem que uma educação precisa e personalizada sobre antidepressivos é suscetível de ajudar os doentes a tomar os antidepressivos corretamente e com segurança.

Segundo o estudo de Read J *et al.* (90) os doentes que são aconselhados sob a terapêutica com antidepressivos apresentam uma maior tendência para diminuir a sua depressão, sendo que 85% presenciou uma melhoria dos sintomas após ser informado como o medicamento deve ser utilizado e 88% apresentou melhor progressão da doença após saber quais os possíveis efeitos colaterais subjacentes à terapêutica. Mais uma vez, este estudo vem realçar que os estudantes têm consciência que o aconselhamento é fundamental para a promoção do uso adequado da medicação antidepressiva, contudo apenas 54,2% considera que o aconselhamento pode ser importante para prevenir efeitos colaterais, o que não está de acordo com a literatura (90), pois tal como referido indivíduos devidamente informados e aconselhados sob os efeitos adversos podem verificar uma melhoria dos sintomas depressivos.

## 7.5 Motivos que levam ou levariam os estudantes a utilizar antidepressivos

Os 371 estudantes foram interrogados acerca dos possíveis motivos que os levam ou levariam a utilizar terapêutica antidepressiva. A resposta “gestão do *stress*” apresentou os valores percentuais mais elevados (64,4%), quer para o sexo masculino (64,0%; N=48) quer para o sexo feminino (64,5%; N=191), não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ( $\chi^2 = 0,007$ ;  $p = 0,932$ ). Segue-se a “gestão de emoções” (53,1%; N=197), “ajuda para

dormir” (35,6%; N=132), “ajuda no estudo” (14,8%; N=55), “relaxar” (13,2%; N=49), “outros motivos” (8,6%; N=32), “curiosidade” (2,2%; N=8), “acreditar que este tipo de medicação comporta vantagens acadêmicas” (1,9%; N=7) e, por último, “neutralizar ou aumentar o efeito de outras substâncias” (0,8%; N=3). Dos 32 participantes que selecionaram a opção “outros motivos”, 90,6%; N=29 indicaram que só utilizariam em caso de depressão diagnosticada pelo médico, sendo que destes, 17,2%; N=5 pertence ao sexo masculino e 88,9%; N=24 pertence ao sexo feminino. Um dos inquiridos indicou que utiliza antidepressivos no sentido de controlar a sua anorexia nervosa, um outro citou os problemas familiares e dois declararam recorrer a este tipo de medicação em situações de ataques de pânico devido à forte ansiedade. Todos os motivos anteriores indicados foram referidos por participante do sexo feminino.

Os resultados apresentados na tabela 21 demonstram a existência de uma percentagem relativamente superior de estudantes do sexo masculino (22,7%), comparativamente com sexo feminino (12,8%) a indicar o motivo “ajuda no estudo”, com diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ( $\chi^2=4,578$ ;  $p=0,032$ ), bem como no motivo “curiosidade”, onde o sexo masculino apresenta valores percentuais superiores (8,0%) ao sexo feminino (0,7%), com diferenças estatísticas bastante significativas entre os sexos, de acordo com o teste de Fisher ( $p=0,001$ ). Do mesmo modo, os resultados também enunciam que o sexo masculino (5,3%; N=4) mais frequentemente que o sexo feminino (1,0%; N=3) acredita que este tipo de medicação comporta vantagens acadêmicas, existindo diferença estatisticamente significativa entre os sexos, segundo o teste de Fisher ( $p=0,033$ ).

Tabela 21 - Distribuição dos estudantes do MICF segundo os motivos que os levam ou levariam a utilizar antidepressivos.

Motivos	Sexo		Masculino		Feminino		Total		$\chi^2$	P
	N	%	N	%	N	%				
Ajuda no estudo	17	22,7	38	12,8	55	14,8	4,578	0,032		
Curiosidade	6	8,0	2	0,7	8	2,2	-----	0,001		
Relaxar	12	16,0	37	12,5	49	13,2	0,639	0,424		
Gestão do stress	48	64,0	191	64,5	239	64,4	0,007	0,932		
Gestão de emoções	37	49,3	160	54,1	197	53,1	0,535	0,464		
Ajuda para dormir	30	40,0	102	34,5	132	35,6	0,801	0,371		
Neutralizar ou aumentar o efeito de outras substâncias	1	1,3	2	0,7	3	0,8	-----	0,493		
Acreditar que este tipo de medicação comporta vantagens acadêmicas	4	5,3	3	1,0	7	1,9	-----	0,033		
Outros	5	6,7	27	9,1	32	8,6	0,458	0,499		

Como referido a “gestão do *stress*” é o motivo mais representativo que leva ou pode levar à utilização de antidepressivos (64,4%). Um estudo realizado por Stone e Merlo (11) relata que os 68,5% dos estudantes acredita que utilizar antidepressivos ajuda a gerir o *stress* 67,0%, menciona que permite a gestão das emoções e 45,7% indicam que ajuda a dormir. Esta ordem de motivos foi também verificada no presente estudo. Quanto a ajuda no estudo, verificou-se que 14,8% dos estudantes do MIF escolheram esta opção como motivo, sendo que no trabalho realizado por Stone e Merlo (11) a percentagem foi superior (25,8%). Ao contrário do verificado por estes autores (11), os motivos “relaxar” (43,6%) e “curiosidade” (39,1%) foram assinalados pelos inquiridos no presente estudo com percentagem relativamente inferiores (13,2% e 2,2%, respetivamente).

O presente estudo obteve poucas respostas para a opção neutralizar ou aumentar o efeito de outras substâncias (0,8%), contrapondo-se com os resultados obtidos por Stone e Merlo (11), 20,3%. Em relação ao motivo, “acreditar que este tipo de medicação comporta vantagens académicas” foram obtidos valores percentuais próximos em ambos os estudos (1,9% para o presente estudo e 3,5% para a investigação de Stone e Merlo (11)). 8,6% dos estudantes do MIF selecionou a opção outros motivos, sendo que destes, 90,6% indicou que só utilizaria a medicação em caso de depressão diagnosticada pelo médico, tais dados corroboram o estudo apresentando por Stone e Merlo (11), uma vez que 86,2% partilha da mesma opinião.

De destacar que apesar de apenas um participante deste estudo indicar como motivo para a utilização de antidepressivos a anorexia nervosa e dois deles referirem os ataques de pânico. Os antidepressivos para além de serem utilizados na depressão, são também recomendados no controlo de transtornos alimentares e ataques de pânico (55, 91). A utilização de antidepressivos por causa de problemas familiares foi mencionada por uma estudante. Esta informação vai de encontro com a informação disponível na literatura (92), uma vez os antecedentes familiares e as características do agregado familiar são considerados fatores preponderantes na saúde física e mental dos indivíduos.

## **7.6 Conhecimento da terapêutica antidepressiva**

No sentido de avaliar os conhecimentos dos estudantes do MIF no que concerne à terapêutica antidepressiva, foram efetuadas questões neste âmbito. À questão “Considera que os antidepressivos podem causar dependência?”, a maioria dos participantes (91,1%; N=338) considera que sim, 5,4%; N=20 selecionou a opção “Não” e 3,5%; N=13 declararam não saber (cf. tabela 22).

Analisando os dados por sexo, observa-se que ambos os sexos consideram que os antidepressivos podem causar dependência (86,7%; N=65 para o sexo masculino e 92,2%; N=273 para o sexo feminino). Não entanto, os participantes do sexo masculino apresentam maior valor percentual para a resposta “Não”, comparativamente ao sexo feminino, 8,0% e

4,7%, respetivamente. Da mesma forma, é também o sexo masculino que mais confessa desconhecer a resposta correta (5,3%), em relação ao sexo feminino (3,0%). Contudo, estas diferenças entre os sexos não se revelam estatisticamente significativas ( $\chi^2=2,288$ ;  $p=0,319$ ).

Relativamente à pergunta “Considera que a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual?”, os resultados apresentados na tabela 22 indicam que 95,4%; N=354 dos estudantes afirma que sim, com valores percentuais similares para ambos os sexos (94,7% para o sexo masculino e 95,6% para o sexo feminino). No entanto, há estudantes que consideram que a medicação não deve ser retirada de forma gradual (0,8%; N=3), sendo estes apenas do sexo feminino e alguns dos inquiridos declararam não saber a resposta correta (3,8%; N=14), onde 5,3%; N=4 corresponde ao sexo masculino e 3,4%; N=10 ao sexo feminino. Contudo não existe uma relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2=1,372$ ;  $p=0,504$ ).

Os dados presentes na tabela 22 permitem analisar mais especificamente os conhecimentos dos alunos quanto à questão “Qual o período que considera necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos?”. Verifica-se que mais de metade dos alunos desconhece o período necessário para serem observados os efeitos antidepressivos, após o início da terapêutica. Apenas 48,8%; N=181 dos participantes assinalaram corretamente a opção 2 semanas ou mais, sendo que 48,0%; N=36 pertence ao sexo masculino e 49,0%; N=145 ao sexo feminino. 19,9%; N=74 dos estudantes considera a resposta 1 semana como correta, sendo que o sexo feminino apresenta maior percentagem (21,3%), comparativamente ao sexo masculino (14,7%). Por outro lado, 12,9%; N=48 afirma desconhecer a resposta, 9,4%; N=35 e 8,9%; N=33 considera que 24 horas e 48 horas é tempo suficiente para se observar o início dos efeitos da terapêutica, com valores percentuais similares em ambos os sexos, não se observando diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=5,035$ ;  $p=0,284$ ).

Tabela 22 - Conhecimento da amostra acerca da terapêutica antidepressiva em função do sexo.

Conhecimento	Sexo		Feminino		Total	
	N (75)	% (20,2)	N (296)	% (79,8)	N (371)	% (100,0)
<b>Os antidepressivos podem causar dependência?</b>						
Não	6	8,0	14	4,7	20	5,4
Sim	65	86,7	273	92,2	338	91,1
Não sabe	4	5,3	9	3,0	13	3,5
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>296</b>	<b>100,0</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>
<b>A conclusão do tratamento deve ser feito de forma gradual?</b>						
Não	0	0,0	3	1,0	3	0,8
Sim	71	94,7	283	95,6	354	95,4
Não sabe	4	5,3	10	3,4	14	3,8
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>296</b>	<b>100,0</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>
<b>Qual o período necessário para ser observado o início dos efeitos antidepressivos?</b>						
24 horas	7	9,3	28	9,5	35	9,4
48 horas	6	8,0	27	9,1	33	8,9
1 semana	11	14,7	63	21,3	74	19,9
2 semanas ou mais	36	48,0	145	49,0	181	48,8
Não sabe	15	20,0	33	11,1	48	12,9
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>296</b>	<b>100,0</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>

Embora não estejam disponíveis estudos nacionais ou internacionais acerca dos conhecimentos dos estudantes do MICF no que concerne à medicação antidepressiva, é possível constatar com este estudo que a maioria dos participantes tem conhecimento que os antidepressivos devem ser retirados de forma gradual, como indicado na literatura, sendo que as doses devem ser reduzidas gradualmente, por forma a evitar os sintomas de abstinência (58). Por outro lado, grande parte dos participantes (91,1%) considera que este tipo de medicação pode causar dependência, facto que não está associado a esta classe farmacológica (93) e mais de metade dos alunos do MICF desconhece que estes fármacos apresentam um período de latência superior a duas semanas para serem observados os efeitos antidepressivos, uma vez que a literatura científica aponta um período de 2 a 4 semanas para haver a manifestação dos efeitos farmacológicos (24).

Esta constatação é preocupante, uma vez que a maioria dos participantes pertence ao 3º, 4º e 5º ano e já possuem conhecimentos neste âmbito. Tal facto pode ser justificado pela pouca relação entre a teoria e a prática profissional, gerando maior dificuldade em compreender e aplicar os princípios farmacológicos na prática quotidiana.

## 7.7 Relação entre as variáveis motivação/informação e a prevalência de utilização de antidepressivos

No sentido de responder à questão de investigação “Qual a relação das variáveis motivação/informação na prevalência da utilização de antidepressivos?” efetuou-se uma análise estatística inferencial entre as variáveis motivação/informação e a utilização de antidepressivos.

### 7.7.1 Motivos / Utilização de antidepressivos

Pela observação dos dados apresentados na tabela 23, constata-se que os alunos que já utilizaram antidepressivos consideram como principais motivos para utilizarem a medicação, em estudo em ordem decrescente, “gestão do *stress*” (77,8%; N=49), “gestão de emoções” (57,1%; N=36), “ajuda para dormir” (36,5%; N=23), “ajudar no estudo” (22,2%; N=14), “relaxar” (11,1%; N=7), “outros motivos” (6,3%; N=4), “curiosidade” (3,2%; N=2), e por último, “neutralizar ou aumentar o efeito de outras substâncias” ou “acreditar que este tipo de medicação traz vantagens académicas” (1,6%; N=1). O teste Qui-quadrado revela diferenças estatisticamente significativas entre os alunos que já estiveram sob tratamento com antidepressivos e a gestão do *stress* ( $\chi^2=5,907$ ;  $p=0,015$ ). Pela aplicação do teste de Fisher verificou-se que existe diferença estatisticamente significativa entre os outros motivos indicados pelos próprios estudantes e o facto de terem recorrido aos antidepressivos, nomeadamente: depressão diagnosticada pelo médico ( $p=0,041$ ) e prevenir ataques de pânico em momentos de maior ansiedade ( $p=0,028$ ).

Tabela 23 - Relação entre os estudantes que já estiveram sob tratamento antidepressivo e os motivos da sua utilização.

Motivos	Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?				Total		$\chi^2$	P
	Não		Sim		N	%		
	N	%	N	%				
Ajudar no estudo	41	13,3	14	22,2	55	14,8	3,289	0,070
Curiosidade	6	1,9	2	3,2	8	2,2	-----	0,628
Relaxar	42	13,6	7	11,1	49	13,2	0,291	0,590
Gestão do <i>stress</i>	190	61,7	49	77,8	239	64,4	5,907	0,015
Gestão de emoções	161	52,3	36	57,1	197	53,1	0,498	0,480
Ajuda para dormir	109	35,4	23	36,5	132	35,6	0,029	0,866
Neutralizar ou aumentar o efeito de outras substâncias	2	0,6	1	1,6	3	0,8	0,574	0,449
Acreditar que traz vantagens académicas	6	1,9	1	1,6	7	1,9	-----	1,000
Outros	28	9,1	4	6,3	32	8,6	0,499	0,480

Analisando, especificamente, os dados da tabela 24 que relaciona os motivos que levam ou levariam os estudantes a utilizar antidepressivos com a utilização atual destes, é possível constatar, através da distribuição percentual que os principais motivos são a gestão do *stress* e das emoções (81,1% e 56,8%, respetivamente). Sendo também expressiva a utilização de antidepressivos para ajudar a dormir (40,5%) e para ajudar no estudo (32,4%).

Afere-se ainda, pelo teste Qui-quadrado, a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a utilização de antidepressivos e a gestão do *stress* ( $\chi^2=4,977$ ;  $p=0,026$ ) e estatística bastante significativa entre a utilização de antidepressivos e a ajuda no estudo ( $\chi^2=10,091$ ;  $p=0,001$ ).

Tabela 24 - Relação entre os estudantes que atualmente estão sob tratamento e os motivos da sua utilização.

Motivos	Utiliza atualmente antidepressivos?				Total		$\chi^2$	P
	Não		Sim		N	%		
	N	%	N	%				
Ajudar no estudo	43	12,9	12	32,4	55	14,8	10,091	0,001
Curiosidade	6	1,8	2	5,4	8	2,2	-----	0,185
Relaxar	43	12,9	6	16,2	49	13,2	-----	0,607
Gestão do <i>stress</i>	209	62,6	30	81,1	239	64,4	4,977	0,026
Gestão de emoções	176	52,7	21	56,8	197	53,1	0,221	0,639
Ajuda para dormir	117	35,0	15	40,5	132	35,6	0,441	0,506
Neutralizar ou aumentar o efeito de outras substâncias	2	0,6	1	2,7	3	0,8	-----	0,271
Acreditar que traz vantagens académicas	6	1,8	1	2,7	7	1,9	-----	0,524
Outros	30	9,0	2	5,4	32	8,6	-----	0,756

Os resultados revelam que a maioria dos estudantes que utiliza ou já utilizou antidepressivos menciona como principal motivo que o leva ou poderá levar a utilizar a medicação em epígrafe a dificuldade de gestão do *stress*. O teste Qui-quadrado revela uma associação entre os estudantes que já estiveram sob tratamento antidepressivo e mencionarem o motivo “gestão do *stress*” ( $\chi^2=5,907$ ;  $p=0,015$ ), bem como uma associação entre os estudantes estarem atualmente sob o tratamento e a “gestão do *stress*” ( $\chi^2=4,977$ ;  $p=0,026$ ).

O teste Qui-quadrado revelou ainda a associação entre a utilização atual de antidepressivos e a ajuda destes no estudo ( $\chi^2=10,091$ ;  $p=0,001$ ). Tal associação pode ser justificada pelo facto da medicação do foro psiquiátrico por vezes ser utilizada para aumentar a produtividade e a eficiência do estudo (11).

### 7.7.2 Dependência / Utilização de antidepressivos

Para testar a relação entre os conhecimentos dos estudantes e o facto de estes já terem utilizado antidepressivos, aplicou-se o teste Qui-quadrado. Este teste permitiu verificar que existem diferenças estatísticas altamente significativas entre estas duas variáveis ( $\chi^2=16,349$ ;  $p=0,000$ ). Os dados indicam que aqueles estudantes que já utilizaram antidepressivos apresentam mais conhecimentos acerca da pergunta “Os antidepressivos podem causar dependência?”, uma vez que apresentam maior valor percentual para a resposta “Não” (15,9%), ao invés dos que responderam negativamente, mas que nunca utilizaram a medicação antidepressiva (3,2%). Observa-se ainda menores valores para a resposta “Sim” (81,0%; N=51) e “Não Sabe” (3,2%; N=2) para os alunos que já utilizaram antidepressivos, comparativamente com aqueles que nunca os utilizaram (93,2%; N=287 e 3,6%; N=11, respetivamente).

Tabela 25 - Relação entre os estudantes que já estiverem sob tratamento com antidepressivos e o conhecimento destes acerca da dependência.

Os antidepressivos podem causar dependência?	Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?				Total		$\chi^2$	P
	Não		Sim					
	N	%	N	%	N	%		
Não	10	3,2	10	15,9	20	5,4	16,349	0,000
Sim	287	93,2	51	81,0	338	91,1		
Não sabe	11	3,6	2	3,2	13	3,5		
Total	308	100,0	63	100,0	371	100,0		

Analisando a tabela 26, verifica-se que os alunos que afirmaram utilizar atualmente antidepressivos apresentam maior valor percentual à resposta negativa da questão “Considera que os antidepressivos podem causar dependência?” (16,2%), comparativamente com aqueles que não utilizam (4,2%). Além disso, os estudantes que estão atualmente sob tratamento apresentam menor percentagem para a resposta afirmativa (78,4%), em relação aos que não se encontram sob tratamento (92,5%). Contudo, são os estudantes que utilizam a terapêutica em estudo os que se destacam por apresentar maior valor percentual para a opção “Não sabe” (5,4%). Ainda assim, verifica-se que existe diferenças estatísticas bastante significativas entre os estudantes que atualmente estão sob tratamento e o conhecimento que estes possuem acerca dos mesmos não causarem dependência ( $\chi^2=10,089$ ;  $p=0,006$ ).

Tabela 26 - Relação entre os estudantes que atualmente estão sob tratamento e o conhecimento destes acerca da dependência.

Os antidepressivos podem causar dependência?	Utiliza atualmente antidepressivos?				Total		$\chi^2$	P
	Não		Sim					
	N	%	N	%	N	%		
Não	14	4,2	6	16,2	20	5,4	10,089	0,006
Sim	309	92,5	29	78,4	338	91,1		
Não sabe	11	3,3	2	5,4	13	3,5		
<b>Total</b>	<b>334</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>		

Como referido anteriormente, mais de metade dos alunos desconhece que os antidepressivos não causam dependência, contudo são os alunos que já os utilizaram ou utilizam atualmente os que estão mais bem informados. Estes dados podem ser justificados pelo facto de os participantes sentirem a necessidade e a crescente preocupação de conhecer as características da terapêutica que lhes foi instituída.

### 7.7.3 Início de ação / Utilização de antidepressivos

No que concerne à relação entre o conhecimento dos estudantes acerca do período para ser observado o início dos efeitos antidepressivos e o facto dos mesmos já terem utilizado a referida medicação, verifica-se que os participantes que já utilizaram apresentam mais conhecimentos a este nível, uma vez que em termos percentuais, existe maior número de respostas para “2 semanas ou mais” pelos estudantes que declararam já ter utilizado antidepressivos (69,8%), comparativamente a aqueles que nunca utilizaram (44,5%). Além disso, observa-se um menor número de respostas para a opção “Não sabe” por parte dos estudantes que já consumiram antidepressivos (4,8%), em relação aos que nunca utilizaram a terapêutica em epígrafe (14,6%) (cf. tabela 27).

O teste Qui-quadrado vem comprovar a diferença estatística bastante significativa que se observa entre as variáveis em estudo ( $\chi^2=14,519$ ;  $p=0,006$ ).

Tabela 27 - Relação entre os estudantes que já estiverem sob tratamento com antidepressivos e o conhecimento destes acerca do período necessário para ser observado o início dos efeitos antidepressivos.

Qual o período necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos?	Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?				Total		$\chi^2$	P
	Não		Sim					
	N	%	N	%	N	%		
24 horas	30	9,7	5	7,9	35	9,4	14,519	0,006
48 horas	29	9,4	4	6,3	33	8,9		
1 semana	67	21,8	7	11,1	74	19,9		
2 semanas ou mais	137	44,5	44	69,8	181	48,8		
Não sabe	45	14,6	3	4,8	48	12,9		
<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>		

Os dados apresentados na tabela 28 permitem analisar mais especificamente a relação entre o período necessário para ser observado o início dos efeitos antidepressivos e o facto dos estudantes utilizarem atualmente estes medicamentos. Note-se que os estudantes que utilizam atualmente esta medicação revelam apresentar mais conhecimentos acerca do período necessário para ser observado o início dos efeitos (70,3%) em relação aos que não utilizam (46,4%). Contudo, o teste Qui-quadrado permite afirmar que não existem diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2=8,252$ ;  $p=0,083$ ) entre ambas as variáveis.

Tabela 28 - Relação entre os estudantes que atualmente estão sob tratamento e o conhecimento destes acerca do período necessário para ser observado o início dos efeitos antidepressivos.

Qual o período necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos?	Utiliza atualmente antidepressivos?				Total		$\chi^2$	P
	Não		Sim					
	N	%	N	%	N	%		
24 horas	33	9,9	2	5,4	35	9,4	8,252	0,083
48 horas	30	9,0	3	8,1	33	8,9		
1 semana	71	21,3	3	8,1	74	19,9		
2 semanas ou mais	155	46,4	26	70,3	181	48,8		
Não sabe	45	13,5	3	8,1	48	12,9		
<b>Total</b>	<b>334</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>		

Os dados anteriormente referidos demonstram que a maioria dos estudantes que já utilizaram ou utilizam antidepressivos tem conhecimentos acerca do período necessário para o aparecimento dos efeitos farmacológicos, contudo apenas os estudantes que já utilizaram antidepressivos apresentam associação entre as variáveis em estudo ( $\chi^2=14,519$ ;  $p=0,006$ ), não se podendo afirmar que os que contactam atualmente com esta medicação possuam mais conhecimentos a este nível.

Um estudo realizado por Read *et al.* (90), com 83% dos participantes a utilizar antidepressivos, 84,1% indicou que 2 semanas ou mais foi o tempo necessário para observar uma melhoria dos sintomas, valor um pouco inferior ao descrito no presente estudo (70,3%).

#### 7.7.4 Descontinuação do fármaco / Utilização de antidepressivos

Pelos resultados observados na tabela 29, pode-se afirmar que independentemente dos alunos já terem recorrido à medicação antidepressiva ou não, a maioria dos alunos tem conhecimento sob o processo de interrupção do tratamento. Não obstante, nenhum dos alunos que já utilizou antidepressivos assinalou a opção “Não” à questão “Considera que a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual?”. O teste Qui-quadrado revela inexistência de diferenças estatisticamente significativa entre as variáveis ( $\chi^2=0,810$ ;  $p=0,667$ ).

Tabela 29 - Relação entre os estudantes que já estiveram sob tratamento antidepressivo e o conhecimento destes acerca da conclusão gradual do tratamento.

A conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual?	Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?				Total		$\chi^2$	P
	Não		Sim		N	%		
	N	%	N	%				
Não	3	1,0	0	0,0	3	0,8	0,810	0,667
Sim	294	95,5	60	95,2	354	95,4		
Não sabe	11	3,6	3	4,8	14	3,8		
<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>		

Tal como referido anteriormente, os alunos do MICF que utilizam atualmente antidepressivos apresentam percentagem similar aos que não utilizam para resposta afirmativa à questão “Considera que a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual?” (94,6% e 95,5%, respetivamente), desta forma não existem diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes estarem sob tratamento com antidepressivos e terem conhecimento acerca da conclusão do tratamento com a medicação em estudo (cf. tabela 30).

Tabela 30 - Relação entre os estudantes que atualmente estão sob tratamento e o conhecimento destes acerca da conclusão gradual do tratamento.

A conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual?	Utiliza atualmente antidepressivos?				Total		$\chi^2$	P
	Não		Sim		N	%		
	N	%	N	%				
Não	3	0,9	0	0,0	3	0,8	0,625	0,732
Sim	319	95,5	35	94,6	354	95,4		
Não sabe	12	3,6	2	5,4	14	3,8		
<b>Total</b>	<b>334</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>		

Desta forma e tendo em conta os resultados anteriormente descritos, pode-se afirmar que os estudantes que já estiveram sob tratamento ou estão atualmente têm mais conhecimentos acerca destes fármacos, nomeadamente ao nível da dependência e do período necessário para o início dos efeitos. Os dados observados vão de encontro ao facto de os estudantes do MICF que já utilizaram ou utilizam atualmente antidepressivos irem mais frequentemente ao médico. Este pressuposto faz com que os participantes fiquem mais bem informados acerca da terapêutica antidepressiva. Por outro, sendo estes estudantes futuros profissionais de saúde é natural que procurem informação adequada acerca da terapêutica que utilizaram ou utilizam, contribuindo para que estes se encontrem mais bem informados que os participantes que nunca contactaram com a referida medicação.

## 8. Conclusões e considerações finais

Este ponto conclusivo destina-se a proporcionar uma reflexão sobre o estudo da prevalência de utilização de antidepressivos em estudantes do MICF que participaram na investigação.

Com efeito, o presente estudo foi constituído por uma amostra de 371 estudantes do MICF, sendo que o sexo masculino representou 20,2% e o sexo feminino 79,8% da amostra total em estudo. Constatou-se que 17% dos estudantes afirmou já ter recorrido à medicação antidepressiva em algum momento da sua vida, sendo que atualmente 10% continua a utilizar a classe farmacológica. Os fármacos mais utilizados dentro desta classe foram os SSRI (68,3%).

Os estudantes inseridos neste estudo apresentaram uma idade mínima de 18 anos e máxima de 40 anos, com a média de idades de 21,68 anos. A média de idades foi mais elevada no sexo masculino (22,07 anos) quando comparada com o sexo feminino (21,58 anos). Avaliou-se a existência de associação significativa entre as variáveis idade e a utilização de antidepressivos, na medida em que se constatou que a média de idades para a utilização destes é significativamente superior à média de idades dos participantes que nunca os utilizaram.

Da amostra em estudo, verificou-se que 10,2% dos estudantes são trabalhadores-estudantes e aferiu-se que estes apresentam maior prevalência de utilização de antidepressivos. Relativamente à data da última consulta médica, o conjunto da amostra realizou maioritariamente a sua última consulta médica entre 6 meses e 1 ano (20,8%), sendo que a maioria dos estudantes que utilizam atualmente antidepressivos efetuaram a sua última consulta há menos de um mês (29,7%), com diferenças estatisticamente significativas entre a última consulta médica e o facto de os estudantes utilizarem atualmente antidepressivos.

Os participantes ao serem questionados acerca dos motivos que os levam ou levariam a utilizar estes fármacos, verificou-se que o motivo mais mencionado foi a “gestão do *stress*” (64,4%) sendo que o sexo masculino, comparativamente ao sexo feminino, apresentava maior

valor percentual no motivo, “ajuda no estudo” (22,7%), “curiosidade” (8,0%) e “comporta vantagens académicas” (5,3%), com diferenças estatisticamente significativas entre ambos os sexos. Avaliou-se ainda a associação entre os motivos que levam ou levariam à utilização da terapêutica antidepressiva e a utilização de antidepressivos e verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a “gestão do *stress*” e a utilização desta medicação. Conclui-se, ainda a associação entre a utilização atual de antidepressivos e o facto de estes poderem ajudar no estudo.

Os dados revelaram uma falta de adesão ao tratamento antidepressivo, uma vez que 47,6% dos estudantes confessou interromper a terapêutica sem consentimento médico, contudo foram os estudantes que já utilizaram ou utilizam atualmente antidepressivos revelaram maiores conhecimentos acerca da terapêutica em estudo, com diferenças estatisticamente significativas entre a utilização de antidepressivos e o conhecimento destes acerca da terapêutica não causar dependência e o facto destes já terem utilizado antidepressivos e o período necessário para se verificar o início dos efeitos.

O desenvolvimento deste estudo proporcionou uma excelente oportunidade de aprendizagem e um entendimento mais profundo da depressão e dos medicamentos antidepressivos, trazendo sem dúvida um enriquecimento fundamental tanto para a vida pessoal como profissional da investigadora. Julga-se que este trabalho seja uma abertura para novos horizontes de investigação, pois o conhecimento é uma fonte inesgotável e deve ser uma busca constante do ser humano.

Embora reconhecendo algumas limitações, o presente trabalho possibilitou atingir os objetivos inicialmente traçados, uma vez que se identificou a prevalência de utilização de antidepressivos, analisou-se as relações existentes entre a utilização de antidepressivos e as variáveis sócio-demográficas, a data da última consulta médica e a variável motivo/informação.

Em jeito de sugestão final, e porque a utilização racional de antidepressivos na população em geral, mas especialmente nos jovens é da responsabilidade de todos os profissionais de saúde, seria necessário pela iniciação desta investigação, perspetivar no futuro novas pesquisas. Sendo assim, seria importante realizar uma avaliação da utilização de antidepressivos nos estudantes das ciências da saúde, já que estes apresentam maior taxa de depressão, comparativamente às outras áreas de estudo. Seria também importante implementar e avaliar programas de aconselhamento sobre a terapêutica antidepressiva, para os estudantes universitários, no sentido de determinar se estes efetivamente apresentam sintomatologia que justifique a sua utilização, transmitir-lhes conhecimentos acerca da terapêutica antidepressiva, acompanhá-los com o objetivo de favorecer a adesão à terapêutica e detetar possíveis complicações. O farmacêutico pode, assim, assumir um papel preponderante neste acompanhamento, uma vez que possui conhecimentos científicos adequados.

Em suma, é com satisfação que se chega ao final deste trabalho, sentindo que valeu a pena todo o esforço, empenho e dedicação imprimido na sua elaboração.

## 9. Referências bibliográficas

As referências bibliográficas citadas foram escritas segundo as regras de Vancouver.

1. Saneei P, Esmailzadeh A, Hassanzadeh Keshteli A, Reza Roohafza H, Afshar H, Feizi A, et al. Combined Healthy Lifestyle Is Inversely Associated with Psychological Disorders among Adults. *PLoS One*. 2016;11(1):e0146888.
2. Shi M, Liu L, Wang ZY, Wang L. Prevalence of depressive symptoms and its correlations with positive psychological variables among Chinese medical students: an exploratory cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):3.
3. Mikolajczyk RT, Maxwell AE, El Ansari W, Naydenova V, Stock C, Ilieva S, et al. Prevalence of depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43(2):105-12.
4. Arslan G, Ayranci U, Unsal A, Arslantas D. Prevalence of depression, its correlates among students, and its effect on health-related quality of life in a Turkish university. *Ups J Med Sci*. 2009;114(3):170-7.
5. Kan D, Yu X. Occupational Stress, Work-Family Conflict and Depressive Symptoms among Chinese Bank Employees: The Role of Psychological Capital. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(1).
6. CADTH Rapid Response Reports. Second Generation Antidepressants for Pediatric Patients with Major Depressive Disorder and Anxiety Disorder: A Review of the Clinical Effectiveness and Safety. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2015. Copyright (c) 2015 Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.
7. Mahmoudi J, Farhoudi M, Talebi M, Sabermarouf B, Sadigh-Eteghad S. Antidepressant-like effect of modafinil in mice: Evidence for the involvement of the dopaminergic neurotransmission. *Pharmacol Rep*. 2015;67(3):478-84.
8. Yu Y, Yang X, Yang Y, Chen L, Qiu X, Qiao Z, et al. The Role of Family Environment in Depressive Symptoms among University Students: A Large Sample Survey in China. *PLoS One*. 2015;10(12):e0143612.
9. Kadison R. Getting an edge--use of stimulants and antidepressants in college. *N Engl J Med*. 2005;353(11):1089-91.
10. Chung S. Does the use of SSRIs reduce medical care utilization and expenditures? *J Ment Health Policy Econ*. 2005;8(3):119-29.
11. Stone AM, Merlo LJ. Attitudes of college students toward mental illness stigma and the misuse of psychiatric medications. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(2):134-9.
12. Stepan J, Hladky F, Uribe A, Holsboer F, Schmidt MV, Eder M. High-Speed imaging reveals opposing effects of chronic stress and antidepressants on neuronal activity propagation through the hippocampal trisynaptic circuit. *Front Neural Circuits*. 2015;9:70.
13. World Health Organization. WHO definition of Health. 2003. Disponível em: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (consultado a 19 de janeiro de 2016).
14. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial da saúde. 2002. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf) (consultado a 25 de junho de 2015).
15. Xavier M, Baptista H, Mendes JM, Magalhaes P, Caldas-de-Almeida JM. Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal - rationale, design and fieldwork procedures. *Int J Ment Health Syst*. 2013;7(1):19.
16. Sher L. Are Suicide Rates Related to the Psychiatrist Density? A Cross-National Study. *Front Public Health*. 2015;3:280.
17. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde Mental. Orientações Programáticas 1 - Enquadramento Com base nos dados epidemiológicos . 2012. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7WQrXsLTfNsJ:https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/programas-nacionais-prioritarios-saude-mental-pdf.aspx+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt> (consultado a 26 de junho de 2015).

18. PubMed Health. Depression: Overview. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0072469/> (consultado a 20 de janeiro de 2016).
19. Richelson E. Pharmacology of antidepressants. *Mayo Clin Proc.* 2001;76(5):511-27.
20. Pandi-Perumal SR, Moscovitch A, Srinivasan V, Spence DW, Cardinali DP, Brown GM. Bidirectional communication between sleep and circadian rhythms and its implications for depression: lessons from agomelatine. *Prog Neurobiol.* 2009;88(4):264-71.
21. Portal da Saúde. Depressão. 2006. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/saude+mental/depressao.htm> (consultado a 25 de junho de 2016).
22. Marcus Marina, Yasamy M. Taghi, Ommeren Mark van, Chisholm Dan, Saxena Shekhar. Depression: A global public health concern. 2012. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/who\\_paper\\_depression\\_wfmh\\_2012.pdf](http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf) (consultado a 27 de junho de 2015).
23. Lemke T WD, Roche V, Zito S. Foye's Principles of Medicinal Chemistry. 6 ed2008.
24. National Institute of Mental Health. Depression. 2016. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml> (consultado a 2 de julho de 2016).
25. Mental Health Information. Bipolar disorder. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder/index.shtml> (consultado a 7 de julho de 2016).
26. Richards D. Prevalence and clinical course of depression: a review. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(7):1117-25.
27. Direção Geral da Saúde. Depressão: uma crise global. 2012. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:i6J0qP9oYJ0J:www.dgs.pt/em-destaque/intervencao-do-secretario-de-estado-adjunto-do-ministro-da-saude-a-proposito-do-dia-mundial-da-saude-mental-10102012-pdf.aspx+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt> (consultado a 25 de junho de 2015).
28. Glover ME, Pugh PC, Jackson NL, Cohen JL, Fant AD, Akil H, et al. Early-life exposure to the SSRI paroxetine exacerbates depression-like behavior in anxiety/depression-prone rats. *Neuroscience.* 2015;284:775-97.
29. Fajemiroye JO, da Silva DM, de Oliveira DR, Costa EA. Treatment of anxiety and depression: medicinal plants in retrospect. *Fundam Clin Pharmacol.* 2016;30(3):198-215.
30. Duval F, Mokrani MC, Bailey P, Correa H, Crocq MA, Son Diep T, et al. Serotonergic and noradrenergic function in depression: clinical correlates. *Dialogues Clin Neurosci.* 2000;2(3):299-308.
31. Ma C, Cheng F, Wang X, Zhai C, Yue W, Lian Y, et al. Erythropoietin Pathway: A Potential Target for the Treatment of Depression. *Int J Mol Sci.* 2016;17(5).
32. Weitzman M, Rosenthal DG, Liu YH. Paternal depressive symptoms and child behavioral or emotional problems in the United States. *Pediatrics.* 2011;128(6):1126-34.
33. Gapp K, Jawaid A, Sarkies P, Bohacek J, Pelczar P, Prados J, et al. Implication of sperm RNAs in transgenerational inheritance of the effects of early trauma in mice. *Nat Neurosci.* 2014;17(5):667-9.
34. Wender PH, Kety SS, Rosenthal D, Schulsinger F, Ortmann J, Lunde I. Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1986;43(10):923-9.
35. Bertelsen A, Harvald B, Hauge M. A Danish twin study of manic-depressive disorders. *Br J Psychiatry.* 1977;130:330-51.
36. Kendler KS, Pedersen N, Johnson L, Neale MC, Mathe AA. A pilot Swedish twin study of affective illness, including hospital- and population-ascertained subsamples. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50(9):699-700.
37. Gupta D, Prabhakar V, Radhakrishnan M. 5HT receptors: Target for new antidepressant drugs. *Neurosci Biobehav Rev.* 2016;64:311-25.
38. Puri B LP, Treasaden I. Textbook of Psychiatry. 2 ed2002.
39. Hysenbegasi A, Hass SL, Rowland CR. The impact of depression on the academic productivity of university students. *J Ment Health Policy Econ.* 2005;8(3):145-51.
40. Phimarn W, Kaewphila P, Suttajit S, Saramunee K. Depression screening and advisory service provided by community pharmacist for depressive students in university. *Springerplus.* 2015;4:470.

41. Geisner IM, Mallett K, Kilmer JR. An examination of depressive symptoms and drinking patterns in first year college students. *Issues Ment Health Nurs.* 2012;33(5):280-7.
42. Chen L, Wang L, Qiu XH, Yang XX, Qiao ZX, Yang YJ, et al. Depression among Chinese university students: prevalence and socio-demographic correlates. *PLoS One.* 2013;8(3):e58379.
43. Supartini A, Honda T, Basri NA, Haeuchi Y, Chen S, Ichimiya A, et al. The Impact of Sleep Timing, Sleep Duration, and Sleep Quality on Depressive Symptoms and Suicidal Ideation amongst Japanese Freshmen: The EQU SITE Study. *Sleep Disord.* 2016;2016:8737654.
44. Pensuksan WC, Lertmaharit S, Lohsoonthorn V, Rattananupong T, Sonkprasert T, Gelaye B, et al. Relationship between Poor Sleep Quality and Psychological Problems among Undergraduate Students in the Southern Thailand. *Walailak J Sci Technol.* 2016;13(4):235-42.
45. Franzen PL, Buysse DJ. Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogues Clin Neurosci.* 2008;10(4):473-81.
46. Geisner IM, Kirk JL, Mittmann AJ, Kilmer JR, Larimer ME. College Students' Perceptions of Depressed Mood: Exploring Accuracy and Associations. *Prof Psychol Res Pr.* 2015;46(5):375-83.
47. Meng H, Li J, Loerbroks A, Wu J, Chen H. Rural/urban background, depression and suicidal ideation in Chinese college students: a cross-sectional study. *PLoS One.* 2013;8(8):e71313.
48. *Jornal de Notícias.* Depressão afeta 17,4% dos universitários. 2012. Disponível em: <http://www.jn.pt/sociedade/saude/interior/depressao-afeta-174-dos-universitarios-2430660.html> (consultado a 25 de junho de 2015).
49. Khan TM, Sulaiman SA, Hassali MA. Mental health literacy towards depression among non-medical students at a Malaysian university. *Ment Health Fam Med.* 2010;7(1):27-35.
50. Panthee S, Panthee B, Shakya SR, Panthee N, Bhandari DR, Bell JS. Nepalese pharmacy students' perceptions regarding mental disorders and pharmacy education. *Am J Pharm Educ.* 2010;74(5).
51. Barr PJ, Forcino RC, Mishra M, Blitzer R, Elwyn G. Competing priorities in treatment decision-making: a US national survey of individuals with depression and clinicians who treat depression. *BMJ Open.* 2016;6(1):e009585.
52. Bostwick JM. A generalist's guide to treating patients with depression with an emphasis on using side effects to tailor antidepressant therapy. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(6):538-50.
53. Coupland C, Hill T, Morriss R, Moore M, Arthur A, Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of cardiovascular outcomes in people aged 20 to 64: cohort study using primary care database. *Bmj.* 2016;352:i1350.
54. Marsh W. Antidepressants: the comprehensive pharmacology reference. 2007. Disponível em: <http://topics.sciencedirect.com/topics/page/Antidepressants#B9780080552323610657-title> (consultado a 5 de abril de 2016).
55. Baker GB, Coutts RT, Greenshaw AJ. Neurochemical and metabolic aspects of antidepressants: an overview. *J Psychiatry Neurosci.* 2000;25(5):481-96.
56. Tundo A, de Filippis R, Proietti L. Pharmacologic approaches to treatment resistant depression: Evidences and personal experience. *World J Psychiatry.* 2015;5(3):330-41.
57. Aljumah K, Ahmad Hassali A, AlQhatani S. Examining the relationship between adherence and satisfaction with antidepressant treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014;10:1433-8.
58. Direção Geral da Saúde. Terapêutica farmacológica da depressão *major* e da sua recorrência no adulto. 2012. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wHeE3uHxIFsJ:https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0342012-de-30122012-png.aspx+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt> (consultado a 20 de junho de 2016).
59. Direção Geral da Saúde. Prescrição de Antidepressivos. 2011. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:le8M1aixQ9EJ:www.mgfamiliar.net/LiteratureRetrieve.aspx%3FID%3D42052+&cd=8&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt> (consultado a 15 de julho de 2016).
60. Guimarães S MD, Soares P. Terapêutica medicamentosa e as suas bases farmacológicas. 2006. Porto Editora.

61. Margret AA, Begum TN, Parthasarathy S, Suvaithenamudhan S. A Strategy to Employ *Clitoria ternatea* as a Prospective Brain Drug Confronting Monoamine Oxidase (MAO) Against Neurodegenerative Diseases and Depression. *Nat Prod Bioprospect*. 2015;5(6):293-306.
62. Carney RM, Freedland KE, Miller GE, Jaffe AS. Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: a review of potential mechanisms. *J Psychosom Res*. 2002;53(4):897-902.
63. Catterson ML, Preskorn SH. Pharmacokinetics of selective serotonin reuptake inhibitors: clinical relevance. *Pharmacol Toxicol*. 1996;78(4):203-8.
64. Hicks JK, Bishop JR, Sangkuhl K, Muller DJ, Ji Y, Leckband SG, et al. Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC) Guideline for CYP2D6 and CYP2C19 Genotypes and Dosing of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors. *Clin Pharmacol Ther*. 2015;98(2):127-34.
65. Stoetzer C, Papenberg B, Doll T, Volker M, Heineke J, Stoetzer M, et al. Differential inhibition of cardiac and neuronal Na channels by the selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors duloxetine and venlafaxine. *Eur J Pharmacol*. 2016;783:1-10.
66. Patel K, Allen S, Haque MN, Angelescu I, Baumeister D, Tracy DK. Bupropion: a systematic review and meta-analysis of effectiveness as an antidepressant. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2016;6(2):99-144.
67. Dutta AK, Santra S, Sharma H, Voshavar C, Xu L, Mabrouk O, et al. Pharmacological and behavioral characterization of D-473, an orally active triple reuptake inhibitor targeting dopamine, serotonin and norepinephrine transporters. *PLoS One*. 2014;9(11):e113420.
68. Fernandez Fernandez R, Fernandez Alonso E, Castro Rebollo P, Soy Muner D. [Serotonin syndrome associated with the administration of duloxetine; report of a case]. *Farm Hosp*. 2016;40(3):225-6.
69. Woodward SC, Bereznicki BJ, Westbury JL, Bereznicki LR. The effect of knowledge and expectations on adherence to and persistence with antidepressants. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:761-8.
70. Simon GE, VonKorff M, Rutter C, Wagner E. Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *Bmj*. 2000;320(7234):550-4.
71. Zajecka J, Tracy KA, Mitchell S. Discontinuation symptoms after treatment with serotonin reuptake inhibitors: a literature review. *J Clin Psychiatry*. 1997;58(7):291-7.
72. Schatzberg AF, Haddad P, Kaplan EM, Lejoyeux M, Rosenbaum JF, Young AH, et al. Serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: a hypothetical definition. Discontinuation Consensus panel. *J Clin Psychiatry*. 1997;58 Suppl 7:5-10.
73. Moreira Sara Marques. Jovens universitários do Porto abusam dos psicotrópicos. *Canal Superior*. 2012. Disponível em: <http://informacao.canalsuperior.pt/noticia/13903> (consultado a 1 de setembro de 2015).
75. Associação Portuguesa de Estudantes de Farmácia. Disponível em: <http://www.apef.pt/> (consultado a 16 de fevereiro de 2016).
76. Pestana Maria Helena, Gagueiro João Nunes. *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 5ª ed. Lisboa 2005.
77. Carla M. *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. 1ª ed 2011.
78. Louis DH. *Conceitos e métodos de estatística*. Fundação Calouste Gulbenkian ed. Lisboa 1992.
79. Aggarwal A, Jethani S, Rohatagi R, Kalra J. Premature ejaculation - dose and duration dependent effect of fluoxetine: a histological study on seminal vesicle of albino rats. *J Clin Diagn Res*. 2014;8(9):Ac14-6.
80. Usala T, Clavenna A, Zuddas A, Bonati M. Randomised controlled trials of selective serotonin reuptake inhibitors in treating depression in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2008;18(1):62-73.
81. Rubio-Valera M, Penarrubia-Maria MT, Fernandez-Vergel R, Carvajal Tejadillo AC, Fernandez Sanchez A, Aznar-Lou I, et al. [Impact of pharmaceutical intervention in preventing relapses in depression in Primary Care]. *Aten Primaria*. 2016;48(5):308-15.
82. Scheerder G, De Coster I, Van Audenhove C. Pharmacists' role in depression care: a survey of attitudes, current practices, and barriers. *Psychiatr Serv*. 2008;59(10):1155-60.
83. Tomitaka S, Kawasaki Y, Ide K, Yamada H, Furukawa TA, Ono Y. Age-related changes in the distributions of depressive symptom items in the general population: a cross-sectional study using the exponential distribution model. *PeerJ*. 2016;4:e1547.

84. Aljumah K, Hassali MA. Impact of pharmacist intervention on adherence and measurable patient outcomes among depressed patients: a randomised controlled study. *BMC Psychiatry*. 2015;15:219.
85. Sawada N, Uchida H, Suzuki T, Watanabe K, Kikuchi T, Handa T, et al. Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: a chart review. *BMC Psychiatry*. 2009;9:38.
86. Pratt LA, Brody DJ, Gu Q. Antidepressant use in persons aged 12 and over: United States, 2005-2008. *NCHS Data Brief*. 2011(76):1-8.
87. Khurshid Shumaila PQ, Yousuf M. Imran, Chaudhry Abid Ghafoor. Effects of depression on student's academic performance 2015; 27(2):[1619-24 pp.].
88. Lacruz ME, Schmidt-Pokrzywniak A, Dragano N, Moebus S, Deutrich SE, Mohlenkamp S, et al. Depressive symptoms, life satisfaction and prevalence of sleep disturbances in the general population of Germany: results from the Heinz Nixdorf Recall study. *BMJ Open*. 2016;6(1):e007919.
89. Miller EJ, Chung H. A literature review of studies of depression and treatment outcomes among U.S. College students since 1990. *Psychiatr Serv*. 2009;60(9):1257-60.
90. Read J, Gibson K, Cartwright C, Shiels C, Dowrick C, Gabbay M. Understanding the non-pharmacological correlates of self-reported efficacy of antidepressants. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;131(6):434-45.
91. Locke AB, Kirst N, Shultz CG. Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *Am Fam Physician*. 2015;91(9):617-24.
92. Fletcher J. All in the Family: Mental Health Spillover Effects between Working Spouses. *B E J Econom Anal Policy*. 2009;9(1):1.
93. Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares. Antidepressivos. Disponível em: <http://www.adeb.pt/pages/antidepressivos> (consultado a 7 de julho de 2016).

# Capítulo 2 - Estágio em Farmácia Comunitária

## 1. Introdução

A farmácia comunitária é o espaço físico que se destaca pela promoção de cuidados de saúde de elevada diferenciação técnico-científica (1). As atividades realizadas neste espaço centram-se não só no medicamento, mas também no utente, dado que existe uma variedade de serviços farmacêuticos que podem ser prestados, no sentido de promover a saúde e o bem-estar da comunidade (1, 2).

Nesta perspetiva e no âmbito do estágio em farmácia comunitária, a elaboração do referente relatório engloba a descrição e análise das atividades observadas e realizadas na Farmácia São João, na Covilhã, no período compreendido entre 26 de janeiro a 17 de abril de 2016, num total de 488 horas. A supervisão e orientação do estágio estiveram a cargo do farmacêutico Diretor-Técnico (DT) Dr. João Matias com a colaboração dos restantes elementos da farmácia.

O estágio em farmácia comunitária é uma vertente fulcral na formação profissional, em que a aprendizagem se desenvolve no seio de uma equipa multidisciplinar e em contacto direto com o utente, com o intuito de promover integração dos conteúdos lecionados ao longo do MCF.

O estágio curricular em farmácia comunitária visa atingir os seguintes objetivos: 1. aprofundar conhecimentos teóricos e práticos em ambiente real de exercício profissional; 2. desenvolver uma visão integrada do exercício profissional farmacêutico, tomando conhecimento de todas as atividades que constituem o ato farmacêutico; 3. desenvolver uma atitude profissional face ao utente, a outros profissionais de saúde e a todos aqueles com quem contacta no ambiente de trabalho.

## 2. Localização, caracterização e organização geral da Farmácia São João

### 2.1 Localização e caracterização

A Farmácia São João, localizada na Covilhã, passou a prestar serviços ao público a 27 de maio de 1964, sendo que a janeiro de 2010 sofreu um processo de remodelação após a aquisição desta pelos atuais proprietários. A nova equipa técnica e as instalações renovadas proporcionaram há comunidade um maior conforto e maior facilidade de resposta às suas necessidades (3).

A farmácia encontra-se aberta ao público de segunda a sexta-feira das 9h00 às 20h00 e aos sábados das 9h00 às 13h00.

## 2.2 Instalações gerais

O exterior da Farmácia São João respeita as normas de Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária (BPF) (1), bem como os dispostos apresentados pelo Decreto-Lei 307-2007, de 31 de Agosto (4), uma vez que é garantido o acesso a todos os potenciais utentes, sem exceção. Esta não apresenta obstáculos à entrada e as suas portas salvaguardam o interior.

A farmácia é facilmente visível e identificável pela inscrição “Farmácia São João”, por cima da montra e na lateral do edifício e pelo símbolo da “cruz verde” permanentemente aceso. No exterior da farmácia encontra-se, ainda, registado o nome do DT, o horário de funcionamento da mesma, bem como a lista quinzenal das farmácias de serviço permanente na cidade da Covilhã com a respetiva localização e contacto.

Segundo o Anexo da Deliberação nº 1502/2014, de 3 de julho (5), a área mínima total de cada farmácia deve ser de 95 m<sup>2</sup>, dividida, obrigatoriamente e separadamente da sala de atendimento ao público (≥50 m<sup>2</sup>), armazém (≥25 m<sup>2</sup>), laboratório (≥8 m<sup>2</sup>), instalações sanitárias (≥5 m<sup>2</sup>) e gabinete de atendimento personalizado, exclusivamente para a prestação dos serviços de saúde (≥7 m<sup>2</sup>). Facultativamente, pode dispor de um gabinete da direção técnica, zona de recolhimento ou quarto, área técnica de informática e economato, sendo que estas áreas devem acrescer aos 95 m<sup>2</sup> mínimos.

A Farmácia São João obedece aos requisitos anteriormente indicados e esta encontra-se organizada em dois pisos (rés-do-chão e piso -1). O rés-do-chão é composto pela área de atendimento ao público, onde se encontram quatro balcões de atendimento, a identificação do DT, um símbolo indicativo da proibição de fumar, informação relativa à existência de um livro de reclamações e cadeiras para os utentes e/ou acompanhantes. O referido local dispõe de uma balança que permite determinar o peso, altura, massa gorda, batimentos cardíacos e pressão arterial e alguns dos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM), produtos de cosmética e higiene corporal, fitoterapêuticos, suplementos vitamínicos, alimentação infantil, produtos de puericultura, calçado ortopédico, produtos de podologia, entre outros. A seleção dos produtos expostos na referente área, bem como os da montra, estão a cargo dos colaboradores da farmácia. Estes são eleitos de acordo com as quadras festivas, estações do ano, publicidade, promoções em vigor, sazonalidade dos problemas de saúde e o surgimento de novos produtos de saúde. Ao longo do estágio tive a oportunidade de selecionar produtos para incluir na montra e auxiliar na sua elaboração.

Adicionalmente, é composto por uma área de receção de encomendas e armazenamento, constituído por um computador e um telefone por forma a proceder à geração, receção,

envio de encomendas e regularização de devoluções, bem como ao armazenamento dos produtos. Dois gabinetes de atendimento e consulta farmacêutica, onde estão reunidas as condições ideais para um diálogo privado e confidencial entre o farmacêutico e o doente e a prestação de outros serviços farmacêuticos. Um deles é utilizado nas consultas de podologia, aconselhamento no âmbito da dermocosmética, administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação e a administração de outros medicamentos injetáveis, exceto antibióticos. O outro gabinete destina-se à determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos (pressão arterial, glicémia, triglicéridos, colesterol e ácido úrico). Neste mesmo espaço são também realizadas as consultas de nutrição, todas as sextas-feiras, a cargo de uma dietista, onde de acordo com a situação é aconselhada a Dieta *Easyslim*, nutrição clínica e dieta. E, ainda, instalações sanitárias, para utilização dos funcionários e eventualmente dos utentes.

Em relação ao piso -1, este é constituído por um escritório, para o arquivo de toda a informação no que concerne à faturação, administração e contabilidade; um armazém, destinado a todo o tipo de produtos; uma área de repouso e refeição; uma biblioteca com alguma documentação científica da farmácia; o servidor do sistema informático; o frigorífico para o armazenamento de produtos termolábeis e um laboratório.

A Farmácia São João não prepara medicamentos manipulados, quando necessários estes são preparados e enviados diariamente pela Farmácia Viriato, em Viseu, já que se trata do mesmo proprietário. Não obstante, esta possui o material apropriado a conter no laboratório.

É de destacar, que a Farmácia São João controla e assegura as condições de iluminação, temperatura, humidade e higiene, sendo da responsabilidade do DT garantir que a farmácia possui todos os equipamentos necessários e em bom estado de funcionamento (1).

## **2.3 Recursos humanos**

A Farmácia São João é constituída por um farmacêutico DT, uma farmacêutica adjunta, dois farmacêuticos e uma técnica de farmácia. Adicionalmente, a farmácia colabora com profissionais que se deslocam periodicamente a esta, responsáveis pelos serviços de podologia e nutrição.

A farmácia em epígrafe obedece aos requisitos apresentados no Regime Jurídico das Farmácias de Oficina, uma vez que, segundo o Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto, artigo 23.º, alterado pelo Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto (4), as farmácias dispõem de, pelo menos, um DT e de outro farmacêutico, sendo que os farmacêuticos deverão, tendencialmente, ser os profissionais em maior número na farmácia. De acordo com os Decretos-Lei mencionado, artigo 21º, é da responsabilidade do DT coordenar e garantir o cumprimento das regras inerentes à prática farmacêutica, sendo da sua responsabilidade assumir todos os atos praticados na farmácia. Este tem o dever de informar os utentes sobre o

modo de utilização dos produtos farmacêuticos, promover o uso racional dos medicamentos e assegurar que os Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) são dispensados, na ausência de prescrição médica, somente em situações excepcionais e devidamente justificadas, bem como garantir que a farmácia obedece às normas de higiene, segurança e aprovisionamento.

No caso particular da Farmácia São João, para além das funções mencionadas anteriormente, o DT, Dr. João Matias é ainda responsável pela receção de determinadas entidades e inspetores, atendimento e aconselhamentos dos utentes, gestão dos produtos farmacêuticos, gestão dos recursos humanos, campanhas, rastreios, comunicação e *marketing* da farmácia, administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação e injetáveis, exceto antibióticos, determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos, envio ao INFARMED dos documentos relativos aos Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos (MEP) e benzodiazepinas, assistência e calibração dos equipamentos da farmácia.

Relativamente à farmacêutica adjunta, Dra. Dora Albino, esta é encarregue do atendimento e aconselhamento dos utentes, determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos, faturação, receituário, campanhas e rastreios. A farmacêutica, Dra. Dina Esteves tem a seu cargo o atendimento e aconselhamento dos utentes, determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos, serviço de revisão da medicação e da preparação individualizada da mesma, campanhas e rastreios, administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação e injetáveis, exceto antibióticos. O farmacêutico, Dr. Carlos Silva é responsável pelo atendimento e aconselhamento dos utentes, determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos, reposição de *stocks*, geração e envio de encomendas, campanhas e rastreios e a técnica de farmácia, Dra. Cátia Pereira realiza atendimento, gera e envia encomendas, regulariza devoluções, gere os *stocks*, verifica prazos de validade, determina parâmetros bioquímicos e fisiológicos, efetua serviços de aconselhamento de dermocosmética, participa em campanhas e rastreios, administra vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação e injetáveis, exceto antibióticos.

Todos os profissionais da farmácia são responsáveis pela entrega da medicação ao domicílio.

### **3. Sistema informático**

A Farmácia São João utiliza como sistema informático o Sifarma 2000, possui um *software* que permite o controlo de temperaturas e um sistema de vídeo-vigilância. O Sifarma 2000 é uma aplicação desenvolvida para a gestão diária da farmácia, promovendo um maior controlo dos produtos desde a sua entrada até à sua saída e de acordo com as suas especificidades. Este *software* permite elaborar tarefas no âmbito da gestão de *stocks*, criação e receção de encomendas, controlo de prazos de validade, etiquetagem de produtos de venda livre,

geração de faturas, consulta de vendas de cada profissional, gestão e regularização de devoluções e controlo de MEP e benzodiazepinas.

Ao nível do atendimento, o Sifarma 2000 oferece ao farmacêutico uma variedade de informações sobre o medicamento, nomeadamente: grupos terapêuticos, medicamentos genéricos, contraindicações, efeitos adversos, posologia, indicações terapêuticas e interações medicamentosas. Paralelamente, este sistema permite ao farmacêutico efetuar o seguimento farmacoterapêutico do utente, através da criação de uma ficha individual deste, onde fica registado o histórico da medicação.

Durante o período de estágio, em farmácia comunitária, tive um contacto permanente com o Sifarma 2000, sendo uma ferramenta de trabalho essencial que suporta a intervenção profissional no dia-a-dia e que vai de encontro as necessidades crescentes da farmácia.

## 4. Fontes de informação

As farmácias devem dispor de uma biblioteca continuamente atualizada e organizada. Segundo o Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto, artigo 37.º (4), as farmácias devem conter obrigatoriamente a Farmacopeia Portuguesa em edição de papel, em formato eletrónico ou *online*. A Farmácia São João, para além da informação científica obrigatória, dispõe do Simpósio Terapêutico, do Índice Nacional Terapêutico, do Dicionário de Termos Médicos, de publicações acerca de patologias específicas, de novos fármacos, de novos esquemas terapêuticos e de legislação farmacêutica e trabalhos realizados pelos colaboradores e/ou estagiários da farmácia.

Durante o meu período de estágio, fui responsável pela elaboração de um *PowerPoint* e de um panfleto sobre pediculose (Anexo 2.1) que ficaram arquivados nesta secção.

## 5. Medicamento e outros produtos de saúde

Os produtos de saúde são uma forma genérica de englobar produtos cosméticos e de higiene corporal, dispositivos médicos, produtos farmacêuticos homeopáticos e medicamentos (medicamentos de uso humano, veterinário e medicamentos homeopáticos) (6). Ao abrigo do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto, artigo 3.º, alterado pelos Decretos-Lei n.ºs 20/2013, de 14 de fevereiro e 128/2013, de 5 de setembro (7), 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”.

A Farmácia São João apresenta a seguinte gama de produtos de saúde: MSRM; medicamentos de uso veterinário, que inclui todos os medicamentos destinados aos animais (8); produtos dietéticos e de puericultura; produtos cosméticos e de higiene corporal, destinados a ser aplicados em diversas partes superficiais do corpo humano ou em dentes e mucosas bucais (9).

## 6. Aprovisionamento e armazenamento

A gestão de *stocks* é fulcral no funcionamento da farmácia comunitária e na satisfação do utente, uma vez que torna-se essencial assegurar que os medicamentos e os produtos de saúde se encontram disponíveis. Contudo, é necessário avaliar o espaço necessário ao seu armazenamento, bem como o capital disponível. O Sifarma 2000 torna-se uma ferramenta muito útil, fácil e eficaz para promover uma boa gestão de *stocks*, através do estabelecimento de um *stock* mínimo e máximo de cada produto.

Avaliar a ficha de cada utente e focar-se nas suas necessidades, histórico de vendas, sazonalidade, campanhas promocionais e *marketing* farmacêutico facilita a estimação do número de unidades de cada produto a encomendar. Um aprovisionamento rigoroso promove uma reposição contínua dos *stocks*, evitando um excesso de produtos e a rotura de outros.

Após ter conhecimento geral de toda a organização da farmácia, iniciei o estágio pelo aprovisionamento (primeira etapa do circuito do medicamento). Numa primeira fase acompanhei a receção de encomendas junto da técnica de farmácia e posteriormente passei eu própria a desempenhar essa tarefa de forma autónoma.

### 6.1 Fornecedores

Os fornecedores assumem um papel crucial no circuito do medicamento em farmácia comunitária, uma vez que a partir destes é possível adquirir vários tipos de medicamentos e produtos de saúde, por forma a dar resposta às necessidades dos utentes.

Na Farmácia São João a escolha dos fornecedores está a cargo do proprietário da farmácia e do farmacêutico DT. Esta possui dois fornecedores, a OCP Portugal e a Farmácia Viriato, em Viseu, dado o proprietário ser comum a ambas as farmácias. A OCP Portugal efetua duas entregas diárias de segunda a sexta-feira, por voltas 5h30min. e das 15h30min., excetuando-se a segunda-feira em que a primeira encomenda chega às 13h30min. No sábado é efetuada apenas uma entrega, pela manhã e no domingo não há receção de encomendas. A Farmácia Viriato realiza apenas uma entrega diária, pela manhã, de terça a sábado.

### 6.2 Processamento de encomendas

As encomendas são geradas consoantes as necessidades da farmácia. É possível identificar dois tipos de encomendas: as diárias e as manuais.

As encomendas diárias geradas no sistema informático Sifarma 2000 têm por base o *stock* mínimo e máximo estabelecido para cada produto. Sempre que o nível mínimo do produto é atingindo o sistema informático gera uma proposta de encomenda que aparecerá no esboço de encomendas para posteriormente ser validada e enviada para o fornecedor. A Farmácia São João, normalmente, utiliza este *software* para elaborar o pedido de encomendas e a quantidade solicitada tem por base o *stock* máximo até ao dia 15 de cada mês, após essa data, tem como referência o *stock* mínimo.

Em relação às encomendas manuais, estas referem-se às que são criadas fora do âmbito da encomenda diária. Abrange as encomendas efetuadas por via telefónica para a Farmácia Viriato e para a OCP Portugal, as realizadas no Sifarma 2000 e as efetuadas diretamente no *website* da OCP Portugal.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de acompanhar o pedido de encomendas diárias e elaborar encomendas manuais para a OCP Portugal e para a Farmácia Viriato.

### **6.3 Receção de encomendas**

As encomendas chegam à Farmácia São João em contentores de plástico, acompanhadas da respetiva fatura em duplicado e das guias de transporte. A fatura permite auxiliar na receção das encomendas e contém as seguintes informações: identificação da farmácia e do fornecedor; identificação da fatura por atribuição de um código; data; produtos recebidos com o seu respetivo código, designação do produto, quantidade pedida, quantidade enviada, Preço de Venda ao Público (PVP), exceto os MNSRM, cujo valor é definido na farmácia, desconto quando aplicável, Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA), Preço de Venda à Farmácia (PVF) e o valor total da fatura.

Sempre que a fatura inclua MEP e/ou benzodiazepinas, esta faz-se acompanhar de duas requisições (original e duplicado). Estes documentos devem ser carimbados e assinados pelo DT da farmácia, para que o original fique arquivado na farmácia durante, no mínimo, três anos e o duplicado seja enviado ao fornecedor. Durante o estágio tive a oportunidade de organizar os documentos referentes aos MEP e/ou benzodiazepinas.

Segundo as BPF (1), aquando da receção de encomendas deve-se confirmar o fornecedor, verificar as condições dos produtos recebidos e controlar os prazos de validade. Assim, após a chegada das encomendas à Farmácia São João são analisados os produtos recebidos e os solicitados e posteriormente introduzidos no sistema informático, na área “Receção de Encomendas”. Os produtos são passados sobre o leitor ótico e conferido o prazo de validade de acordo com o registado na embalagem e alterado caso esse valor seja inferior aos que já se encontram armazenados na farmácia ou inserido o valor inscrito na embalagem, caso o *stock* se encontre a zero. É, ainda, analisado o preço do medicamento inscrito na embalagem, dado a constante atualização dos preços e observado o PVF e o PVP alistados na fatura,

comparados com o valor apresentado no sistema informático e corrigidos se aplicável. Os MNSRM não apresentam valor de PVP, pelo que é calculado na farmácia consoante o valor de PVF, de IVA aplicável (6% ou 23%) e a margem de comercialização na farmácia. Aquando do término da receção, o sistema informático gera etiquetas com o nome, código de barras, preço, Código Nacional do Produto (CNP) e IVA do respetivo MNSRM. A receção dos produtos de saúde é sempre iniciada por aqueles que necessitam de armazenamento especial e de seguida os restantes medicamentos. Após o término da receção de encomendas, o custo total indicado na fatura é conferido com o apresentado no programa informático, posteriormente a fatura é assinada pelo operador e arquivada na farmácia.

Mensalmente, é enviado ao fornecedor um resumo das faturas, documento que sistematiza todos os produtos recebidos na farmácia, com o seu respetivo valor, por forma a ser efetuado o pagamento, de acordo com o estabelecido com o mesmo.

## **6.4 Armazenamento**

Após a receção dos medicamentos e produtos de saúde, procede-se ao seu armazenamento de forma adequada, num local que assegure todas as condições necessárias para garantir a sua qualidade, conservação e estabilidade (1).

Os medicamentos sujeitos a medidas específicas de armazenamento, devem ser imediatamente identificados e armazenados de acordo com as especificações descritas pelo fabricante (10). Assim, caso os produtos sejam termolábeis, devem ser guardados no frigorífico logo após a sua receção.

Durante o acondicionamento dos medicamentos e produtos de saúde é necessário ter em consideração a validade destes, pelo que são armazenados de acordo com o princípio FEFO (“*first expire, first out*”), assim aqueles que apresentam validade mais curta são colocados à frente daqueles com validade mais longa, por forma a garantir que estes são os primeiros a ser dispensados.

Na Farmácia São João, todos os produtos são organizados por ordem alfabética do nome comercial ou da Denominação Comum Internacional (DCI). No caso dos genéricos, para além de serem organizados por DCI é também considerada a ordem alfabética do laboratório e a dosagem. Durante as primeiras três semanas de estágio, para além da receção das encomendas procedi ao seu armazenamento.

## **6.5 Gestão dos prazos de validade**

Os medicamentos e os produtos de saúde estão sujeitos a um prazo de validade. Este é definido pelo período durante o qual as características físicas, químicas, microbiológicas,

galénicas, terapêuticas e toxicológicas se mantêm inalteráveis ou sofrem alterações dentro dos limites aceitáveis e bem definidos (11).

Na Farmácia São João, a verificação dos prazos de validade é realizada, mensalmente, tendo por base duas listas geradas pelo programa Sifarma 2000, onde constam por ordem alfabética, o nome de todos os produtos cuja validade expira nos três e cinco meses seguintes. A referente lista indica o nome do produto, a quantidade presente em *stock*, a validade e um espaço em branco para introduzir a nova validade mais curta do medicamento que fica em *stock*, caso o produto a expirar já não exista na farmácia ou seja retirado. Assim, é feita uma análise do *stock* dos produtos que se encontram na lista, com prazo de validade inferior a três meses. Se o referido produto ainda estiver presente na farmácia é recolhido para ser enviado ao fornecedor OCP Portugal. Caso o fornecedor o aceite, este emite uma nota de crédito dos produtos, se por outro lado o fornecedor recusar, o produto permanece na farmácia até ao término da validade para posterior quebra de *stock*. De seguida, são analisados os produtos que constam nas listagens com prazo de validade compreendido entre os três e cinco meses, por forma a proceder a um controlo de validades interno. Caso os produtos compreendidos entre as datas indicadas não apresentem boa capacidade de escoamento, a Farmácia São João envia-os para a Farmácia Viriato.

Ao longo do meu estágio em Farmácia Comunitária tive a oportunidade de verificar o prazo de validade de vários medicamentos e produtos de saúde.

## 6.6 Devoluções

Os medicamentos ou produtos de saúde podem ter de ser devolvidos aos fornecedores pelas seguintes razões: produtos fora do prazo de validade ou de validade muito curta; o produto enviado não corresponde ao solicitado; embalagem danificada; medicamentos retirados do mercado ou mandados recolher pelo INFARMED.

As devoluções são efetuadas recorrendo ao Sifarma 2000, na área “Gestão de Devoluções”, onde se procede à introdução dos produtos a devolver. Assim, é gerado uma nota de devolução que contém os produtos, respetivas quantidades, justificação para a mesma, o fornecedor, o número da guia de devolução, identificação da farmácia e a data. O sistema informático gera automaticamente uma autorização à Autoridade Tributária para o transporte do produto. Por forma a concluir o processo, imprime-se a nota de devolução em triplicado, sendo que original e o duplicado, depois de carimbados e assinados são entregues ao fornecedor e o triplicado é armazenado na farmácia devidamente assinado pelo estafeta que efetuou as recolhas.

Quando o fornecedor aceita a devolução, este emite uma nota de crédito à farmácia ou envia outro produto nas condições adequadas. Por outro lado, caso não a aceite, o produto retorna à farmácia.

Ao longo do estágio observei a devolução de produtos à OCP Portugal por apresentarem prazo de validade inferior a três meses, excesso da quantidade solicitada e ainda pela embalagem estar danificada.

## **7. Interação utente-farmacêutico-medicamento**

Segundo o Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos, artigo 10º (12) “A primeira e principal responsabilidade do farmacêutico é para com a saúde e o bem-estar do doente e do cidadão em geral, devendo pôr o bem dos indivíduos à frente dos seus interesses pessoais ou comerciais e promover o direito de acesso a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança”.

Dentro das atividades exercidas pelo farmacêutico, a que se destaca por fomentar o elo de ligação utente-farmacêutico-medicamento é o aconselhamento, com o intuito de alcançar o máximo benefício da terapêutica instituída. Desta forma, é da responsabilidade do farmacêutico transmitir toda a informação essencial, articula o seu discurso de acordo com a faixa etária, reforçar os pontos mais importantes por escrito ou através de material de apoio, assegurar a compreensão dos utentes e despistar qualquer dúvida que estes manifestem (1). Assim, o farmacêutico promove não só a utilização racional dos medicamentos, mas também a monitorização dos doentes (1), cujo objetivo é detetar e prevenir reações adversas e interações medicamentosas, surgindo, assim, o conceito de farmacovigilância.

A interação utente-farmacêutico-medicamento também pode ser evidenciada aquando do incentivo, por parte do farmacêutico, da entrega dos medicamentos, fora da validade ou inutilizados na farmácia e pela disponibilização de vários serviços que pretendem melhorar a qualidade de vida dos utentes.

### **7.1 Farmacovigilância**

A farmacovigilância é a ciência e as atividades associadas à deteção, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer outros problemas relacionados com os medicamentos após a sua comercialização, no sentido de acompanhar possíveis efeitos adversos associados a estes (1, 13).

A farmacovigilância é uma atividade de saúde pública que tem como principal objetivo assegurar que os medicamentos são utilizados para alcançar o máximo benefício e minimizar as possíveis complicações (14). Em Portugal, o Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF) é assegurado pelo INFARMED e surgiu em 1992 (15). Esta surge na necessidade de promover e divulgar a informação relativa às Reações Adversas a Medicamentos (RAM). Entende-se por RAM qualquer resposta não intencional e nociva, ao medicamento, nas doses habitualmente utilizadas pelo ser humano na profilaxia, diagnóstico ou tratamento (7, 16).

Assim, o farmacêutico após a identificação de uma reação adversa que possa ser causada pelo medicamento, deve notificá-la (1). As notificações devem ser registadas através do preenchimento de um formulário e enviar ao INFARMED ou recorrendo ao portal de Notificações de RAM, do SNF do INFARMED (15). Devem ser notificadas todas as suspeitas de reações adversas graves, mesmo as já descritas, todas as suspeitas de reações adversas não descritas, inclusive as que não são consideradas graves e todas as suspeitas de aumento da frequência de RAM (graves e não graves) (17). Ao longo do meu estágio realizado na Farmácia São João não assisti a nenhuma notificação de RAM.

## **7.2 Gestão dos resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de uso**

A recolha de medicamentos fora de uso é uma das iniciativas do setor da saúde em Portugal. Nesse sentido surgiu a VALORMED, que resulta da associação entre as Indústrias Farmacêuticas, os Distribuidores e as Farmácias, com o objetivo de implementar um sistema autónomo para a recolha e tratamento dos resíduos de medicamentos de forma segura (18).

A VALORMED é responsável pela recolha de embalagens vazias e produtos fora de uso entregues nas farmácias comunitárias, produzidos nas farmácias hospitalares, embalagens de medicamentos e produtos de uso veterinário provenientes das explorações agrícolas (18). Assim, os cidadãos devem entregar na farmácia medicamentos que excederam o prazo de validade ou que já não utilizam, cartonagens vazias, folhetos informativos, frascos, blisters, bisnagas, ampolas, mesmo que ainda contenham restos de medicamentos e acessórios utilizados para facilitar a administração dos medicamentos (18).

A Farmácia São João dispõe de um contentor próprio para recolher as embalagens vazias e os medicamentos fora de uso entregues pelos utentes. Quando se verifica que os mesmos estão cheios, são selados, pesados e recolhidos pela fornecedora OCP Portugal. Estes são posteriormente transportados para um Centro de Triagem, por forma a serem separados e sofrerem o tratamento adequado (reciclagem do papel, vidro, plástico e compósitas e inceneração segura dos restantes resíduos).

Durante o meu estágio em farmácia comunitária tive a oportunidade de depositar vários produtos, entregues pelos utentes, no contentor da VALORMED, bem como proceder ao seu fecho para posteriormente serem recolhidos pela OCP Portugal.

## **8. Dispensa de medicamentos**

### **8.1 Dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica**

Os medicamentos são sujeitos a receita médica sempre que se verificar, de forma direta ou indireta, um risco para a saúde do doente, quando utilizados para fins a que se destinam, sem

acompanhamento médico ou quando utilizados com regularidade e em quantidades consideráveis para fins diferentes daqueles a que se destinam. Podem também classificar-se MSRM todos os que contenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja essencial aprofundar e medicamentos destinados a ser administrados por via parentérica (7).

O farmacêutico deve ter conhecimento das normas de prescrição dos medicamentos, por forma a garantir uma correta validação. A prescrição deve ser elaborada por via eletrónica, com o objetivo de aumentar a segurança no processo de prescrição, dispensa e melhorar a comunicação entre as equipas multidisciplinares (19). Caso se verifique falha do sistema informático, inadaptação por parte do prescriptor, devidamente justificada, previamente confirmada e validada anualmente pela respetiva Ordem profissional, estando perante uma prescrição ao domicílio, exclusive lares de idosos, e outras situações, desde que não sejam ultrapassadas 40 receitas médicas por mês, é possível efetuar a prescrição médica de forma manual (20).

Aquando da receção da receita médica, o farmacêutico deve identificar o doente e o médico prescriptor; verificar a autenticidade da prescrição e a validade; interpretar o tipo de tratamento e as intenções do prescriptor; identificar o medicamento e confirmar a forma farmacêutica, posologia, apresentação, método de administração e duração do tratamento (1). A prescrição de medicamentos deve conter, obrigatoriamente, DCI da substância ativa, forma farmacêutica, dosagem, apresentação, número de embalagens e posologia (20).

A prescrição pode ser efetuada por nome comercial sempre que o medicamento indicado não apresente genérico, caso o respetivo genérico não seja participado ou situações devidamente justificadas, como: alínea a) medicamentos com margem ou índice terapêutico estreito, indicação na receita de “Exceção a) do n.º 3 do art. 6.º”; alínea b) reação adversa prévia, indicação na receita de “Exceção b) do n.º 3 do art. 6.º - Reação adversa prévia” e alínea c) continuidade de tratamento superior a 28 dias, indicação na receita “Exceção c) do n.º 3 do art. 6.º - continuidade de tratamento superior a 28 dias”. Mediante as exceções a) e b) o farmacêutico apenas pode dispensar o prescrito pelo médico, enquanto que face à exceção c), o utente pode optar por medicamentos equivalentes ao prescrito, desde que sejam de preço inferior (19).

Cada receita médica pode indicar, no máximo, quatro medicamentos distintos e duas embalagens por medicamento, exceto o medicamento prescrito se apresente em embalagem unitária, sendo neste caso permitida a prescrição de quatro embalagens. É proibida a prescrição de mais de quatro embalagens em cada receita. As receitas médicas têm validade de 30 dias desde a data da sua emissão, atendendo a que esta pode ser renovável, contendo até três vias, com o prazo de validade de seis meses (20).

Após a verificação da autenticidade e validade da receita médica, procede-se à sua interpretação. Assim, é iniciada a avaliação farmacoterapêutica, tendo por base a necessidade do medicamento, adequação ao doente (contraindicações, interações, alergias, intolerâncias, etc.), adequação da posologia (dose, frequência e duração do tratamento), condições do doente para administrar o medicamento. Em caso do surgimento de qualquer dúvida, o farmacêutico deve contactar o médico prescriptor.

Aquando da dispensa, o farmacêutico deve informar o doente acerca dos medicamentos genéricos que cumprem a prescrição, comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) e qual apresenta o preço mais baixo (19, 20). Este tem o direito de optar pelo medicamento de marca comercial ou o genérico, desde que pertença ao grupo homogéneo, isto é, todos aqueles medicamentos que contêm a mesma composição quantitativa e qualitativa de substância ativa, dosagem, via de administração, forma farmacêutica ou forma farmacêutica equivalente (20). Finda a avaliação da prescrição e a escolha do medicamento, dentro do mesmo grupo homogéneo, por parte do doente, procede-se à dispensa dos mesmos. Estes são recolhidos do seu local de armazenamento, verificados os prazos de validade e o estado de conservação das embalagens. Posteriormente, executa-se informaticamente a receita, recorrendo ao Sifarma 2000, no campo “Atendimento”, “Com Comparticipação” (F3), efetua-se a leitura ótica do código de barras referente ao número da receita médica e ao código de acesso, presentes na guia de tratamento. Automaticamente a receita torna-se disponível, sendo que cada linha corresponde ao produto de saúde indicado na receita médica e o plano de saúde é gerado automaticamente. Aquando da conclusão da venda, os códigos de barras dos produtos de saúde são passados sobre o leitor ótico, por forma a verificar que o dispensado corresponde ao prescrito. De seguida, é impresso, no verso da receita, os códigos de barras dos medicamentos dispensados com comparticipação, solicita-se a rubrica do utente na respetiva prescrição médica e imprime-se a fatura que contém todos os produtos vendidos, com o respetivo preço.

Para além da venda com comparticipação, o Sifarma 2000 oferece outras formas de venda. Uma delas é a venda suspensa, utilizada principalmente quando a medicação indicada na receita médica não é dispensada na sua totalidade, a pedido do utente ou por ausência de um ou mais produtos de saúde e em situações de urgência. Perante a última situação é necessário avaliação farmacêutica rigorosa e o doente, assim que possível, deve entregar na farmácia a respetiva receita médica (4).

Mais recentemente, entrou em vigor um novo modelo eletrónico, “Desmaterialização eletrónica das receitas” que inclui todo o ciclo da receita (prescrição médica, dispensa dos medicamentos e produtos de saúde e faturação) (21). Este novo modelo eletrónico visa permitir a prescrição simultânea de diferentes tipologias de medicamentos, sendo que caso o utente não opte por levar toda a medicação, este pode efetuá-lo quando necessário e noutro estabelecimento adequado para o efeito (21). Neste caso não se verifica a impressão, no

verso da receita, dos códigos de barras referentes aos medicamentos dispensados com comparticipação, nem é solicitada a assinatura do utente.

Durante o meu estágio na Farmácia São João, tive oportunidade de dispensar medicamentos nas diferentes formas anteriormente mencionadas. Para qualquer uma delas tive sempre em consideração o aconselhamento do utente acerca da indicação terapêutica, posologia, via de administração, duração do tratamento, modo de conservação, contraindicações e especiais precauções. Para reforçar a informação transmitida oralmente, escrevia nas embalagens ou utilizava material de apoio apropriado (por exemplo panfletos).

## **8.2 Dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica renovável**

As receitas médicas renováveis caracterizam-se por conter 3 vias estando impresso, no canto superior direito, a respetiva via (“1.<sup>a</sup> via”, “2.<sup>a</sup> via” e “3.<sup>a</sup> via”). Cada via tem uma validade de seis meses, contados a partir da data de emissão (19). Os medicamentos prescritos nestas receitas destinam-se a determinadas doenças ou tratamentos prolongados (7, 19).

## **8.3 Dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica especial**

Os medicamentos sujeitos a receita médica especial obedecem a uma das seguintes condições: contêm uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópico, nos termos da legislação aplicável; podem, em caso de utilização anormal, dar origem a riscos importantes de abuso medicamentoso, criar toxicod dependência ou ser utilizados para fins ilegais ou contemplam uma substância que, pela sua novidade ou propriedades, se considere, por precaução, dever ser incluída nas situações previstas na alínea anterior (7).

A venda de MEP requer a identificação do utente responsável pelo levantamento da receita médica (adquirente), sendo que o Sifarma 2000 gera automaticamente uma janela a preencher com os dados do titular da receita e do adquirente, nomeadamente o seu nome, data de nascimento, sexo, número do Bilhete de Identidade/ Cartão de Cidadão e respetiva validade e morada. É ainda necessário anotar o nome e número na Ordem dos Médicos, do médico prescriptor. Uma vez concluída a venda, o sistema informático gera dois talões, designados “Documento de psicotrópicos” com a informação anteriormente solicitada para posteriormente ser anexada à fotocópia da receita médica a arquivar na farmácia. Caso a receita seja manual é necessário fotocopiar a receita médica para posteriormente ser enviada ao INFARMED.

Ao longo do meu estágio tive a oportunidade de dispensar medicação sujeito a receita médica especial, nomeadamente MEP.

A Farmácia São João cumpre com os procedimentos normalizados no que concerne aos MEP. O DT é o farmacêutico responsável pela emissão, mensal, das listas de saída das substâncias em epígrafe, onde consta a informação relativa ao utente, ao adquirente, aos dados da receita e ao número de embalagens dispensadas. Estas, bem como as fotocópias das receitas manuais digitalizadas, são conferidas e, posteriormente, enviadas para o *e-mail* do INFARMED, até ao dia 8 do mês seguinte, ficando os respetivos documentos arquivados na farmácia, pelo menos durante três anos, como indicado na Circular n.º0609-2016 (Anexo 2.2). As receitas médicas originais são utilizadas para fins de comparticipação. Anualmente, a farmácia efetua um mapa de balanço dos MEP e das benzodiazepinas e envia ao INFARMED até ao dia 31 de janeiro do ano seguinte.

## **8.4 Regimes de comparticipação**

Os MSRM podem estar sujeitos a comparticipação, através de um regime geral ou de um regime especial, para determinadas patologias ou grupos de doentes específicos (19). Na situação de regime geral de comparticipação, o Estado é responsável pelo pagamento de uma parte do PVP dos medicamentos. No regime especial de comparticipação, esta pode ser aplicada em função do beneficiário (19). A comparticipação pode também ser aplicada no preço de medicamentos utilizados no tratamento de patologias específicas ou em grupos de determinados utentes (19, 22).

Na Farmácia São João a maioria das comparticipações é assegurada pelo SNS ou pelo regime pensionista.

## **8.5 Dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica**

Segundo o Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro, artigo 115.º (7), os medicamentos que não obedeçam aos critérios mencionados dos MSRM são classificados de MNSRM. A dispensa de MNSRM pode ser aconselhada pelo médico, farmacêutico (indicação farmacêutica) ou solicitado pelo próprio utente (automedicação).

### **8.5.1 Dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica por indicação farmacêutica e automedicação**

A cedência de um medicamento tendo por base a indicação farmacêutica, consiste na seleção de um MNSRM mais adequado, por forma a aliviar e resolver problemas de saúde não graves, autolimitantes, de curta duração e sem relação clínica com manifestações apresentadas pelo utente (1).

Para que a indicação farmacêutica seja efetuada de forma rigorosa é necessário que o farmacêutico estabeleça uma boa comunicação com o utente, no sentido de obter toda a

informação acerca dos seus sintomas ou motivos da consulta farmacêutica; duração do problema de saúde; existência de outros sinais ou sintomas associados ao problema de saúde que motivou a consulta do doente ao farmacêutico; outros problemas de saúde manifestados pelo doente e medicamentos que este esteja a tomar. Uma vez recolhida a informação necessária e efetuada a avaliação farmacêutica, o profissional pode aconselhar ao utente MNSRM, outros serviços farmacêuticos (educação para a saúde e seguimento farmacoterapêutico), com o intuito de aliviar ou tratar a sintomatologia descrita. Caso a situação apresente elevada gravidade ou os sintomas se acentuem, o farmacêutico deve encaminhar o doente para uma consulta médica (1).

Em relação à automedicação, esta caracteriza-se pela instauração de uma terapia medicamentosa por iniciativa do utente (1). Neste âmbito, o farmacêutico deve intervir no sentido de avaliar a utilização do medicamento solicitado e alertar o doente caso esse não seja recomendável (1). Desta forma, é garantido que a automedicação é acompanhada de um aconselhamento farmacêutico.

Quando o farmacêutico procede à seleção do MNSRM tem de considerar a sintomatologia apresentada pelo doente, o princípio ativo, dose, frequência de administração, duração do tratamento e forma farmacêutica. Para que esta seleção seja efetuada de forma prudente e assertiva é fundamental considerar a situação fisiológica do doente, hipersensibilidade a substâncias presentes no medicamento, problemas de saúde diagnosticados pelo médico e a terapêutica farmacológica realizada pelo utente (1).

Ao longo do estágio realizado na Farmácia São João, tive a oportunidade de aconselhar MNSRM aos doentes, consoante a sintomatologia apresentada, sendo esta principalmente sazonal. Os sintomas gripais foram as manifestações mais frequentes, no entanto dores musculares e cefaleias foram outros dos sintomas em que pude aconselhar MNSRM.

## **9. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde**

### **9.1 Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene**

De acordo com o Decreto-Lei n.º 113/2010 de 21 de Outubro, artigo 2.º, alínea p) (23), os produtos cosméticos designam-se por toda e qualquer substância ou associação de substâncias destinada a estar em contacto com as camadas superficiais do corpo humano, nomeadamente a epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, dentes e mucosas bucais, cujo objetivo principal é limpar, perfumar, corrigir, proteger ou manter as superfícies corporais.

A Farmácia São João disponibiliza aos utentes vários produtos deste âmbito. Estes encontram-se no local de atendimento ao público e estão organizados de acordo com a marca de cada produto. Algumas das marcas disponíveis são: Vichy®, SkinCeuticals®, MartiDerm®, La-Roche Posay®, Avéne®, A-Derma®, Roger&Gallet®, th pharma® para adulto e Uriage®, Mustella® e ISDIN® destinados à população pediátrica. A farmácia oferece, periodicamente, aconselhamento especializado nas diversas gamas de produtos dermocosméticos existentes na farmácia, por conselheiras das próprias marcas e pela técnica de farmácia da Farmácia São João, uma vez que esta é responsável pelos serviços de dermocosmética.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de assistir a diversos aconselhamentos neste âmbito, bem como a dispensar produtos para situações específicas nomeadamente caspa, acne, entre outros.

## **9.2 Produtos dietéticos para alimentação especial**

A alimentação dietética destinada a fins medicinais é definida, segundo o Decreto-Lei nº 216/2008 de 11 de novembro (24), como uma categoria de géneros alimentícios destinado a indivíduos que possuem uma capacidade limitada, reduzida ou alterada para ingerir, digerir, absorver, metabolizar ou excretar os alimentos onde se encontram determinados nutrientes essenciais, ou caso o estado de saúde, determine necessidades nutricionais. Estes produtos ficam sujeitos a um processamento ou uma formulação especial.

Alguns dos produtos incluídos nesta categoria e disponíveis na Farmácia São João são o Fantomalt® e o Visoy®, sendo que, durante o meu estágio dispensei estes dois produtos a uma criança com intolerância à lactose.

## **9.3 Produtos dietéticos a nível pediátrico**

O leite materno é o alimento de excelência para os lactentes, já que este garante todos os nutrientes essenciais ao adequado crescimento e desenvolvimento do bebé. A OMS (25) recomenda exclusivamente o leite materno aos recém-nascidos, podendo prolongar-se até aos 6 meses de idade. Contudo, muitas das vezes o leite materno não está disponível, sendo fundamental recorrer aos leites existentes no mercado. A Farmácia São João contém diversos produtos adaptados à idade e ao estado de desenvolvimento do bebé. A marca de leite disponível é a NAN® e esta contém diversas gamas de leites infantis, nomeadamente leites para lactentes (0-6 meses), leites de transição (6-12 meses), leites de crescimento a partir dos 12 meses e ainda apresenta disponíveis leites hipoalergénicos, leites sem lactose e anti-regurgitantes.

Uma vez atingidos os 6 meses de idade, a alimentação do bebé já não deve ser somente o leite materno, devendo introduzir-se as papas e as sopas (25). A Farmácia São João tem disponíveis farinhas da Nutribén® e da Cerelac®.

## 9.4 Fitoterapia e suplementos nutricionais

A fitoterapia caracteriza-se pela utilização de plantas para fins medicinais. De acordo com o Decreto-Lei nº 176/2006 de 30 de agosto, artigo nº 3 (7), um produto fitoterapêutico ou medicamento à base de plantas refere-se a todo e qualquer medicamento que contenha na sua constituição uma ou mais substâncias derivadas de plantas como substância ativa; uma ou mais preparações à base de plantas ou uma ou mais substâncias derivadas de plantas em associação com uma ou mais preparações à base de plantas.

Os suplementos nutricionais caracterizam-se por apresentar fontes concentradas de nutrientes ou outras substâncias com efeito nutricionais ou fisiológicos. São constituídos por vitaminas, minerais, antioxidantes, estimulantes e ácidos gordos. Estes destinam-se a complementar e/ou suplementar o regime alimentar normal (26). Caso os utentes visitem a farmácia no sentido de adquirir suplementos alimentares é importante transmitir-lhes que estes não substituem a alimentação normal do dia-a-dia, mas apenas a complementam.

A Farmácia São João dispõe de vários produtos fitoterapêuticos como por exemplo, Bekunis® e Fuca aloé® para regular o trânsito intestinal e aconselhado principalmente em situações de obstipação, EnRelax® para facilitar o relaxamento e melhorar a qualidade do sono, entre outros.

No que concerne aos suplementos nutricionais, a Farmácia São João apresenta por exemplo Advancis® e Absorvit® mais direcionados para os utentes que estejam a efetuar dietas, ALTAFLORA® eletrólitos, no sentido de reequilibrar a flora intestinal, repor os sais minerais, reidratar e reforçar as defesas naturais do organismo, DOBRADIX®, structomax®, Movendo®, cujo objetivo é preservar a integridade da cartilagem óssea, retardar a degeneração articular e assegurar uma boa mobilidade, entre outros.

Ao longo do estágio tive oportunidade de dispensar vários produtos fitoterapêuticos e suplementos nutricionais, atendendo sempre a um aconselhamento cuidado.

## 9.5 Medicamentos de uso veterinário

Segundo o Decreto-Lei nº 314/2009 de 28 outubro (27), os medicamentos de uso veterinário são definidos como toda a substância ou associação de substâncias, que se destaca por possuir propriedades curativas ou preventivas de doenças ou dos seus sintomas, presentes no animal, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal por forma a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, bem como a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas.

Aquando da dispensa deste tipo de produtos é fulcral o aconselhamento por parte do farmacêutico. Este deve escolher o produto mais adequado de acordo com o objetivo, espécie, tamanho e idade, bem como indicar o modo de utilização e conservação.

A Farmácia São João apresenta disponíveis vários medicamentos de uso veterinário. Os mais solicitados são os produtos destinados a animais domésticos, mais especificamente cães e gatos. Destes podem destacar-se os desparasitantes ectópicos (ex: Advantix®), internos (ex: Strongid®), as pílulas anticoncepcionais ( ex: Megecat® e Pilusfot®).

## 9.6 Dispositivos médicos

Os dispositivos médicos apresentam finalidades muito semelhantes aos medicamentos, nomeadamente prevenir, diagnosticar ou tratar uma doença humana, contudo não desencadeiam ações farmacológicas, metabólicas ou imunológicas (28).

Os dispositivos médicos podem ser classificados em três classes, classe I (dispositivos de baixo risco); classe IIa e IIb (dispositivos de médio risco, sendo os de classe IIa de baixo médio risco e os de classe IIb de alto médio risco); classe III (dispositivos de alto risco). Esta divisão é efetuada segundo os potenciais riscos inerentes ao manuseamento e/ou funcionamento do dispositivo, tempo de contacto com o corpo humano e invasibilidade (29).

Ao longo do estágio tive a oportunidade de estar em contacto com os vários tipos de dispositivos médicos presentes na farmácia, nomeadamente artigos de higiene oral (ex: escovas de dentes), material de uso parentérico (ex: seringas e agulhas), produtos ortopédicos (ex: meias de compressão), material não invasivo destinado a contactar com pele lesada (ex: ligaduras) ou material utilizado no tratamento e proteção de feridas (ex: gases, pensos estéreis), dispositivos com a função de medição (termómetros, medidores de pressão arterial), entre outros.

## 10. Outros cuidados de saúde prestados na farmácia

A farmácia, enquanto espaço de saúde, não se limita à dispensa de medicamentos. Esta também oferece serviços de determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos, no sentido de obter indicadores de avaliação do estado de saúde do doente (1).

A Farmácia São João dispõe de inúmeros serviços, nomeadamente determinação da glicémia, colesterol total, triglicéridos, pressão arterial, ácido úrico, parâmetros antropométricos (peso, altura, índice de massa corporal e índice de gordura). Para qualquer um dos serviços indicados, o farmacêutico deve colocar algumas questões aos utentes sobre os hábitos de vida saudáveis, alimentação, medicação que está a tomar e os valores que habitualmente

apresenta. Neste sentido, o utente deverá ser aconselhado de acordo com a informação recolhida, bem como com os valores obtidos.

Para além dos serviços mencionados, a Farmácia São João disponibiliza a realização de testes de gravidez, administração de injetáveis, exceto antibióticos e vacinas não incluídas no plano nacional de vacinação, preparação individualizada da medicação, entrega de medicamentos e produtos de saúde ao domicílio, oferece acompanhamento aos utentes, organiza rastreios, participa em sessões de esclarecimento, disponibiliza consultas de dermocosmética, nutrição e podologia.

Ao longo do estágio em farmácia comunitária tive a oportunidade de auxiliar na medição de parâmetros antropométricos, efetuar inúmeras determinações de pressão arterial, glicémia, colesterol total e triglicéridos, realizados na própria farmácia, num gabinete específico. Paralelamente, colaborei em inúmeras atividades que fazem parte integrante do projeto “Farmácia São João sai à Rua”, lançado em 2015 com o objetivo de promover hábitos de vida saudáveis e ajudar a prevenir ou reduzir complicações associadas a determinadas patologias. Assim, participei no “Mega Rastreo”, “Rastreo Centro de Atividades”, “Rastreo no Centro de Dia do Sarzedo”, “Dia Mundial da Saúde”, “Rastreo na sede de junta de freguesia da Vila do Carvalho e Cantar Galo” promovido pela Farmácia São João em colaboração com a “Liga dos Amigos do Bairro dos Penedos Altos” (LAPA), “Rastreo no Dia Internacional da Mulher”, em colaboração com a Câmara Municipal da Covilhã, “Rastreo no *Wellness Health Club*”, promovido pelo ginásio *Wellness Health Club*, “Mercado da Páscoa”, em colaboração com a banda de música da Covilhã, onde efetuei medições de pressão arterial e glicémia. Para proceder a uma avaliação criteriosa, tive em consideração os valores padrão disponibilizados pela DGS e afixados na Farmácia São João (Anexo 2.3). Adicionalmente, participei no *Showcooking* de Comida Saudável, no dia Internacional da Mulher e fui responsável por uma sessão de esclarecimento, para os alunos do 1º ciclo, sobre pediculose, na escola Vila do Carvalho.

Além disso, durante o meu período de estágio, observei a administração e registo de vacinas e injetáveis, por farmacêuticos devidamente habilitados e assisti a sessões de esclarecimento sobre Mebocaína®, RHINomer®, Vibrocil® e os vários produtos da *Aquilea Uriach*.

## **11. Preparação de medicamentos**

### **11.1 Preparação de manipulados**

Manipulado é “qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparada e dispensada sob a responsabilidade de um Farmacêutico” (30). Embora a preparação de manipulados seja efetuada em pequena escala na farmácia comunitária, é essencial que esta reúna as instalações e equipamentos para o efeito, nomeadamente, a existência de um laboratório devidamente ventilado, iluminado, com temperatura e humidade adequadas, bem como

possuir procedimentos documentados para a preparação dos mesmos (formulários galénicos, farmacopeias, entre outros) (1).

A Farmácia São João não é responsável pela preparação de manipulados, uma vez que, sempre que necessários é efetuado um pedido à Farmácia Viriato. Deste modo, durante o meu estágio, não preparei nem assisti à preparação de medicamentos manipulados. Não obstante, a Farmácia São João possui um laboratório devidamente equipado para a preparação dos mesmos.

## **11.2 Preparações extemporâneas**

Existem medicamentos, que dadas as suas características, possuem prazos de validade reduzidos aquando da sua reconstituição. Assim, para aumentar a sua estabilidade, a reconstituição destes medicamentos é efetuada aquando da dispensa dos mesmos, designados de preparações extemporâneas.

No decurso do meu estágio, observei e efetuei preparações extemporâneas. Para a reconstituição dos respetivos medicamentos foi necessário soltar as partículas de pó junto às paredes do frasco, adicionar água destilada até perfazer o volume indicado no respetivo frasco e agitar vigorosamente. É importante informar o utente da posologia indicada pelo médico, a forma de conservação e aconselha-lho a agitar o frasco antes de cada utilização, dado tratar-se de uma suspensão.

## **12. Gestão e contabilidade**

Mediante a apresentação de uma receita médica eletrónica ou manual, com medicamentos comparticipados o Sifarma 2000 atribui automaticamente um documento de faturação a cada receita que deve ser impresso no verso da mesma. Neste documento fica registado o nome da farmácia e do DT, código do organismo, número da receita, lote e série, número da venda com o respetivo código de barras, data da dispensa do(s) medicamento(s), código de barras correspondente ao(s) medicamento(s) dispensado(s), nome do medicamento, dosagem, tamanho da embalagem e forma farmacêutica, custo de cada medicamento e encargos do utente e do organismo participante por cada medicamento e custo total da receita e respetivos encargos totais do utente e do organismo participante.

Na Farmácia São João após a dispensa dos medicamentos, o operador faz uma breve conferência da receita, assina, data e carimba. Posteriormente, a farmacêutica adjunta é responsável por efetuar diariamente uma segunda verificação do receituário, organizá-lo segundo o organismo e dentro deste, agrupar as receitas de acordo com o lote. Cada lote apresenta uma totalidade de trinta receitas que são organizadas por ordem crescente. Ao longo do mês, a farmacêutica adjunta imprime os respetivos verbetes dos lotes completos, tendo estes informação relativa à entidade, organismo (código informático, nome e sigla),

identificação da farmácia, respetivo código da Associação Nacional das Farmácias (ANF) e carimbo, mês e ano; código e número sequencial do lote; quantidade de receitas e produtos; valor total do lote em PVP, preço a pagar pelos utentes e participação do organismo.

No final de cada mês, a faturação referente ao SNS é encerrada e enviada por correio, até ao dia 5 de cada mês, para o Centro de Conferência de Faturação (CCF), na Maia e deve fazer-se acompanhar do receituário com os respetivos verbetes, a “relação resumo dos lotes” e a “fatura mensal de medicamentos” devidamente assinada, datada e carimbada. Devem imprimir-se quatro exemplares dos dois últimos documentos supra citados, para que sejam enviados três para o CCF e um deles fique arquivado na farmácia.

É ainda necessário enviar ao presidente da ANF, via *fax* e carta registada, a nota de crédito, se aplicável e a “fatura mensal de medicamentos”.

Quando o receituário não faz parte do SNS, é enviado para a ANF. Estes são acompanhados dos respetivos verbetes, de três documentos relativos à “relação resumo dos lotes” e de três registos da “fatura mensal de medicamentos” devidamente assinada, datada e carimbada. Cada um destes exemplares fica arquivado na farmácia. Cabe à ANF reencaminhar a faturação para as entidades responsáveis (EDP, Caixa Geral de Depósitos, Sindicato dos Bancários Sul e Ilhas, Medis-CTT entre outras). Cada um dos organismos devolve o valor de participação à ANF, que posteriormente encaminha para a farmácia.

O CCF é responsável por conferir as receitas médicas, bem como a faturação. Caso sejam detetados erros, estas são devolvidas à farmácia com o respetivo motivo. Sempre que o receituário devolvido seja passível de correção pela farmácia é retificado e reenviado juntamente com a faturação do mês seguinte, por forma a obter o seu respetivo reembolso.

Contudo, todos estes procedimentos deixam de ser aplicados quando se está perante o novo modelo de receita eletrónica “Desmaterialização eletrónica das receitas”.

Durante o meu percurso de estágio, efetuei uma correção breve e diária das receitas médicas, após o término do atendimento e colaborei com a farmacêutica adjunta na organização diária do receituário. Tive ainda oportunidade de acompanhar processo de faturação do mês de fevereiro.

## **13. Conclusão**

Os farmacêuticos assumem um papel preponderante nos cuidados de saúde. Estes participam ativamente na assistência ao doente, na dispensa de medicamentos e no seguimento farmacoterapêutico.

Ao longo do estágio realizado na Farmácia São João pude aprofundar os meus conhecimentos teóricos e desenvolver as minhas competências práticas, contribuindo para a minha formação técnico-científica. Durante o meu estágio tive a oportunidade de observar e participar ativamente em todas as áreas da farmácia comunitária e perceber que a farmácia é muito mais do que medicamentos, implica também o envolvimento em atividades que proporcionem bem-estar e previnam doenças. Neste sentido, a Farmácia São João organiza inúmeros rastreios de medição de pressão arterial e glicémia capilar, onde tive a oportunidade de participar, por forma a identificar indivíduos pertencentes a determinados grupo de risco, avaliar a necessidade de seguimento farmacoterapêutico ou encaminhá-los para outros serviços de saúde.

Os três meses de estágio em farmácia comunitária fizeram-me constatar a confiança que os utentes depositam no farmacêutico, sendo a este que mais rapidamente recorrem para tirar as suas dúvidas acerca da terapêutica instituída, mas também para solicitar conselhos. Assim é essencial a formação contínua do farmacêutico, por forma a responder aos pedidos dos utentes e promover a saúde pública.

## 14. Referências bibliográficas

1. Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária. Ordem dos Farmacêuticos. 3ª edição. 2009.
2. Portaria n.º 1429/2007, de 2 de Novembro. Legislação Farmacêutica Compilada. Infarmed.
3. São João Farmácia. Disponível em: <http://www.saojoaofarmacia.pt/home> (consultado a 1 de fevereiro de 2016).
4. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto. Regime jurídico das farmácias de oficina. Legislação Farmacêutica Compilada. Infarmed.
5. Deliberação n.º 1502/2014, de 3 de julho. Legislação Farmacêutica Compilada. Infarmed.
6. Quaresma P. Medicamentos e Produtos de Saúde - Fabrico, Distribuição e Dispensa. Disponível em: [https://www.infarmed.pt/pt/noticias\\_eventos/eventos/aniversario/infarmed\\_aberto/Pedro\\_Q.pdf](https://www.infarmed.pt/pt/noticias_eventos/eventos/aniversario/infarmed_aberto/Pedro_Q.pdf) (consultado a 9 de março de 2016).
7. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto. Legislação Farmacêutica Compilada. Infarmed.
8. Decreto-Lei n.º 184/97, de 26 de Julho. Legislação Farmacêutica Compilada. Infarmed.
9. Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de Setembro. Legislação Farmacêutica Compilada. Infarmed.
10. Portaria n.º 348/98, de 15 de Junho. Legislação Farmacêutica Compilada. Infarmed.
11. Veiga F. Estabilidade de Medicamentos. 2005. Disponível em: [https://www.infarmed.pt/pt/noticias\\_eventos/eventos/2005/impacto\\_qualidade/ESTABILIDADEINFARMED.pdf](https://www.infarmed.pt/pt/noticias_eventos/eventos/2005/impacto_qualidade/ESTABILIDADEINFARMED.pdf) (consultado a 7 de fevereiro de 2016).
12. Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos. Ordem dos Farmacêuticos. Disponível em: [http://www.ceic.pt/portal/page/portal/CEIC/UTILIDADES\\_INFORMACAO/NORMATIVO/NACIONAL/CodigoDeontologico\\_OF.pdf](http://www.ceic.pt/portal/page/portal/CEIC/UTILIDADES_INFORMACAO/NORMATIVO/NACIONAL/CodigoDeontologico_OF.pdf) (consultado a 9 de fevereiro de 2016).
13. WHO. Pharmacovigilance. Disponível em: [http://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/safety\\_efficacy/pharmvigi/en/](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/pharmvigi/en/) (consultado a 11 de fevereiro de 2016).

14. Infarmed. Saiba mais sobre farmacovigilância. 2008. Disponível em: [https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA\\_MAI\\_SOBRE/SAIBA\\_MAI\\_ARQUIVO/Farmacovigil%2ncia.pdf](https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA_MAI_SOBRE/SAIBA_MAI_ARQUIVO/Farmacovigil%2ncia.pdf) (consultado a 11 de fevereiro de 2016).
15. Infarmed. Farmacovigilância, perguntas frequentes Disponível em: [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PERGUNTAS\\_FREQUENTES/MEDICAMENTOS\\_USO\\_HUMANO/MUH\\_FARMACOVIGILANCIA#P1](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PERGUNTAS_FREQUENTES/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/MUH_FARMACOVIGILANCIA#P1) (consultado a 13 de fevereiro de 2016).
16. WHO. The importance of phamacovigilance. 2002. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42493/1/a75646.pdf> (consultado a 13 de março de 2016).
17. Boletim de Farmacovigilância. Volume 3, número 1, 1º trimestre2009, Infarmed.
18. Valormed. Disponível em: <http://www.valormed.pt/pt/conteudos/conteudo/id/18>(consultado a 13 de fevereiro de 2016).
19. Infarmed. Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde. Disponível em: [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MAIS\\_NOVIDADES/20130117\\_NORMAS\\_DISPENSA\\_vFinal.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MAIS_NOVIDADES/20130117_NORMAS_DISPENSA_vFinal.pdf) (consultado a 14 de março de 2016).
20. Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de maio. Legislação Farmacêutica Compilada. Infarmed
21. Portaria n.º 224/2015 de 27 de julho. Diário da República, 1.ª série – N.º 144 – 27 de julho de 2015.
22. Infarmed. Dispensa exclusiva em Farmácia Oficina. Disponível em: [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS\\_USO\\_HUMANO/AVALIACAO\\_ECONOMICA\\_E\\_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS\\_USO\\_AMBULATORIO/MEDICAMENTOS\\_COMPARTICIPADOS/Dispensa\\_exclusiva\\_em\\_Farmacia\\_Oficina](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AVALIACAO_ECONOMICA_E_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS_USO_AMBULATORIO/MEDICAMENTOS_COMPARTICIPADOS/Dispensa_exclusiva_em_Farmacia_Oficina) (consultado a 30 de março de 2016).
23. Decreto-Lei n.º 113/2010 de 21 de Outubro. Diário da República, 1.ª série – N.º 205 – 21 de Outubro de 2010.
24. Decreto-Lei n.º 216/2008 de 11 de Novembro. Diário da República, 1.ª série – N.º 219 – 11 de Novembro de 2008.
25. WHO. Breastfeeding. Disponível em: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/> (consultado a 17 de março de 2016).
26. Decreto-Lei n.º 136/2003, de 28 de Junho. Portal HACCP - Portal de Segurança Alimentar. Disponível em: [http://www.segurancaalimentar.com/leg\\_desc1.php?id=902](http://www.segurancaalimentar.com/leg_desc1.php?id=902) (consultado a 27 de fevereiro de 2016).
27. Decreto-Lei n.º 314/2009 de 8 de Outubro. Diário da República. 1.ª série – N.º 209 – 28 de Outubro de 2009.
28. Infarmed. Dispositivos Médicos. Disponível em: [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS\\_MEDICOS](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS_MEDICOS) (consultado a 29 de fevereiro de 2016).
29. Infarmed. Dispositivos médicos na farmácia. Disponível em: [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS\\_MEDICOS/AQUISICAO\\_E\\_UTILIZACAO/DISPOSITIVOS\\_MEDICOS\\_FARMACIA](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS_MEDICOS/AQUISICAO_E_UTILIZACAO/DISPOSITIVOS_MEDICOS_FARMACIA) (consultado a 29 de fevereiro de 2016).
30. Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho. Legislação Farmacêutica Compilada. Infarmed.

# Capítulo 3 - Estágio em Farmácia Hospitalar

## 1. Introdução

A Farmácia Hospitalar é definida pelo Decreto-Lei n.º 44 204/1962, de 2 de fevereiro (1), como o "conjunto de atividades farmacêuticas exercidas em organismos hospitalares ou serviços a eles ligados para colaborar nas funções de assistência que pertencem a esses organismos e serviços e promover a ação de investigação científica e de ensino que lhes couber sendo estas atividades exercidas através de Serviços Farmacêuticos Hospitalares (SFH)".

Assim, os SFH constituem um papel fulcral na prestação de cuidados de saúde aos utentes do hospital, promovendo a utilização segura e racional dos medicamentos, na integração em equipas multidisciplinares, na participação de ensaios clínicos, no desenvolvimento em atividades relacionadas com a Farmácia Clínica e na participação ativa em comissões técnicas.

O meu estágio em Farmácia Hospitalar decorreu entre 20 de abril e 13 de junho, nos SFH do CHCB com duração de 312 horas e este relatório visa elucidar as competências técnico-científicas adquiridas nas diversas áreas (setor da logística e armazenamento, distribuição, farmacotécnica, farmácia clínica, ensaios clínicos e farmacovigilância).

## 2. Organização e gestão dos serviços farmacêuticos

### 2.1. Seleção de medicamentos

A seleção de medicamentos utilizados pelos doentes do CHCB está a cargo da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), da qual faz parte o farmacêutico responsável por este setor. A CFT está encarregue de publicar e atualizar o guia terapêutico interno, isto é uma lista de medicamentos e outros produtos de saúde passíveis de ser prescritos aos doentes do CHCB, tendo em consideração as necessidades terapêuticas dos doentes do Hospital e o Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM).

O guia terapêutico visa garantir aos doentes a melhor qualidade dos medicamentos e produtos de saúde e uma minimização de custos. Caso os médicos considerem necessário a introdução de um determinado medicamento na farmacoterapêutica de um doente não incluído no guia terapêutico, este efetua um pedido à CFT para a introdução do mesmo no guia terapêutico do CHCB, preenchendo um impresso próprio, com as respetivas razões terapêuticas que

sustentem a necessidade deste e não de outro medicamento previamente disponível. Cabe à CFT analisar o pedido e tomar a decisão final.

## **2.2 Aquisição de medicamentos**

A aquisição consiste na elaboração de pedidos de compra dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos de acordo com as necessidades da farmácia e do restante hospital, tendo em consideração o *stock* atual, o consumo dos últimos meses e dos dias anterior, bem como as previsões futuras. Esta aquisição é da responsabilidade do farmacêutico hospitalar, devendo ser efetuada pelos SFH em articulação com o Conselho de Administração (CA) e o Serviço de Logística Hospitalar (SLH) (2).

Uma vez concluída a análise dos medicamentos e produtos de saúde necessários, é efetuado um pedido de compra, a ser posteriormente enviado aos SLH, por via eletrónica. No caso particular das encomendas dos MEP e das benzodiazepinas é necessário preencher o Anexo VII, que corresponde a um impresso da Imprensa Nacional da Casa da Moeda estipulado para o efeito.

No que concerne ao tipo de aquisição, esta pode ser realizada por concurso público centralizado, recorrendo ao catálogo Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS); concurso público limitado (da instituição); negociação direta com laboratórios ou fornecedores; consultas direta, contactando com a empresa titular da Autorização de Introdução no Mercado (AIM) e compras urgentes a fornecedores locais, por exemplo a farmácias.

Em casos excecionais de necessidade de um determinado medicamento, com benefício clínico comprovado, mas que tenha apenas AIM noutra país, que não em Portugal, é possível efetuar uma Autorização de Utilização Especial (AUE) mediante a autorização do INFARMED.

## **2.3 Receção dos produtos farmacêuticos**

Os produtos farmacêuticos estão sujeitos a uma receção prévia no SLH, que consiste em introduzir as encomendas no sistema informático. De seguida, estas são reencaminhadas para os SFH (2).

No CHCB, a receção de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos é efetuada, habitualmente, no período da tarde, tendo em consideração que os produtos que necessitam de cadeia de frio são encaminhados imediatamente para a câmara frigorífica, aguardando aí a sua conferência.

A receção dos referidos produtos é efetuada por um técnico de diagnóstico e terapêutica (TDT) dos SFH e por um representante do SLH. Este último faz-se acompanhar das respetivas guias de remessa, em duplicado, sendo que o TDT e o elemento do SLH são responsáveis por

conferir qualitativamente e quantitativamente os respetivos produtos, verificar os lotes e os prazos de validades e comparar com a informação que constam na guia de remessa, a ser posteriormente assinada pelo TDT. Um dos impressos permanece na farmácia, arquivado no armazém central e o outro segue para o SLH.

Determinados produtos farmacêuticos, como por exemplo os derivados do plasma e matérias-primas requerem um boletim de análise para que possam ser rececionados. Os medicamentos classificados de citotóxicos, devem ser rececionados separadamente dos restantes, guardados numa caixa devidamente identificada com “Medicamentos Citotóxicos” até serem armazenados nos locais destinados ao efeito. Caso se verifique algum derrame de um fármaco citotóxico deve-se recorrer ao *kit* de emergência que se encontra na área de receção (3).

Qualquer não conformidade detetada na etapa de receção dos produtos farmacêuticos é registada, sendo este registo um indicador de qualidade.

No decorrer do meu estágio tive a oportunidade de auxiliar na receção de encomendas.

## **2.4 Armazenamento**

Os produtos farmacêuticos, no CHCB, após serem rececionados são armazenados no armazém central, por um Assistente Operacional (AO) sob a orientação do TDT, exceto o armazenamento dos MEP que está a cargo do TDT.

Os produtos farmacêuticos são acondicionados em prateleiras, por ordem alfabética de DCI e acondicionados segundo o princípio FEFO (4). Alguns medicamentos estão organizados segundo a classe farmacológica (antibióticos, tuberculostáticos, anestésicos, MEP, citotóxicos e anticoncepcionais) e outros agrupados de forma mais específicos de acordo com o seu destino, nomeadamente: medicamentos destinados à dispensa em ambulatório, produtos para estomatologia, colírios, material de penso, leites para pediatria, alimentação entérica e parentérica. Os produtos em maior quantidade são guardados em prateleiras destinadas a esse efeito, os MEP encontram-se condicionados num armário corta-fogo e com dupla fechadura, os inflamáveis são armazenados numa sala, separada do restante armazém, com porta corta-fogo e a abrir para fora, a instalação elétrica é do tipo anti-deflagrante, as paredes interiores são reforçadas e resistentes ao fogo, o chão é impermeável e rebaixado de forma a criar uma barreira de contenção em caso de derrames. Adicionalmente, as matérias-primas são guardadas no laboratório, os injetáveis de grande volume e os desinfetados acondicionados em sala própria devido às suas dimensões e os produtos termolábeis armazenados em câmaras frigoríficas, onde a temperatura é continuamente monitorizada e registada (caso a temperatura seja superior a 8°C, o sistema de alarme é acionado) (1).

Embora o armazenamento dos produtos farmacêuticos seja efetuado no armazém central, se necessário podem ser distribuídos para os armazéns periféricos (armazém da dose unitária;

armazém do setor da farmacotecnia; armazém do setor de ambulatório; armazém de quarentena e armazém do Hospital do Fundão), bem como, para os sistemas semiautomáticos de distribuição *Pyxis™*, presentes em alguns Serviços Clínicos (SC).

Os colaboradores dos SFH do setor do armazém têm ainda em consideração a identificação dos *blisters* dos medicamentos destinados a ser dispensados na forma de distribuição individual com o DCI, dosagem, validade e lote (4).

Durante o meu período de estágio tive a oportunidade de colaborar no processo de registo da rotulagem e na colocação dos rótulos, bem como no armazenamento das encomendas rececionadas.

#### **2.4.1 Controlo de prazos de validade e contagem de stocks**

O setor do armazém dos SFH do CHCB é responsável por efetuar diariamente a contagem dos produtos existentes nos armazéns, caso seja detetado algum erro é efetuada uma segunda contagem e analisados os movimentos dos produtos no sentido de proceder às devidas correções (5). Como indicador de qualidade deste parâmetro, tem-se a monitorização do número de regularizações efetuadas.

Adicionalmente, no final de cada mês faz-se um controlo de prazos de validade, onde é efetuado um levantamento dos produtos farmacêuticos que expiram num prazo máximo de 4 meses. Caso existam produtos que obedeçam a este critério é analisada a possibilidade de escoamento destes, sendo identificados com a sinalética “Validade Reduzida”. Por outro lado, se não houver cumprimento da premissa anterior, os produtos são enviados para o armazém de quarentena para serem destruídos. O número de artigos detetados com um prazo de validade inferior a 4 meses, bem como a monitorização em valor das intervenções realizadas, no sentido de evitar a perda de medicamentos por prazo de validade expirado constitui um indicador de qualidade da área de armazenamento. O objetivo de qualidade é a diminuição da taxa de abate de medicamentos, sendo que não deve exceder os 30%, de acordo com a norma ISO 9001:2008 implementado nos SFH do CHCB.

No decorrer do meu período de estágio no setor do armazém, fui responsável por efetuar as contagens diárias dos produtos existentes no armazém central e comparar com o descrito no sistema informático, bem como efetuar o levantamento dos medicamentos a expirar nos 4 meses seguintes.

### **3. Distribuição**

#### **3.1. Distribuição tradicional**

No CHCB, o sistema de distribuição tradicional é iniciado com o estabelecimento de um ou vários perfis de consumo de cada serviço clínico, neste sentido são definidas as composições

quantitativas e qualitativas do *stock* que deverá existir nos SC. Sempre que necessário uma reposição de *stock*, o enfermeiro-chefe execute a requisição eletrônica.

Os pedidos solicitados pelos SC são satisfeitos no próprio dia, pelo TDT ou pelo AO, supervisionado pelo TDT (4). Todos os medicamentos a enviar aos SC são conferidos pelo TDT, sendo este responsável por efetuar a imputação eletrônica dos respectivos consumos. Concluídas as etapas anteriores, o AO entrega a respetiva medicação nos SC, onde o enfermeiro efetua a sua conferência (4).

Durante o meu período estágio fui responsável por colaborar preparação da medicação requisitada pelos SC.

## **3.2 Distribuição por reposição de *stocks* nivelados**

### **3.2.1 Sistema de reposição de níveis de *stocks* por carregamento e troca de “carros”**

Este sistema de distribuição caracteriza-se por ser composto por “carros” de armazenamento de medicamentos e produtos farmacêuticos, constituído por um *stock* quantitativo e qualitativo de produtos, previamente definido (4).

Nos SFH do CHCB, a reposição dos *stocks* dos “carros” de armazenamento é efetuada pelo TDT ou pelo AO sob supervisão do TDT. Os produtos introduzidos nos “carros” são imputados aos respetivos SC através de um PDA que lê os códigos de barras existentes nas gavetas dos mesmos. Posteriormente, estes são transferidos pelos AO para os respetivos SC e são trocados por outros que necessitam de nova reposição. Mensalmente, procede-se a um controlo de validades da medicação que consta nestes “carros” (4).

Durante o meu período de estágio, tive a oportunidade de participar na reposição dos produtos em falta nos “carros” de armazenamento dos vários SC.

### **3.2.2 Distribuição semiautomática através do sistema *Pyxis™***

O sistema *Pyxis™* é um sistema de distribuição semiautomático constituído por vários compartimentos destinados ao armazenamento de medicamentos e outros produtos farmacêuticos. Cada um dos compartimentos armazena um determinado produto farmacêutico, tendo por base um *stock* mínimo e máximo estabelecido, sendo recarregado periodicamente (6).

De acordo com o consumo de cada serviço, o próprio sistema *Pyxis™* gere um documento indicando o *stock* atual, o máximo e o mínimo. O TDT analisa o referido documento e se necessário efetua o recarregamento. Para o TDT efetuar a reposição necessita de introduzir no sistema o seu número mecanográfico e a sua impressão digital e posteriormente selecionar

os medicamentos a repor. Seguidamente, o sistema abre as divisões onde é confirmado o *stock* atual, verificado as respetivas validades e repostas as quantidades necessárias (4, 6).

No decurso do estágio, acompanhei e colaborei na preparação e reposição de *stocks* nos *Pyxis™* dos vários SC.

### 3.3 Distribuição individual diária por dose unitária

A distribuição individual diária por dose unitária consiste na distribuição diária dos medicamentos aos doentes internados, com recurso a gavetas ou cassetes devidamente identificadas com o nome do serviço clínico, nome completo do doente, número do processo, data de nascimento e, adicionalmente, o número da cama. Assim, esta forma de distribuição visa: aumentar a segurança no circuito do medicamento; conhecer melhor o perfil farmacoterapêutico dos doentes; diminuir os riscos de interações; racionalizar melhor a terapêutica; reduzir o tempo e trabalho dos enfermeiros destinados à gestão e preparação de medicamentos, o que lhes permite dedicarem mais tempo aos cuidados dos doentes; atribuir mais corretamente os custos e redução dos desperdícios (1, 7).

Esta distribuição é iniciada com uma prescrição médica, que contém informação acerca do doente; serviço onde este se encontra internado, identificação do médico prescriptor; data da prescrição e terapêutica instituída (fármaco, dosagem, forma farmacêutica e via de administração). Esta pode ser enviada aos SFH em suporte *online* ou, excecionalmente, em papel (1). Se esta se encontrar em suporte manual, implica a entrega do duplicado da prescrição médica nos SFH, para ser transcrita para o sistema informático (7).

A prescrição eletrónica acarreta algumas vantagens, já que se verifica uma minimização de erros ao nível da interpretação e transcrição associados à prescrição em papel, alerta possíveis interações medicamentosas, duração de antibioterapia, doses máximas, sinaliza o preenchimento de formulário de justificação de antibióticos, potencia um acesso ao histórico de internamento do doente, sugere alternativas e facilita um acesso rápido à informação (Prontuário Terapêutico, Resumo das Características do Medicamento, FHNM).

Este sistema de distribuição é iniciado pela análise e validação da prescrição médica, no sentido de detetar possíveis duplicações, interações, doses, vias ou frequências incorretas, alergias e o cumprimento do guia farmacoterapêutico do CHCB. O farmacêutico poderá sentir a necessidade de contactar o médico prescriptor para obter determinados esclarecimentos, fazendo-o telefonicamente (7). Caso seja detetada uma não conformidade e/ou tenha havido a necessidade de intervenção farmacêutica, o farmacêutico procede ao registo dessa mesma intervenção num *software* implementado nos SFH do CHCB.

Uma vez concluída a validação o farmacêutico procede à emissão e impressão do mapa de distribuição, bem como ao envio do mesmo para um sistema de gavetas rotativas

semiautomáticas (*Kardex*). Este equipamento recebe o mapa de distribuição e vai sinalizando a gaveta correta a que o operador se deve dirigir, quantidade de medicação a retirar e a que doente corresponde (7). Desta forma, há uma minimização dos erros e do tempo destinado a esta tarefa, melhorar a qualidade do trabalho executado e racionalizar os diversos *stocks* nas unidades de distribuição (1).

A medicação é organizada por um TDT, com auxílio de um AO, em gavetas compartimentadas, individualizadas e devidamente identificadas. Os medicamentos que não possam ser transportados nas referidas gavetas devido às suas maiores dimensões são identificados com etiquetas referentes a cada doente e transportados em recipientes próprios de cada serviço. De seguida, o farmacêutico é responsável pela conferência da mesma, por proceder à imputação dos consumos e registar as não conformidades, em documento de *excel*, isto é, a anotação do número de erros detetados e o número de gavetas conferidas, em cada serviço, sendo definido que inferior a 0,4% seria a meta do objetivo de garantia da qualidade. No setor em epígrafe encontram-se estipulados os seguintes objetivos ou indicadores: monitorizar o cumprimento do horário de entrega dos serviços; monitorizar o número de regularizações efetuadas; monitorizar o número de erros de medicação distribuída em dose unitária e monitorizar o número de não conformidades no armazém central.

Até ao momento da saída das “cassetes” para os serviços, o farmacêutico verifica sistematicamente a existência de alterações à prescrição inicial, altas, alterações de cama/serviço e/ou novos internamentos. Posteriormente, a medicação é entregue aos SC pelo AO nos horários definidos. Os medicamentos termolábeis, devidamente identificados devem apenas ser retirados do frigorífico antes da entrega e devem ser transportados conjuntamente com um termoacumulador para evitar a interrupção da cadeia de frio.

Uma vez efetuadas as entregas, sempre que o médico considere pertinente a administração de medicação para um determinado doente, o enfermeiro efetua, informaticamente, um pedido urgente aos SFH para ser posteriormente entregue pelo AO (7).

Durante o meu período de estágio neste setor tive a oportunidade de acompanhar a validação de prescrições médicas, conferir a medicação diária de cada doente internado, satisfazer pedidos urgentes e efetuar alterações da prescrição. Adicionalmente, procedi à transcrição de uma prescrição médica da Unidade de AVC.

### **3.4. Distribuição em regime de ambulatório**

O setor de ambulatório dos SFH do CHCB destina-se à dispensa de medicamentos a doentes provenientes de consultas externas, do hospital de dia, do internamento no momento da alta e, excecionalmente, doentes atendidos no serviço de urgência do CHCB (1, 2). Podem, ainda, ser dispensados medicamentos biológicos a doentes de outras instituições públicas, ao abrigo

do Despacho nº 18419/2010, de 2 de dezembro (8), devendo sempre confirmar se a consulta está certificada pela DGS.

Este tipo de dispensa visa satisfazer as necessidades provenientes de situações de emergência, em que o fornecimento dos mesmos não possa ser assegurado pelas farmácias comunitárias, pela necessidade de determinadas patologias crónicas estarem sujeitas a um rigoroso e restrito controlo, pela prescrição de terapêuticas em estabelecimentos de cuidados de saúde diferenciados, para garantir a adesão à terapêutica e para assegurar uma comparticipação, de determinados medicamentos, na sua totalidade (8).

Os medicamentos a serem dispensados no setor de ambulatório destinam-se a patologias legisladas, contudo os SFH do CHCB procedem à dispensa de medicamentos destinados a patologias não legisladas, mas que foram aprovadas pelo CA, nomeadamente, hipertensão pulmonar; hepatite B; VIH/SIDA (outros anti-infecciosos); osteoporose grave, transplantados hepáticos e de intestino, transplantação (novos imunossuppressores e antivíricos). Assim, este setor promove a redução dos custos e dos riscos associados ao internamento hospitalar, bem como, a possibilidade do doente continuar o tratamento no seu ambiente familiar (2).

As atividades do setor de ambulatório, do CHCB são desempenhadas num local específico, constituído por um pequeno armazém, um sistema robotizado de dispensa de medicamentos (*Consis*), uma câmara frigorífica e um armário metálico de dupla fechadura para o armazenamento dos MEP (8).

Este circuito de distribuição, requer a apresentação de uma prescrição médica (*online* ou em papel) emitida por um médico do CHCB (8), exceto os medicamentos biológicos para o tratamento da artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas (9), sendo que neste último caso, o farmacêutico tem de anotar na própria receita o dia da dispensa, a quantidade e lote do medicamento, identificação do doente com o respetivo número de cartão de cidadão/bilhete de identidade, número de episódio, assinatura do doente e do farmacêutico. De seguida, segue-se a verificação da prescrição médica e a dispensa da medicação. A dispensa desta pode ser efetuada ao próprio doente, sendo que este deve fazer-se acompanhar do seu bilhete de identidade/cartão do cidadão ou cartão do hospital, ou ao seu representante, apresentando a sua identificação e do doente. Contudo, o primeiro ato de dispensa deve ser sempre desempenhada pelo próprio doente para assinar o termo de responsabilidade (8).

Os medicamentos são dispensados para um mês de tratamento ou inferior, com exceção dos contraceptivos orais que podem ser dispensados para 3 meses. No sentido de promover a adesão à terapêutica e fomentar a utilização correta dos medicamentos, o farmacêutico responsável pelo ambulatório do CHCB, no ato da dispensa da medicação, disponibiliza informação verbal reforçada com informação escrita simples e compreensível, através da

entrega de folhetos informativos. Todas as cedências efetuadas em ambulatório são conferidas no dia seguinte à dispensa, pelo farmacêutico e, posteriormente, arquivadas segundo o serviço clínico.

Os farmacêuticos do setor do ambulatório, são, também, responsáveis pelo seguimento farmacoterapêutico dos doentes, avaliando a adesão à terapêutica através da análise do histórico de dispensas deste. Para algumas patologias, os SFH realizam um acompanhamento complementar e mais restrito, registando num documento de *excel* o dia da dispensa da medicação de cada doente. Esta monitorização é efetuada para doentes que tomam medicamentos para a esclerose múltipla, hepatite C, hepatite B, hipertensão pulmonar, esclerose lateral amiotrófica, e medicamentos biológicos. Caso se verifique uma não adesão, por parte do doente, o médico é notificado.

No que concerne aos medicamentos biológicos, todos os meses é enviado ao INFARMED o registo destes medicamentos, uma vez que são tratamentos dispendiosos, recentes e que necessitam de monitorização (10).

O farmacêutico do serviço de ambulatório, do CHCB, realiza semanalmente contagem dos medicamentos do armazém do ambulatório (à exceção dos MEP sujeitos a circuito especial) e efetua, se necessário, posterior reposição do *stock*.

No que respeita à qualidade, o ambulatório possui diversos indicadores e respetivos objetivos de qualidade a cumprir, nomeadamente: monitorização, mensal, do número de regularizações efetuadas no armazém 20 (número de erros inferior a 3%); monitorização do controlo mensal de estupefacientes e psicotrópicos nos SC; monitorização do número de não conformidades na contagem de estupefacientes; envio mensal do mapa de registo de medicamentos biológicos ao INFARMED (até ao dia 8 de cada mês); encerramento de 10 circuitos de hemoderivados aleatórios nos SC e monitorização correta da imputação aos centros de custo.

Durante o meu período de estágio procedi à contagem e controlo dos prazos de validade dos medicamentos do armazém do ambulatório, bem como à reposição do *stock*. Dispensei medicamentos e forneci folhetos informativos no sentido de aumentar a adesão à terapêutica. Paralelamente, auxiliiei no processo de conferência das prescrições, acompanhei o registo dos doentes sujeitos a uma monitorização mais restrita e efetuei o registo, em documento de *excel*, dos doentes a utilizar medicamentos biológicos.

## **3.5. Distribuição de medicamentos sujeitos a um controlo especial**

### **3.5.1. Hemoderivados**

Os medicamentos hemoderivados são todos aqueles derivados do plasma humano, que se caracterizam por uma elevada probabilidade de sofrer contaminações e/ou transmissão de doenças infeto-contagiosas (11).

Estes fármacos são dispensados em regime de ambulatório e necessita da apresentação da prescrição médica em impresso próprio para o efeito (Modelo nº 1804, exclusivo da Imprensa Nacional Casa da Moeda). Esta requisição é constituída por duas vias (“Via Farmácia” e “Via Serviço”), e está dividida em quatro quadros: quadro A - identificação do médico prescriptor e do doente; quadro B - requisição/justificação clínica; quadro C - registo de distribuição e quadro D - registo de administração (presente na “Via Serviço”) (11).

Aquando da receção do documento anteriormente indicado, o farmacêutico responsável pelo setor de ambulatório confirma o correto preenchimento dos quadros A e B e valida a prescrição médica. Posteriormente, preenche o quadro C do referido impresso, com o número do movimento, os dados referentes ao medicamento dispensado (nome/dose, quantidade, lote, laboratório de origem/fornecedor e o número de certificado de aprovação do lote emitido pelo INFARMED). O impresso é assinado pelo farmacêutico e pelo responsável pelo levantamento da medicação, sendo que a “Via Farmácia” fica arquivada no serviço de ambulatório e a “Via Serviço” retorna ao serviço requisitante, onde o enfermeiro regista, no quadro D, as administrações da medicação e, de seguida, arquiva no processo clínico do doente (11).

Para verificar a correta administração da medicação hemoderivada, o farmacêutico responsável pelo setor de ambulatório, desloca-se aos SC e efetua a verificação do quadro D do impresso relativo à “Via Serviço”, encerrando, desta forma o circuito dos hemoderivados. Este procedimento constitui um objetivo de qualidade adotado pela distribuição em regime de ambulatório dos SFH, do CHCB.

Durante o meu período de estágio neste setor tive a oportunidade de acompanhar todo o circuito de hemoderivados, nomeadamente, auxiliar na verificação e validação da prescrição, preencher o quadro C no modelo nº 1804, dispensar medicamentos hemoderivados, bem como proceder à imputação do consumo e conferir a respetiva requisição.

### **3.5.2. Medicamentos estupefacientes e psicotrópicos**

Os MEP são todos aqueles que se encontram listados nas tabelas do anexo do Decreto-lei nº 15/93 de 22 de janeiro (12), com exceção das benzodiazepinas. Ao abrigo do Decreto-lei supra-indicado, artigo 16º, apenas os farmacêuticos, ou alegados substitutos, podem

dispensar este tipo de medicamentos. Assim, o serviço de ambulatório do CHCB é responsável pela distribuição dos MEP. O registo destes é realizado num livro de requisição (modelo nº1509, exclusivo da Imprensa Nacional Casa da Moeda), designado Anexo X e aprovado pelo INFARMED. As folhas deste possuem um formato A5, autocopiativas e constituídas pelo original e o duplicado.

A cedência destes medicamentos requer a apresentação do Anexo X devidamente preenchido pelos enfermeiros com a identificação do medicamento e do doente, quantidade administrada, data de administração e rubrica de quem administrou. Cada impresso apenas pode conter uma substância ativa e deve ser assinado pelo diretor do serviço ou legal substituto. Aquando da reposição, o farmacêutico analisa e valida os registos efetuados, assina, repõe o *stock* e efetua a imputação dos respetivos lotes por serviço. O documento original permanece no setor do ambulatório e o duplicado retorna, juntamente com a medicação, ao serviço requerente. No dia seguinte, o farmacêutico confere todas as reposições e reencaminha à assistente técnica dos SFH para recolher a assinatura da diretora dos SFH ou o seu legal substituto e, trimestralmente, envia ao INFARMED uma relação dos MEP utilizados em tratamento médico e os seus movimentos (13).

Os SFH do CHCB possuem dois armazéns (armazém central e armazém de ambulatório) onde se encontram armários metálicos, de dupla fechadura, destinados ao armazenamento destes medicamentos. Paralelamente, os SC possuem um sistema semiautomático, *Pyxis™* ou armário metálico de dupla fechadura, para o armazenamento dos MEP. Semanalmente é efetuada uma conferência dos *stocks* dos MEP nos SFH. Mensalmente, os farmacêuticos responsáveis pela distribuição em regime de ambulatório, deslocam-se aos SC para contabilizarem estes medicamentos e verificarem os prazos de validade (13).

Ao longo do meu período de estágio, no setor de ambulatório, tive a oportunidade de colaborar na conferência das requisições (“Anexo X”) de MEP, ceder e efetuar a sua imputação informática. Paralelamente, efetuei a conferência de *stocks* dos MEP no armazém 10 e 20, colaborei na monitorização mensal dos MEP no serviço clínico de Urgência Geral, Urgência Pediátrica, Urgência Obstétrica, UCAD e efetuei a reposição dos mesmo no *Pyxis™* no Bloco Operatório.

## 4. Farmacotecnia

A indústria farmacêutica nem sempre consegue responder às necessidades terapêuticas específicas e individuais de cada doente. Assim, é fulcral a integração do setor da farmacotecnia nos SFH, no sentido de obter medicamentos necessários ao hospital e que não se encontram disponíveis no mercado (1).

## 4.1. Preparações farmacêuticas estéreis de citotóxicos injetáveis e biológicos

Determinados produtos citotóxicos e biológicos caracterizam-se pela sua elevada toxicidade. Assim, os SFH do CHCB dispõem de uma Unidade Centralizada para a Preparação de Citotóxicos que visa: minimizar o risco de contaminação dos profissionais de saúde; reduzir o tempo gasto pela enfermagem na manipulação; diminuir o consumo de citotóxicos e de material (redução de custos) e melhorar a qualidade das preparações.

A preparação de qualquer medicamento citotóxico é precedida da apresentação de uma prescrição médica efetuada, preferencialmente, diretamente no sistema informático do CHCB, tendo por base os protocolos de quimioterapia definidos internacionalmente. No CHCB, o enfermeiro do Hospital de Dia é responsável por ligar e confirmar telefonicamente que um determinado doente necessita da preparação da medicação de quimioterapia. O farmacêutico regista o nome completo do doente e a hora do telefonema, uma vez que o tempo decorrido entre a confirmação da prescrição e a entrega da terapêutica no Hospital de Dia constitui um indicador de qualidade, tendo sido definido como objetivo que o tempo de espera em 97% dos doentes não deve exceder as 2 horas. Após a confirmação, o farmacêutico procede à validação da prescrição tendo em consideração o diagnóstico do doente, o seu peso, altura, área de superfície corporal, creatinina, clearance de creatinina e outros elementos que possam ser importantes no cálculo das doses; o esquema terapêutico (protocolo) e a fase do tratamento (número do ciclo, dia do ciclo, linha terapêutica) (14). De seguida, é iniciada a manipulação dos medicamentos biológicos ou citotóxicos injetáveis. Para isto, a Unidade Centralizada do setor da farmacotecnia do CHCB é composta por um Sistema Modular de Salas Limpas *Misterium*, que contém um sistema de manutenção da qualidade do ar interior, devido à filtração com filtros HEPA. Desta forma, é assegurado um adequado nível de pureza e as necessárias condições assépticas. O Sistema Modular de Salas Limpas dos SFH do CHCB é composto pela pré-sala e a sala de preparação. Estas salas obedecem aos critérios de aceitação do Sistema Modular de citotóxicos, no que concerne às condições de pressão e temperatura (Anexo 3.1). A pré-sala, de pressão positiva, destina-se à preparação do farmacêutico responsável pela manipulação. A sala de preparação, com pressão negativa para impedir a passagem de partículas contaminantes para a pré-sala, destina-se à reconstituição e/ou diluição de medicamentos para a quimioterapia e encontra-se equipada com uma Câmara de Fluxo de ar Laminar Vertical (CFLV), neste caso de classe II, tipo B2. A referida câmara confere segurança biológica adequada ao produto manipulado, ao profissional responsável pela preparação e ao ambiente (14).

Os medicamentos a ser reconstituídos/ diluídos e os equipamentos necessários a essa tarefa são transferidos para a sala de preparação através do *transfer* (janela de dupla porta com duplo encravamento), que permite a passagem do material sem que seja possível a abertura das duas portas em simultâneo (14). Concluída a preparação, o operador envolve os produtos

manipulados em papel de alumínio, identifica-os com o respetivo rótulo e coloca-os no *transfer* para serem validados por outro farmacêutico.

Todo o equipamento utilizado durante a manipulação é descartado, sendo que o material cortante/perfurante, seringas e frascos de citotóxicos são introduzidos num contentor de plástico rígido de cor amarela, o material não cortante, as luvas e o restante equipamento de proteção do operador é colocado num saco de cor vermelha, para ser incinerado a temperaturas superiores a 1100°C. Uma vez concluída a preparação, a câmara é desinfetada com álcool a 70% (14, 15).

Durante o meu período de estágio no serviço de farmacotecnia, fui responsável pelo registo diário da pressão e temperatura do Sistema Modular de citotóxicos, rececionei, por telefone, as confirmações dos protocolos prescritos pelo Hospital de Dia. No final do dia calculei o tempo decorrido entre a confirmação da prescrição e a entrega da medicação no respetivo serviço e procedi ao cálculo da média aritmética dos tempos de espera. Adicionalmente, contactei com várias patologias e respetivos protocolos, observei a preparação de citotóxicos, preparei pré-medicação, arqueei os mapas de cada doente, com o objetivo de atualizar os perfis farmacoterapêuticos dos respetivos doentes e efetuei o controlo de *stocks* dos fármacos armazenados no armazém 10 e 13 e na câmara frigorífica, uma vez que o número de regularizações constitui um indicador de qualidade.

## **4.2. Preparações farmacêuticas estéreis de nutrição parentérica e de outras soluções estéreis**

O setor da farmacotecnia do CHCB é responsável por efetuar preparações farmacêuticas estéreis, nomeadamente bolsas de Nutrição Parentérica (NP), preparações injetáveis e colírios.

A NP destina-se a doentes com determinadas patologias ou situações clínicas que impedem ou tornam insuficiente a alimentação por via oral ou por via entérica (16). Desta forma, as bolsas de NP disponíveis no CHCB destinam-se a ser administradas por perfusão endovenosa por veia central ou por veia periférica e são tricompartimentadas. Os respetivos compartimentos contêm macronutrientes (soluções de glucose, lípidos e aminoácidos) e eletrólitos. Aquando da preparação das bolsas de NP, os compartimentos são rompidos e posteriormente podem ser aditivados oligoelementos, vitaminas hidrossolúveis e lipossolúveis ou alanina-glutamina, de acordo com a necessidade de cada doente.

Para o farmacêutico iniciar a preparação de uma bolsa de NP ou de outras formas farmacêuticas estéreis é necessário que o médico efetue, de preferência informaticamente, uma prescrição médica. Esta é validada pelo farmacêutico, de seguida é recolhido o material necessário à preparação, efetuado a imputação por lote dos consumos, impressas as

respetivas etiquetas e um documento intitulado de “Unidade de preparação de misturas intravenosas, Preparação de Nutrição Parentérica”. Este último documento contém a identificação do doente, do serviço, do médico, da preparação, das misturas nutritivas e aditivas, bem como, a data de administração, dia e hora da preparação, tempo de preparação, validade, assinatura do preparador, controlo de qualidade, assinatura do verificador e do validador. No verso do respetivo documento é impresso a etiqueta da bolsa, onde é sublinhada a fluorescente a palavra “central” ou “periférica” consoante a situação.

Seguidamente, é efetuada a preparação da bolsa de NP no interior do Sistema Modular de Salas Limpas, *Misterium* sendo esta constituída por uma pré-sala e uma sala de preparação. Ambas as salas possuem pressão positiva, contudo a sala de preparação caracteriza-se por apresentar uma pressão mais elevada, no sentido de evitar a entrada de partículas contaminadas. O setor da farmacotecnia do CHCB cumpre com os requisitos de pressão e temperatura criteriosamente definidos quer para a pré-sala, quer para a sala de preparação (Anexo 3.1). Tal como a preparação de citotóxicos, a pré-sala é reservada à preparação do farmacêutico e a sala de preparação destinada à preparação de bolsas de NP ou outras soluções estéreis. Esta é composta por uma Câmara de Fluxo de ar Laminar Horizontal (CFLH), onde o ar é deslocado horizontal e paralelamente, protegendo apenas o produto preparado (17).

Uma vez concluída a preparação, as bolsas de NP são introduzidas no *transfer* para serem validadas, rotuladas e acondicionadas. A validação destas consiste em verificar a conformidade dos seguintes aspetos: integridade física da embalagem; ausência de partículas; sem separação de fases e verificação do rótulo.

No que concerne aos indicadores de qualidade, o controlo e qualidade das preparações estéreis é um indicador da qualidade das mesmas e esta é comprovada através da preparação em duplicado de 2,5mL de glucose a 5% e 2,5mL de água própria para injetáveis e enviado ao laboratório de análises clínicas para efetuar o controlo microbiológico.

Durante o meu período de estágio neste setor, fui responsável por efetuar o registo e controlo diário da temperatura e pressão na pré-câmara e na câmara de preparação; rececionar telefonicamente a confirmação da preparação das bolsas de NP; recolher o material necessário à sua preparação; analisar e preparar as respetivas bolsas.

### **4.3. Preparação de manipulados não estéreis**

Define-se medicamento manipulado toda e qualquer fórmula magistral ou preparado oficial que é preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico (18).

Nos SFH do CHCB estas preparações são realizadas num laboratório devidamente equipado. O respetivo local contém dois armários destinados à separação do material de acordo com o

tipo preparações a que se destina (material identificado com autocolante verde para preparações de uso interno e material com autocolante vermelho para preparações de uso externo). Nos SFH do CHCB, a preparação dos medicamentos manipulados não estéreis está a cargo do TDT, sendo validado por um farmacêutico. As não conformidades constituem indicadores de qualidade.

A preparação é iniciada após a uma prescrição médica que é enviada diretamente ao setor da dose unitária ou do ambulatório (19). A preparação é acompanhada da ficha de preparação que contém a designação da preparação, quantidade a preparar, data da preparação, composição, fórmula (matérias-primas a utilizar, respetivas quantidades e lotes), equipamento, técnica de preparação, ensaios de verificação, modelo do rótulo, prazo de utilização, condições de conservação e observações (por exemplo precauções especiais).

Antes de ser iniciada a preparação propriamente dita, o operador certifica-se da inexistência de incompatibilidades entre as matérias-primas, verifica se estas se encontram devidamente rotuladas e dentro dos prazos de validade, efetua os cálculos indispensáveis para determinar a quantidade necessária de cada composto, equipa-se (bata, touca, luvas e máscara), desinfeta as bancadas, reúne o material necessário e certifica-se que se encontra nas melhores condições de funcionamento e de limpeza. Concluída a preparação, como descrito na ficha de preparação, realizam-se os ensaios de verificação (19). O manipulado é acondicionado num recipiente adequado, rotulado e, se relevante, são colados pictogramas a alertar o grau de toxicidade ou precauções especiais.

No decorrer do estágio, auxiliei na preparação de alguns medicamentos manipulados. Colaborei na realização dos cálculos necessários para a preparação, na seleção do material e na rotulagem de manipulados, tendo especial consideração a sinalética adotada e acompanhei o registo informático dos mesmos. Adicionalmente, efetuei controlo de *stocks* das matérias-primas guardadas nesta área e procedi a um registo da validação da entrada de matérias-primas, tendo em consideração os dados presentes na embalagem e no boletim de análise da mesma.

#### **4.4. Reembalagem**

A identificação da medicação que vai ser administrada ao doente é essencial. Assim, surgiu a necessidade de se efetuar o reembalamento de alguns medicamentos, com o objetivo de individualizar a dose prescrita pelo médico e facilitar a identificação do medicamento. Desta forma, a reembalagem promove uma maior segurança, estanquicidade, proteção mecânica da luz e do ar e uma melhor qualidade do medicamento (1, 20).

Os SFH efetuem esta atividade a medicamentos destinados a serem administrados por via oral, na forma farmacêutica de cápsulas ou comprimidos, para o sistema de distribuição individual diária em dose unitária e para os doentes em regime de ambulatório (20).

Os SFH do CHCB possuem uma sala própria destinada a esta atividade e é composta por dois equipamentos de reembalagem, *Fast Dispensing System (FDS)*, sistema automático e Máquina Semiautomática de Reembalamento (*MSAR*). Em qualquer um dos equipamentos é necessário desblisterar os medicamentos da embalagem primária original e nenhum deles está preparado para efetuar a reembalagem de produtos termolábeis.

O FDS é utilizado no reembalamento de comprimidos e cápsulas não fotossensíveis. Este equipamento é composto por várias cassetes onde são inseridos os medicamentos. Antes da introdução destes é registado o lote, validade se inferior a seis meses, caso contrário o equipamento atribui um prazo de validade de seis meses, já que o desblisteramento faz com que o seu tempo de vida seja mais curto. Atendendo a que as cassetes do equipamento se encontram calibradas para o peso do medicamento que lhe corresponde, caso se verifique uma troca de medicamentos, durante o enchimento destas, o equipamento emite um sinal de alerta. Após o enchimento das gavetas, esta é inserida na sua posição específica, que tem de ser confirmada informaticamente através de um leitor ótico.

No que concerne ao MSAR, esta é utilizada no reembalamento de metades ou quartos de comprimidos, comprimidos ou cápsulas fotossensíveis ou citotóxicas (20).

Após o reembalamento, para qualquer um dos equipamentos, é obtido uma manga com os medicamentos individualizados e onde se encontra inscrito o nome da substância ativa, dosagem, data da reembalagem, prazo de validade, laboratório, lote e código de barras (1, 20).

No sentido de garantia de qualidade dos medicamentos reembalados, o farmacêutico é responsável por efetuar uma observação integral da manga produzida, comparar a informação contida nas embalagens originais com o relatório diário do enchimento impresso no final do dia, contendo informações dos medicamentos reembalados (20). Constitui um indicador de qualidade deste processo o número de não conformidades na produção da manga ou erros de embalamento.

Nesta área, acompanhei todo o processo de reembalagem e de validação de medicamentos reembalados utilizando a FDS e a MSAR.

#### **4.5. Preparação de água purificada**

Uma das áreas integrantes do setor da farmacotecnia é a preparação de água purificada, isto é, isenta de contaminantes. Esta destina-se a ser utilizada na preparação de manipulados de uso externo. Os SFH do CHCB possuem um purificador de água, "*Micromeg, Instant Purified Water, ELGA*" destinado à preparação de manipulados não estéreis (21).

## 5. Farmácia Clínica

A Farmácia Clínica é um conceito que implica a intervenção farmacêutica centrada no doente e que inclui o farmacêutico numa equipa multidisciplinar, onde tem a oportunidade de acompanhar os doentes internados, nos seus respetivos SC e cooperar continuamente com outros profissionais de saúde. A prática da Farmácia Clínica envolve a filosofia do cuidado farmacêutico, oferecendo uma orientação nos cuidados de saúde, promoção do uso racional e apropriado dos produtos medicamentosos, com o objetivo de otimizar a terapêutica, promover a saúde e o bem-estar e prevenir o surgimento de comorbilidades (1, 22). Para isto, os SFH do CHCB acompanham as visitas clínicas e efetuam o registo de intervenções farmacêuticas, a nível informático.

No CHCB, as visitas clínicas ou reuniões são realizadas periodicamente, em dias definidos que contam com a participação de farmacêuticos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e terapeutas da fala. Nestas visitas, o farmacêutico acompanha diretamente o historial clínico, a evolução da patologia/ estado de saúde e a farmacoterapia dos doentes. Sempre que necessário, sugere à equipa multidisciplinar alternativas terapêuticas, alerta para a duração da antibioterapia, informa sobre os antibióticos de utilização restrita e esclarece dúvidas, dos profissionais de saúde, acerca da farmacoterapia.

Para além das visitas clínicas, o farmacêutico pode também dirigir-se aos SC com o intuito de prestar informações ou indicações importantes sobre a farmacoterapia de determinados doentes.

Durante o meu período de estágio tive a oportunidade de participar nas visitas clínicas realizadas ao serviço de Cirurgia 1, Cirurgia 2, Medicina 1, Medicina 2, Gastroenterologia; assistir à reunião da Unidade de AVC.

## 6. Farmacovigilância

Segundo o INFARMED, o termo farmacovigilância contempla a ciência e todas as atividades relativa à deteção, avaliação, compreensão e prevenção de reações adversas ou de quaisquer outros problemas relacionados com medicamentos (23).

As notificações de RAM no CHCB são realizadas através do preenchimento do impresso de notificação de RAM, presente no SNF do INFARMED ou utilizando diretamente o *link* disponível na *Intranet*. Caso a notificação seja efetuada diretamente no suporte informático, o profissional deve comunicar à CFT e sempre a que notificação seja registada manualmente, o documento original deve ser enviado ao SNF e a fotocópia à CFT, para que esta analise as RAM notificadas (22).

O CHCB implementou um sistema de farmacovigilância ativa, que consiste num controlo mais rigoroso de novos fármacos introduzidos na instituição, medicamentos, que de acordo com as suas características, estão sujeitos a uma monitorização adicional e todos aqueles que possam ser considerados de alto risco. O setor de ambulatório é responsável por efetuar farmacovigilância ativa dos seguintes fármacos: enzalutamida, fingolimod, fampridina, micofenolato de mofetil, abiraterona.

Durante o meu período de estágio tive oportunidade de notificar uma reação adversa ao fármaco Cetirizina Farmoz, 10 mg.

## 7. Farmacocinética clínica

A Farmacocinética Clínica é um ramo da Farmácia Hospitalar, cujo objetivo primordial é o estudo da evolução temporal das concentrações do fármaco no organismo e assim determinar qual a dose de fármaco necessária para atingir uma concentração adequada no local de ação (1, 24). A monitorização das concentrações séricas são fulcrais nos fármacos que apresentam um intervalo terapêutico estreito ou aqueles com maior variabilidade de comportamento cinético. Assim, a Farmacocinética Clínica visa administrar a dose certa de um determinado fármaco, evitando a sobredosagem ou a subdosagem, promover a individualização posológica e otimizar os tratamentos farmacológicos (1).

Os SFH do CHCB efetuam a monitorização sérica da vancomicina, da gentamicina e da amicacina mediante um pedido prévio por parte do médico ou através de uma proposta efetuada pelo farmacêutico. Para isto, o farmacêutico recorre ao programa informático, *Abbottbase PK System* que possibilita a determinação de parâmetros farmacocinéticos individuais do doente e, assim, propor um novo regime posológico (24).

Como indicador de qualidade nesta atividade insere-se o objetivo de aumentar o número de propostas de monitorização sérica aceites. Durante o meu período de estágio, acompanhei a monitorização da vancomicina num doente de 51 anos.

## 8. Informação sobre medicamentos

O farmacêutico, enquanto profissional especialista do medicamento, é responsável por selecionar e reunir toda a informação necessária para conseguir dar resposta às dúvidas que lhes são apresentadas e tomar as melhores decisões no que concerne à terapêutica, de acordo com as características específicas de cada doente (2, 25). Este tipo de serviço visa, desta forma, promover a utilização segura, eficaz, racional e económica dos medicamentos, dispositivos médicos e outros produtos de saúde, procedendo-se de uma forma ativa ou passiva.

A informação ativa é a informação que é disponibilizada por iniciativa dos SFH, quando estes detetam a necessidade desta. No CHCB, este tipo de informação é fornecida pelos farmacêuticos, numa base de dados, na *Intranet*, para que os outros profissionais de saúde possam consultar e através de folhetos informativos e da *Newsletter* que circula no CHCB (25). No que concerne à informação passiva, esta refere-se ao esclarecimento de dúvidas e a resolução de questões colocadas por outros profissionais de saúde ou doentes, acerca de determinada farmacoterapia (25). O CHCB possui um *software*, onde o farmacêutico regista a questão que lhe foi colocada com a respetiva resposta e fontes bibliográficas consultadas, para posterior consulta, quando necessário. Este tipo de registo demonstra a qualidade do serviço prestado, sendo que o número de informações prestadas e o tempo de resposta (inferior a 30 minutos) constitui um indicador de qualidade.

Adicionalmente, o CHCB incentiva a atualização e partilha dos conhecimentos entre os profissionais, através da implementação de sessões clínicas acerca de vários temas atuais e de extrema relevância. Durante o meu período de estágio tive a oportunidade de assistir às sessões clínicas, intituladas “Quando, como e que doentes referenciar aos cuidados paliativos” e “Reconciliar e medicar melhor: novidade no CHCB”, bem como a possibilidade de acompanhar e registar o esclarecimento de algumas dúvidas colocadas pelos médicos.

## 9. Reconciliação terapêutica

A população é cada vez mais idosa e na maioria das vezes polimedicada, pelo que surge a necessidade de um conhecimento sistematizado da medicação de cada doente. Assim, neste âmbito, surgiu a reconciliação terapêutica, como uma alternativa fundamental para alcançar a segurança do doente, prevenir erros de medicação, evitar sobreposições e interações de medicamentos (26). Neste contexto, o CHCB desenvolveu um suporte informatizado de reconciliação terapêutica, que consiste na listagem da medicação do doente no momento da alta, bem como a medicação suspensa, designado por “cartão de medicação”. Este projeto visa, aumentar a adesão à terapêutica e levar a um decréscimo dos erros de medicação.

## 10. Comissões técnicas

A utilização racional, segura, efetiva e económica dos medicamentos dentro do hospital e a garantia da qualidade dos serviços prestados requer a existência de comissões técnicas especializadas em todos os hospitais. Estas comissões têm carácter consultivo com o objetivo de normalizar e regulamentar procedimentos no interior de uma instituição.

As comissões onde é obrigatória a presença de um farmacêutico são a CFT; Comissão de Ética (Comissão de Ética para a Investigação Clínica e Comissão de Ética para a Saúde) e Comissão Controlo da Infecção.

## 11. Estratégias para a gestão do risco

Os SFH do CHCB desenvolveram inúmeras estratégias com o intuito de minimizar e evitar a ocorrência de erros de medicação e, assim, aumentar a segurança, nomeadamente: sinalizar os doentes com nomes semelhantes, através da colocação etiquetas nas gavetas de distribuição individual diária de dose unitária; alertar para os medicamentos *Look-Alike*, *Sound-Alike* (LASA), escrevendo as letras diferentes em maiúsculas; colar etiquetas nas ampolas de injetáveis que são prescritas em dose parcial, com a designação “Dose Parcial”; diferenciar os medicamentos com a mesma substância ativa, mas com dosagens diferentes (“Semáforo: Vermelho - dosagem mais elevada, Amarelo-laranja - dosagem intermédia, Verde - dosagem mais baixa”), os medicamentos com embalagens idênticas (“Sinal de STOP”) e os potencialmente perigosos (“Sinal de perigo”). São ainda assinalados os eletrólitos de diluição obrigatória, os medicamentos reembalados que se encontram fracionados e os medicamentos com prazo de validade reduzida. Aquando do armazenamento, os produtos fotossensíveis são envolvidos em papel de alumínio e no setor da farmacotécnica, é aplicado a sinalética de segurança em caso de extravasão de citotóxicos: vesicante, irritante ou citotóxico.

Outras estratégias para a gestão de risco destacam-se por emitir alertas de apoio à prescrição, através do surgimento de mensagens, no sistema informático, que indicam, por exemplo interações, doses máximas, entre outros. No setor de ambulatório são colados pictogramas que pretendem elucidar acerca da posologia do medicamento e fornecidos folhetos informativos.

## 12. Ensaios clínicos

A Investigação Clínica caracteriza-se por investigações levadas a cabo em seres humanos, com o objetivo de determinar a segurança e a efetividade dos medicamentos, dispositivos médicos ou produtos de diagnósticos (27). Qualquer ensaio clínico para ser iniciado necessita de uma autorização prévia do INFARMED, da Comissão de Ética para a Investigação Clínica e da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Uma vez autorizado, o promotor reúne-se com os farmacêuticos que estarão envolvidos na referida investigação, disponibiliza a informação necessária, apresenta o protocolo e esclarece os procedimentos a efetuar durante o mesmo.

Os farmacêuticos que se integram na respetiva investigação são responsáveis por participar em todas as reuniões necessárias; organizar toda a documentação relativa ao ensaio clínico; rececionar a medicação experimental, bem como o seu armazenamento; dispensar a medicação do ensaio de acordo com a prescrição médica e registar a informação necessária em formulários adequados; disponibilizar informação aos participantes aquando da dispensa da medicação, por forma a assegurar o cumprimento do protocolo, a promoção da adesão à terapêutica e garantir que este devolve as embalagens vazias e a medicação que não foi

utilizada na consulta seguinte. O farmacêutico é ainda responsável por avaliar a *compliance* do doente, através da contabilização da medicação devolvida pelos doentes (28).

Nos SFH do CHCB, sempre que se verifica a chegada de medicação experimental, esta é rececionada pelos farmacêuticos envolvidos no ensaio clínico. Sempre que os farmacêuticos detetem alguma alteração ao protocolo, por exemplo os doentes manifestem algum tipo de reação adversa, o promotor deve ser notificado de imediato.

Os SFH do CHCB possuem um gabinete destinado a este fim, composto por suporte informático adequado, armários fechados destinado ao arquivo de informação dos ensaios clínicos em curso e dos que já decorreram, uma vez que a informação tem de ficar arquivada nos SFH durante 15 anos após o encerramento do ensaio. Adicionalmente é composto por uma câmara frigorífica destinada ao armazenamento de medicação que necessita de temperatura entre 2-8°C e um armário destinado a guardar a medicação devolvida pelos participantes. A medicação experimental que não necessita de condições especiais de armazenamento (estável entre 15-25°C) é condicionada num armário fechado à chave, no armazém central.

## 13. Conclusão

Durante o meu período de estágio em Farmácia Hospitalar pude contactar com todas as áreas anteriormente indicadas, estando cerca de 2 semanas em cada um dos setores. As atividades que observei e participei ativamente foram extremamente enriquecedoras, tanto a nível pessoal como profissional, contribuindo positivamente para o meu crescimento enquanto profissional de saúde.

O farmacêutico hospitalar tem um papel fulcral na integração das equipa multidisciplinar, promovendo a utilização racional dos medicamentos, otimização da terapêutica farmacológica e minimização dos custos.

Os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do MCF tornaram-se fundamentais ao longo do desempenho de todas as atividades realizadas no estágio, contribuindo para um bom aproveitamento e desempenho.

## 14. Referências bibliográficas

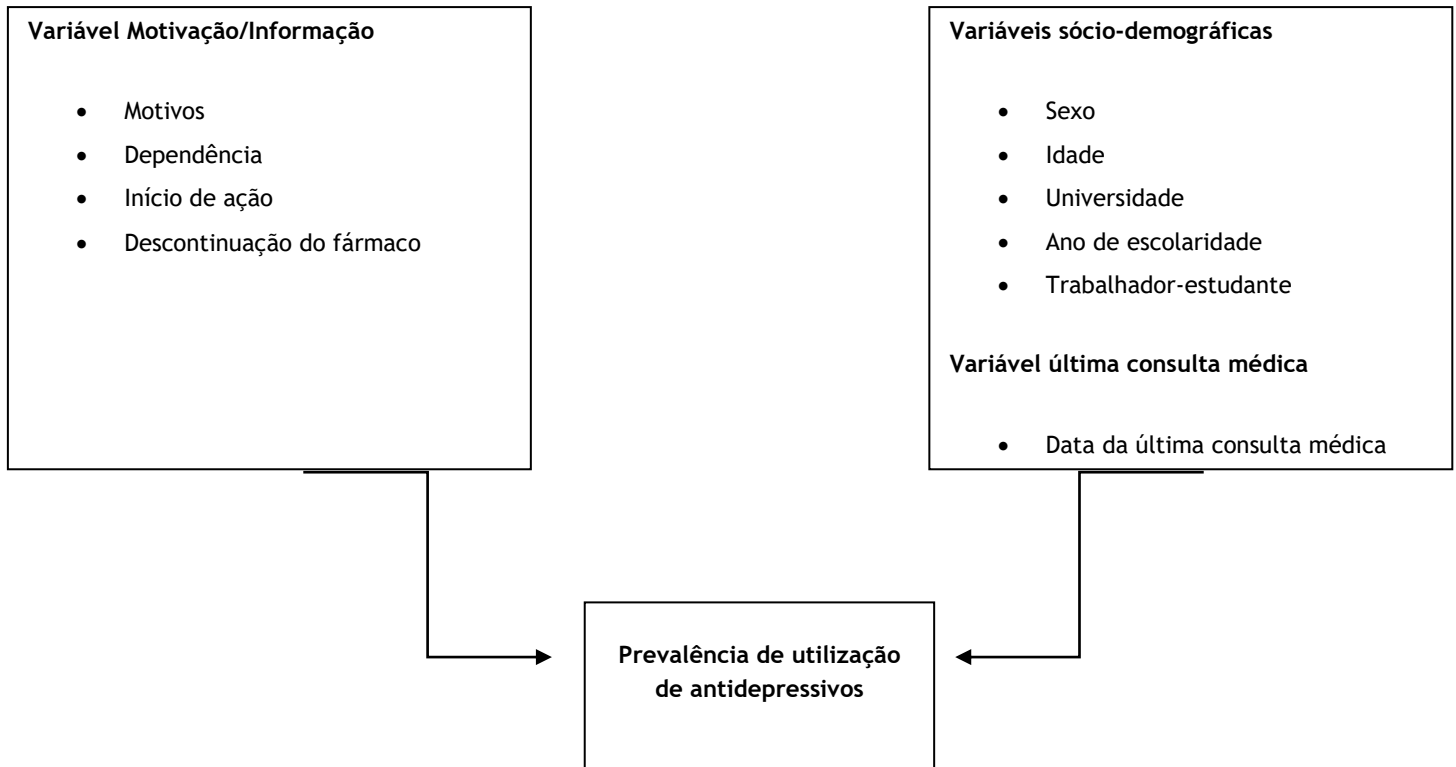
1. Conselho do Colégio de Especialidade em Farmácia Hospitalar. Boas Práticas em Farmácia Hospitalar. Ordem dos Farmacêuticos. 1999.
2. Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar. Manual da Farmácia Hospitalar. Ministério da Saúde. 2005.
3. Serviços Farmacêuticos Hospitalares do CHCB. Procedimento Interno CHCB.PI.FARM.10 - Conferência de medicamentos/outros produtos farmacêuticos entrados nos Serviços Farmacêuticos. 2ª edição. 2014. .
4. Serviços Farmacêuticos Hospitalares do CHCB. Procedimento Operativo CHCB.PO.FARM.08 - Armazenamento e distribuição-atividades desenvolvidas. 4ª edição. 2014.

5. Serviços Farmacêuticos Hospitalares do CHCB. Procedimento Interno CHCB.PI.FARM.11- Controlo de stocks e validades dos armazéns dos Serviços Farmacêuticos. 2ª edição. 2014 .
6. Serviços Farmacêuticos Hospitalares do CHCB. Procedimento Interno CHCB.PI.FARM.28- Distribuição semi-automática (Pyxis). 2ª edição. 2014.
7. Serviços Farmacêuticos Hospitalares do CHCB. Procedimento Interno CHCB.PI.FARM.08- Distribuição individual diária em dose unitária de medicamentos. 4ª edição. 2014.
8. Serviços Farmacêuticos Hospitalares do CHCB. Procedimento Interno CHCB.PI.FARM.04 - Dispensa de medicamentos em ambulatório. 4ª edição. 2013.
9. Despacho nº 18419/2010. 2ª Série. Nº 239 de 13 de dezembro de 2010. Legislação farmacêutica compilada. Infarmed.
10. Circular Normativa nº01/cd/2012. 31 de novembro de 2012. Procedimentos de cedência de medicamentos no ambulatório hospitalar. Infarmed.
11. Serviços Farmacêuticos Hospitalares do CHCB. Procedimento Interno CHCB.PI.FARM.05 - Circuito de medicamentos hemoderivados. 1ª edição. 2013.
12. Decreto-lei nº 15/93. Diário da República, Série I-A, nº18 de 22 de janeiro de 1993.
13. Serviços Farmacêuticos Hospitalares do CHCB. Procedimento Interno CHCB.PI.FARM.26 - Circuito de Estupefacientes e Psicotrópicos. 3ª edição. . 2014.
14. Serviços Farmacêuticos Hospitalares do CHCB. Procedimento operativo CHCB.PO.FARM.02 - Normas para a preparação de medicamentos citotóxicos nos serviços farmacêuticos. 7ª edição. 2014.
15. Serviços Farmacêuticos Hospitalares do CHCB. Procedimento operativo CHCB.PO.FARM.03 - Normas em caso de acidente envolvido citotóxicos. 4ª edição. 2014. .
16. Infarmed. Nutrição Parentérica. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/formulario/navegacao.php?paaid=197> (consultado a 26 de maio de 2016).
17. Serviços Farmacêuticos Hospitalares do CHCB. Procedimento operativo CHCB.PO.FARM.05 - Normas para a preparação e controlo de qualidade de fórmulas farmacêuticas estéreis e nutrição parentérica. 6ª edição. 2012.
18. Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho. Legislação Farmacêutica Compilada. Infarmed.
19. Serviços Farmacêuticos Hospitalares do CHCB. Procedimento operativo CHCB.PO.FARM.12 - Normas para a preparação e controlo de qualidade de fórmulas farmacêuticas não estéreis. 5ª edição. 2012.
20. Serviços Farmacêuticos Hospitalares do CHCB. Procedimento operativo CHCB.PO.FARM.01 - Normas para a Reembalagem de medicamentos orais sólidos. 5ª edição. 2012.
21. Serviços Farmacêuticos Hospitalares do CHCB. Procedimento operativo CHCB.PO.FARM.13 - Preparação de água purificada nos Serviços Farmacêuticos. 5ª edição. 2011.
22. Serviços Farmacêuticos Hospitalares do CHCB. Procedimento Interno CHCB.PI.FARM.31 - Farmacovigilância e farmácia clínica. 2ª edição. 2013.
23. Portal RAM. Sistema Nacional de Farmacovigilância. Disponível em: [https://extranet.infarmed.pt/page.seram.frontoffice.seramaboutpage?wmp\\_tc=1396715&wmp\\_rt=render&requestID=1632af7f-44be-493a-b1aa-8ddd157e43bf](https://extranet.infarmed.pt/page.seram.frontoffice.seramaboutpage?wmp_tc=1396715&wmp_rt=render&requestID=1632af7f-44be-493a-b1aa-8ddd157e43bf) (consultado a 30 de abril de 2016).
24. Serviços Farmacêuticos Hospitalares do CHCB. Procedimento Interno CHCB.PI.FARM.30 - Farmacocinética Clínica. 1ª edição. 2013.
25. Serviços Farmacêuticos Hospitalares do CHCB. Procedimento Interno CHCB.PI.FARM.06 - Processo de informação de medicamentos. 1ª edição. 2013.
26. Direção Geral de Saúde. Segurança e erros de medicação ou uso seguro do medicamento. Disponível em: <http://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/qualidade-na-saude/seguranca-do-doente/uso-seguro-do-medicamento.aspx> (consultado a 2 de maio de 2016).
27. Lei nº 46/2004. Legislação Farmacêutica Compilada. Infarmed.
28. Serviços Farmacêuticos Hospitalares do CHCB. Procedimento Interno CHCB.PI.FARM.33- Processo de Ensaios Clínicos. edição 2ª. 2013.

# Anexos



**Anexo 1.1** - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação.



**Anexo 1.2** - Inquérito enviado aos alunos do MICF.

#### INQUÉRITO CONDUCENTE À AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE ANTIDEPRESSIVOS EM ESTUDANTES DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

O meu nome é Fátima Teixeira e sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) da Universidade da Beira Interior (UBI). Este inquérito insere-se no âmbito da minha tese de mestrado, e tem como principal objetivo determinar a prevalência da utilização de antidepressivos na população em estudo. Neste sentido, peço-lhe que leia e responda a todas as questões de uma forma espontânea e sincera.

Este inquérito é de carácter estritamente **ANÓNIMO** e **CONFIDENCIAL** e, ao responder, está a autorizar que os dados fornecidos sejam utilizados estatisticamente na minha investigação de tese de mestrado.

Deve seleccionar a(s) alínea(s) que está(ão) de acordo com a sua experiência, sendo que nas questões com espaço em branco, deve responder clara e sucintamente.

Agradeço a sua colaboração e disponibilidade.

*Fátima Teixeira*

1. **Sexo:** Masculino  Feminino
2. **Idade:** (-----)
3. **Universidade:** (-----)
4. **Ano Académico:** 1º  2º  3º  4º  5º
5. **Estado Civil:** Solteiro  Casado
6. **Trabalha:** Sim  Não
7. **Última consulta médica:** Menos de 1 mês  Entre 1 e 3 meses  Entre 3 e 6 meses  Entre 6 meses e 1 ano  Mais de 1 ano
8. **Alguma vez recorreu à medicação antidepressiva?** Sim  Não
9. **Utiliza atualmente antidepressivos?** Sim  Não
10. **Se respondeu “Sim” na questão anterior, dispõe de prescrição médica? (Se respondeu “Não” na questão 8. e/ou 9. Deve passar diretamente à questão 14)**  
Sim  Não
11. **Qual a classe farmacológica que consome/já consumiu? (-----)**
12. **Recebeu algum tipo de aconselhamento para o uso do antidepressivo?**  
Sim  Não
13. **Se respondeu “Sim” na questão anterior, quem o aconselhou?**  
Médico   
Farmacêutico   
Psicólogo   
Outros  Quem? (-----)
14. **Considera o aconselhamento importante aquando a utilização de antidepressivos?**  
Sim  Não
15. **Na sua opinião, qual a importância do aconselhamento na terapêutica medicamentosa antidepressiva? (Pode seleccionar mais do que uma opção)**  
Promover o uso correto da medicação   
Aumento da segurança na terapia   
Aumento da efetividade da terapia   
Minimizar os efeitos decorrentes do mau uso do medicamento   
Evitar interações medicamentosas   
Prevenir os efeitos colaterais   
Outros  Quais? (-----)
16. **Quais os motivos que o levam/levariam a utilizar antidepressivos? (Pode seleccionar mais do que uma opção)**  
Ajudar no estudo   
Curiosidade   
Relaxar   
Gerir o *stress*   
Gerir emoções

Ajudar a dormir

Neutralizar ou aumentar os efeitos de outras substâncias

Acreditar que este tipo de medicação comporta vantagens acadêmicas

Outros  Quais? (-----)

**17. Caso tome/tenha tomado antidepressivos, alguma vez aumentou a dose sem consultar o médico?**

Sim

Não

**18. Se respondeu “Sim” na questão anterior, sentiu/sente efeitos colaterais?**

Sim

Não

**19. Se respondeu “Sim” na questão anterior, quais? (-----)**

**20. Caso tome/tenha tomado antidepressivos, alguma vez interrompeu a terapêutica sem consultar o médico?**

Sim

Não

**21. Caso tome/tenha tomado antidepressivos, alguma vez interrompeu o tratamento antidepressivo por consumir álcool?**

Sim

Não

**22. Considera que os antidepressivos podem causar dependência?**

Sim

Não

Não Sabe

**23. Qual o período que considera necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos, a partir do momento em que inicia a terapia?**

24 horas

48 horas

1 semana

2 semanas ou mais

Não sabe

**24. Considera que a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual?**

Sim

Não

Não sabe

### Anexo 1.3 - Output sexo dos participantes.

1. Sexo:

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido Feminino	296	79,8	79,8	79,8
Masculino	75	20,2	20,2	100,0
Total	371	100,0	100,0	

### Anexo 1.4 - Output relação entre sexo e idade.

2. Idade:

Sexo	Média	N	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Curtose	Erro Padrão da Curtose	Assimetria	Erro padrão da assimetria
Feminino	21,581	296	2,3026	21,000	18,0	34,0	7,403	,282	1,950	,142
Masculino	22,067	75	3,3383	21,000	18,0	40,0	10,241	,548	2,392	,277
Total	21,679	371	2,5484	21,000	18,0	40,0	10,398	,253	2,280	,127

Testes de Normalidade

	f.	Sexo:	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
			Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
2.		Idade: Feminino	,185	296	,000	,846	296	,000
		Masculino	,190	75	,000	,811	75	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Correlações

		2.	Idade:	sexo
2.	Idade:	Correlação de Pearson	1	,077
		Sig. (bilateral)		,141
		N	371	371
Sexo		Correlação de Pearson	,077	1
		Sig. (bilateral)	,141	
		N	371	371

## Anexo 1.5 - Output relação entre sexo e estado civil.

Tabulação cruzada 1. Sexo: \* 5. Estado Civil:

				5. Estado Civil:		Total
				Casado	Solteiro	
1. Sexo: Feminino	Contagem			1	295	296
	% em 1. Sexo:			0,3%	99,7%	100,0%
	% em 5. Estado Civil:			50,0%	79,9%	79,8%
	% do Total			0,3%	79,5%	79,8%
Masculino	Contagem			1	74	75
	% em 1. Sexo:			1,3%	98,7%	100,0%
	% em 5. Estado Civil:			50,0%	20,1%	20,2%
	% do Total			0,3%	19,9%	20,2%
Total	Contagem			2	369	371
	% em 1. Sexo:			0,5%	99,5%	100,0%
	% em 5. Estado Civil:			100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total			0,5%	99,5%	100,0%

## Anexo 1.6 - Output relação entre sexo e universidade.

Tabulação cruzada 1. Sexo: \* 3. Universidade:

			3. Universidade:								Total	
			FFUC	FFUL	FFUP	ISCSEM	IUCS-N	UAlg - FCT	UBI - FCS	UFP		ULHT
1.Sexo: Feminino	Contagem		54	33	28	25	7	34	85	16	14	296
	% em 1.Sexo:		18,2%	11,1%	9,5%	8,4%	2,4%	11,5%	28,7%	5,4%	4,7%	100,0%
	% em 3.Universidade:		80,6%	68,8%	80,0%	80,6%	70,0%	81,0%	86,7%	80,0%	70,0%	79,8%
	% do Total		14,6%	8,9%	7,5%	6,7%	1,9%	9,2%	22,9%	4,3%	3,8%	79,8%
Masculino	Contagem		13	15	7	6	3	8	13	4	6	75
	% em 1.Sexo:		17,3%	20,0%	9,3%	8,0%	4,0%	10,7%	17,3%	5,3%	8,0%	100,0%
	% em 3.Universidade:		19,4%	31,3%	20,0%	19,4%	30,0%	19,0%	13,3%	20,0%	30,0%	20,2%
	% do Total		3,5%	4,0%	1,9%	1,6%	0,8%	2,2%	3,5%	1,1%	1,6%	20,2%
Total	Contagem		67	48	35	31	10	42	98	20	20	371
	% em 1.Sexo:		18,1%	12,9%	9,4%	8,4%	2,7%	11,3%	26,4%	5,4%	5,4%	100,0%
	% em 3.Universidade:		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total		18,1%	12,9%	9,4%	8,4%	2,7%	11,3%	26,4%	5,4%	5,4%	100,0%

**Testes qui-quadrado**

	Valor	Gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	8,418 <sup>a</sup>	8	,394
Razão de verossimilhança	8,178	8	,416
Nº de Casos Válidos	371		

a. 3 células (16,7%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 2,02.

### Anexo 1.7 - Output relação entre sexo e ano académico.

**Tabulação cruzada 1. Sexo: \* 4. Ano Académico:**

			4. Ano Académico:						
			1º	2º	3º	4º	5º	Total	
1.	Sexo:	Feminino	Contagem	20	51	69	89	67	296
		% em 1.Sexo:	6,8%	17,2%	23,3%	30,1%	22,6%	100,0%	
		% em 4.Ano Académico:	69,0%	77,3%	83,1%	80,9%	80,7%	79,8%	
		% do Total	5,4%	13,7%	18,6%	24,0%	18,1%	79,8%	
	Masculino	Contagem	9	15	14	21	16	75	
		% em 1.Sexo:	12,0%	20,0%	18,7%	28,0%	21,3%	100,0%	
		% em 4.Ano Académico:	31,0%	22,7%	16,9%	19,1%	19,3%	20,2%	
		% do Total	2,4%	4,0%	3,8%	5,7%	4,3%	20,2%	
Total		Contagem	29	66	83	110	83	371	
		% em 1.Sexo:	7,8%	17,8%	22,4%	29,6%	22,4%	100,0%	
		% em 4.Ano Académico:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		% do Total	7,8%	17,8%	22,4%	29,6%	22,4%	100,0%	

**Testes qui-quadrado**

	Valor	Gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	3,071 <sup>a</sup>	4	,546
Razão de verossimilhança	2,874	4	,579
Nº de Casos Válidos	371		

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 5,86.

### Anexo 1.8 - Output relação entre sexo e trabalhador-estudante.

Tabulação cruzada 1. Sexo: \* 6. Trabalha:

				6. Trabalha:		Total
				Não	Sim	
1.	Sexo:	Feminino	Contagem	265	31	296
			% em 1.Sexo:	89,5%	10,5%	100,0%
			% em 6.Trabalha:	79,6%	81,6%	79,8%
			% do Total	71,4%	8,4%	79,8%
		Masculino	Contagem	68	7	75
			% em 1.Sexo:	90,7%	9,3%	100,0%
			% em 6.Trabalha:	20,4%	18,4%	20,2%
			% do Total	18,3%	1,9%	20,2%
Total			Contagem	333	38	371
			% em 1.Sexo:	89,8%	10,2%	100,0%
			% em 6.Trabalha:	100,0%	100,0%	100,0%
			% do Total	89,8%	10,2%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica	
			(Bilateral)	Sig exata (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	,085 <sup>a</sup>	1	,771	
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,006	1	,938	
Razão de verossimilhança	,086	1	,769	
Teste Exato de Fisher				1,000
Nº de Casos Válidos	371			,483

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 7,68.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

### Anexo 1.9 - Output relação entre sexo e a ultima consulta médica.

Tabulação cruzada 1. Sexo: \* 7. Última consulta médica:

				7. Última consulta médica:					Total
				1 a 3 meses	3 a 6 meses	6 a 1 ano	Mais de 1 ano	Menos de 1 mês	
1.	Sexo:	Feminino	Contagem	64	64	57	50	61	296
			% em 1.Sexo:	21,6%	21,6%	19,3%	16,9%	20,6%	100,0%
			% em 7.Última consulta médica:	88,9%	84,2%	74,0%	71,4%	80,3%	79,8%
			% do Total	17,3%	17,3%	15,4%	13,5%	16,4%	79,8%

Masculino	Contagem	8	12	20	20	15	75
	% em 1.Sexo:	10,7%	16,0%	26,7%	26,7%	20,0%	100,0%
	% em 7.Última consulta médica:	11,1%	15,8%	26,0%	28,6%	19,7%	20,2%
	% do Total	2,2%	3,2%	5,4%	5,4%	4,0%	20,2%
Total	Contagem	72	76	77	70	76	371
	% em 1.Sexo:	19,4%	20,5%	20,8%	18,9%	20,5%	100,0%
	% em 7.Última consulta médica:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	19,4%	20,5%	20,8%	18,9%	20,5%	100,0%

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	9,247 <sup>a</sup>	4	,055
Razão de verossimilhança	9,507	4	,050
Nº de Casos Válidos	371		

a. 0 células (.0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 14,15.

### Anexo 1.10 - Output recorreu à medicação antidepressiva.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não	308	83,0	83,0	83,0
	Sim	63	17,0	17,0	100,0
Total		371	100,0	100,0	

### Anexo 1.11 - Output utilização atual de antidepressivos.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não	334	90,0	90,0	90,0
	Sim	37	10,0	10,0	100,0
Total		371	100,0	100,0	

### Anexo 1.12 - Output relação entre sexo e receita médica.

	Sexo		Receita médica		Total
			não	sim	
Feminino	Contagem	Contagem	2	23	25
		% em sexo	8,0%	92,0%	100,0%
		% em receita	66,7%	67,6%	67,6%
		% do Total	5,4%	62,2%	67,6%
Masculino	Contagem	1	11	12	
	% em sexo	8,3%	91,7%	100,0%	

	% em receita	33,3%	32,4%	32,4%
	% do Total	2,7%	29,7%	32,4%
Total	Contagem	3	34	37
	% em sexo	8,1%	91,9%	100,0%
	% em receita	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	8,1%	91,9%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,001 <sup>a</sup>	1	,972		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razão de verossimilhança	,001	1	,972		
Teste Exato de Fisher				1,000	,704
Associação Linear por Linear	,001	1	,973		
Nº de Casos Válidos	37				

a. 2 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,97.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

### Anexo 1.13 - Output relação entre sexo e classe farmacológica.

Tabulação cruzada sexo \* ant

		Ant					Total
		não sabe	SSRI	SNRI	ADT	IMAO	
sexo Feminino	Contagem	10	31	0	3	1	45
	% em sexo	22,2%	68,9%	0,0%	6,7%	2,2%	100,0%
	% em ant	83,3%	72,1%	0,0%	75,0%	50,0%	71,4%
	% do Total	15,9%	49,2%	0,0%	4,8%	1,6%	71,4%
Masculino	Contagem	2	12	2	1	1	18
	% em sexo	11,1%	66,7%	11,1%	5,6%	5,6%	100,0%
	% em ant	16,7%	27,9%	100,0%	25,0%	50,0%	28,6%
	% do Total	3,2%	19,0%	3,2%	1,6%	1,6%	28,6%
Total	Contagem	12	43	2	4	2	63
	% em sexo	19,0%	68,3%	3,2%	6,3%	3,2%	100,0%
	% em ant	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	19,0%	68,3%	3,2%	6,3%	3,2%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	6,318 <sup>a</sup>	4	,177
Razão de verossimilhança	6,379	4	,173

Associação Linear por Linear	1,503	1	,220
Nº de Casos Válidos	63		

a. 7 células (70,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,57.

#### Anexo 1.14 - Output quem foi aconselhado acerca da terapêutica antidepressiva.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido não	6	9,5	9,5	9,5
sim	57	90,5	90,5	100,0
Total	63	100,0	100,0	

#### Anexo 1.15 - Output relação entre sexo e o profissional que aconselha.

			profissional que aconselhou			Total
			Médico	Farmacêutico	Psicólogo	
sexo	Feminino	Contagem	35	3	1	39
		% em sexo	89,7%	7,7%	2,6%	100,0%
		% em profissional que aconselhou	67,3%	100,0%	50,0%	68,4%
		% do Total	61,4%	5,3%	1,8%	68,4%
	Masculino	Contagem	17	0	1	18
		% em sexo	94,4%	0,0%	5,6%	100,0%
		% em profissional que aconselhou	32,7%	0,0%	50,0%	31,6%
		% do Total	29,8%	0,0%	1,8%	31,6%
Total		Contagem	52	3	2	57
		% em sexo	91,2%	5,3%	3,5%	100,0%
		% em profissional que aconselhou	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	91,2%	5,3%	3,5%	100,0%

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	1,729 <sup>a</sup>	2	,421
Razão de verossimilhança	2,598	2	,273
Associação Linear por Linear	,020	1	,888
Nº de Casos Válidos	57		

a. 4 células (66,7%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,63.

**Anexo 1.16 - Output relação entre sexo e o aumento da dose sem consultar o médico.**

Tabulação cruzada sexo \* aumentou a dose?

			aumentou a dose?		Total
			não	sim	
sexo	Feminino	Contagem	43	2	45
		% em sexo	95,6%	4,4%	100,0%
		% em aumentou a dose?	71,7%	66,7%	71,4%
		% do Total	68,3%	3,2%	71,4%
	Masculino	Contagem	17	1	18
		% em sexo	94,4%	5,6%	100,0%
		% em aumentou a dose?	28,3%	33,3%	28,6%
		% do Total	27,0%	1,6%	28,6%
Total		Contagem	60	3	63
		% em sexo	95,2%	4,8%	100,0%
		% em aumentou a dose?	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	95,2%	4,8%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. exata (2 lados)	Sig. exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,035 <sup>a</sup>	1	,852		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razão de verossimilhança	,034	1	,854		
Teste Exato de Fisher				1,000	,643
Associação Linear por Linear	,034	1	,853		
Nº de Casos Válidos	63				

a. 2 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,86.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

**Anexo 1.17 - Output relação entre sexo e interromper a terapêutica sem consultar o médico.**

Tabulação cruzada sexo \* interrompeu a terapêutica

			interrompeu a terapêutica		Total
			não	sim	
sexo	Feminino	Contagem	24	21	45
		% em sexo	53,3%	46,7%	100,0%
		% em interrompeu a terapêutica	72,7%	70,0%	71,4%
		% do Total	38,1%	33,3%	71,4%
	Masculino	Contagem	9	9	18
		% em sexo	50,0%	50,0%	100,0%

	% em interrompeu a terapêutica	27,3%	30,0%	28,6%
	% do Total	14,3%	14,3%	28,6%
Total	Contagem	33	30	63
	% em sexo	52,4%	47,6%	100,0%
	% em interrompeu a terapêutica	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	52,4%	47,6%	100,0%

**Testes qui-quadrado**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,057 <sup>a</sup>	1	,811		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razão de verossimilhança	,057	1	,811		
Teste Exato de Fisher				1,000	,515
Associação Linear por Linear	,056	1	,812		
Nº de Casos Válidos	63				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 8,57.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

### Anexo 1.18 - Output relação entre sexo e interromper o tratamento por consumir álcool.

**Tabulação cruzada sexo \* interrompeu por consumir álcool?**

		interrompeu por consumir álcool?		Total
		não	sim	
sexo Feminino	Contagem	42	3	45
	% em sexo	93,3%	6,7%	100,0%
	% em interrompeu por consumir álcool?	72,4%	60,0%	71,4%
	% do Total	66,7%	4,8%	71,4%
Masculino	Contagem	16	2	18
	% em sexo	88,9%	11,1%	100,0%
	% em interrompeu por consumir álcool?	27,6%	40,0%	28,6%
	% do Total	25,4%	3,2%	28,6%
Total	Contagem	58	5	63
	% em sexo	92,1%	7,9%	100,0%
	% em interrompeu por consumir álcool?	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	92,1%	7,9%	100,0%

**Testes qui-quadrado**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,348 <sup>a</sup>	1	,555		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,005	1	,941		2
Razão de verossimilhança	,328	1	,567		

Teste Exato de Fisher					,618	,445
Associação Linear por Linear	,342	1		,559		
Nº de Casos Válidos	63					

a. 2 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,43.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

### Anexo 1.19 - Output relação entre sexo e papel do aconselhamento.

**Tabulação cruzada sexo \* Promover o uso correto da medicação**

		Promover o uso correto da medicação		Total
		não	sim	
sexo Feminino	Contagem	15	281	296
	% em sexo	5,1%	94,9%	100,0%
	% em Promover o uso correto da medicação	71,4%	80,3%	79,8%
	% do Total	4,0%	75,7%	79,8%
Masculino	Contagem	6	69	75
	% em sexo	8,0%	92,0%	100,0%
	% em Promover o uso correto da medicação	28,6%	19,7%	20,2%
	% do Total	1,6%	18,6%	20,2%
Total	Contagem	21	350	371
	% em sexo	5,7%	94,3%	100,0%
	% em Promover o uso correto da medicação	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	5,7%	94,3%	100,0%

**Testes qui-quadrado**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,964 <sup>a</sup>	1	,326		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,493	1	,483		
Razão de verossimilhança	,887	1	,346		
Teste Exato de Fisher				,398	,234
Associação Linear por Linear	,961	1	,327		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 1 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 4,25.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

**Tabulação cruzada sexo \* Aumentar a segurança da terapia**

		Aumentar a segurança da terapia		Total
		não	sim	
sexo Feminino	Contagem	57	239	296
	% em sexo	19,3%	80,7%	100,0%
	% em Aumentar a segurança da terapia	72,2%	81,8%	79,8%

% do Total		15,4%	64,4%	79,8%
Masculino	Contagem	22	53	75
	% em sexo	29,3%	70,7%	100,0%
	% em Aumentar a segurança da terapia	27,8%	18,2%	20,2%
% do Total		5,9%	14,3%	20,2%
Total	Contagem	79	292	371
	% em sexo	21,3%	78,7%	100,0%
	% em Aumentar a segurança da terapia	100,0%	100,0%	100,0%
% do Total		21,3%	78,7%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. exata (2 lados)	Sig. exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	3,625 <sup>a</sup>	1	,057		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	3,049	1	,081		
Razão de verossimilhança	3,423	1	,064		
Teste Exato de Fisher				,081	,043
Associação Linear por Linear	3,616	1	,057		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 15,97.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada sexo \* Aumentar a efetividade da terapia

		Aumentar a efetividade da terapia		Total
		não	sim	
sexo Feminino	Contagem	94	202	296
	% em sexo	31,8%	68,2%	100,0%
	% em Aumentar a efetividade da terapia	82,5%	78,6%	79,8%
% do Total		25,3%	54,4%	79,8%
Masculino	Contagem	20	55	75
	% em sexo	26,7%	73,3%	100,0%
	% em Aumentar a efetividade da terapia	17,5%	21,4%	20,2%
% do Total		5,4%	14,8%	20,2%
Total	Contagem	114	257	371
	% em sexo	30,7%	69,3%	100,0%
	% em Aumentar a efetividade da terapia	100,0%	100,0%	100,0%
% do Total		30,7%	69,3%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,728 <sup>a</sup>	1	,393		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,509	1	,476		
Razão de verossimilhança	,743	1	,389		
Teste Exato de Fisher				,484	,240
Associação Linear por Linear	,726	1	,394		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 23,05.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada sexo \* Minimizar os efeitos decorrentes do mau uso do medicamento

		Minimizar os efeitos decorrentes do mau uso do medicamento		Total
		não	Sim	
sexo Feminino	Contagem	62	234	296
	% em sexo	20,9%	79,1%	100,0%
	% em Minimizar os efeitos decorrentes do mau uso do medicamento	72,9%	81,8%	79,8%
	% do Total	16,7%	63,1%	79,8%
Masculino	Contagem	23	52	75
	% em sexo	30,7%	69,3%	100,0%
	% em Minimizar os efeitos decorrentes do mau uso do medicamento	27,1%	18,2%	20,2%
	% do Total	6,2%	14,0%	20,2%
Total	Contagem	85	286	371
	% em sexo	22,9%	77,1%	100,0%
	% em Minimizar os efeitos decorrentes do mau uso do medicamento	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	22,9%	77,1%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	3,201 <sup>a</sup>	1	,074		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	2,675	1	,102		
Razão de verossimilhança	3,045	1	,081		
Teste Exato de Fisher				,090	,053
Associação Linear por Linear	3,193	1	,074		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 17,18.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada sexo \* Evitar interações medicamentosas

		Evitar interações medicamentosas		Total
		nãp	sim	
sexo Feminino	Contagem	94	202	296
	% em sexo	31,8%	68,2%	100,0%
	% em Evitar interações medicamentosas	78,3%	80,5%	79,8%
	% do Total	25,3%	54,4%	79,8%
Masculino	Contagem	26	49	75
	% em sexo	34,7%	65,3%	100,0%
	% em Evitar interações medicamentosas	21,7%	19,5%	20,2%
	% do Total	7,0%	13,2%	20,2%
Total	Contagem	120	251	371
	% em sexo	32,3%	67,7%	100,0%
	% em Evitar interações medicamentosas	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	32,3%	67,7%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. exata (2 lados)	Sig. exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,232 <sup>a</sup>	1	,630		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,118	1	,732		
Razão de verossimilhança	,230	1	,632		
Teste Exato de Fisher				,679	,363
Associação Linear por Linear	,231	1	,631		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 24,26.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada sexo \* Prevenir efeitos colaterais

		Prevenir efeitos colaterais		Total
		não	sim	
sexo Feminino	Contagem	140	156	296
	% em sexo	47,3%	52,7%	100,0%
	% em Prevenir efeitos colaterais	82,4%	77,6%	79,8%
	% do Total	37,7%	42,0%	79,8%
Masculino	Contagem	30	45	75
	% em sexo	40,0%	60,0%	100,0%
	% em Prevenir efeitos colaterais	17,6%	22,4%	20,2%
	% do Total	8,1%	12,1%	20,2%
Total	Contagem	170	201	371

% em sexo	45,8%	54,2%	100,0%
% em Prevenir efeitos colaterais	100,0%	100,0%	100,0%
% do Total	45,8%	54,2%	100,0%

**Testes qui-quadrado**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	1,284 <sup>a</sup>	1	,257		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	1,006	1	,316		
Razão de verossimilhança	1,292	1	,256		
Teste Exato de Fisher				,300	,158
Associação Linear por Linear	1,280	1	,258		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 34,37.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

**Tabulação cruzada sexo \* outros**

		outros		Total
		não	sim	
sexo Feminino	Contagem	295	1	296
	% em sexo	99,7%	0,3%	100,0%
	% em outros	79,7%	100,0%	79,8%
	% do Total	79,5%	0,3%	79,8%
Masculino	Contagem	75	0	75
	% em sexo	100,0%	0,0%	100,0%
	% em outros	20,3%	0,0%	20,2%
	% do Total	20,2%	0,0%	20,2%
Total	Contagem	370	1	371
	% em sexo	99,7%	0,3%	100,0%
	% em outros	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	99,7%	0,3%	100,0%

**Testes qui-quadrado**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,254 <sup>a</sup>	1	,614		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razão de verossimilhança	,452	1	,501		
Teste Exato de Fisher				1,000	,798
Associação Linear por Linear	,253	1	,615		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 2 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,20.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

### Anexo 1.20 - Output relação entre sexo e os motivos que levam/levariam à utilização de antidepressivos.

Tabulação cruzada sexo \* ajudar no estudo

			ajudar no estudo		Total
			não	sim	
sexo	Feminino	Contagem	258	38	296
		% em sexo	87,2%	12,8%	100,0%
		% em ajudar no estudo	81,6%	69,1%	79,8%
	Masculino	Contagem	58	17	75
		% em sexo	77,3%	22,7%	100,0%
		% em ajudar no estudo	18,4%	30,9%	20,2%
Total		Contagem	316	55	371
		% em sexo	85,2%	14,8%	100,0%
		% em ajudar no estudo	100,0%	100,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	4,578 <sup>a</sup>	1	,032		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	3,833	1	,050		
Razão de verossimilhança	4,195	1	,041		
Teste Exato de Fisher				,044	,029
Associação Linear por Linear	4,566	1	,033		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 11,12.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada sexo \* curiosidade

			curiosidade		Total
			não	sim	
sexo	Feminino	Contagem	294	2	296
		% em sexo	99,3%	0,7%	100,0%
		% em curiosidade	81,0%	25,0%	79,8%
		% do Total	79,2%	0,5%	79,8%
	Masculino	Contagem	69	6	75
		% em sexo	92,0%	8,0%	100,0%
		% em curiosidade	19,0%	75,0%	20,2%
		% do Total	18,6%	1,6%	20,2%

Total	Contagem	363	8	371
	% em sexo	97,8%	2,2%	100,0%
	% em curiosidade	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	97,8%	2,2%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. exata (2 lados)	Sig. exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	15,215 <sup>a</sup>	1	,000		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	11,941	1	,001		
Razão de verossimilhança	11,424	1	,001		
Teste Exato de Fisher				,001	,001
Associação Linear por Linear	15,174	1	,000		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 1 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,62.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada sexo \* relaxar

			relaxar		Total
			não	sim	
sexo	Feminino	Contagem	259	37	296
		% em sexo	87,5%	12,5%	100,0%
		% em relaxar	80,4%	75,5%	79,8%
		% do Total	69,8%	10,0%	79,8%
	Masculino	Contagem	63	12	75
		% em sexo	84,0%	16,0%	100,0%
		% em relaxar	19,6%	24,5%	20,2%
		% do Total	17,0%	3,2%	20,2%
Total		Contagem	322	49	371
		% em sexo	86,8%	13,2%	100,0%
		% em relaxar	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	86,8%	13,2%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	Gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. exata (2 lados)	Sig. exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,639 <sup>a</sup>	1	,424		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,371	1	,543		
Razão de verossimilhança	,614	1	,433		
Teste Exato de Fisher				,446	,266

Associação Linear por Linear	,638	1	,425		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 9,91.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

**Tabulação cruzada sexo \* gerir o stress**

			gerir o stress		Total
			não	sim	
sexo	Feminino	Contagem	105	191	296
		% em sexo	35,5%	64,5%	100,0%
		% em gerir o stress	79,5%	79,9%	79,8%
		% do Total	28,3%	51,5%	79,8%
	Masculino	Contagem	27	48	75
		% em sexo	36,0%	64,0%	100,0%
		% em gerir o stress	20,5%	20,1%	20,2%
		% do Total	7,3%	12,9%	20,2%
Total		Contagem	132	239	371
		% em sexo	35,6%	64,4%	100,0%
		% em gerir o stress	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	35,6%	64,4%	100,0%

**Testes qui-quadrado**

	Valor	Gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,007 <sup>a</sup>	1	,932		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razão de verossimilhança	,007	1	,932		
Teste Exato de Fisher				1,000	,517
Associação Linear por Linear	,007	1	,932		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 26,68.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

**Tabulação cruzada sexo \* gerir emoções**

			gerir emoções		Total
			não	sim	
sexo	Feminino	Contagem	136	160	296
		% em sexo	45,9%	54,1%	100,0%
		% em gerir emoções	78,2%	81,2%	79,8%
		% do Total	36,7%	43,1%	79,8%
	Masculino	Contagem	38	37	75

	% em sexo	50,7%	49,3%	100,0%
	% em gerir emoções	21,8%	18,8%	20,2%
	% do Total	10,2%	10,0%	20,2%
Total	Contagem	174	197	371
	% em sexo	46,9%	53,1%	100,0%
	% em gerir emoções	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	46,9%	53,1%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,535 <sup>a</sup>	1	,464		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,363	1	,547		
Razão de verossimilhança	,535	1	,465		
Teste Exato de Fisher				,518	,273
Associação Linear por Linear	,534	1	,465		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 35,18.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada sexo \* ajudar a dormir

			ajudar a dormir		Total
			não	sim	
sexo	Feminino	Contagem	194	102	296
		% em sexo	65,5%	34,5%	100,0%
		% em ajudar a dormir	81,2%	77,3%	79,8%
		% do Total	52,3%	27,5%	79,8%
Masculino		Contagem	45	30	75
		% em sexo	60,0%	40,0%	100,0%
		% em ajudar a dormir	18,8%	22,7%	20,2%
		% do Total	12,1%	8,1%	20,2%
Total		Contagem	239	132	371
		% em sexo	64,4%	35,6%	100,0%
		% em ajudar a dormir	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	64,4%	35,6%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,801 <sup>a</sup>	1	,371		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,578	1	,447		

Razão de verossimilhança	,792	1	,374	
Teste Exato de Fisher				,223
Associação Linear por Linear	,799	1	,371	
Nº de Casos Válidos	371			

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 26,68.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada sexo \* neutralizar ou aumentar o efeito de outras substâncias

		neutralizar ou aumentar o efeito de outras substâncias		Total
		não	Sim	
sexo Feminino	Contagem	294	2	296
	% em sexo	99,3%	0,7%	100,0%
	% em neutralizar ou aumentar o efeito de outras substâncias	79,9%	66,7%	79,8%
	% do Total	79,2%	0,5%	79,8%
Masculino	Contagem	74	1	75
	% em sexo	98,7%	1,3%	100,0%
	% em neutralizar ou aumentar o efeito de outras substâncias	20,1%	33,3%	20,2%
	% do Total	19,9%	0,3%	20,2%
Total	Contagem	368	3	371
	% em sexo	99,2%	0,8%	100,0%
	% em neutralizar ou aumentar o efeito de outras substâncias	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	99,2%	0,8%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,323 <sup>a</sup>	1	,570		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razão de verossimilhança	,284	1	,594		
Teste Exato de Fisher				,493	,493
Associação Linear por Linear	,322	1	,571		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 2 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,61.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada sexo \* acreditar que este tipo de medicação traz vantagens acadêmicas

		acreditar que este tipo de medicação traz vantagens acadêmicas		Total
		Não	Sim	
sexo Feminino	Contagem	293	3	296
	% em sexo	99,0%	1,0%	100,0%

	% em acreditar que este tipo de medicação traz vantagens acadêmicas	80,5%	42,9%	79,8%
	% do Total	79,0%	0,8%	79,8%
Masculino	Contagem	71	4	75
	% em sexo	94,7%	5,3%	100,0%
	% em acreditar que este tipo de medicação traz vantagens acadêmicas	19,5%	57,1%	20,2%
	% do Total	19,1%	1,1%	20,2%
Total	Contagem	364	7	371
	% em sexo	98,1%	1,9%	100,0%
	% em acreditar que este tipo de medicação traz vantagens acadêmicas	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	98,1%	1,9%	100,0%

#### Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. exata (2 lados)	Sig. exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	6,032 <sup>a</sup>	1	,014		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	3,924	1	,048		
Razão de verossimilhança	4,699	1	,030		
Teste Exato de Fisher				,033	,033
Associação Linear por Linear	6,016	1	,014		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 1 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,42.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

#### Tabulação cruzada sexo \* outro

			Outro		Total
			não	Sim	
sexo	Feminino	Contagem	269	27	296
		% em sexo	90,9%	9,1%	100,0%
		% em outro	79,4%	84,4%	79,8%
		% do Total	72,5%	7,3%	79,8%
	Masculino	Contagem	70	5	75
		% em sexo	93,3%	6,7%	100,0%
		% em outro	20,6%	15,6%	20,2%
		% do Total	18,9%	1,3%	20,2%
Total		Contagem	339	32	371
		% em sexo	91,4%	8,6%	100,0%
		% em outro	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	91,4%	8,6%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,458 <sup>a</sup>	1	,499		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,199	1	,655		
Razão de verossimilhança	,484	1	,486		
Teste Exato de Fisher				,647	,340
Associação Linear por Linear	,456	1	,499		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 6,47.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada sexo \* outro-depressão diagnosticada pelo médico

		outro-depressão diagnosticada pelo médico		Total
		não	sim	
sexo Feminino	Contagem	3	24	27
	% em sexo	11,1%	88,9%	100,0%
	% em outro-depressão diagnosticada pelo médico	100,0%	82,8%	84,4%
	% do Total	9,4%	75,0%	84,4%
Masculino	Contagem	0	5	5
	% em sexo	0,0%	100,0%	100,0%
	% em outro-depressão diagnosticada pelo médico	0,0%	17,2%	15,6%
	% do Total	0,0%	15,6%	15,6%
Total	Contagem	3	29	32
	% em sexo	9,4%	90,6%	100,0%
	% em outro-depressão diagnosticada pelo médico	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	9,4%	90,6%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,613 <sup>a</sup>	1	,434		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razão de verossimilhança	1,075	1	,300		
Teste Exato de Fisher				1,000	,590
Associação Linear por Linear	,594	1	,441		
Nº de Casos Válidos	32				

a. 3 células (75,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,47.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada sexo \* outro-anorexia nervosa

			anorexia nervosa		Total
			não	Sim	
sexo	Feminino	Contagem	26	1	27
		% em sexo	96,3%	3,7%	100,0%
		% em anorexia	83,9%	100,0%	84,4%
		% do Total	81,3%	3,1%	84,4%
	Masculino	Contagem	5	0	5
		% em sexo	100,0%	0,0%	100,0%
		% em anorexia	16,1%	0,0%	15,6%
		% do Total	15,6%	0,0%	15,6%
Total		Contagem	31	1	32
		% em sexo	96,9%	3,1%	100,0%
		% em anorexia	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	96,9%	3,1%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,191 <sup>a</sup>	1	,662		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razão de verossimilhança	,346	1	,557		
Teste Exato de Fisher				1,000	,844
Associação Linear por Linear	,185	1	,667		
Nº de Casos Válidos	32				

a. 3 células (75,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,16.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada sexo \* outros- prevenir ataques de pânico em momentos de maior ansiedade

			prevenir ataques de pânico em momentos de maior ansiedade		Total
			Não	Sim	
sexo	Feminino	Contagem	25	2	27
		% em sexo	92,6%	7,4%	100,0%
		% em prevenir ataques de panico em momentos de maior ansiedade	83,3%	100,0%	84,4%
	Masculino	Contagem	5	0	5
		% em sexo	100,0%	0,0%	100,0%
		% em prevenir ataques de panico em momentos de maior ansiedade	16,7%	0,0%	15,6%
Total		Contagem	30	2	32
		% em sexo	93,8%	6,3%	100,0%
		% em prevenir ataques de panico em momentos de maior ansiedade	100,0%	100,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,395 <sup>a</sup>	1	,530		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razão de verossimilhança	,704	1	,401		
Teste Exato de Fisher				1,000	,708
Associação Linear por Linear	,383	1	,536		
Nº de Casos Válidos	32				

a. 3 células (75,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,31.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada sexo \* outros- problemas familiares

			problemas familiares		Total
			não	sim	
sexo	Feminino	Contagem	26	1	27
		% em sexo	96,3%	3,7%	100,0%
		% em problemas familiares	83,9%	100,0%	84,4%
		% do Total	81,3%	3,1%	84,4%
Masculino		Contagem	5	0	5
		% em sexo	100,0%	0,0%	100,0%
		% em problemas familiares	16,1%	0,0%	15,6%
		% do Total	15,6%	0,0%	15,6%
Total		Contagem	31	1	32
		% em sexo	96,9%	3,1%	100,0%
		% em problemas familiares	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	96,9%	3,1%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,191 <sup>a</sup>	1	,662		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razão de verossimilhança	,346	1	,557		
Teste Exato de Fisher				1,000	,844
Associação Linear por Linear	,185	1	,667		
Nº de Casos Válidos	32				

a. 3 células (75,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,16.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

**Anexo 1.21 - Output relação entre sexo e o conhecimento acerca da dependência dos antidepressivos.**

Tabulação cruzada 1. Sexo: \* 22. Considera que os antidepressivos podem causar dependência?

		22. Considera que os antidepressivos podem causar dependência?			Total
		Não	Não sabe	Sim	
1. Feminino	Contagem	14	9	273	296
	Sexo % em 1. Sexo:	4,7%	3,0%	92,2%	100,0%
	% em 22. Considera que os antidepressivos podem causar dependência?	70,0%	69,2%	80,8%	79,8%
	% do Total	3,8%	2,4%	73,6%	79,8%
Masculino	Contagem	6	4	65	75
	Sexo % em 1. Sexo:	8,0%	5,3%	86,7%	100,0%
	% em 22. Considera que os antidepressivos podem causar dependência?	30,0%	30,8%	19,2%	20,2%
	% do Total	1,6%	1,1%	17,5%	20,2%
Total	Contagem	20	13	338	371
	Sexo % em 1. Sexo:	5,4%	3,5%	91,1%	100,0%
	% em 22. Considera que os antidepressivos podem causar dependência?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	5,4%	3,5%	91,1%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	2,288 <sup>a</sup>	2	,319
Razão de verossimilhança	2,086	2	,352
Nº de Casos Válidos	371		

a. 2 células (33,3%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 2,63.

**Anexo 1.22 - Output relação entre sexo e o conhecimento acerca da conclusão do tratamento.**

Tabulação cruzada 1. Sexo: \* 24. Considera que a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual?

		24. Considera que a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual?			Total
		Não	Não sabe	Sim	
1. Feminino	Contagem	3	10	283	296
	Sexo % em 1. Sexo:	1,0%	3,4%	95,6%	100,0%
	% em 24. Considera que a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual?	100,0%	71,4%	79,9%	79,8%
	% do Total	1,0%	3,4%	79,9%	79,8%

	% do Total	0,8%	2,7%	76,3%	79,8%
Masculino	Contagem	0	4	71	75
	% em 1. Sexo:	0,0%	5,3%	94,7%	100,0%
	% em 24. Considera que a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual?	0,0%	28,6%	20,1%	20,2%
	% do Total	0,0%	1,1%	19,1%	20,2%
Total	Contagem	3	14	354	371
	% em 1. Sexo:	0,8%	3,8%	95,4%	100,0%
	% em 24. Considera que a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	0,8%	3,8%	95,4%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	1,372 <sup>a</sup>	2	,504
Razão de verossimilhança	1,916	2	,384
Nº de Casos Válidos	371		

a. 3 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,61.

### Anexo 1.23 - Output relação entre sexo e o conhecimento acerca do período necessário para ser observado o início dos efeitos antidepressivos.

Tabulação cruzada 1. Sexo: \* 23. Qual o período que considera necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos, a partir do momento em que

inicia a terapia?

		23. Qual o período que considera necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos, a partir do momento em que inicia a terapia?					Total	
		1 semana	2 semanas ou mais	24 horas	48 horas	Não sabe		
1.	Feminino	Contagem	63	145	28	27	33	296
	Sexo	% em 1. Sexo:	21,3%	49,0%	9,5%	9,1%	11,1%	100,0%
	% em 23.	Qual o período que considera necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos, a partir do momento em que inicia a terapia?	85,1%	80,1%	80,0%	81,8%	68,8%	79,8%
	% do Total		17,0%	39,1%	7,5%	7,3%	8,9%	79,8%
	Masculino	Contagem	11	36	7	6	15	75
	Sexo	% em 1. Sexo:	14,7%	48,0%	9,3%	8,0%	20,0%	100,0%
	% em 23.	Qual o período que considera necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos, a partir do momento em que inicia a terapia?	14,9%	19,9%	20,0%	18,2%	31,3%	20,2%

	% do Total	3,0%	9,7%	1,9%	1,6%	4,0%	20,2%
Total	Contagem	74	181	35	33	48	371
	% em 1. Sexo:	19,9%	48,8%	9,4%	8,9%	12,9%	100,0%
	% em 23. Qual o período que considera necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos, a partir do momento em que inicia a terapia?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	19,9%	48,8%	9,4%	8,9%	12,9%	100,0%

**Testes qui-quadrado**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	5,035 <sup>a</sup>	4	,284
Razão de verossimilhança	4,758	4	,313
Nº de Casos Válidos	371		

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 6,67.

### Anexo 1.24 - Output relação entre sexo e já ter recorrido à medicação antidepressiva.

**Tabulação cruzada 1. Sexo: \* 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?**

		8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?		Total
		Não	Sim	
1. Sexo: Feminino	Contagem	251	45	296
	% em 1. Sexo:	84,8%	15,2%	100,0%
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	81,5%	71,4%	79,8%
	% do Total	67,7%	12,1%	79,8%
Masculino	Contagem	57	18	75
	% em 1. Sexo:	76,0%	24,0%	100,0%
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	18,5%	28,6%	20,2%
	% do Total	15,4%	4,9%	20,2%
Total	Contagem	308	63	371
	% em 1. Sexo:	83,0%	17,0%	100,0%
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	3,285 <sup>a</sup>	1	,070		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	2,691	1	,101		
Razão de verossimilhança	3,068	1	,080		
Teste Exato de Fisher				,085	,054
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 12,74.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

## Anexo 1.25 - Output relação entre sexo e utilizar atualmente medicação antidepressiva.

Tabulação cruzada 1. Sexo: \* 9. Utiliza atualmente antidepressivos?

			9. Utiliza atualmente antidepressivos?		Total
			Não	Sim	
1.	Sexo: Feminino	Contagem	271	25	296
		% em 1. Sexo:	91,6%	8,4%	100,0%
		% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	81,1%	67,6%	79,8%
		% do Total	73,0%	6,7%	79,8%
Masculino	Sexo:	Contagem	63	12	75
		% em 1. Sexo:	84,0%	16,0%	100,0%
		% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	18,9%	32,4%	20,2%
		% do Total	17,0%	3,2%	20,2%
Total	Sexo:	Contagem	334	37	371
		% em 1. Sexo:	90,0%	10,0%	100,0%
		% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	90,0%	10,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	3,803 <sup>a</sup>	1	,051		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	3,008	1	,083		
Razão de verossimilhança	3,421	1	,064		
Teste Exato de Fisher				,081	,046
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 7,48.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

## Anexo 1.26 - Output relação entre a idade e já ter recorrido à medicação antidepressiva.

### Relatório

2. Idade:

já consumiu antidepressivos	Média	N	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Curtose	Erro Padrão da Curtose	Assimetria	Erro padrão da assimetria
Não	21,403	308	2,2105	21,000	18,0	40,0	15,965	,277	2,392	,139
Sim	23,032	63	3,5102	22,000	18,0	34,0	2,388	,595	1,542	,302
Total	21,679	371	2,5484	21,000	18,0	40,0	10,398	,253	2,280	,127

### Testes de Normalidade

		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
2. Idade:	não	,157	308	,000	,846	308	,000
	sim	,234	63	,000	,835	63	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

### Correlações

		2. Idade:	já consumiu antidepressivos
2. Idade:	Correlação de Pearson	1	,240 <sup>**</sup>
	Sig. (bilateral)		,000
	N	371	371
já consumiu antidepressivos	Correlação de Pearson	,240 <sup>**</sup>	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	371	371

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

## Anexo 1.27 - Output relação entre a idade e utilizar atualmente medicação antidepressiva.

### Relatório

2. Idade:

consome	Média	N	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Curtose	Erro Padrão da Curtose	Assimetria	Erro padrão da assimetria
Não	21,542	334	2,4316	21,000	18,0	40,0	13,037	,266	2,476	,133
Sim	22,919	37	3,2092	22,000	18,0	33,0	2,263	,759	1,304	,388
Total	21,679	371	2,5484	21,000	18,0	40,0	10,398	,253	2,280	,127

	Consome	Testes de Normalidade					
		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
2.	Idade: Não	,177	334	,000	,820	334	,000
	Sim	,193	37	,001	,896	37	,002

a. Correlação de Significância de Lilliefors

			2. Idade:	Consome
2.	Idade:	Correlação de Pearson	1	,162 <sup>**</sup>
		Sig. (bilateral)		,002
		N	371	371
consome		Correlação de Pearson	,162 <sup>**</sup>	1
		Sig. (bilateral)	,002	
		N	371	371

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

## Anexo 1.28 - Output relação entre a universidade e já ter recorrido à medicação antidepressiva.

			8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?		Total
			Não	Sim	
3.	Universidade: FFUC	Contagem	56	11	67
		% em 3. Universidade:	83,6%	16,4%	100,0%
		% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	18,2%	17,5%	18,1%
		% do Total	15,1%	3,0%	18,1%
FFUL	Universidade:	Contagem	41	7	48
		% em 3. Universidade:	85,4%	14,6%	100,0%
		% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	13,3%	11,1%	12,9%
		% do Total	11,1%	1,9%	12,9%
FFUP	Universidade:	Contagem	27	8	35
		% em 3. Universidade:	77,1%	22,9%	100,0%
		% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	8,8%	12,7%	9,4%
		% do Total	7,3%	2,2%	9,4%
ISCSEM		Contagem	27	4	31

	% em 3. Universidade:	87,1%	12,9%	100,0%
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	8,8%	6,3%	8,4%
	% do Total	7,3%	1,1%	8,4%
IUCS-N	Contagem	8	2	10
	% em 3. Universidade:	80,0%	20,0%	100,0%
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	2,6%	3,2%	2,7%
	% do Total	2,2%	0,5%	2,7%
UAlg - FCT	Contagem	29	13	42
	% em 3. Universidade:	69,0%	31,0%	100,0%
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	9,4%	20,6%	11,3%
	% do Total	7,8%	3,5%	11,3%
UBI - FCS	Contagem	88	10	98
	% em 3. Universidade:	89,8%	10,2%	100,0%
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	28,6%	15,9%	26,4%
	% do Total	23,7%	2,7%	26,4%
UFP	Contagem	15	5	20
	% em 3. Universidade:	75,0%	25,0%	100,0%
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	4,9%	7,9%	5,4%
	% do Total	4,0%	1,3%	5,4%
ULHT	Contagem	17	3	20
	% em 3. Universidade:	85,0%	15,0%	100,0%
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	5,5%	4,8%	5,4%
	% do Total	4,6%	0,8%	5,4%
Total	Contagem	308	63	371
	% em 3. Universidade:	83,0%	17,0%	100,0%
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

Testes qui-quadrado			
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	11,474 <sup>a</sup>	8	,176
Razão de verossimilhança	10,887	8	,208
Nº de Casos Válidos	371		

a. 3 células (16,7%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,70.

Anexo 1.29 - Output relação entre a universidade e utilizar atualmente medicação antidepressiva.

Tabulação cruzada 3. Universidade: * 9. Utiliza atualmente antidepressivos?			9. Utiliza atualmente antidepressivos?		Total
			Não	Sim	
3.	Universidade: FFUC	Contagem	61	6	67
		% em 3. Universidade:	91,0%	9,0%	100,0%
		% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	18,3%	16,2%	18,1%
		% do Total	16,4%	1,6%	18,1%
FFUL		Contagem	42	6	48
		% em 3. Universidade:	87,5%	12,5%	100,0%
		% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	12,6%	16,2%	12,9%
		% do Total	11,3%	1,6%	12,9%
FFUP		Contagem	31	4	35
		% em 3. Universidade:	88,6%	11,4%	100,0%
		% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	9,3%	10,8%	9,4%
		% do Total	8,4%	1,1%	9,4%
ISCSEM		Contagem	30	1	31
		% em 3. Universidade:	96,8%	3,2%	100,0%
		% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	9,0%	2,7%	8,4%
		% do Total	8,1%	0,3%	8,4%
IUCS-N		Contagem	8	2	10
		% em 3. Universidade:	80,0%	20,0%	100,0%
		% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	2,4%	5,4%	2,7%
		% do Total	2,2%	0,5%	2,7%
UALg - FCT		Contagem	35	7	42
		% em 3. Universidade:	83,3%	16,7%	100,0%
		% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	10,5%	18,9%	11,3%
		% do Total	9,4%	1,9%	11,3%
UBI - FCS		Contagem	93	5	98
		% em 3. Universidade:	94,9%	5,1%	100,0%
		% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	27,8%	13,5%	26,4%
		% do Total	25,1%	1,3%	26,4%
UFP		Contagem	15	5	20
		% em 3. Universidade:	75,0%	25,0%	100,0%
		% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	4,5%	13,5%	5,4%
		% do Total	4,0%	1,3%	5,4%
ULHT		Contagem	19	1	20

	% em 3.	Universidade:	95,0%	5,0%	100,0%
	% em 9.	Utiliza atualmente antidepressivos?	5,7%	2,7%	5,4%
	% do Total		5,1%	0,3%	5,4%
Total	Contagem		334	37	371
	% em 3.	Universidade:	90,0%	10,0%	100,0%
	% em 9.	Utiliza atualmente antidepressivos?	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total		90,0%	10,0%	100,0%

**Testes qui-quadrado**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	13,460 <sup>a</sup>	8	,097
Razão de verossimilhança	12,704	8	,122
Nº de Casos Válidos	371		

a. 7 células (38,9%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,00.

### Anexo 1.30 - Output relação entre o ano académico e já ter recorrido à medicação antidepressiva.

Tabulação cruzada 4. Ano Académico: \* 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?

	8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?		Total
	Não	Sim	
4. Ano Académico: 1º Contagem	24	5	29
% em 4. Ano Académico:	82,8%	17,2%	100,0%
% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	7,8%	7,9%	7,8%
% do Total	6,5%	1,3%	7,8%
2º Contagem	59	7	66
% em 4. Ano Académico:	89,4%	10,6%	100,0%
% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	19,2%	11,1%	17,8%
% do Total	15,9%	1,9%	17,8%
3º Contagem	69	14	83
% em 4. Ano Académico:	83,1%	16,9%	100,0%
% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	22,4%	22,2%	22,4%
% do Total	18,6%	3,8%	22,4%
4º Contagem	87	23	110
% em 4. Ano Académico:	79,1%	20,9%	100,0%
% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	28,2%	36,5%	29,6%
% do Total	23,5%	6,2%	29,6%
5º Contagem	69	14	83

	% em 4. Ano Académico:	83,1%	16,9%	100,0%
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	22,4%	22,2%	22,4%
	% do Total	18,6%	3,8%	22,4%
Total	Contagem	308	63	371
	% em 4. Ano Académico:	83,0%	17,0%	100,0%
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

Testes qui-quadrado			
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	3,109 <sup>a</sup>	4	,540
Razão de verossimilhança	3,282	4	,512
Nº de Casos Válidos	371		

a. 1 células (10,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 4,92.

### Anexo 1.31 - Output relação entre o ano académico e utilizar atualmente medicação antidepressiva.

Tabulação cruzada 4. Ano Académico: * 9. Utiliza atualmente antidepressivos?		9. Utiliza atualmente antidepressivos?		Total
		Não	Sim	
4.	Ano Académico: 1º Contagem	27	2	29
	% em 4. Ano Académico:	93,1%	6,9%	100,0%
	% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	8,1%	5,4%	7,8%
	% do Total	7,3%	0,5%	7,8%
	2º Contagem	63	3	66
	% em 4. Ano Académico:	95,5%	4,5%	100,0%
	% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	18,9%	8,1%	17,8%
	% do Total	17,0%	0,8%	17,8%
	3º Contagem	77	6	83
	% em 4. Ano Académico:	92,8%	7,2%	100,0%
	% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	23,1%	16,2%	22,4%
	% do Total	20,8%	1,6%	22,4%
	4º Contagem	92	18	110
	% em 4. Ano Académico:	83,6%	16,4%	100,0%
	% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	27,5%	48,6%	29,6%
	% do Total	24,8%	4,9%	29,6%
5º Contagem	75	8	83	

	% em 4. Ano Académico:	90,4%	9,6%	100,0%
	% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	22,5%	21,6%	22,4%
	% do Total	20,2%	2,2%	22,4%
Total	Contagem	334	37	371
	% em 4. Ano Académico:	90,0%	10,0%	100,0%
	% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	90,0%	10,0%	100,0%

**Testes qui-quadrado**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	8,181 <sup>a</sup>	4	,085
Razão de verossimilhança	8,052	4	,090
Nº de Casos Válidos	371		

a. 1 células (10,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 2,89.

### Anexo 1.32 - Output relação entre ser trabalhador-estudante e já ter recorrido à medicação antidepressiva.

Tabulação cruzada 6. Trabalha: \* 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?

		8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?		Total
		Não	Sim	
6.	Trabalha: Não Contagem	282	51	333
	% em 6. Trabalha:	84,7%	15,3%	100,0%
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	91,6%	81,0%	89,8%
	% do Total	76,0%	13,7%	89,8%
	Sim Contagem	26	12	38
	% em 6. Trabalha:	68,4%	31,6%	100,0%
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	8,4%	19,0%	10,2%
	% do Total	7,0%	3,2%	10,2%
Total	Contagem	308	63	371
	% em 6. Trabalha:	83,0%	17,0%	100,0%
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

**Testes qui-quadrado**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	6,399 <sup>a</sup>	1	,011		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	5,298	1	,021		
Razão de verossimilhança	5,507	1	,019		

Teste Exato de Fisher				,020	,015
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 6,45.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

### Anexo 1.33 - Output relação entre ser trabalhador-estudante e utilizar atualmente medicação antidepressiva.

Tabulação cruzada 6. Trabalha: \* 9. Utiliza atualmente antidepressivos?

		9. Utiliza atualmente antidepressivos?		Total
		Não	Sim	
6.	Trabalha: Não Contagem	304	29	333
	% em 6. Trabalha:	91,3%	8,7%	100,0%
	% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	91,0%	78,4%	89,8%
	% do Total	81,9%	7,8%	89,8%
	Sim Contagem	30	8	38
	% em 6. Trabalha:	78,9%	21,1%	100,0%
	% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	9,0%	21,6%	10,2%
	% do Total	8,1%	2,2%	10,2%
Total	Contagem	334	37	371
	% em 6. Trabalha:	90,0%	10,0%	100,0%
	% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	90,0%	10,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. exata (2 lados)	Sig. exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	5,788 <sup>a</sup>	1	,016		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	4,495	1	,034		
Razão de verossimilhança	4,691	1	,030		
Teste Exato de Fisher				,039	,024
Nº de Casos Válidos	371				

a. 1 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 3,79.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

**Anexo 1.34 - Output** relação entre a última consulta médica e já ter recorrido à medicação antidepressiva.

Tabulação cruzada 7. Última consulta médica: \* 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?

		8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?		Total
		Não	Sim	
7. Última consulta médica: Entre 1 e 3 meses	Contagem	55	17	72
	% em 7. Última consulta médica:	76,4%	23,6%	100,0%
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	17,9%	27,0%	19,4%
	% do Total	14,8%	4,6%	19,4%
Entre 3 e 6 meses	Contagem	70	6	76
	% em 7. Última consulta médica:	92,1%	7,9%	100,0%
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	22,7%	9,5%	20,5%
	% do Total	18,9%	1,6%	20,5%
Entre 6 meses e 1 ano	Contagem	65	12	77
	% em 7. Última consulta médica:	84,4%	15,6%	100,0%
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	21,1%	19,0%	20,8%
	% do Total	17,5%	3,2%	20,8%
Mais de 1 ano	Contagem	59	11	70
	% em 7. Última consulta médica:	84,3%	15,7%	100,0%
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	19,2%	17,5%	18,9%
	% do Total	15,9%	3,0%	18,9%
Menos de 1 mês	Contagem	59	17	76
	% em 7. Última consulta médica:	77,6%	22,4%	100,0%
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	19,2%	27,0%	20,5%
	% do Total	15,9%	4,6%	20,5%
Total	Contagem	308	63	371
	% em 7. Última consulta médica:	83,0%	17,0%	100,0%
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	8,447 <sup>a</sup>	4	,077
Razão de verossimilhança	9,044	4	,060
Nº de Casos Válidos	371		

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 11,89.

**Anexo 1.35 - Output** relação entre a última consulta médica e utilizar atualmente medicação antidepressiva.

Tabulação cruzada 7. Última consulta médica: \* 9. Utiliza atualmente antidepressivos?

			9. Utiliza atualmente antidepressivos?		Total
			Não	Sim	
7.	Última consulta médica: Entre 1 e 3 meses	Contagem	62	10	72
		% em 7. Última consulta médica:	86,1%	13,9%	100,0%
		% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	18,6%	27,0%	19,4%
		% do Total	16,7%	2,7%	19,4%
	Entre 3 e 6 meses	Contagem	75	1	76
		% em 7. Última consulta médica:	98,7%	1,3%	100,0%
		% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	22,5%	2,7%	20,5%
		% do Total	20,2%	0,3%	20,5%
	Entre 6 meses e 1 ano	Contagem	70	7	77
		% em 7. Última consulta médica:	90,9%	9,1%	100,0%
		% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	21,0%	18,9%	20,8%
		% do Total	18,9%	1,9%	20,8%
	Mais de 1 ano	Contagem	62	8	70
		% em 7. Última consulta médica:	88,6%	11,4%	100,0%
		% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	18,6%	21,6%	18,9%
		% do Total	16,7%	2,2%	18,9%
Menos de 1 mês	Contagem	65	11	76	
	% em 7. Última consulta médica:	85,5%	14,5%	100,0%	
	% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	19,5%	29,7%	20,5%	
	% do Total	17,5%	3,0%	20,5%	
Total	Contagem	334	37	371	
	% em 7. Última consulta médica:	90,0%	10,0%	100,0%	
	% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	90,0%	10,0%	100,0%	

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	9,520 <sup>a</sup>	4	,049
Razão de verossimilhança	12,585	4	,013
Nº de Casos Válidos	371		

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 6,98.

**Anexo 1.36 - Output relação entre os motivos que levariam à utilização de antidepressivos e já ter recorrido à medicação antidepressiva.**

Tabulação cruzada ajudar no estudo \* já consumiu antidepressivos

			já consumiu antidepressivos		Total
			não	sim	
ajudar no estudo	Não	Contagem	267	49	316
		% em ajudar no estudo	84,5%	15,5%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	86,7%	77,8%	85,2%
		% do Total	72,0%	13,2%	85,2%
Sim	Contagem	41	14	55	
		% em ajudar no estudo	74,5%	25,5%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	13,3%	22,2%	14,8%
		% do Total	11,1%	3,8%	14,8%
Total	Contagem	308	63	371	
		% em ajudar no estudo	83,0%	17,0%	100,0%
		% em ja consumiu antidepressivos	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	3,289 <sup>a</sup>	1	,070		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	2,621	1	,105		
Razão de verossimilhança	3,005	1	,083		
Teste Exato de Fisher				,080	,057
Associação Linear por Linear	3,280	1	,070		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 9,34.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada curiosidade \* já consumiu antidepressivos

			já consumiu antidepressivos		Total
			não	sim	
curiosidade	não	Contagem	302	61	363
		% em curiosidade	83,2%	16,8%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	98,1%	96,8%	97,8%
		% do Total	81,4%	16,4%	97,8%

	sim	Contagem	6	2	8
		% em curiosidade	75,0%	25,0%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	1,9%	3,2%	2,2%
		% do Total	1,6%	0,5%	2,2%
Total		Contagem	308	63	371
		% em curiosidade	83,0%	17,0%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. exata (2 lados)	Sig. exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,373 <sup>a</sup>	1	,541		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,018	1	,893		
Razão de verossimilhança	,336	1	,562		
Teste Exato de Fisher				,628	,406
Associação Linear por Linear	,372	1	,542		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 1 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,36.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada relaxar \* já consumiu antidepressivos

			já consumiu antidepressivos		Total
			não	sim	
relaxar	não	Contagem	266	56	322
		% em relaxar	82,6%	17,4%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	86,4%	88,9%	86,8%
		% do Total	71,7%	15,1%	86,8%
sim		Contagem	42	7	49
		% em relaxar	85,7%	14,3%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	13,6%	11,1%	13,2%
		% do Total	11,3%	1,9%	13,2%
Total		Contagem	308	63	371
		% em relaxar	83,0%	17,0%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,291 <sup>a</sup>	1	,590		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,112	1	,737		
Razão de verossimilhança	,302	1	,582		
Teste Exato de Fisher				,687	,380
Associação Linear por Linear	,290	1	,590		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 8,32.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada gerir o stress \* ja consumiu antidepressivos

			ja consumiu antidepressivos		Total
			não	sim	
gerir o stress	Não	Contagem	118	14	132
		% em gerir o stress	89,4%	10,6%	100,0%
		% em ja consumiu antidepressivos	38,3%	22,2%	35,6%
		% do Total	31,8%	3,8%	35,6%
Sim	Contagem		190	49	239
		% em gerir o stress	79,5%	20,5%	100,0%
		% em ja consumiu antidepressivos	61,7%	77,8%	64,4%
		% do Total	51,2%	13,2%	64,4%
Total	Contagem		308	63	371
		% em gerir o stress	83,0%	17,0%	100,0%
		% em ja consumiu antidepressivos	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	5,907 <sup>a</sup>	1	,015		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	5,226	1	,022		
Razão de verossimilhança	6,279	1	,012		
Teste Exato de Fisher				,015	,010
Associação Linear por Linear	5,891	1	,015		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 22,42.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada gerir emoções \* ja consumiu antidepressivos

			já consumiu antidepressivos		Total
			não	sim	

gerir emoções	não	Contagem	147	27	174
		% em gerir emoções	84,5%	15,5%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	47,7%	42,9%	46,9%
		% do Total	39,6%	7,3%	46,9%
sim	Contagem	Contagem	161	36	197
		% em gerir emoções	81,7%	18,3%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	52,3%	57,1%	53,1%
		% do Total	43,4%	9,7%	53,1%
Total	Contagem	Contagem	308	63	371
		% em gerir emoções	83,0%	17,0%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,498 <sup>a</sup>	1	,480		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,322	1	,571		
Razão de verossimilhança	,500	1	,480		
Teste Exato de Fisher				,492	,286
Associação Linear por Linear	,497	1	,481		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 29,55.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada ajudar a dormir \* já consumiu antidepressivos

			já consumiu antidepressivos		Total
			não	sim	
ajudar a dormir	não	Contagem	199	40	239
		% em ajudar a dormir	83,3%	16,7%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	64,6%	63,5%	64,4%
		% do Total	53,6%	10,8%	64,4%
sim	Contagem	Contagem	109	23	132
		% em ajudar a dormir	82,6%	17,4%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	35,4%	36,5%	35,6%
		% do Total	29,4%	6,2%	35,6%
Total	Contagem	Contagem	308	63	371
		% em ajudar a dormir	83,0%	17,0%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,029 <sup>a</sup>	1	,866		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,001	1	,980		
Razão de verossimilhança	,028	1	,866		
Teste Exato de Fisher				,886	,487
Associação Linear por Linear	,028	1	,866		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 22,42.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada neutralizar ou aumentar o efeito de outras substâncias \* já consumiu antidepressivos

		já consumiu antidepressivos		
		não	sim	Total
neutralizar ou aumentar o efeito de outras substâncias	não Contagem	306	62	368
	% em neutralizar ou aumentar o efeito de outras substâncias	83,2%	16,8%	100,0%
	% em já consumiu antidepressivos	99,4%	98,4%	99,2%
	% do Total	82,5%	16,7%	99,2%
sim	Contagem	2	1	3
	% em neutralizar ou aumentar o efeito de outras substâncias	66,7%	33,3%	100,0%
	% em já consumiu antidepressivos	0,6%	1,6%	0,8%
	% do Total	0,5%	0,3%	0,8%
Total	Contagem	308	63	371
	% em neutralizar ou aumentar o efeito de outras substâncias	83,0%	17,0%	100,0%
	% em já consumiu antidepressivos	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,574 <sup>a</sup>	1	,449		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razão de verossimilhança	,476	1	,490		
Teste Exato de Fisher				,429	,429
Associação Linear por Linear	,572	1	,449		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 2 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,51.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada acreditar que este tipo de medicação traz vantagens acadêmicas \* já consumiu antidepressivos

		já consumiu antidepressivos		Total
		Não	sim	
acreditar que este tipo de medicação traz vantagens acadêmicas não	Contagem	302	62	364
	% em acreditar que este tipo de medicação traz vantagens acadêmicas	83,0%	17,0%	100,0%
	% em já consumiu antidepressivos	98,1%	98,4%	98,1%
	% do Total	81,4%	16,7%	98,1%
sim	Contagem	6	1	7
	% em acreditar que este tipo de medicação traz vantagens acadêmicas	85,7%	14,3%	100,0%
	% em já consumiu antidepressivos	1,9%	1,6%	1,9%
	% do Total	1,6%	0,3%	1,9%
Total	Contagem	308	63	371
	% em acreditar que este tipo de medicação traz vantagens acadêmicas	83,0%	17,0%	100,0%
	% em já consumiu antidepressivos	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. exata (2 lados)	Sig. exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,037 <sup>a</sup>	1	,848		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razão de verossimilhança	,038	1	,845		
Teste Exato de Fisher				1,000	,661
Associação Linear por Linear	,037	1	,848		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 1 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,19.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada outro \* já consumiu antidepressivos

			já consumiu antidepressivos		Total
			não	sim	
outro não	Contagem	280	59	339	
	% em outro	82,6%	17,4%	100,0%	
	% em já consumiu antidepressivos	90,9%	93,7%	91,4%	
	% do Total	75,5%	15,9%	91,4%	
sim	Contagem	28	4	32	
	% em outro	87,5%	12,5%	100,0%	
	% em já consumiu antidepressivos	9,1%	6,3%	8,6%	
	% do Total	7,5%	1,1%	8,6%	
Total	Contagem	308	63	371	
	% em outro	83,0%	17,0%	100,0%	

% em ja consumiu antidepressivos	100,0%	100,0%	100,0%
% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,499 <sup>a</sup>	1	,480		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,212	1	,646		
Razão de verossimilhança	,536	1	,464		
Teste Exato de Fisher				,625	,337
Associação Linear por Linear	,497	1	,481		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 5,43.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada outro-depressão diagnosticada pelo médico \* já consumiu antidepressivos

		já consumiu antidepressivos		Total
		não	sim	
outro-depressão diagnosticada pelo médico não	Contagem	280	62	342
	% em outro-depressão diagnosticada pelo médico	81,9%	18,1%	100,0%
	% em já consumiu antidepressivos	90,9%	98,4%	92,2%
	% do Total	75,5%	16,7%	92,2%
sim	Contagem	28	1	29
	% em outro-depressão diagnosticada pelo médico	96,6%	3,4%	100,0%
	% em já consumiu antidepressivos	9,1%	1,6%	7,8%
	% do Total	7,5%	0,3%	7,8%
Total	Contagem	308	63	371
	% em outro-depressão diagnosticada pelo médico	83,0%	17,0%	100,0%
	% em ja consumiu antidepressivos	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	4,087 <sup>a</sup>	1	,043		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	3,112	1	,078		
Razão de verossimilhança	5,582	1	,018		
Teste Exato de Fisher				,041	,027
Associação Linear por Linear	4,076	1	,044		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 1 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 4,92.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada outro-anorexia nervosa \* já consumiu antidepressivos

			já consumiu antidepressivos		Total
			não	sim	
anorexia	não	Contagem	308	62	370
		% em anorexia	83,2%	16,8%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	100,0%	98,4%	99,7%
		% do Total	83,0%	16,7%	99,7%
sim	Contagem		0	1	1
		% em anorexia	0,0%	100,0%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	0,0%	1,6%	0,3%
		% do Total	0,0%	0,3%	0,3%
Total	Contagem		308	63	371
		% em anorexia	83,0%	17,0%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. exata (2 lados)	Sig. exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	4,902 <sup>a</sup>	1	,027		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,775	1	,379		
Razão de verossimilhança	3,559	1	,059		
Teste Exato de Fisher				,170	,170
Associação Linear por Linear	4,889	1	,027		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 2 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,17.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada outro- prevenir ataques de pânico em momentos de maior ansiedade \* já consumiu antidepressivos

			já consumiu antidepressivos		Total
			não	sim	
prevenir ataques de panico em momentos de maior ansiedade	não	Contagem	308	61	369
		% em prevenir ataques de pânico em momentos de maior ansiedade	83,5%	16,5%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	100,0%	96,8%	99,5%
		% do Total	83,0%	16,4%	99,5%
sim	Contagem		0	2	2
		% em prevenir ataques de pânico em momentos de maior ansiedade	0,0%	100,0%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	0,0%	3,2%	0,5%
		% do Total	0,0%	0,5%	0,5%

	% do Total	0,0%	0,5%	0,5%
Total	Contagem	308	63	371
	% em prevenir ataques de pânico em momentos de maior ansiedade	83,0%	17,0%	100,0%
	% em já consumiu antidepressivos	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

**Testes qui-quadrado**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. exata (2 lados)	Sig. exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	9,831 <sup>a</sup>	1	,002		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	4,801	1	,028		
Razão de verossimilhança	7,146	1	,008		
Teste Exato de Fisher				,028	,028
Associação Linear por Linear	9,804	1	,002		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 2 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,34.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

**Tabulação cruzada problemas familiares \* já consumiu antidepressivos**

			já consumiu antidepressivos		Total
			não	sim	
problemas familiares	não	Contagem	308	62	370
		% em problemas familiares	83,2%	16,8%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	100,0%	98,4%	99,7%
		% do Total	83,0%	16,7%	99,7%
sim	Contagem		0	1	1
		% em problemas familiares	0,0%	100,0%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	0,0%	1,6%	0,3%
		% do Total	0,0%	0,3%	0,3%
Total	Contagem		308	63	371
		% em problemas familiares	83,0%	17,0%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

**Testes qui-quadrado**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. exata (2 lados)	Sig. exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	4,902 <sup>a</sup>	1	,027		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,775	1	,379		
Razão de verossimilhança	3,559	1	,059		
Teste Exato de Fisher				,170	,170

Associação Linear por Linear	4,889	1	,027		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 2 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,17.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

### Anexo 1.37 - Output relação entre os motivos que levam/levariam à utilização de antidepressivos e utilizar atualmente medicação antidepressiva.

Tabulação cruzada ajudar no estudo \* consome

			consome		Total
			não	sim	
ajudar no estudo	não	Contagem	291	25	316
		% em ajudar no estudo	92,1%	7,9%	100,0%
		% em consome	87,1%	67,6%	85,2%
		% do Total	78,4%	6,7%	85,2%
ajudar no estudo	sim	Contagem	43	12	55
		% em ajudar no estudo	78,2%	21,8%	100,0%
		% em consome	12,9%	32,4%	14,8%
		% do Total	11,6%	3,2%	14,8%
Total		Contagem	334	37	371
		% em ajudar no estudo	90,0%	10,0%	100,0%
		% em consome	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	90,0%	10,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	10,091 <sup>a</sup>	1	,001		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	8,601	1	,003		
Razão de verossimilhança	8,255	1	,004		
Teste Exato de Fisher				,005	,003
Associação Linear por Linear	10,064	1	,002		
Nº de Casos Válidos	371				

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

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada curiosidade \* consome

			consome		Total
			não	sim	
curiosidade	Não	Contagem	328	35	363

	% em curiosidade	90,4%	9,6%	100,0%
	% em consome	98,2%	94,6%	97,8%
	% do Total	88,4%	9,4%	97,8%
Sim	Contagem	6	2	8
	% em curiosidade	75,0%	25,0%	100,0%
	% em consome	1,8%	5,4%	2,2%
	% do Total	1,6%	0,5%	2,2%
Total	Contagem	334	37	371
	% em curiosidade	90,0%	10,0%	100,0%
	% em consome	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	90,0%	10,0%	100,0%

#### Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. exata (2 lados)	Sig. exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	2,056 <sup>a</sup>	1	,152		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,702	1	,402		
Razão de verossimilhança	1,529	1	,216		
Teste Exato de Fisher				,185	,185
Associação Linear por Linear	2,051	1	,152		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 1 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,80.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

#### Tabulação cruzada relaxar \* consome

			consome		Total
			não	sim	
relaxar	não	Contagem	291	31	322
		% em relaxar	90,4%	9,6%	100,0%
		% em consome	87,1%	83,8%	86,8%
		% do Total	78,4%	8,4%	86,8%
sim		Contagem	43	6	49
		% em relaxar	87,8%	12,2%	100,0%
		% em consome	12,9%	16,2%	13,2%
		% do Total	11,6%	1,6%	13,2%
Total		Contagem	334	37	371
		% em relaxar	90,0%	10,0%	100,0%
		% em consome	100,0%	100,0%	100,0%

% do Total	90,0%	10,0%	100,0%
------------	-------	-------	--------

**Testes qui-quadrado**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,325 <sup>a</sup>	1	,569		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,098	1	,754		
Razão de verossimilhança	,308	1	,579		
Teste Exato de Fisher				,607	,360
Associação Linear por Linear	,324	1	,569		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 1 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 4,89.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

**Tabulação cruzada gerir o stress \* consome**

			consome		Total
			não	sim	
gerir o stress	não	Contagem	125	7	132
		% em gerir o stress	94,7%	5,3%	100,0%
		% em consome	37,4%	18,9%	35,6%
		% do Total	33,7%	1,9%	35,6%
sim	Contagem	209	30	239	
		% em gerir o stress	87,4%	12,6%	100,0%
		% em consome	62,6%	81,1%	64,4%
		% do Total	56,3%	8,1%	64,4%
Total	Contagem	334	37	371	
		% em gerir o stress	90,0%	10,0%	100,0%
		% em consome	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	90,0%	10,0%	100,0%

**Testes qui-quadrado**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	4,977 <sup>a</sup>	1	,026		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	4,203	1	,040		
Razão de verossimilhança	5,451	1	,020		
Teste Exato de Fisher				,029	,017
Associação Linear por Linear	4,964	1	,026		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 13,16.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada gerir emoções \* consome

			consome		Total
			não	sim	
gerir emoções	Não	Contagem	158	16	174
		% em gerir emoções	90,8%	9,2%	100,0%
		% em consome	47,3%	43,2%	46,9%
		% do Total	42,6%	4,3%	46,9%
	Sim	Contagem	176	21	197
		% em gerir emoções	89,3%	10,7%	100,0%
		% em consome	52,7%	56,8%	53,1%
		% do Total	47,4%	5,7%	53,1%
Total		Contagem	334	37	371
		% em gerir emoções	90,0%	10,0%	100,0%
		% em consome	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	90,0%	10,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,221 <sup>a</sup>	1	,639		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,088	1	,767		
Razão de verossimilhança	,221	1	,638		
Teste Exato de Fisher				,729	,385
Associação Linear por Linear	,220	1	,639		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 17,35.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada ajudar a dormir \* consome

			consome		Total
			não	sim	
ajudar a dormir	não	Contagem	217	22	239
		% em ajudar a dormir	90,8%	9,2%	100,0%
		% em consome	65,0%	59,5%	64,4%
		% do Total	58,5%	5,9%	64,4%
	sim	Contagem	117	15	132
		% em ajudar a dormir	88,6%	11,4%	100,0%
		% em consome	35,0%	40,5%	35,6%
		% do Total	31,5%	4,0%	35,6%

Total	Contagem	334	37	371
	% em ajudar a dormir	90,0%	10,0%	100,0%
	% em consome	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	90,0%	10,0%	100,0%

**Testes qui-quadrado**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,441 <sup>a</sup>	1	,506		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,234	1	,629		
Razão de verossimilhança	,434	1	,510		
Teste Exato de Fisher				,588	,311
Associação Linear por Linear	,440	1	,507		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 13,16.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

**Tabulação cruzada neutralizar ou aumentar o efeito de outras substâncias \* consome**

		consome		Total
		não	sim	
neutralizar ou aumentar o efeito de outras substâncias	não Contagem	332	36	368
	% em neutralizar ou aumentar o efeito de outras substâncias	90,2%	9,8%	100,0%
	% em consome	99,4%	97,3%	99,2%
	% do Total	89,5%	9,7%	99,2%
sim Contagem	sim Contagem	2	1	3
	% em neutralizar ou aumentar o efeito de outras substâncias	66,7%	33,3%	100,0%
	% em consome	0,6%	2,7%	0,8%
	% do Total	0,5%	0,3%	0,8%
Total	Contagem	334	37	371
	% em neutralizar ou aumentar o efeito de outras substâncias	90,0%	10,0%	100,0%
	% em consome	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	90,0%	10,0%	100,0%

**Testes qui-quadrado**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	1,838 <sup>a</sup>	1	,175		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,151	1	,698		
Razão de verossimilhança	1,227	1	,268		
Teste Exato de Fisher				,271	,271
Associação Linear por Linear	1,833	1	,176		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 2 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,30.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada acreditar que este tipo de medicação traz vantagens acadêmicas \* consome

		consome		Total
		não	sim	
acreditar que este tipo de medicação traz vantagens acadêmicas	nao Contagem	328	36	364
	% em acreditar que este tipo de medicação traz vantagens acadêmicas	90,1%	9,9%	100,0%
	% em consome	98,2%	97,3%	98,1%
	% do Total	88,4%	9,7%	98,1%
sim Contagem	Contagem	6	1	7
	% em acreditar que este tipo de medicação traz vantagens acadêmicas	85,7%	14,3%	100,0%
	% em consome	1,8%	2,7%	1,9%
	% do Total	1,6%	0,3%	1,9%
Total	Contagem	334	37	371
	% em acreditar que este tipo de medicação traz vantagens acadêmicas	90,0%	10,0%	100,0%
	% em consome	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	90,0%	10,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,148 <sup>a</sup>	1	,701		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razão de verossimilhança	,132	1	,716		
Teste Exato de Fisher				,524	,524
Associação Linear por Linear	,147	1	,701		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 1 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,70.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada outro \* consome

		consome		Total
		não	sim	
outro	nao Contagem	304	35	339
	% em outro	89,7%	10,3%	100,0%
	% em consome	91,0%	94,6%	91,4%
	% do Total	81,9%	9,4%	91,4%
sim	Contagem	30	2	32
	% em outro	93,8%	6,3%	100,0%

	% em consome	9,0%	5,4%	8,6%
	% do Total	8,1%	0,5%	8,6%
Total	Contagem	334	37	371
	% em outro	90,0%	10,0%	100,0%
	% em consome	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	90,0%	10,0%	100,0%

**Testes qui-quadrado**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,541 <sup>a</sup>	1	,462		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,182	1	,670		
Razão de verossimilhança	,608	1	,435		
Teste Exato de Fisher				,756	,358
Associação Linear por Linear	,539	1	,463		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 1 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 3,19.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

**Tabulação cruzada outro-depressão diagnosticada pelo médico \* consome**

		consome		Total
		não	sim	
outro-depressão diagnosticada pelo médico	não Contagem	305	37	342
	% em outro-depressão diagnosticada pelo médico	89,2%	10,8%	100,0%
	% em consome	91,3%	100,0%	92,2%
	% do Total	82,2%	10,0%	92,2%
sim	Contagem	29	0	29
	% em outro-depressão diagnosticada pelo médico	100,0%	0,0%	100,0%
	% em consome	8,7%	0,0%	7,8%
	% do Total	7,8%	0,0%	7,8%
Total	Contagem	334	37	371
	% em outro-depressão diagnosticada pelo médico	90,0%	10,0%	100,0%
	% em consome	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	90,0%	10,0%	100,0%

**Testes qui-quadrado**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	3,485 <sup>a</sup>	1	,062		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	2,384	1	,123		
Razão de verossimilhança	6,359	1	,012		
Teste Exato de Fisher				,097	,042

Associação Linear por Linear	3,476	1	,062		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 1 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 2,89.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada outro- anorexia nervosa\* consome

			consome		Total
			não	sim	
anorexia	Não	Contagem	334	36	370
		% em anorexia	90,3%	9,7%	100,0%
		% em consome	100,0%	97,3%	99,7%
		% do Total	90,0%	9,7%	99,7%
	Sim	Contagem	0	1	1
		% em anorexia	0,0%	100,0%	100,0%
		% em consome	0,0%	2,7%	0,3%
		% do Total	0,0%	0,3%	0,3%
Total		Contagem	334	37	371
		% em anorexia	90,0%	10,0%	100,0%
		% em consome	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	90,0%	10,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	9,051 <sup>a</sup>	1	,003		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	1,789	1	,181		
Razão de verossimilhança	4,635	1	,031		
Teste Exato de Fisher				,100	,100
Associação Linear por Linear	9,027	1	,003		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 2 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,10.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada outro- prevenir ataques de pânico em momentos de maior ansiedade \* consome

			consome		Total
			não	sim	
prevenir ataques de pânico em momentos de maior ansiedade	não	Contagem	333	36	369
		% em prevenir ataques de pânico em momentos de maior ansiedade	90,2%	9,8%	100,0%
		% em consome	99,7%	97,3%	99,5%
		% do Total	89,8%	9,7%	99,5%
	sim	Contagem	1	1	2

	% em prevenir ataques de pânico em momentos de maior ansiedade	50,0%	50,0%	100,0%
	% em consome	0,3%	2,7%	0,5%
	% do Total	0,3%	0,3%	0,5%
Total	Contagem	334	37	371
	% em prevenir ataques de pânico em momentos de maior ansiedade	90,0%	10,0%	100,0%
	% em consome	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	90,0%	10,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. exata (2 lados)	Sig. exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	3,588 <sup>a</sup>	1	,058		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,506	1	,477		
Razão de verossimilhança	2,068	1	,150		
Teste Exato de Fisher				,190	,190
Associação Linear por Linear	3,579	1	,059		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 2 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,20.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada outro- problemas familiares \* consome

			consome		Total
			não	sim	
problemas familiares	não	Contagem	333	37	370
		% em problemas familiares	90,0%	10,0%	100,0%
		% em consome	99,7%	100,0%	99,7%
		% do Total	89,8%	10,0%	99,7%
sim	sim	Contagem	1	0	1
		% em problemas familiares	100,0%	0,0%	100,0%
		% em consome	0,3%	0,0%	0,3%
		% do Total	0,3%	0,0%	0,3%
Total		Contagem	334	37	371
		% em problemas familiares	90,0%	10,0%	100,0%
		% em consome	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	90,0%	10,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. exata (2 lados)	Sig. exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,111 <sup>a</sup>	1	,739		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,000	1	1,000		

Razão de verossimilhança	,210	1	,646		
Teste Exato de Fisher				1,000	,900
Associação Linear por Linear	,111	1	,739		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 2 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,10.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

### Anexo 1.38 - Output relação entre o conhecimento acerca da dependência e já ter recorrido à medicação antidepressiva.

Tabulação cruzada ajudar no estudo \* já consumiu antidepressivos

		já consumiu antidepressivos		Total	
		não	sim		
ajudar no estudo	não	Contagem	267	49	316
		% em ajudar no estudo	84,5%	15,5%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	86,7%	77,8%	85,2%
		% do Total	72,0%	13,2%	85,2%
sim	Contagem	41	14	55	
		% em ajudar no estudo	74,5%	25,5%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	13,3%	22,2%	14,8%
		% do Total	11,1%	3,8%	14,8%
Total	Contagem	308	63	371	
		% em ajudar no estudo	83,0%	17,0%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	3,289 <sup>a</sup>	1	,070		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	2,621	1	,105		
Razão de verossimilhança	3,005	1	,083		
Teste Exato de Fisher				,080	,057
Associação Linear por Linear	3,280	1	,070		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 9,34.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada curiosidade \* já consumiu antidepressivos

		já consumiu antidepressivos		Total
		não	sim	

curiosidade	não	Contagem	302	61	363
		% em curiosidade	83,2%	16,8%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	98,1%	96,8%	97,8%
		% do Total	81,4%	16,4%	97,8%
sim		Contagem	6	2	8
		% em curiosidade	75,0%	25,0%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	1,9%	3,2%	2,2%
		% do Total	1,6%	0,5%	2,2%
Total		Contagem	308	63	371
		% em curiosidade	83,0%	17,0%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,373 <sup>a</sup>	1	,541		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,018	1	,893		
Razão de verossimilhança	,336	1	,562		
Teste Exato de Fisher				,628	,406
Associação Linear por Linear	,372	1	,542		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 1 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,36.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada relaxar \* já consumiu antidepressivos

			já consumiu antidepressivos		Total
			não	sim	
relaxar	não	Contagem	266	56	322
		% em relaxar	82,6%	17,4%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	86,4%	88,9%	86,8%
		% do Total	71,7%	15,1%	86,8%
sim		Contagem	42	7	49
		% em relaxar	85,7%	14,3%	100,0%
		% em já consumiu antidepressivos	13,6%	11,1%	13,2%
		% do Total	11,3%	1,9%	13,2%
Total		Contagem	308	63	371
		% em relaxar	83,0%	17,0%	100,0%

% em já consumiu antidepressivos	100,0%	100,0%	100,0%
% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. exata (2 lados)	Sig. exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,291 <sup>a</sup>	1	,590		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,112	1	,737		
Razão de verossimilhança	,302	1	,582		
Teste Exato de Fisher				,687	,380
Associação Linear por Linear	,290	1	,590		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 8,32.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabulação cruzada gerir o stress \* ja consumiu antidepressivos

			ja consumiu antidepressivos		Total
			não	sim	
gerir o stress	não	Contagem	118	14	132
		% em gerir o stress	89,4%	10,6%	100,0%
		% em ja consumiu antidepressivos	38,3%	22,2%	35,6%
		% do Total	31,8%	3,8%	35,6%
sim		Contagem	190	49	239
		% em gerir o stress	79,5%	20,5%	100,0%
		% em ja consumiu antidepressivos	61,7%	77,8%	64,4%
		% do Total	51,2%	13,2%	64,4%
Total		Contagem	308	63	371
		% em gerir o stress	83,0%	17,0%	100,0%
		% em ja consumiu antidepressivos	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. exata (2 lados)	Sig. exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	5,907 <sup>a</sup>	1	,015		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	5,226	1	,022		
Razão de verossimilhança	6,279	1	,012		
Teste Exato de Fisher				,015	,010
Associação Linear por Linear	5,891	1	,015		
Nº de Casos Válidos	371				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 22,42.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

**Anexo 1.39 - Output relação entre o conhecimento acerca da dependência e utilizar atualmente medicação antidepressiva.**

Tabulação cruzada 22.		Considera que os antidepressivos podem causar dependência? * 9.		Utiliza atualmente antidepressivos?		
				9. Utiliza atualmente antidepressivos?		Total
				Não	Sim	
22. Considera que os antidepressivos podem causar dependência?	Não	Contagem		14	6	20
	% em 22.	Considera que os antidepressivos podem causar dependência?		70,0%	30,0%	100,0%
	% em 9.	Utiliza atualmente antidepressivos?		4,2%	16,2%	5,4%
	% do Total			3,8%	1,6%	5,4%
Não sabe	Contagem			11	2	13
	% em 22.	Considera que os antidepressivos podem causar dependência?		84,6%	15,4%	100,0%
	% em 9.	Utiliza atualmente antidepressivos?		3,3%	5,4%	3,5%
	% do Total			3,0%	0,5%	3,5%
Sim	Contagem			309	29	338
	% em 22.	Considera que os antidepressivos podem causar dependência?		91,4%	8,6%	100,0%
	% em 9.	Utiliza atualmente antidepressivos?		92,5%	78,4%	91,1%
	% do Total			83,3%	7,8%	91,1%
Total	Contagem			334	37	371
	% em 22.	Considera que os antidepressivos podem causar dependência?		90,0%	10,0%	100,0%
	% em 9.	Utiliza atualmente antidepressivos?		100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total			90,0%	10,0%	100,0%

Testes qui-quadrado			
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	10,089 <sup>a</sup>	2	,006
Razão de verossimilhança	7,304	2	,026
Nº de Casos Válidos	371		

a. 2 células (33,3%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,30.

**Anexo 1.40 - Output** relação entre o conhecimento acerca do início dos efeitos antidepressivos e já ter recorrido à medicação antidepressiva.

Tabulação cruzada 23. Qual o período que considera necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos, a partir do momento em que inicia a terapia? \*

				8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?		
				Não	Sim	Total
23. Qual o período que considera necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos, a partir do momento em que inicia a terapia?	1 semana	Contagem		67	7	74
		% em 23. Qual o período que considera necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos, a partir do momento em que inicia a terapia?		90,5%	9,5%	100,0%
		% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?		21,8%	11,1%	19,9%
		% do Total		18,1%	1,9%	19,9%
	2 semanas ou mais	Contagem		137	44	181
	% em 23. Qual o período que considera necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos, a partir do momento em que inicia a terapia?		75,7%	24,3%	100,0%	
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?		44,5%	69,8%	48,8%	
	% do Total		36,9%	11,9%	48,8%	
24 horas	Contagem		30	5	35	
	% em 23. Qual o período que considera necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos, a partir do momento em que inicia a terapia?		85,7%	14,3%	100,0%	
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?		9,7%	7,9%	9,4%	
	% do Total		8,1%	1,3%	9,4%	
48 horas	Contagem		29	4	33	
	% em 23. Qual o período que considera necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos, a partir do momento em que inicia a terapia?		87,9%	12,1%	100,0%	
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?		9,4%	6,3%	8,9%	
	% do Total		7,8%	1,1%	8,9%	
Não sabe	Contagem		45	3	48	
	% em 23. Qual o período que considera necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos, a partir do momento em que inicia a terapia?		93,8%	6,3%	100,0%	
	% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?		14,6%	4,8%	12,9%	
	% do Total		12,1%	0,8%	12,9%	
<b>Total</b>	Contagem		308	63	371	

% em 23. Qual o período que considera necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos, a partir do momento em que inicia a terapia?	83,0%	17,0%	100,0%
% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	100,0%	100,0%	100,0%
% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

Testes qui-quadrado			
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	14,519 <sup>a</sup>	4	,006
Razão de verossimilhança	15,415	4	,004
Nº de Casos Válidos	371		

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 5,60.

### Anexo 1.41 - Output relação entre o conhecimento acerca do início dos efeitos antidepressivos e a utilização atual de medicação antidepressiva.

Tabulação cruzada 23. Qual o período que considera necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos, a partir do momento em que inicia a terapia? \*

				9. Utiliza atualmente antidepressivos?		
				9. Utiliza atualmente antidepressivos?		Total
				Não	Sim	
23. Qual o período que considera necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos, a partir do momento em que inicia a terapia?	1 semana	Contagem		71	3	74
	% em 23. Qual o período que considera necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos, a partir do momento em que inicia a terapia?			95,9%	4,1%	100,0%
	% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?			21,3%	8,1%	19,9%
	% do Total			19,1%	0,8%	19,9%
	2 semanas ou mais	Contagem		155	26	181
% em 23. Qual o período que considera necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos, a partir do momento em que inicia a terapia?			85,6%	14,4%	100,0%	
% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?			46,4%	70,3%	48,8%	
% do Total			41,8%	7,0%	48,8%	
24 horas	Contagem		33	2	35	
	% em 23. Qual o período que considera necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos, a partir do momento em que inicia a terapia?		94,3%	5,7%	100,0%	
	% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?		9,9%	5,4%	9,4%	
	% do Total		8,9%	0,5%	9,4%	
48 horas	Contagem		30	3	33	

	% em 23.	Qual o período que considera necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos, a partir do momento em que inicia a terapia?	90,9%	9,1%	100,0%
	% em 9.	Utiliza atualmente antidepressivos?	9,0%	8,1%	8,9%
	% do Total		8,1%	0,8%	8,9%
	Não sabe	Contagem	45	3	48
	% em 23.	Qual o período que considera necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos, a partir do momento em que inicia a terapia?	93,8%	6,3%	100,0%
	% em 9.	Utiliza atualmente antidepressivos?	13,5%	8,1%	12,9%
	% do Total		12,1%	0,8%	12,9%
	Total	Contagem	334	37	371
	% em 23.	Qual o período que considera necessário para que seja observado o início dos efeitos antidepressivos, a partir do momento em que inicia a terapia?	90,0%	10,0%	100,0%
	% em 9.	Utiliza atualmente antidepressivos?	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total		90,0%	10,0%	100,0%

Testes qui-quadrado			
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	8,252 <sup>a</sup>	4	,083
Razão de verossimilhança	8,807	4	,066
Nº de Casos Válidos	371		

a. 3 células (30,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 3,29.

## Anexo 1.42 - Output relação entre o conhecimento acerca da conclusão do tratamento e já ter recorrido à medicação antidepressiva.

Tabulação cruzada 24.		Considera que a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual? * 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?			
		8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?		Total	
		Não	Sim		
24. Considera que a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual?	Não	Contagem	3	0	3
	% em 24.	Considera que a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual?	100,0%	0,0%	100,0%
	% em 8.	Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	1,0%	0,0%	0,8%
	% do Total		0,8%	0,0%	0,8%
Não	Contagem	11	3	14	

sabe	% em 24. Considera que a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual?	Contagem	78,6%	21,4%	100,0%
		% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	3,6%	4,8%	3,8%
		% do Total	3,0%	0,8%	3,8%
		Contagem	294	60	354
Sim	% em 24. Considera que a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual?	% em 24. Considera que a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual?	83,1%	16,9%	100,0%
		% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	95,5%	95,2%	95,4%
		% do Total	79,2%	16,2%	95,4%
		Contagem	308	63	371
Total	% em 24. Considera que a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual?	% em 24. Considera que a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual?	83,0%	17,0%	100,0%
		% em 8. Alguma vez recorreu a medicação antidepressiva?	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	83,0%	17,0%	100,0%
		Contagem	308	63	371

Testes qui-quadrado			
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	,810 <sup>a</sup>	2	,667
Razão de verossimilhança	1,301	2	,522
Nº de Casos Válidos	371		

a. 3 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,51.

### Anexo 1.43 - Output relação entre o conhecimento acerca da conclusão do tratamento e a utilização atual de medicação antidepressiva.

Tabulação cruzada 24. Considera que a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual? * 9. Utiliza atualmente antidepressivos?		9. Utiliza atualmente antidepressivos?		
		Não	Sim	Total
24. Considera que a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual?	Não Contagem	3	0	3
	% em 24. Considera que a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual?	100,0%	0,0%	100,0%
	% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	0,9%	0,0%	0,8%
	% do Total	0,8%	0,0%	0,8%
Não sabe	Não Contagem	12	2	14
	% em 24. Considera que a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual?	85,7%	14,3%	100,0%
	% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	3,6%	5,4%	3,8%
	% do Total	3,2%	0,5%	3,7%

	% do Total	3,2%	0,5%	3,8%
Sim	Contagem	319	35	354
	% em 24. Considera que a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual?	90,1%	9,9%	100,0%
	% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	95,5%	94,6%	95,4%
	% do Total	86,0%	9,4%	95,4%
Total	Contagem	334	37	371
	% em 24. Considera que a conclusão do tratamento deve ser feita de forma gradual?	90,0%	10,0%	100,0%
	% em 9. Utiliza atualmente antidepressivos?	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	90,0%	10,0%	100,0%

Testes qui-quadrado			
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	,625 <sup>a</sup>	2	,732
Razão de verossimilhança	,893	2	,640
Nº de Casos Válidos	371		

a. 3 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,30.

**Anexo 1.44** - Resumo submetido para o II Congresso Científico Anual UBIPharma “Farmacogenómica/ Farmacogenética: Todos Iguais, Todos *Diferentes*” (Faculdade Ciências da Saúde - Universidade da beira Interior, Covilhã 2016).

**Título:** AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE ANTIDEPRESSIVOS EM ESTUDANTES DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**Autores:** Teixeira F. <sup>1</sup>✉, Gallardo E.<sup>2</sup>

**Filiação:** <sup>1</sup> Aluna do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF). Faculdade Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior (FCS-UBI).

<sup>2</sup> Docente do Departamento de Ciências Médicas; Investigadora do Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS-UBI), Universidade da Beira Interior.

✉ e-mail: fatimateixeira00@hotmail.com / Contacto telefónico: +351 938929591

**I - Objetivos:** Este trabalho visa determinar a prevalência de utilização de antidepressivos pelos estudantes que frequentam o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêutica (MICF); identificar a classe farmacológica maioritariamente consumida; analisar as relações existentes entre a utilização de medicação antidepressiva e a variável motivação e determinar a adesão ao tratamento antidepressivo.

**II - Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional, explicativo e transversal. Como instrumento de recolha de dados foi utilizado um inquérito *online*, com recurso à aplicação “Formulários” do *Google Docs*, que incluía 24 questões de resposta fechada. A amostra em estudo foi constituída por 371 estudantes procedentes de todos estabelecimentos de ensino superior onde o MICF é lecionado. Os dados foram analisados e tratados estatisticamente através do programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 23. No que concerne à análise estatística inferencial foi aplicado o teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) e o teste de *Fisher*.


**III - Resultados:** Constatou-se que 17% dos estudantes já recorreu à medicação antidepressiva e atualmente 10% continua a utilizar esta classe farmacológica. Dentro deste grupo, os inibidores seletivos da recaptção de serotonina foram os mais utilizados (68,3%). Os principais motivos que levam ou levariam os estudantes a utilizar antidepressivos foram a gestão do *stress* (64,4%), secundado pela gestão de emoções (53,1%). Foi observado que existem diferenças estatisticamente significativas entre a utilização atual de antidepressivos e a gestão do *stress* ( $\chi^2=4,977$ ;  $p=0,026$ ) e entre a utilização atual de antidepressivos e ajudar no estudo ( $\chi^2=10,091$ ;  $p=0,001$ ). 4,8% dos inquiridos que afirmou utilizar ou já ter utilizado esta medicação aumentou a dose sem consentimento médico, sendo que um dos participantes manifestou efeitos colaterais (náuseas) e 47,62% interrompeu a terapêutica antidepressiva sem consultar o médico.

**IV-Discussão e conclusões:** Os dados indicam que cerca de 6% dos estudantes do ensino superior encontram-se medicados com antidepressivos, contudo a prevalências de utilização destes pelos estudantes do MICF é superior (10%), uma vez que estes estão sujeitos a situações mais stressantes provenientes das exigências académicas, incapacidade de lidar com as emoções e dificuldade em selecionar os conteúdos lecionados. Embora os estudantes do MICF aprendam, durante o seu percurso académico, os efeitos da medicação e a importância da adesão ao tratamento, eles próprios negligenciam a sua saúde e manifestam falta de adesão ao tratamento antidepressivo.

Os autores deste trabalho salientam que este é o primeiro estudo realizado em Portugal que visa avaliar a prevalência de consumo de antidepressivos nesta população.

**Palavras-chave:** Depressão, ensino-superior, Ciências Farmacêuticas, antidepressivos.


## Anexo 2.1 - Panfleto informativo sobre pediculose.



**PIOLHOS: O TABU ESTÁ NA CABEÇA!**  
SESSÃO DE ESCLARECIMENTO 1.º E 6.º DE ABRIL | 15:00  
ESCOLA DA VILA DO CARVALHO

São João Farmácia  
www.saojoaofarmacia.pt

*O que são os piolhos?*




O piolho da cabeça (*Pediculus capitis*) é um inseto pequeno, cerca de 2,5 mm de comprimento, castanho-acinzentado.


- Os piolhos não são perigosos, mas podem ser incomodativos. Causam comichão intensa no couro cabeludo e irritação na pele da cabeça.
- Os ovos dos piolhos são as lêndexas que ficam agarradas ao cabelo. São pequenas, de cor esbranquiçada e brilhante.
- Qualquer pessoa pode ser contaminada por piolhos, não só as crianças.
- Eles transmitem-se de uma cabeça para a outra, por partilha de objetos, na piscina, etc.

**Ter piolhos não é uma doença!**  
É uma contaminação vulgar que pode ser tratada.

*Como eliminá-los?*

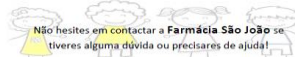


Utiliza produtos adequados adquiridos na farmácia, muda e lava o vestuário e a roupa de cama frequentemente.



Tratamento      Pós-Tratamento      Prevenção

**Declaramos guerra aos piolhos!**



Não hesites em contactar a Farmácia São João se tiveres alguma dúvida ou precisares de ajuda!

Inovação  
Responsabilidade  
Audácia  
Competitividade  
Trabalho

## Anexo 2.2 - Circular n.º 0609-2016 referente ao registo de psicotrópicos e estupefaciente.

**anf**  
Associação Nacional das Farmácias

**Circular n.º 0609-2016**

Lisboa, 09 de Março de 2016

**Assunto:** Registo de psicotrópicos e estupefacientes - envio de relatórios e cópias das receitas manuais digitalizadas

Exmo. Associado,

De acordo com a informação transmitida na Circular n.º 2219-2015, de 12 de Outubro, e as comunicações recentes do INFARMED relativas ao registo de medicamentos contendo substâncias estupefacientes ou psicotrópicas, relembramos os seguintes aspectos:

ESTUPEFACIENTES E PSICOTRÓPICOS - REQUISITOS DE ENVIO OBRIGATORIO AO INFARMED				
TABELAS I, II-B, II-C	CÓPIA DE RECEITAS MANUAIS	REGISTO DE SAÍDAS	MAPA DE BALANÇO	REGISTO DE ENTRADAS*
	Mensalmente Até ao dia 8 do mês seguinte	Mensalmente Até ao dia 8 do mês seguinte	Anualmente Até 31 de Janeiro do ano seguinte	Não se aplica (fica s/ efeito)
TABELAS III E IV (incluem as benzodiazepinas)	Não se aplica	Não se aplica	Anualmente Até 31 de Janeiro do ano seguinte	Não se aplica (fica s/ efeito)

**MANTER ARQUIVO DE TODOS OS DOCUMENTOS DURANTE 3 ANOS**

\* Realçamos que os procedimentos a adoptar no que respeita à validação do receituário, dispensa e controlo destes medicamentos foram alterados ao nível do registo de entradas, que deves de ter de ser efectuado.

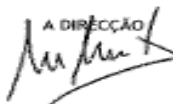
Os relatórios (registos de saídas e mapas de balanço) e as cópias das receitas manuais digitalizadas devem ser enviados para o e-mail do INFARMED ([mapas\\_subscontroladas@infarmed.pt](mailto:mapas_subscontroladas@infarmed.pt)), tendo a farmácia que mencionar no assunto o nome e o código. Exemplos:

- Farmácia "nome" (código): receitas manuais (mês/ano)
- Farmácia "nome" (código): registo de saídas (mês/ano)
- Farmácia "nome" (código): mapa de balanço (ano)

Para apoiar este procedimento, informamos que o Sifarma permite o envio das listagens dos psicotrópicos por e-mail e sugere de uma forma automatizada o endereço de e-mail do INFARMED e o assunto com o qual o e-mail deve ser enviado, conforme instrução de trabalho em anexo.

Com os melhores cumprimentos,

Anexo:  
- Instrução de trabalho Sifarma

A DIRECÇÃO  


 Farmácias Portuguesas

Rua Marechal Saldanha, 1 - 1249-069 Lisboa  
Tel: 21 340 06 00 • Fax: 21 347 29 94  
email: [anf@anf.pt](mailto:anf@anf.pt) | [www.anf.pt](http://www.anf.pt)

**Anexo 2.3** - Valores de referência para os parâmetros bioquímicos de glicémia em jejum, pós-prandial, colesterol e ácido úrico, afixado na Farmácia São João, segundo as normas da DGS.



**São João**  
farmácia

**Glicémia em jejum**

Concentração de glucose (mg/dL)	Situação
>126	Elevado
110 a 125	Alto
70 a 109	Normal
<70	Baixo

Adaptação da classificação da DGS, 2002

**Glicémia pós-prandial**

Concentração de glucose (mg/dL)	Situação
> 140	Elevado
< 140	Normal
< 70	Baixo

Adaptação da classificação da DGS, 2002

**Colesterol**

Parâmetros	Valores de referência (mg/mL)
Colesterol total	<190
Triglicérides	<150

Classificação da European Guidelines on Cardiovascular Disease

**Ácido Úrico**

Mulheres:	2,4 - 6,0 mg/dL
Homens:	3,4 - 7,0 mg/dL

Rua Marquês de Ávila e Bolama n°342  
6200 - 053 Covilhã  
tel: 275323699 - fax: 275313760

**Anexo 3.1** - Critérios de aceitação da temperatura e da pressão da pré-sala e da sala de preparação no setor da farmacotecnia do CHCB.

Sistema Modular de Salas Limpas	Preparação de Citotóxicos		Preparação de Nutrição Parentérica	
	Pressão	Temperatura	Pressão	Temperatura
Pré-sala	>1 mmH <sub>2</sub> O	<25°C	1-2 mmH <sub>2</sub> O	21°C ± 2,5°C (18,5 - 23,5°C)
Sala de preparação	<0 mmH <sub>2</sub> O		3-4 mmH <sub>2</sub> O	