



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS DA SAÚDE
MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**CARACTERIZAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO PROFISSIONAL DE
UTILIZADORES DE ANSIOLÍTICOS E ANTIDEPRESSIVOS**

Hedeleny Arasy Có, nº21904275

2024

www.ulusofona.pt

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS DA SAÚDE
MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**CARACTERIZAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO PROFISSIONAL DE
UTILIZADORES DE ANSIOLÍTICOS E ANTIDEPRESSIVOS**

VERSÃO FINAL

**Dissertação defendida em provas públicas
na Universidade Lusófona Centro Universitário
de Lisboa, no dia 16/09/2024**

**perante o júri, nomeado pelo Despacho de
Nomeação n.º 895/2024, de 03 de julho de 2024,
com a seguinte composição:**

Presidente: Prof. Doutor. Luís Monteiro Rodrigues

Arguente: Prof. Doutor João Guilherme Costa

Orientador: Prof. Doutor João Gregório

Hedeleny Arasy Có, n.º21904275

2024

Agradecimentos

Antes de mais quero agradecer a Deus, pois sem ele nada disto seria possível.

Ao Professor Doutor João Gregório, que foi um orientador fantástico, que acreditou em mim, também pela sua disponibilidade e auxílio, durante elaboração deste trabalho.

A minha mãe e minha irmã, que foram os meus pilares durante toda minha vida e principalmente durante estes 5 anos.

As minhas companheiras universitárias, Sofia e Tatiana que tornaram esta jornada muito mais engraçada e suportável, e que são amigas que vou levar para a vida toda.

Às minhas colegas de trabalho, Marta João, Valentina, Alla, Catarina, Dr^a Monica, Sofia, Nuno, Mara e Julieta, que me deram força e andaram sempre em cima de mim para que terminasse esta fase final da minha formação.

Às minhas amigas da ERISA, que também tiveram comigo ao longo desta jornada e também me deram muito apoio e carinho.

À equipa da Farmácia Guerra Rico, por me terem acolhido durante os meses de estágio e por todos os conhecimentos que me transmitiram.

E por fim, à Universidade Lusófona, que me acolheu durante todos estes anos e que será sempre a minha segunda casa.

Resumo

Com a crescente prevalência dos índices de depressão e ansiedade no mundo, que acompanham proporcionalmente, o aumento constante do consumo de antidepressivos e ansiolíticos, torna-se cada vez mais necessário abordar estes dois transtornos mentais, como um problema de saúde pública, uma vez que estas doenças, condicionam negativamente os indivíduos que sofrem com estas patologias. Portugal apresenta valores consideráveis, relativamente à carga de doenças mentais e ao seu impacto, na sociedade, face à Europa.

Por esta razões, é então necessário, compreender que fatores estão associados à gestão da saúde mental dos doentes que sofrem destes dois tipos de transtornos psiquiátricos, e que lacunas podem ser preenchidas, relativamente ao acesso a cuidados especializados em saúde mental.

Para um melhor entendimento do papel que o farmacêutico comunitário, na gestão da saúde mental, no acompanhamento e o aconselhamento farmacoterapêutico, feito a utentes consumidores de medicação ansiolítica e antidepressiva e o possível envolvimento de outros profissionais de saúde, na gestão da saúde mental destes utentes, procedemos à implementação de estudo observacional ao longo de 3 meses, em farmácia comunitária, localizada em Agualva-Cacém, para que pudéssemos responder às questões de investigação. Foram estabelecidos critérios de inclusão específicos, e foi definido um número para a dimensão da amostra em estudo. O tratamento de dados, foi efetuado com o recurso as seguintes plataformas: Google Forms, e Software Jamovi versão 2.3.28 e MS Excel.

Relativamente aos resultados obtidos, foram realizados 80 inquéritos. 77,5% da amostra pertencia ao sexo feminino e a maioria dos participantes, tinha mais de 65 anos. Cerca de 40% dos participantes, não tem médico de família e 56,3% não tem acompanhamento especializado, feito por um psiquiatra/psicólogo. Uma grande parte dos participantes realçou a falta de auxílio do farmacêutico, fazendo ainda referência ao facto do farmacêutico preocupar-se somente com a dispensa da medicação em causa. Relativamente ao recurso a medicinas alternativas, embora cerca de 90% dos participantes não tenha profissionais qualificados em medicinas alternativas envolvidas na gestão da sua saúde mental, dos que têm, a acupuntura e o reiki, são medicinas alternativas mais praticadas pelos participantes.

Em suma, com este tipo de estudos observacionais na comunidade, é possível destacar, especificamente que problemas devem ser contornados, para que sejam concretizados mais projetos, com uma maior frequência e uma maior taxa de sucesso, tanto para os utentes, como para os farmacêuticos, para além de acrescentar imenso valor, ao papel do farmacêutico na comunidade.

Palavras – Chave

Ansiolíticos; antidepressivos; farmácia comunitária; cuidados especializados; gestão de saúde mental

Abstract

With the growing prevalence of depression and anxiety in the world, which proportionally accompanies the constant increase in the consumption of antidepressants and anxiolytics, it is becoming increasingly necessary to address these two mental disorders as a public health problem, since these illnesses negatively affect the individuals who suffer from them. Portugal has considerable figures in relation to the burden of mental illness and its impact on society, compared to Europe.

For this reason, it is therefore necessary to understand what factors are associated with the mental health management of patients suffering from these two types of psychiatric disorders, and what gaps can be filled regarding access to specialized mental health care.

In order to gain a better understanding of the role of the community pharmacist in mental health management, in the monitoring and pharmacotherapeutic counseling of users of anxiolytic and antidepressant medication and the possible involvement of other health professionals in the mental health management of these users, we carried out an observational study over three months in a community pharmacy located in Agualva-Cacém, so that we could answer the research questions. Specific inclusion criteria were established and a number was set for the size of the study sample. The data was processed using the following platforms: Google Forms, Jamovi software version 2.3.28 and MS Excel.

Regarding the results obtained, 80 surveys were carried out. 77.5% of the sample was female and most of the participants were over 65. Around 40% of the participants did not have a family doctor and 56.3% did not have specialized follow-up by a psychiatrist/psychologist. A large proportion of the participants highlighted the lack of help from the pharmacist and also referred to the fact that the pharmacist was only concerned with dispensing the medication in question. Regarding the use of alternative medicines, although around 90% of the participants do not have professionals qualified in alternative medicines involved in the management of their mental health, of those who do, acupuncture and reiki are the alternative medicines most practiced by the participants.

In short, with this type of observational study in the community, it is possible to highlight specifically which problems need to be overcome, so that more projects can be carried out, with greater frequency and a higher success rate, both for users and for pharmacists, as well as adding immense value to the role of the pharmacist in the community.

Key words

Anxiolytics; antidepressants; community pharmacy; specialized care; mental health management

Lista de Abreviaturas

ARS – Administração Regional de Saúde

COVID-19 – Doença provocada pelo novo Coronavírus 2019 (SARS-CoV-2)

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DALYS - Disability-adjusted Life Years

DGS – Direção Geral de Saúde

DHA - Ácido Docosa-Hexaenóico

EPA - Ácido Eicosa-Pentaenóico

EUA – Estados Unidos da América

GASMI- Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil

INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

IHME – Institute Health Metrics and Evaluation

OECD - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PNSM – Plano Nacional para Saúde Mental

RRH – Rede de Referenciação Hospitalar

SLSM – Serviços Locais de Saúde Mental

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada

TDAH – Transtorno de défice da atenção e hiperatividade

TSPT – Transtorno de Stress Pós Traumático

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

1.Introdução.....	15
1.1. Saúde Mental	16
1.2. Epidemiologia das doenças mentais	16
1.3. Impacto das doenças mentais nos sistemas de saúde	19
1.3.1. Fatores associados ao aparecimento de doenças mentais	20
1.4. Depressão	21
1.4.1. Tratamento	23
1.4.2. Depressão não tratada – Consequências e Prevenção.....	24
1.5. Ansiedade.....	25
1.5.1.Tipos de Transtorno de Ansiedade	26
1.5.2.Transtorno de ansiedade generalizada.....	26
1.5.3. Diagnóstico.....	26
1.5.4.Transtorno Fóbico.....	27
1.5.5. Fobia Social.....	27
1.5.6. Fobias Específicas	28
1.5.7. Ataques de pânico	28
1.5.8.Transtorno Stress pós-traumático	30
1.5.9. Transtorno obsessivo compulsivo.....	31
1.6. Tratamentos associados aos vários tipos de transtorno de ansiedade	32
1.7. Duração do tratamento e consequências do uso prolongado de ansiolíticos e antidepressivos	33
1.8. Saúde Mental e Nutrição.....	34
1.9. Depressão e Ansiedade em Portugal	36
1.10. Acompanhamento dos doentes psiquiátricos em Portugal	40

1.10.1 Rede de referenciação Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental Infantil.....	43
1.11. Acompanhamento Farmacêutico a doentes com perturbações psiquiátricas	45
2. Metodologia	49
2.1. Material e Métodos	49
2.1.1. Objetivo.....	49
2.1.2. Instrumento de recolha de dados	50
2.1.3. População e Amostra	51
2.1.4. Definição de variáveis	54
2.1.5. Análise de dados	56
2.1.6. Considerações éticas	56
3. Resultados	57
3.1. Caraterização sociodemográfica da população em estudo.....	57
4. Discussão de Resultados	70
5. Conclusão.....	74
Referências Bibliográficas	76
Anexos	86

Índice de Figuras

Figura 1 - Fenda sináptica. Fonte:” Adaptado de” Lattimore (2005).....	22
Figura 2 - Esquema representativo dos fatores associados à prevenção do transtorno depressivo.	25
Figura 3 - Gráfico de barras representativo da prevalência dos transtornos mentais em Portugal face à média europeia. Fonte: IHME (Health Metrics and Evaluation) 2019.....	37
Figura 4 - Diferencial de Portugal na prevalência de depressão por rendimento. Fonte: Eurostat Database (based on EHIS 2019)	37
Figura 5 - Taxa de suicídio em Portugal na última década. Fonte: Eurostat Database	38
Figura 6 - Desvio da taxa regional vs nacional de suicídios em Portugal entre 2018 e 2020. Fonte: Eurostat Database	38
Figura 7 - Dose diária de antidepressivos por cada 1000 habitantes na última década. Fonte: OECD Health Statistics 2023	39
Figura 8 - Esquema representativo dos vários domínios de atuação do farmacêutico	45
Figura 9 - Gráfico circular representativo das respostas à questão “Tem médico de família” da amostra em estudo.	60
Figura 10 - Gráfico circular representativo das respostas à questão “Tem acompanhamento por um Psiquiatra/Psicóloga(o)” da amostra em estudo.....	61
Figura 11 - Proporção das respostas à questão “Qual é a periodicidade entre consultas com o especialista (Psiquiatra)?” da amostra em estudo.....	64
Figura 12 - Gráfico de barras representativo das medicinas alternativas envolvidas na manutenção da saúde mental dos participantes.	66

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Classe de antidepressivos e respectivos exemplos. Fonte (Boyce & Ma, 2021)	23
Tabela 2 - Grupos farmacoterapêutico dos ansiolíticos e dos antidepressivos (INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso, 2014).....	52
Tabela 3 - Lista de variáveis e respectivas categorias.....	54
Tabela 4 - Resumo da caracterização sociodemográfica da amostra em estudo.....	57
Tabela 5 - Caracterização da amostra por faixa etária.	59
<i>Tabela 6 - Resultados referentes às questões sobre o número aproximado de consultas com o médico de família/clinica geral e familiar, psiquiatra e de psicologia no último ano.....</i>	<i>60</i>
Tabela 7 - Média de idades dos participantes, segundo acompanhamento do especialista (teste de Kruskal-Wallis).....	62
Tabela 8 - Percentagem de participantes com e sem acompanhamento especializado, por variável sociodemográfica (teste exato de Fischer).....	62
Tabela 9 - Percentagem de participantes com e sem acompanhamento especializado, por variável sobre terapêutica e cuidados de saúde (teste exato de Fischer).	63
Tabela 10 - Análise temática das respostas à pergunta 13.2.	65
Tabela 11 - Resultados referentes às questões relacionadas com a família e amigos.	66
Tabela 12 - Resultados referentes às questões relacionadas à atividade física e quotidiano....	67
Tabela 13 - Resultados referentes às questões relacionadas com outras atividades envolvidas na gestão da saúde mental dos participantes.	68
Tabela 14 - Perceção do efeito da medicação, por variável de interesse (teste exato de Fischer).	68

1.Introdução

O aumento significativo do uso de ansiolíticos e antidepressivos nas últimas décadas, veio realçar a importância do acompanhamento farmacoterapêutico e clínico dos utilizadores destes medicamentos. Este trabalho tem como objetivo geral caracterizar esse acompanhamento, enfatizando a interação entre os utentes e os profissionais de saúde, bem como a perceção dos utentes sobre o papel do farmacêutico na gestão da sua saúde mental.

A dissertação está estruturada em 4 capítulos principais, de modo a explorar vários aspetos fundamentais desta temática. Após esta introdução, apresenta-se uma revisão da literatura de forma a enquadrar o panorama atual do uso de ansiolíticos e antidepressivos, desde a prevalência destas condições, as características das patologias com maior expressão até aos desafios e práticas de acompanhamento farmacoterapêutico e clínico, destacando o papel dos diferentes profissionais de saúde envolvidos.

Nos Materiais e métodos, descrever-se-á o desenho do estudo transversal observacional utilizado, a seleção dos participantes, e os procedimentos de recolha de dados através de um questionário. Este questionário inclui tanto perguntas de carácter exploratório, desenvolvidas pelos investigadores, quanto questões sobre estilos de vida, validadas no questionário FANTASTIC.

No capítulo Resultados, serão apresentados os dados recolhidos, com análise detalhada das várias questões aplicadas. Além disso, apresenta-se uma análise exploratória da perceção dos utentes relativamente ao papel do farmacêutico na otimização e eficácia da terapêutica e na prestação de cuidados de saúde mental na comunidade. Estes resultados, são depois enquadrados numa Discussão, que debaterá os resultados em relação à literatura existente.

A Conclusão, resumirá os principais resultados do estudo, destacando as implicações práticas para a melhoria do acompanhamento farmacoterapêutico e clínico de utentes que utilizam ansiolíticos e antidepressivos, e sugerindo direções para futuras investigações.

1.1. Saúde Mental

A saúde mental, é um termo utilizado para descrever a forma como o indivíduo responde a desafios e exigências da vida, e também reflete a sua capacidade de manter o equilíbrio e ajustar das suas emoções sentimentos (Lancetti & Amarante, 2006). A forma como o ser humano lida com as emoções boas e ruins, determina a qualidade da sua saúde mental (Lancetti & Amarante, 2006). O desequilíbrio psicológico, pode desencadear uma manifestação de diversos transtornos mentais (Lancetti & Amarante, 2006; Moitra et al., 2023).

As doenças mentais têm revelado, com o passar dos anos o seu grande impacto na sociedade de hoje, uma vez que determinam certas alterações negativas nos pensamentos, emoções e no comportamento humano (Moitra et al., 2023). Quando nos encontramos, na presença destas alterações causadas pelas doenças mentais, é possível observar um quadro clínico de angústia, inquietação e estabilidade mental (Wren-Lewis & Alexandrova, 2021).

Desta forma, o quotidiano do indivíduo, acaba por ficar abalado, conduzindo à necessidade de uma intervenção clínica, para garantir o controlo a doença em causa (Moitra et al., 2023; Wren-Lewis & Alexandrova, 2021). O mais preocupante neste tipo de patologias, é o facto de afetarem largamente diferentes grupos sociais, e diferentes faixas etárias, como se irá perceber mais adiante.

1.2. Epidemiologia das doenças mentais

Tem-se constatado nos últimos anos, um aumento quer da taxa de prevalência, quer da taxa de incidência de doenças mentais a nível global, o que acaba por desencadear graves consequências a nível socioeconómico. Um estudo realizado pela Global Health Data Exchange GBD em 2019, no total de duzentos e quatro países, constatou que entre 1990 e 2019, o número de DALYS (Disability-adjusted Life Years) atribuído aos vários tipos distúrbios mentais (depressão, ansiedade, esquizofrenia, doença bipolar, espectro de autismo, transtorno do déficite da atenção e hiperatividade (TDAH), transtornos alimentares, entre outros..) aumentou de 80 milhões (intervalo de confiança 95% [UI] 59.5–105.9) para 125 milhões ([UI](93.0 –163.2), que numa proporção global, se traduz num aumento de 3.1% (95% [UI] 2.4–3.9) para 4.9% (Reisinger, Elizabeth, Walker, PhD, 2018).

Para colocar em perspectiva, um DALY (Disability-adjusted Life Years) representa a perda de um ano de vida saudável, para o indivíduo doente (*World Health Organization*, 2024). Quanto maiores forem os valores de DALY, menor será a qualidade de vida da pessoa que sofre com determinada doença, e maior, será o risco mortalidade prematura. Também se pode afirmar que, o género que mais sofre com este tipo de transtornos é o feminino e pessoas com mais de 60 anos (De Brito Venâncio Dos Santos et al., 2019).

Existe uma grande variedade grupos sociais que apresentam uma maior suscetibilidade ao aparecimento de transtornos mentais, que passaram a ser descritos. Em primeiro lugar, temos os refugiados, as pessoas e crianças afetadas por emergências humanitárias, devido às condições precárias em que vivem (sem saneamento básico, desabrigadas, a passar fome, a lidar com perdas pessoais) (Uphoff et al., 2020;Bürgin et al., 2022). Em segundo lugar temos as pessoas que sofrem de obesidade (Avila et al., 2015) e de outras doenças crónicas debilitantes, que podem limitar gravemente o quotidiano do indivíduo doente (insónias, depressão, ansiedade excessiva que acabam por deixar o indivíduo num desânimo e indisposição geral, deixando também mais suscetível ao aparecimento de emoções negativas de deterioram ainda mais a sua saúde mental) (Avila et al., 2015).

Em terceiro lugar, temos os estudantes universitários, que devido ao elevado nível de stress e exigência, a que estão constantemente expostos, acabam por desenvolver um quadro de *burnout* académico (Auerbach et al., 2017) e as pessoas desabrigadas, devido à instabilidade financeira, e a falta de apoio por parte da sociedade e do governo perante a sua situação precária (Patten, 2017).

No quarto lugar, temos os trabalhadores que pertencem à área da saúde, especialmente durante o período de pandemia, devido ao elevado nível de stress envolvido, na grande maioria dos setores desta área profissional. Isto, deve-se muitas das vezes, à falta de recursos humanos e económicos, e também a um *burnout* ou esgotamento profissional. Com isto, estes profissionais acabam por demonstrar, um elevado nível de exaustão, muitas das vezes acompanhado de sentimento de desvalorização, demonstrada por parte das entidades responsáveis, face às necessidades do setor, previamente expostas e não correspondidas (Hossain et al., 2020).

Em quinto lugar, temos as crianças e adolescentes, durante a pandemia da Covid-19, que deu lugar a mudanças radicais nas suas rotinas, como por exemplo, o confinamento e o distanciamento social, e que de certa forma acabou por afetar, a saúde mental desta demográfica

(Meherali et al., 2021). Crianças adolescentes, que sofrem ou sofreram de *bullying* e *cyberbullying*, devido ao elevado nível de stress, de que são alvo, que por sua vez, conduz a uma predominância de emoções negativas, como tristeza, apatia, ansiedade social, isolamento social, medo entre outros (Suzuki et al., 2013) .

No sexto lugar, temos os idosos, que também devido ao isolamento social e familiar (Tetsuka, 2021), acabam por se tornar um grupo bastante vulnerável, ao aparecimento deste tipo de doenças. Por fim, em sétimo lugar, temos as mulheres, que durante e após a gravidez (depressão pós-parto) podem sofrer com a falta de rede apoio social e familiar, principalmente as grávidas jovens e solteiras, que na maioria das vezes se encontram numa situação vulnerável (Agnafors et al., 2019). A mulher, que também tenha acesso a toda uma rede de apoio, durante a gravidez pode vir a desenvolver algum problema psicológico como depressão e/ou ansiedade, devido a todas as alterações hormonais que sofre. A mulher neste quadro clínico acaba por não desfrutar da sua nova fase, devido ao estado da sua saúde mental. Já existe um estudo a comprovar que os elevados níveis de cortisol, a que a grávida possa estar exposta, durante a gravidez, podem afetar negativamente a criança nos seus primeiros anos de vida (Guardino et al., 2023).

É importante realçar que, existe um estudo feito em Nova Iorque, ao qual se destacou que, para os vários grupos de risco apresentados, que sofrem de transtornos mentais, a sua taxa de mortalidade, é seis vezes mais alta, quando comparada, à do público em geral (Reisinger, Elizabeth, Walker, PhD, 2018).

1.3. Impacto das doenças mentais nos sistemas de saúde

As pessoas que vivem com doenças mentais necessitam de um acompanhamento frequente, por forma a garantir que as mesmas vivam, e se adaptem, à sociedade atual. Portanto, a carga de doenças psiquiátricas a nível global, é um problema bastante preocupante, e para tal é necessário, tomar medidas de controlo e preventivas (*World Health Organization - Mental Health*, 2023) . Foi possível, verificar com a pandemia COVID-19, um influxo a nível mundial, na carga de doenças mentais, que na sua grande maioria, resultam no aparecimento dos seguintes transtornos psicológicos: depressão, ansiedade, stress, burnout, ataques de pânico, síndrome de stress pós traumático , desequilíbrio emocional, insónia, pensamento suicida, entre outros (Hossain et al., 2020).

Os transtornos mentais nas suas diversas apresentações, tal como qualquer outro grupo de patologias, têm um grande impacto nos sistemas e unidades de saúde, uma vez que nem sempre existem, campanhas de rastreio ou prevenção, de modo a prevenir o aparecimento de ou retardar a evolução do estágio das doenças mentais (Almeida, 2010).

Outro fator a ter em conta, é que nem sempre os doentes já diagnosticados, têm acesso aos cuidados de saúde, e aos programas sociais desenvolvidos, para complementar a terapêutica e prestar auxílio social. Desta forma, os sistemas de saúde acabam por não prestar cuidados aos doentes psiquiátricos, ou quando os serviços de saúde são prestados, a qualidade nem sempre é a melhor, devido à quantidade de doentes mentais, para os recursos disponíveis (Almeida, 2010).

Existe ainda uma outra perspetiva, muito importante a ressaltar, relativamente à saúde mental e física (Ordem dos Psicólogos, 2023). Ambas estão interligadas, sendo que quando uma delas entra em declínio, a outra tende a seguir o mesmo caminho (Ordem dos Psicólogos, 2023). Quando a saúde mental, sofre algum tipo de desequilíbrio, holisticamente conseguimos compreender que existe uma correlação direta com o aumento de problemas relacionados com a saúde física, que de certa forma, que contribui com custos cada vez mais acrescidos para os sistemas de saúde, e para o estado (Ordem dos Psicólogos, 2023).

1.3.1. Fatores associados ao aparecimento de doenças mentais

Alguns dos fatores, que podem desencadear o aparecimento deste tipo de transtornos, são a idade e género, estado civil e habilitações literárias, situação profissional e financeira, situação habitacional, traumas (historial de violência sexual, física e verbal), discriminação (racismo, xenofobia, deficiências (ex: visual, motora, mental), ou o estigma e a incompreensão por parte da sociedade e da família relativamente a problemas associados à saúde mental (Pinto et al., 2014;Kaur et al., 2022).

Relativamente aos fatores associados, a um estilo de vida inadequado, temos o consumo de uma dieta pouco diversificada e pobre em nutrientes, vitaminas e minerais, que são responsáveis, por auxiliar atividades vitais do nosso organismo (Bremner et al., 2020), consumo de álcool e tabaco (Kaur et al., 2022), e a não prática de exercício físico, uma vez que, atividade física está largamente envolvida na libertação de neurotransmissores, responsáveis por promover o bem estar do sistema nervoso, uma boa qualidade de sono, reduzir significativamente o aparecimento de sintomas associados à depressão, e prestar auxílio no controlo de crises de ansiedade (Smith, 2021).

Pode-se afirmar que, a distribuição epidemiológica dos vários transtornos psiquiátricos, é bastante heterogénica, entre o público em geral. Vários grupos sociais, independentemente de onde estejam inseridos, podem vir a padecer deste tipo de doenças, quando existe uma junção de condicionantes, que desencadeia o aparecimento das mesmas.

As doenças mentais acabam também, por ter um grande impacto económico, uma vez que na maioria dos casos, impedem que o indivíduo aproveite ou se candidate a uma possível oferta de trabalho, quando o mesmo demonstra alguma instabilidade mental. Mesmo quando o indivíduo, já contribui ativamente para sociedade, dependendo do estágio da doença em causa, existe ainda, a uma grande probabilidade de absentéismo laboral, quando mesmo não se encontra capaz de desempenhar as funções, que lhe competem (Ordem dos Psicólogos, 2023).

Uma pessoa com algum tipo de transtorno mental, pode manifestar alguma dificuldade em competências como, comunicação e/ou interação com os seus colegas de trabalho, ou até mesmo, apresentar alguma incapacidade física, que o impeça de desempenhar funções, que façam parte do seu quotidiano. Desta forma, a força de trabalho e produtividade, acabam por ficar comprometidas, e o indivíduo acaba por se tornar dependente de rendimentos fornecidos pelo estado, para sobreviver (Ordem dos Psicólogos, 2023).

1.4. Depressão

A depressão é, um tipo de transtorno psiquiátrico crónico, com no mínimo duas semanas de duração, capaz de deixar o indivíduo num estado bastante debilitado, devido uma alteração no estado emocional e humoral (Farhan et al., 2016;Farhan et al., 2023;Thapar, 2012). Normalmente, está associada a diversos sintomas, que incluem, tristeza, ansiedade, desejo extremo de isolamento, alterações no apetite e nos padrões de sono, fadiga, dificuldades de concentração, indecisão, perda do interesse pela vida, pensamentos sobre a morte ou suicídio, dificuldade em realizar tarefas diárias, sentimentos de inutilidade, desvalorização, culpa e desespero. (Farhan et al., 2016;Thapar, 2012).

A depressão, pode expressar-se de várias maneiras, que por norma incluem sinais físicos, emocionais e comportamentais (Park, Lawrence, 2019;Thapar, 2012). No entanto, estes sinais, podem ser um pouco inespecíficos, o que dificulta o diagnóstico da doença (Park, Lawrence, 2019;Thapar, 2012). Os episódios depressivos, variam de indivíduo para indivíduo, o que determina, a intensidade e gravidade da doença (Thapar, 2012; Farhan et al., 2016) Normalmente, os episódios de depressão, podem ser classificados em episódios ligeiros, moderados ou graves (Thapar, 2012;Farhan et al., 2016).

Os dois tipos mais frequentes de depressão, são a depressão “*minor*” e a depressão “*major*”. As duas diferem, relativamente à quantidade e intensidade dos sintomas, durante um episódio depressivo (Farhan et al., 2016;Thapar, 2012). Em suma, a “*minor*” está associada a sintomas menos intensos e menos frequentes, enquanto a “*major*”, está associada a sintomas mais intensos, e que surgem com uma maior frequência (Farhan et al., 2016;Thapar, 2012).

Algumas das possíveis causas, que possam desencadear um quadro clínico de depressão, podem ser, falecimento de entes queridos e próximos, situação profissional desfavorável (ex: desemprego, trabalho que cause um elevado nível de stress), pobreza extrema, divórcio (tanto para o casal como para os filhos), predisposição genética, abandono e maus-tratos por parte da família ou pessoas próximas, e as doenças crónicas e/ou debilitantes (Thapar, 2012).

Relativamente à fisiopatologia da doença, existem certas alterações no sistema nervoso associadas a um indivíduo com depressão (Belardi & Lucertini, 2016). Estas alterações verificam-se predominantemente na libertação e/ou produção de certos neurotransmissores (noradrenalina (NA), serotonina (5-HT) e dopamina (DA))(Belardi & Lucertini, 2016). Este

conjunto de neurotransmissores, formam os sistemas monoaminérgicos, que têm origem em núcleos de pequenas dimensões localizados no tronco encefálico e no mesencéfalo, e seguem pelo córtex e sistema límbico (Belardi & Lucertini, 2016). Estes sistemas, são constituídos por neurónios, que contêm os três neurotransmissores, anteriormente citados, e que em conjunto com a acetilcolina (ACh), que também é outro neurotransmissor de extrema importância, possuem a capacidade de modular e integrar as atividades desempenhadas pelo córtex, responsáveis pela ação psicomotora, apetite, sono, emoções e alteração de humor (Belardi & Lucertini, 2016).

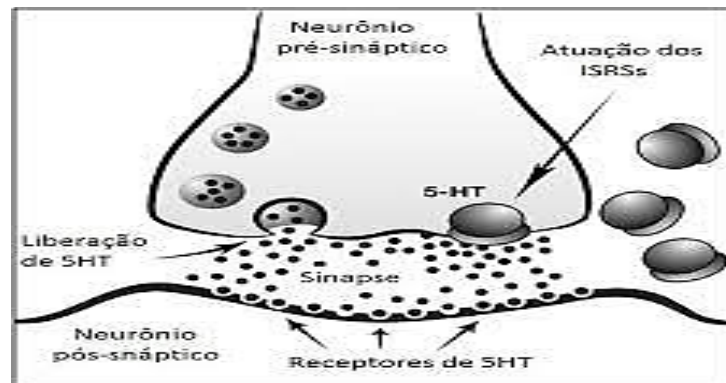


Figura 1 - Fenda sináptica. Fonte: " Adaptado de" Lattimore (2005)

Existem alguns fatores considerados responsáveis por despoletar uma crise depressiva, que no caso podem ser, experiências traumáticas durante a infância, baixa capacidade de resiliência (como o indivíduo lida com os seus problemas), exposição a um elevado nível de stress, hereditariedade (antecessores familiares com quadro clínico de depressão) (Pasini et al., 2020), gravidez (alterações hormonais) (Gastaldon et al., 2022), seio familiar e relações sociais instáveis (Pasini et al., 2020).

1.4.1. Tratamento

As opções terapêuticas medicamentosas para a depressão, apresentadas na Tabela 1, incluem uma série de classes de medicamentos antidepressivos, que podem ser selecionados pelo médico, de forma individualizada, tendo em conta as necessidades, o perfil clínico de cada paciente, a gravidade do quadro clínico, e por fim a existência de psicoterapia (acompanhamento feito por um Psiquiatra/Psicólogo ou os dois em conjunto) (Farhan et al., 2016).

Tabela 1 - Classe de antidepressivos e respetivos exemplos. Fonte (Boyce & Ma, 2021)

Classe de antidepressivos	Exemplos
Inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS)	Fluoxetina, Paroxetina, Escitalopram, Sertralina
Inibidores seletivos da recaptção da noradrenalina (ISRN)	Bupropiom
Inibidores de recaptção de serotonina e noradrenalina (IRSN)	Reboxetina, Venlafaxina, Duloxetina
Modeladores de serotonina (MS)	Vortioxetina
Antidepressivos tricíclicos (AT)	Amitriptilina
Antidepressivos tetracíclicos (AT)	Mianserina
Inibidores da monoamina oxidase (IMAO)	Moclobemida
Antidepressivos melatonérgicos (AM)	Agomelatina
Noradrenérgico e serotoninérgico específico (NSE)	Mirtazapina

A terapia medicamentosa, por vezes pode-se tornar um pouco complexa, uma vez que, o local de atuação dos medicamentos antidepressivos, é o sistema de nervoso, sendo este responsável, por regular tudo o que acontece, no nosso organismo (Boyce & Ma, 2021). Por esta mesma razão, existe uma grande probabilidade, de surgirem alguns efeitos secundários, principalmente nas primeiras semanas de tratamento, que podem consequentemente diminuir a adesão à terapêutica do paciente, acabando por, não melhorar o quadro clínico da depressão

(Coplan, 2015). A duração do tratamento, varia de doente para doente, no entanto o tempo de tratamento deve ser estabelecido, durante um período relativamente significativo, por forma a garantir que, a terapêutica seja eficaz (Coplan, 2015; Boyce & Ma, 2021).

A terapêutica ocupa, um papel extremamente importante, uma vez que permite a diminuição significativa do aparecimento de sintomas associados aos episódios depressivos e evita recidivas, que possam conduzir, a tentativas de suicídio (Boyce & Ma, 2021). A psicoterapia, também desempenha um papel importante, na manutenção e reestruturação psicológica do doente, servindo de ferramenta, para lidar com situações ou acontecimentos que tenham causado stress ao individuo (Coplan, 2015; Boyce & Ma, 2021). Aumentam também, a compressão do quadro clínico depressivo (Boyce & Ma, 2021). É importante, salientar, que o suporte familiar e social também auxiliam na melhora do quadro clínico.

1.4.2. Depressão não tratada – Consequências e Prevenção

A depressão não tratada, pode implicar uma maior dificuldade quer no controlo, quer no tratamento da patologia, uma vez que, se torna mais difícil, o retrocesso de um estágio clínico mais grave. Deste modo, o diagnóstico, numa fase inicial da doença, é de extrema importância, pois pode garantir, um resultado clínico promissor, face ao tratamento selecionado.

Também já existe um estudo, que correlaciona a interferência da depressão com o nosso sistema imunitário, uma vez que os níveis de cortisol e mediadores pro-inflamatórios, num individuo com depressão, podem se encontrar bastante elevados (Shechter, Ari. Schwartz, 2018). Devido, à ação imunossupressora do cortisol, isto, condiciona diretamente o desempenho funcional das células, que pertencem ao nosso sistema imunitário, e que são responsáveis, por nos defender e prevenir do aparecimento, de certas doenças crónicas e infeções (Shechter, Ari. Schwartz, 2018).

Embora os fatores genéticos (hereditariedade), em conjunto com certos os fatores ambientais, aumentem a probabilidade da ocorrência de episódios depressivos graves, é possível atuar sobre alguns fatores de risco, reduzindo assim, significativamente possibilidade, do aparecimento da doença (Weronika, 2023). Estes fatores, encontram-se descritos na Figura 2.

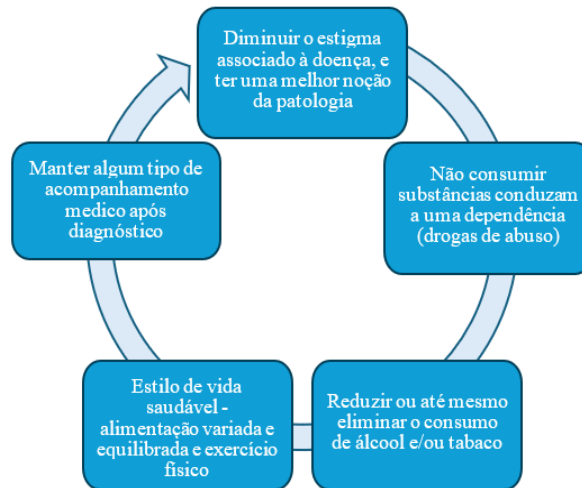


Figura 2 - Esquema representativo dos fatores associados à prevenção do transtorno depressivo.

Adaptado de Weronika, 2023

1.5. Ansiedade

A ansiedade, é considerada uma reação normal, por parte do nosso sistema nervoso, quando nos encontramos, perante uma situação perigosa ou grave, com o intuito, de nos protegermos (Goodwin & Stein, 2021). Este, é um tipo de emoção, que a grande maioria da população, sente no seu quotidiano, e que normalmente, expressa-se, através de momentos de grande preocupação, tensão, agitação constante, e uma certa insegurança sobre coisas que, podem acontecer cujo resultado, pode ser negativo (Goodwin & Stein, 2021).

É normal, sentirmos um certo nível de ansiedade, quando nos deparamos com situações complexas associadas, à nossa atividade laboral, ou um certo nervosismo antes de um exame importante, e também em certas tomadas de decisões (Goodwin & Stein, 2021). No entanto, quando os níveis de ansiedade, se tornam bastante excessivos e persistentes, isto já exige uma intervenção clínica, para que este transtorno, não condicione a vida do indivíduo (Goodwin & Stein, 2021).

1.5.1. Tipos de Transtorno de Ansiedade

1.5.2. Transtorno de ansiedade generalizada

Este tipo de perturbação, caracteriza-se por cenários de preocupação persistente, que na maioria das vezes, acaba por ter, sintomatologia física e psicológica associada (Goodwin & Stein, 2021). Relativamente, à sintomatologia física, esta pode apresentar-se através de palpitações fortes, tensão muscular, hiperidrose, cefaleias, cansaço extremo e distúrbios gastrointestinais (Taha et al., 2023; Goodwin & Stein, 2021).

No que toca, à sintomatologia psicológica, esta pode expressar-se, através de insónia, perda de memória, irritabilidade e inquietação persistente, confusão mental e dificuldade em manter a concentração (Taha et al., 2023; Goodwin & Stein, 2021). Este tipo de transtorno, pode aparecer em outras perturbações psiquiátricas, sendo a depressão, uma das mais frequentes (Taha et al., 2023; Goodwin & Stein, 2021).

1.5.3. Diagnóstico

Para se considerar um diagnóstico clínico de TAG (Transtorno de Ansiedade Generalizada), é necessário, que se sabia discernir este distúrbio de sentimentos naturais de medo e ansiedade (Goodwin & Stein, 2021; Taha et al., 2023). Quando, nos encontramos na presença dos sintomas anteriormente descritos, de forma persistente com a duração mínima de seis meses, que conduza a um certo incómodo na vida do indivíduo e prejudique o seu quotidiano, isto diz-nos que, a ansiedade, já se tornou problema de saúde para o doente (Goodwin & Stein, 2021; Taha et al., 2023).

1.5.4. Transtorno Fóbico

A fobia, é normalmente caracterizada, pela sensação persistente de medo irracional associada a uma causa e/ou situação específica, em que a mesma geralmente, não apresenta nenhuma ameaça (Paz et al., 2013). É natural que o ser humano, tenha algumas predisposições, a certas fobias e medos, e que de certa forma, funcionem como escudo de proteção à sua sobrevivência, no entanto tal como a TAG, quando a fobia condiciona gravemente a vida do indivíduo, este problema passa a considerar-se, um transtorno mental (Paz et al., 2013).

1.5.5. Fobia Social

A fobia social, é um dos vários tipos de transtorno de ansiedade de ansiedade mais comum, que afeta a população mundial, especialmente uma grande parte dos doentes perturbações mentais (Connor et al., 1999;Wersebe et al., 2018). Este transtorno, caracteriza-se pelo medo e/ou ansiedade, que o indivíduo sente, em situações que envolvam interações sociais, como por exemplo trabalho, escola, interações e relacionamentos familiares atividades de lazer, entre outros (Connor et al., 1999;Wersebe et al., 2018). Isto, faz com que, o indivíduo que apresente este tipo de perturbação, evite qualquer tipo de evento ou ambiente social, por forma a escapar às emoções negativas associadas, a este transtorno (Connor et al., 1999;Wersebe et al., 2018).

Os primeiros episódios de transtornos fóbicos, tendem a manifestar-se entre os 13 e os 20 anos, e normalmente os grupos com uma maior predisposição, acabam por ser crianças mais envergonhadas e tímidas, que apresentem um certo desconforto a nível comportamental, quando as mesmas se encontram em situações, que exigem uma ativação acentuada do sistema nervoso (Wersebe et al., 2018). Alguns dos outros grupos de risco, acabam por ser pessoas com um nível de perfeccionismo e autocrítica, bastante elevados (Wersebe et al., 2018).

1.5.6. Fobias Especificas

Na fobia especifica, o individuo demonstra um certo medo e ansiedade excessivo e desproporcional, na presença de um objeto ou situação específica (Eaton et al., 2018). Estes sintomas neurológicos, quando são desformais, à situação ou objeto existente, podem interferir de forma significativa, com o cotidiano do individuo, que apresente este tipo de transtorno, afetando atividades sociais com trabalho, percurso universitário, entre outros (Eaton et al., 2018).

Dentro das várias fobias especificas, existem estes grupos principais (Eaton et al., 2018):

- Animais (cão, gato, aranhas, repteis...);
- Ambiente (alturas, trovoadas, mar...);
- Sangue/injeções (feridas, agulhas);
- Situacional (elevadores, aviões, barcos, espaços fechados).

As fobias, que apresentam um maior índice de prevalência, são as situacionais, seguidas das fobias animais e por fim, as de sangue-injeção (Sousa, 2023). Alguns, dos sintomas que o individuo, pode apresentar com este tipo de transtorno fóbico, podem ser taquicardia, náuseas e vômitos, irritabilidade, preocupação e ansiedade aguda, entre outros (Sousa, 2023).

Tal como a fobia social, estas fobias específicas, têm tendência, a surgir entre a infância e o início da fase adulta, sendo que algumas delas, podem desaparecer na fase da adolescência ou podem manter-se, até ou durante a fase adulta (Sousa, 2023).

1.5.7. Ataques de pânico

Os ataques de pânico, caracterizam-se por um episódio breve e intenso de medo e angústia descontrolados, que conduzem, a uma hiperestimulação física, capaz de se assemelhar a uma sensação de enfarte ou até mesmo morte imminente (Scantamburlo & Ansseau, 2004;Kumar & Malone, 2007). A causa primordial, para produzir um ataque de pânico, na maioria dos casos, é um perigo irreal (Scantamburlo & Ansseau, 2004;Kumar & Malone, 2007).

Na grande parte dos casos, os indivíduos exibem entre um a dois episódios, durante a toda a sua vida (Scantamburlo & Ansseau, 2004;Kumar & Malone, 2007). No entanto, quando os episódios, se tornam recorrentes, acompanhados de medo constante da ocorrência de futuros ataques, estamos perante um problema clínico (Scantamburlo & Ansseau, 2004;Kumar & Malone, 2007). O aparecimento de ataques de pânico em casos isolados, é bastante comum entre indivíduos, que se encontram na fase adulta da sua vida, e a grande maioria recupera, com o tratamento adequado (Scantamburlo & Ansseau, 2004;Kumar & Malone, 2007).

Alguns dos sintomas, que o indivíduo pode demonstrar, durante um ataque de pânico, podem ser taquicardia e hiperventilação, hiperidrose e tremores excessivos, distúrbios gástricos (náuseas e vômitos), espasmos na zona abdominal e torácica, tonturas, sensação de desmaio e mau estar geral, aflição, medo de perigo iminente (na grande maioria das vezes não é real) e da morte (Scantamburlo & Ansseau, 2004;Kumar & Malone, 2007).

Normalmente, os ataques de pânico podem ocorrer em qualquer lugar e têm uma duração média de cerca de 10 minutos, e posteriormente os sinais e sintomas perdem a sua intensidade, e o indivíduo tende a se acalmar. No entanto, a duração do episódio pode variar de pessoa para pessoa. (Scantamburlo & Ansseau, 2004;Kumar & Malone, 2007).

Os ataques de pânico, quando não tratados, e principalmente quando se tornam um problema crónico, podem afetar negativamente, o quotidiano do doente, condicionando assim a sua vida social, podendo mesmo desencadear o aparecimento de outros transtornos, como por exemplo fobia social e dependência de substâncias, pensamentos suicidas, que acabam por trazer uma grande panóplia de problemas, que afetam a vida laboral, escolar e financeira (Scantamburlo & Ansseau, 2004;Kumar & Malone, 2007).

Habitualmente, os indivíduos que sofrem com este tipo de transtorno, tendem a evitar locais ou situação, que desencadearam o aparecimento de um episódio, por forma a reduzir, a probabilidade do aparecimento de novos ataques (Scantamburlo & Ansseau, 2004; (Kumar & Malone, 2007).

1.5.8. Transtorno Stress pós-traumático

O Transtorno de Stress pós-traumático, é um também um transtorno psicológico, que consiste, num conjunto de reações conturbadas, desencadeadas em resposta à exposição do indivíduo, a um determinado evento traumático, como por exemplo, acidentes, violência doméstica (física e psicológica), abuso sexual, guerra, assaltos, desastres naturais, pandemias entre outras ameaças (Schrader & Ross, 2021;Herrington, 2015).

Inicialmente, perante o episódio traumático, o indivíduo acaba por, não saber como reagir ou processar as suas próprias emoções (Schrader & Ross, 2021;Herrington, 2015). Normalmente, as pessoas mais suscetíveis de desenvolver este tipo de perturbação mental, são as que, já passaram por eventos traumáticos, durante a sua infância e/ou adolescência, como por exemplo abuso infantil (Schrader & Ross, 2021;Herrington, 2015).

Os principais tipos de transtorno stress-pós traumático (TSPT) que existem são, o TSPT sem psicose e o TSPT com psicose (Schrader & Ross, 2021;Herrington, 2015). A grande diferença entre estes dois tipos de transtornos, está no facto da SPT com psicose ser acompanhada de uma panóplia de sintomas associados a uma psicose, em que muitos deles acabam por ser, alucinações, delírios, pensamentos intrusivos entre outros (Schrader & Ross, 2021;Herrington, 2015).

Para efetuar o diagnóstico deste tipo de transtorno, o indivíduo precisa de reunir um conjunto de fatores que são:

- Exposição a um episódio traumático, com a presença de sintomatologia persistente durante um prazo mínimo de um mês (Schrader & Ross, 2021;Herrington, 2015);
- Presença de pelo menos, um sintoma dos quatro grupos que são: intrusão, distanciamento, humor negativo, alterações cognitivas que provoquem excitação e/ou reatividade (Schrader & Ross, 2021;Herrington, 2015).

Nem sempre, é fácil efetuar o diagnóstico deste tipo de transtorno, uma vez que os sintomas se sobrepõem, a outros tipos de transtornos mentais como a psicose, depressão, doença bipolar, e outras apresentações de ansiedade (Schrader & Ross, 2021;Herrington, 2015).

Este distúrbio, tende a ficar menos intenso com o tempo mesmo na ausência de tratamento, no entanto existem casos clínicos, em que os doentes ficam gravemente incapacitados de terem uma vida normal, como qualquer outro indivíduo (Schrader & Ross, 2021;Herrington, 2015).

1.5.9. Transtorno obsessivo compulsivo

Este transtorno, tal como o nome indica, é uma psicopatologia, caracterizada pela incapacidade de controlar obsessões e/ou compulsões, que provocam uma repetição continua de certos comportamentos (Moulding et al., 2016;Singh et al., 2023).

A obsessões, normalmente estão associadas a ideias, pensamentos e impulsos recorrentes, enquanto as compulsões, estão mais relacionadas a certas ações e atividades, que na maioria destes casos, são considerados como que rituais praticados pelo indivíduo, por forma a reduzir e até mesmo evitar a ansiedade que procede, a não execução de determinado comportamento (Moulding et al., 2016;Singh et al., 2023). Existem vários tipos de obsessões/compulsões, que afetam os doentes, com este tipo de distúrbio, no entanto as mais recorrentes estão associadas a:

- Limpeza e Higiene: lavagem das mãos ou superfícies causadas pelo pânico excessivo de contaminação (Moulding et al., 2016;Singh et al., 2023);
- Verificação excessiva: Ações associadas ao quotidiano (se porta ou janela ficou fechada, as chaves estão no sítio correto, se aparelho doméstico ficou desligado ...)
- (Moulding et al., 2016;Singh et al., 2023);
- Organização: colocar os objetos numa determinada ordem ou local (Moulding et al., 2016;Singh et al., 2023).

Os sinais e sintomas dos indivíduos, que manifestam este tipo de transtorno, podem variar um pouco consoante o tipo de obsessão/compulsão que apresentam, no entanto, os mais frequentes são medo, inquietação, culpa excessiva, ansiedade, perda de controle, estado de alerta persistente e pensamentos intrusivos (Moulding et al., 2016;Singh et al., 2023).

Muitas das vezes, a causa primordial para o aparecimento deste tipo de transtorno, são episódios traumáticos, vivenciados pelo indivíduo doente, que acabam por desencadear ataques de pânico (Moulding et al., 2016;Singh et al., 2023). Como mecanismo de defesa, o indivíduo

acabar por desenvolver, certos comportamentos e pensamentos compulsivos e obsessivos, por forma a diminuir os seus níveis de ansiedade e stress (Moulding et al., 2016;Singh et al., 2023).

1.6. Tratamentos associados aos vários tipos de transtorno de ansiedade

Os tratamentos, aplicados aos diferentes transtornos de ansiedade, são bastante semelhantes. Na sua grande maioria, incluem psicoterapia (feito por um médico psiquiatra e/ou psicólogo) com um acompanhamento contínuo, em que o foco, é ajudar o doente, a compreender e identificar certos padrões de pensamento e comportamento, responsáveis pela sua instabilidade psíquica e mental (Cross, 2016;Coplan, 2015). Desta forma, o paciente ganha algumas ferramentas, que pode aplicar no seu quotidiano, para lidar melhor com situações difíceis, que possam advir no futuro próximo (Cross, 2016;Coplan, 2015).

Relativamente, à farmacoterapia aplicada este grupo de transtornos, as classes de fármacos prescritas, nos casos clínicos mais complexos, são os antidepressivos e os ansiolíticos e benzodiazepinas (Cross, 2016;Coplan, 2015). Os inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS) e os antidepressivos tricíclicos, são muito utilizados no tratamento da ansiedade generalizada, ataques de pânico, Stress-pós-traumático e transtorno obsessivo compulsivo (Cross, 2016;Coplan, 2015). Os fármacos ansiolíticos, tal como o nome indica, são utilizados, nas apresentações clínicas de ansiedade (Cross, 2016;Coplan, 2015).

A classe de fármacos antipsicóticos, também pode ser utilizada no tratamento de stress-pós-traumático, pois alguns doentes podem apresentar um quadro clínico de psicose (Cross, 2016;Coplan, 2015). Em alguns casos, também utiliza a pregabalina e gabapentina mais conhecida pela sua indicação terapêutica no tratamento da epilepsia, mas atualmente utilizada no transtorno de ansiedade generalizada, devido à sua ação na neuro-modeladora (Garakani et al., 2020).

O exercício físico e a fitoterapia (*cannabis*, *rhodiola rosea* (nome comum: raiz de ouro) , *Withania somnifera* (nome comum: ashwagandha) (Limanaqi et al., 2020;Speers et al., 2021) também, se têm tornando opções terapêuticas, bastante viáveis como tratamento e/ou coadjuvantes da terapêutica farmacológica e psicoterapia, uma vez que já existe evidência

científica, de que ambos ajudarem a promover o bem estar do sistema nervoso (Limanaqi et al., 2020;Speers et al., 2021) .

1.7. Duração do tratamento e consequências do uso prolongado de ansiolíticos e antidepressivos

Normalmente a escolha e duração do tratamento mais adequado para este tipo de medicação depende de imensos fatores como por exemplo, história psiquiátrica (identificação dos primeiros episódios depressivos ou crises de ansiedade, ataques de pânico), existência de fatores de stress (perdas significativas, conflitos, dificuldades económicas, violência, etc), início e evolução das alterações psíquicas, outras condições médicas pré-existentes que possam causar crises de ansiedade ou episódios depressivos, consumo abusivo de álcool, tabaco, ou hipnóticos, medicação concomitante, que possa interagir com medicação antidepressiva (aumentar ou diminuir o efeito do medicamento em causa e vice-versa).

Independentemente da duração do tratamento, é importante realçar, que deve ser feito um acompanhamento continuo destes doentes, tanto em fases agudas, como também numa fase mais tardia do tratamento, por forma a avaliar a efetividade terapêutica.

Para os antidepressivos, utilizados no tratamento da depressão major, esta avaliação deve ser feita, no prazo máximo de oito semanas, a contar desde o início do tratamento. Na maioria dos doentes, o tratamento pode ter a duração de 9-12 meses, após uma resposta positiva ao tratamento. No entanto, em doentes mais suscetíveis, a terem episódios depressivos graves o período de tratamento, pode estender-se, por forma garantir a manutenção do doente e reduzir a probabilidade de recidiva (George, 2012).

Para o tratamento da ansiedade, já com carater patológico, podem ser utilizadas as benzodiazepinas e os ansiolíticos (George, 2011). No entanto, não deve ser utilizada mais do que uma benzodiazepina ansiolítica, para o tratamento desta patologia, e a duração da terapêutica com benzodiazepinas, não deverá estender-se mais do que 8-12 semanas, já incluindo o período de desmame (descontinuação), assim que o doente apresente melhoras no seu quadro clínico.

É extremamente importante que o doente seja reavaliado periodicamente, por forma a determinar, a real necessidade de manutenção e/ou prolongamento do tratamento (George, 2011). A utilização de benzodiazepinas, por um período maior do que aquele estabelecido na literatura, pode estar associado a défices cognitivos, como amnesia anterógrada, confusão mental e diminuição o tempo de vigília (George, 2011).

Também é importante, evitar sempre que possível, tratamentos longos com este tipo de medicação, uma vez que o organismo tende a desenvolver uma certa dependência, à substância ativa (George, 2011). Em alguns casos, quando já se atingiu a dose máxima segura para aquela determinada substância, o doente pode verificar uma redução na eficácia do medicamento, para a patologia em causa (George, 2011).

Pode então, ser necessário, proceder-se à alteração da terapêutica, que por vezes pode torna-se, uma decisão clínica complicada, pois o doente pode apresentar sinais ou até uma crise de abstinência (George, 2011). Outra consequência, que pode advir do uso deste tipo de medicação, é a seguinte, o doente pode tornar-se sobre-medicado, nos casos em que não existe uma revisão terapêutica ou até mesmo uma desprescrição desta medição, e como consequência, o doente acaba por tomar o medicamento, durante mais tempo do que o necessário, sem a monitorização adequada (George, 2011). A dependência psicológica, também pode se tornar uma consequência, principalmente na utilização de benzodiazepinas, quando os doentes, sentem que não seguir o com seu quotidiano ou liar com o seu dia-a-dia, sem a medicação ao seu dispor, mesmo depois, de ter apresentado melhoras no seu quadro clínico (George, 2011).

1.8. Saúde Mental e Nutrição

A nutrição, tem ocupado cada vez mais um papel importante, quer na prevenção quer no tratamento de transtornos, relacionados com a saúde comportamental. Uma nutrição inadequada, pode afetar negativamente, a função do nosso sistema neuro-endócrino. Nutrientes e aminoácidos, como a vitamina B6, vitamina B12, ácido fólico, fenilalanina, triptofano, tirosina, colina, histidina e ácido glutâmico, são fundamentais para a produção de neurotransmissores como a serotonina, norepinefrina e a dopamina, responsáveis por regular o nosso estado de humor, apetite e o nível de cognição (Kris-Etherton et al., 2021; Godos et al., 2020; Bremner et al., 2020).

Analisando, um pouco mais em detalhe, a ação destes nutrientes no nosso organismo, relativamente ao zinco, este mineral atua em centenas de atividades intracelulares, e como consequência um reduzido consumo de mineral, pode estar associado ao aparecimento de alguns transtornos neurológicos, que desencadeiam alguns sintomas depressivos, função imunitária desregulada, irritabilidade e alteração do estado de humor e cognição (Kris-Etherton et al., 2021;Godos et al., 2020). Os resultados de uma meta-análise, demonstraram que, a suplementação com 25 mg de zinco como coadjuvante na terapêutica antidepressiva, foi bastante favorável, à diminuição de sintomas associados, à depressão (Kris-Etherton et al., 2021).

Relativamente à vitamina D, embora este nutriente, esteja mais associado, à absorção de cálcio nos ossos, uma baixa exposição a radiação solar, e um défice nos níveis desta vitamina, podem desencadear uma baixa estimulação dos recetores de cálcio no cérebro, o que pode conduzir, ao aparecimento de sintomas depressivos (Kris-Etherton et al., 2021;Godos et al., 2020).

Relativamente à ansiedade, já existe evidência científica, de que nutrientes como, vitaminas do complexo B, vitamina C, zinco e magnésio, têm ação reguladora, nas respostas ao stress, pois estão envolvidos na produção e libertação de certos neurotransmissores (serotonina, dopamina, norepinefrina) (Kris-Etherton et al., 2021;Godos et al., 2020).

Os ácidos gordos, de que são exemplo EPA e DHA, têm um impacto bastante significativo, na redução dos níveis de ansiedade, estado de humor, concentração e fadiga(Kris-Etherton et al., 2021;Godos et al., 2020). Os ácidos gordos como, o ómega-3, também têm uma ação reguladora, nos níveis de neurotransmissão de dopamina e serotonina, que por sua vez, podem reduzir as chances do individuo desenvolver, um novo episódio depressivo, e uma nova crise de ansiedade (Kris-Etherton et al., 2021;Godos et al., 2020).

É possível afirmar, que existe uma correlação forte entre défice de nutrientes essenciais e perturbações psiquiátricas, como a ansiedade e depressão (Kris-Etherton et al., 2021;Godos et al., 2020). O lado positivo da moeda, é que a dieta é um fator de risco modificável, ou seja, se o doente fizer algumas alterações, à sua alimentação, implementado uma dieta mais equilibrada no seu dia-a-dia pode reduzir significativamente, a chance de vir desenvolver ou controlar estas doenças (Kris-Etherton et al., 2021;Godos et al., 2020).

1.9. Depressão e Ansiedade em Portugal

Nos estudos mais recentes, publicados em 2023 pela OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, que incluem mais de cem países, demonstraram resultados preocupantes, relativamente, ao estado da saúde mental da população portuguesa (OECD, 2023)

Em 2019, a Institute Health Metrics and Evaluation (IHME) já tinha constado, que Portugal era, o quinto país da Europa com o maior índice de depressão e ansiedade, e que cerca de 22% da população portuguesa, sofria algum tipo de distúrbio mental, o que na altura, já representava, mais de 2,25 milhões de pessoas (OECD, 2023). Este valor, é superior ao da média da europeia (16,7%)(OECD, 2023). O relatório, também demonstrou, que em relação ao resto da Europa, Portugal, é o país com o maior fardo de doenças psiquiátricas (OECD, 2023).

Os transtornos de ansiedade, são os mais prevalentes, seguidos pelas perturbações depressivas, em que se verificou que, afetavam, 9% e 6%, respetivamente (OECD, 2023). Com a crescente prevalência, de perturbações mentais na população portuguesa, o bem estar dos cidadãos e da economia, acaba por ficar afetado, uma vez que, estas perturbações, no ano de 2019, conduziram a uma perda quase 310 000 anos de vida ativa, para os portugueses (OECD, 2023).

No gráfico da figura 3, é possível verificar a prevalência dos transtornos de ansiedade de depressão, face à Europa, em que os valores estimados, no ano de 2019, nos dizem que é necessário, implementar mais medidas, relativamente, à saúde mental dos portugueses (OECD, 2023).

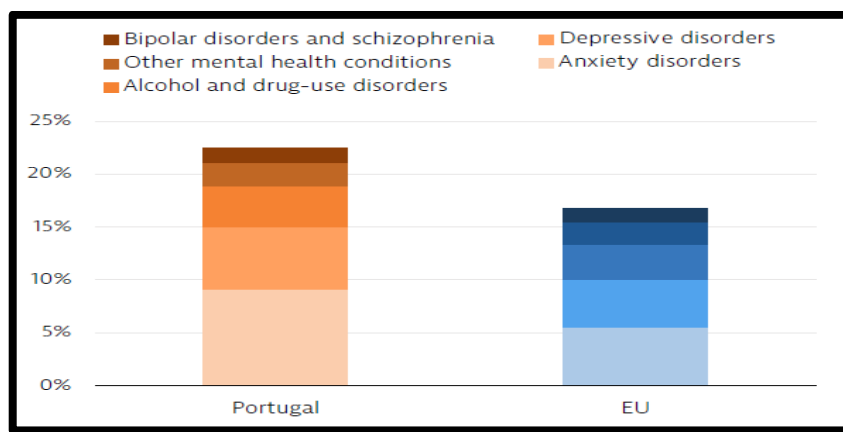


Figura 3 - Gráfico de barras representativo da prevalência dos transtornos mentais em Portugal face à média europeia. Fonte: IHME (Health Metrics and Evaluation) 2019

Os resultados, também demonstraram que, Portugal, é o país da Europa com a diferença de género, mais acentuada relativamente à prevalência da depressão (OECD, 2023). O género masculino, foi quem, registou taxas de incidência mais baixas de depressão (7,5%), à semelhança, do restante continente europeu (OECD, 2023). O género feminino, por outro lado apresentou, uma taxa superior ao dobro, da taxa para o género masculino (16,3%)(OECD, 2023) Em contrapartida, com a tendência geral, registada pela União Europeia, verificou-se que, em Portugal, nas pessoas com níveis de rendimento mais elevados, existia uma menor prevalência de depressão (OECD, 2023).

A Figura 4, demonstra que, tanto para homens e mulheres, que se encaixavam, no segundo quintil de rendimento, demonstram uma maior prevalência de depressão (16,6%) (OECD, 2023).

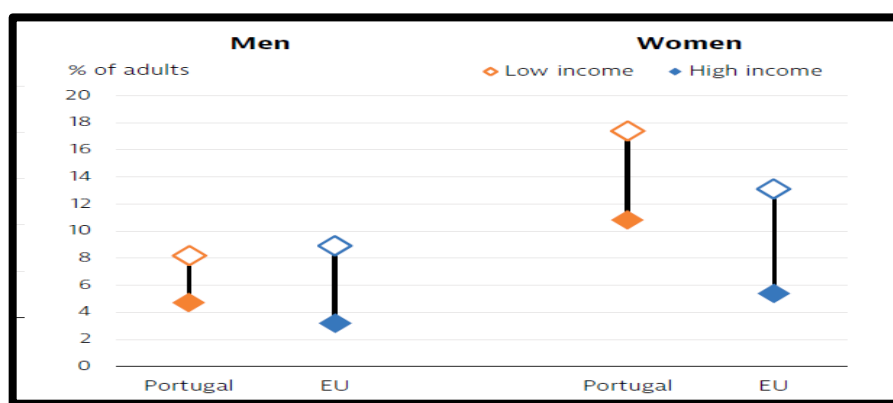


Figura 4 - Diferencial de Portugal na prevalência de depressão por rendimento. Fonte: Eurostat Database (based on EHIS 2019)

Por outro lado, observou-se que em Portugal, a taxa de suicídio diminuiu, cerca de 10% na última década (figura 5) (OECD, 2023).

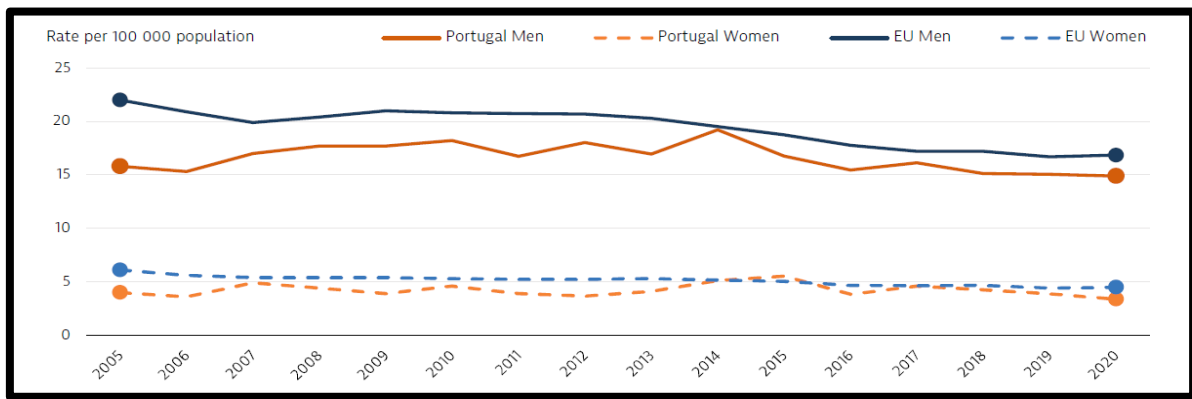


Figura 5 - Taxa de suicídio em Portugal na última década. Fonte: Eurostat Database

É de denotar que, embora a taxa de suicídio, em Portugal, seja ligeiramente menor, que a média europeia, regionalmente, é possível observar que, as zonas do Algarve e Alentejo, são as que apresentam, as maiores taxas de suicídio do país (figura 6) (OECD, 2023).

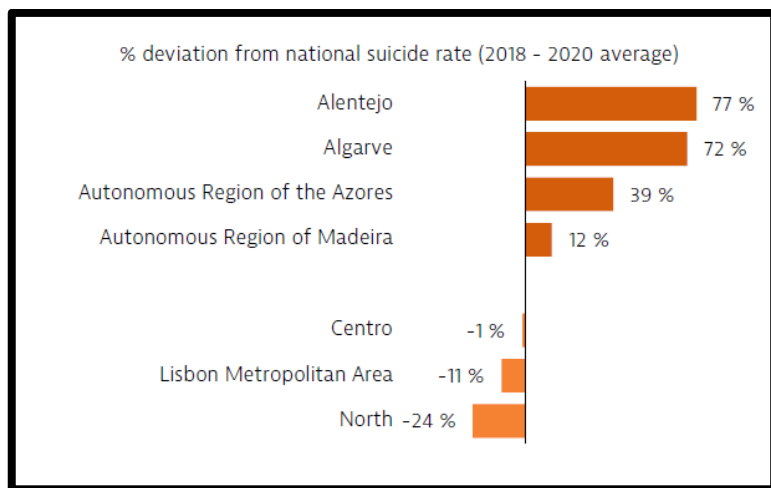


Figura 6 - Desvio da taxa regional vs nacional de suicídios em Portugal entre 2018 e 2020. Fonte: Eurostat Database

Em contrapartida, as regiões do centro e norte, apresentam uma taxa muito pequena. No geral, houve um decréscimo, na taxa de suicídio, na última década, após a implementação de um plano Nacional, para a Prevenção do Suicídio, com intuito de intervir e disponibilizar, o acesso aos cuidados de saúde mental (DGS, 2013).

Também importante, denotar que, o consumo medicamentos psiquiátricos, em Portugal é dos mais elevados, no continente europeu (figura 7) (Madeira et al., 2023) . O consumo de antidepressivos, têm sofrido um aumento constante, de cerca de 45%, entre 2017 e 2022 (Madeira et al., 2023). Este aumento, deve-se, a um conjunto de fatores, como por exemplo, uma melhor deteção e diagnóstico de perturbações psicológicas, maior acesso aos cuidados e às várias opções tratamento farmacológicas, e também um acesso e disponibilidade limitada de intervenções não farmacológicas, que em parte, se refletem, no número reduzido de psicólogos, que pertencem, ao serviço nacional de saúde português (Madeira et al., 2023).

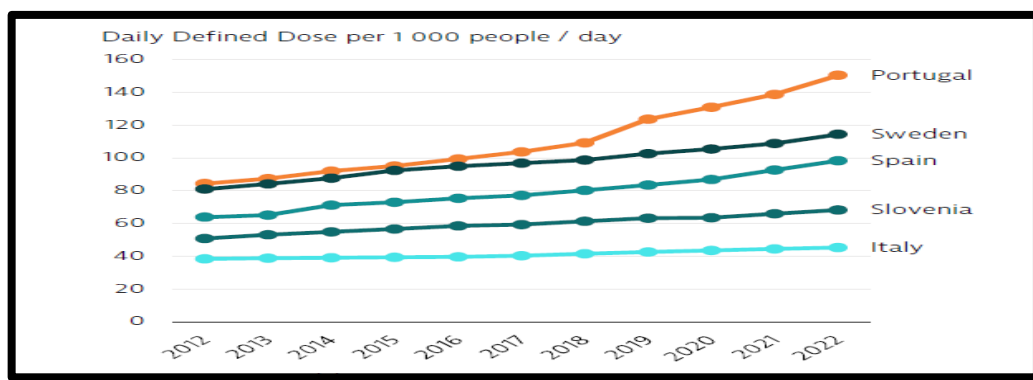


Figura 7 - Dose diária de antidepressivos por cada 1000 habitantes na última década. Fonte: OECD Health Statistics 2023

Já o consumo de ansiolíticos, em Portugal, têm-se mantido constante, na última década. No entanto, quando comparamos Portugal, ao seu país vizinho, Espanha, podemos verificar que, o consumo é 40% mais elevado. Os dados, confirmam que em 2019, cerca de 14,6% da população portuguesa, estava sob prescrição de algum tipo de benzodiazepinas (Madeira et al., 2023).

Analisando um pouco mais, a disparidade de género relativamente à depressão, os dados demonstram que, as mulheres portuguesas, consomem três vezes mais antidepressivos, que os homens portugueses, e o consumo de ansiolíticos, segue também a mesma linearidade (OECD, 2023).

É importante denotar que, a recente reforma nos cuidados de saúde mental, prestados pelo serviço nacional de saúde, teve como intuito seguir, um modelo descentralizado e escalonado (SNS, 2023). Desta forma, os serviços locais de saúde (Centros de saúde, unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), Unidades de saúde familiar (USF), conseguem, prestar e complementar, os cuidados essenciais de saúde mental e garantir a continuidade, tanto destes cuidados, como dos cuidados primários e hospitalares (SNS, 2023) . A adesão, destas

unidades operacionais de saúde, a nível regional, ao Plano Nacional de Saúde Mental, são de extrema importância, uma vez que, permite aumentar acesso da população portuguesa aos cuidados primários (OECD, 2023).

A escassez de profissionais de saúde mental, nas várias unidades operacionais, também constitui um problema, à acessibilidade dos serviços de cuidados primários e cuidados especializados (OECD, 2023). Com a pandemia da COVID-19, a oferta destes serviços, não conseguiu, responder à procura, acabando por submeter o SNS, a uma pressão bastante significativa (OECD, 2023). Embora, tenha existido, um aumento significativo de 18%, na quantidade de psiquiatras entre 2016 e 2021, barreiras como, falta de pessoal clínico e a falta de critérios de referenciação normalizados, dificultam, a resposta às listas de espera para os serviços especializados, em saúde mental (SNS, 2023).

Os dados, também demonstram que, entre Outubro e Dezembro de 2022, cerca de 40% das unidades de saúde, não cumpriram os tempos máximos de espera, para o acesso às consultas prioritárias, de psiquiatria geral (SNS, 2023).

O Alentejo e o Algarve, são as regiões portuguesas, que enfrentam maiores barreiras, no acesso aos cuidados de saúde mental, devido à menor quantidade de profissionais disponíveis, em comparação com a média nacional. Diante deste problema, o governo está ativamente a implementar medidas, para solucionar, a falta de profissionais de saúde mental, e promover uma distribuição mais uniforme, e justa dos serviços de saúde mental de norte a sul do país(OECD, 2023).

1.10. Acompanhamento dos doentes psiquiátricos em Portugal

Como se pode verificar, através do relatório, feito pela OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico), o estado de saúde mental, da população portuguesa, tornou-se, ao longo dos anos, uma matéria de extrema importância, que requer, toda a atenção necessária. Para tal, é necessário saber, que cuidados e unidades de saúde mental, estão disponíveis, para assegurar que todos os doentes, tenham a devida acessibilidade, aos recursos e programas de reabilitação, para a sua reinserção na comunidade (Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

Falando um pouco, sobre o Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM), este tem como objetivo, garantir o acesso igualitário, aos cuidados de saúde mental, a todos os indivíduos, com transtornos psiquiátricos, defender os direitos dos indivíduos, com problemas mentais, diminuir o impacto das perturbações mentais, na população, favorecer a descentralização, dos serviços de saúde mental disponíveis, por forma a facilitar a sua acessibilidade, e proximidade dos mesmos, à comunidade (utentes e os seus familiares), e por fim, permitir a integração, destes mesmos serviços, no sistema nacional de saúde, quer nos cuidados de saúde primários, quer nas unidades hospitalares gerais e dos cuidados continuados, com o objetivo de reduzir, a sua institucionalização (Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

Para a implementação, destas políticas na área da saúde mental, foi necessário criar equipas multidisciplinares, com o foco central, no cidadão (Entidade Reguladora da Saúde, 2023). Os modelos organizacionais criados, visam garantir e promover, a prestação de serviços de psiquiatria, pedopsiquiatria e psicologia, aos doentes psiquiátricos (Entidade Reguladora da Saúde, 2023). Desta forma, é possível assegurar, uma maior otimização dos recursos humanos e materiais disponíveis, e uma maior uniformização, no que toca, ao registo de procedimentos de intervenção em saúde mental, nos devidos sistemas de informação (Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

Estas equipas multidisciplinares, inseridas nos cuidados de saúde mental, são compostas enfermeiros, médicos de clínica geral e familiar, psicólogos, psiquiatras, técnicos de serviço social e assistentes operacionais, que em conjunto, criam uma rede de auxílio, para os doentes psiquiátricos (Entidade Reguladora da Saúde, 2023). Em Portugal, no ano de 2020, tendo em conta, a tendência global de incorporar, cada vez mais, o conceito de telemedicina ou teleterapia, e também, devido aos vários obstáculos encontrados, na prestação de cuidados de saúde, que a pandemia nos trouxe, criou-se uma rede telefónica, de apoio e aconselhamento psicológico, com serviço permanente (24h), e de acesso completamente gratuito (Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

As equipas, estão integradas em cada ARS (Administração Regional de Saúde), por forma a garantir, que toda a população, usufrua de intervenções mais efetivas, nos vários problemas relacionados, com a saúde mental (Entidade Reguladora da Saúde, 2023). As equipas, regem-se por um modelo sistemático, relativamente, à abordagem efetuada, a doentes psiquiátricos, para que se, consiga garantir o acesso, às várias opções de tratamento (Entidade Reguladora da Saúde, 2023). Desta forma, consegue-se assegurar também, a redução do

estigma e do preconceito associado, às patologias psiquiátricas (Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

Outro recurso, que existe, também nos cuidados de saúde mental, são os Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) (Entidade Reguladora da Saúde, 2023). Estes serviços, têm como intuito, amplificar a atividade do serviço de ambulatório, para os pacientes mais graves, diminuir o número de idas ao serviço de urgência, reforçar o recurso, à telemedicina (teleconsultas), e estruturar Núcleos de Planeamento e Intervenção, aos Sem Abrigo e Equipas de tratamento, por forma, a reduzir o número de internamentos (Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

Relativamente, aos recursos humanos disponíveis, os médicos de família e/ou clínica geral (para doentes que não têm um médico de família), desempenham, um papel muito importante no rastreio, no diagnóstico das doenças psiquiátricas, e acesso ao tratamento, pois na maioria das vezes, estes são o primeiro contacto, que o doente têm, com cuidados primários de saúde (Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

No entanto, quando falamos em cuidados especializados em saúde mental, os psicólogos e psiquiatras, acabam por ser, os profissionais de saúde, mais especializados, pois quando é feito um diagnóstico, de um transtorno psicológico, o doente pode ser referenciado para, pelo menos, um destes profissionais (Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

Normalmente, a referência ao serviço de psiquiatria, faz-se através de protocolos e psiquiatria de ligação, para um psiquiatra assinalado, por área geodemografia, e noutro contexto com consultas descentralizadas (Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

1.10.1 Rede de referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental Infantil

Esta rede, foi definida pela DGS (Direção Geral de Saúde), em 2004, e tem como objetivo, discernir, as diferentes áreas de atuação dos profissionais de saúde, inseridos no SNS, que são, designadamente:

- Rede de psiquiatria para adultos;
- Rede de psiquiatria infantil e de adolescência;
- Psiquiatria forense;
- Instituições Sociais (Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

Para se conseguir, definir a arquitetura de referência, de doentes psiquiátricos codesignaram-se, alguns hospitais de norte a sul do país, para a elaboração deste projeto, por forma, a alargar esta rede de referência, de cuidados em saúde mental (Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

É importante, salientar que, a maioria das ARS (Administração Regional de Saúde), regem-se, por esta arquitetura de RRH de Psiquiatria e Saúde Mental, e de Psiquiatria da Infantil e de Adolescência. No entanto, existem alguns casos de utentes, que provem de outras localidades do país, e foram encaminhados, pelos cuidados primários de saúde (CPS) para esta rede, de acordo, com o sistema de livre circulação de utentes no SNS, também se aceitam, pedidos de consulta para a especialidade psiquiátrica, fora do contexto, desta rede de referência (Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

Também existe um sistema ALERT, que tem como função, proceder, à marcação das primeiras consultas hospitalares, para os utentes referenciados, através dos CPS. No entanto, o tempo de espera, para este sistema, por vezes, pode ser um pouco longo, não permitindo assim, uma resposta relativamente rápida e efetiva, por parte, dos cuidados especializados, o que acaba por se tornar, uma grande desvantagem (Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

Também foi criado, o Programa GASMI (Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil). Este programa, atende crianças dos 3 aos 12 anos, que apresentam problemas mentais. Embora as equipas, que compõem este programa, não têm médicos integrados, têm a supervisão

continua, de pedopsiquiatras do Centro Hospitalar de Lisboa Central, e regem-se pelas boas práticas, na prestação de cuidados pedopsiquiátricos (Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

Relativamente à rede de psiquiatria para os adultos, esta, é efetuada preferencialmente, nos respetivos serviços e departamentos de psiquiatria, e saúde mental dos hospitais gerais. O atendimento permanente, deve sempre ser garantido, pelo serviço de urgência, do hospital geral da área demográfica, e assegurar-se, de que existe sempre, uma unidade de internamento, para os doentes, com quadros clínicos graves e agudos. Por fim, as consultas externas, devem ser efetuadas, sempre que possível nas unidades, que prestam os cuidados de saúde primários, pelos médicos de família e pelos médicos de medicina geral (Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

1.11. Acompanhamento Farmacêutico a doentes com perturbações psiquiátricas

O farmacêutico, também desempenha um papel crucial, na prestação de cuidados a doentes psiquiátricos, pois atua, em diversas vertentes, diretamente associadas à efetividade e eficácia do tratamento. Alguns destes domínios, encontram-se descritos, na Figura 8 (OF, 2024).



Figura 8 - Esquema representativo dos vários domínios de atuação do farmacêutico

Relativamente, à gestão da terapêutica medicamentosa, os farmacêuticos, são responsáveis por garantir dispensa da medicação, ao utente, com toda a segurança. Garantem também, que a medicação prescrita, vá de encontro ao diagnóstico e historial clínico, e que a mesma, não cause possíveis interações medicamentosas, a doentes polimedicados (OF, 2024).

No aconselhamento farmacêutico, os farmacêuticos, também são responsáveis, por educar o utente e/ou cuidador, relativamente à dose correta, possíveis reações adversas, e também de, como cumprir corretamente, a posologia recomendada, para a medicação (OF, 2024).

No acompanhamento farmacoterapêutico, os farmacêuticos, garantem a monitorização dos utentes, relativamente, à forma como, reagem à terapêutica estabelecida, e em colaboração com os restantes profissionais de saúde envolvidos (OF, 2024).

Relativamente, à prevenção de erros de prescrição, este é um aspeto crucial que envolve largamente o papel do farmacêutico, pois tal como já foi referido anteriormente, é importante garantir que a dose certa e o medicamento certo, são dispensados, ao respetivo utente, de modo a evitar possíveis eventos adversos, ou até mesmo reações de toxicidade, que possam trazer, consequências graves, aos doentes psiquiátricos (OF, 2024).

Na colaboração e cooperação, com os restantes profissionais de saúde/sociais, é importante, garantir o envolvimento do farmacêutico, com restantes profissionais (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais) por forma, a promover o bem estar psicológico, destes utentes (OF, 2024).

Relativamente, à educação/sensibilização à comunidade, sobre a importância da saúde mental, uma vez que farmacêutico acaba por, na maioria muitas das vezes, ser profissional de saúde, mais próximo à comunidade, é importante, garantir a sensibilização das pessoas à saúde mental e à redução do estigma, a ela associado. É importante também, que o farmacêutico, desempenhe um papel ativo, relativamente ao aparecimento dos primeiros sinais e sintomas, através de rastreios feitos, à comunidade. Desta forma, é possível prevenir e controlar algumas patologias, associadas à saúde mental.

Com todas estas vertentes, possível constatar que, o farmacêutico, apresenta um papel relativamente holístico, na manutenção da saúde mental dos utentes, no entanto já existem artigos recentes, que atestam a todas as atividades, anteriormente citadas (OF, 2024).

Relativamente, ao acompanhamento farmacêutico feito em ambulatório, com o aparecimento da pandemia COVID-19, também surgiram, novas oportunidades para os farmacêuticos, a nível mundial, principalmente com a implementação da telemedicina.

Um estudo, feito no ano de 2022, pelo Departamento farmacêutico do *Johns Hopkins Aramco Healthcare*, descreve a implementação dos seus serviços de telepsiquiatria, orientados por farmacêuticos, responsáveis por prestar aconselhamento farmacoterapêutico aos doentes, garantir a adequação da medicação prescrita, monitorização e intervenção clínica, por forma a garantir, um tratamento eficaz, efetivo e seguro (Arain et al., 2022). Com a implementação deste modelo de telepsiquiatria, os farmacêuticos, foram-se tornando, cada vez mais, parte integrante, na prestação deste tipo de serviços, promovendo e melhorando, os cuidados especializados em saúde mental, que são prestados aos doentes psiquiátricos. Este modelo, teve resultados, bastante promissores, e foram implementados, no cuidado de outras patologias,

como a asma e diabetes com o aparecimento da pandemia (Md Khairi & Gnanasan, 2023;Iftinan et al., 2021).

Já no âmbito da farmácia comunitária, os farmacêuticos comunitários, encontram-se numa posição chave, quer para promover, quer disponibilizar serviços, relacionados com a gestão da medicação psiquiátrica e bem estar da saúde mental.

Também já existem, estudos publicados, relativamente aos serviços disponibilizados em farmácias comunitárias, prestados a doentes consumidores de medicação psiquiátrica, para tentar responder, à lacuna associada à gestão da medicação psiquiátrica. Em 2017, realizou-se um estudo com o objetivo avaliar uma intervenção, na gestão da medicação psiquiátrica, em um conjunto de farmácias comunitárias australianas (Hattingh et al., 2017) . Nas farmácias aderentes ao projeto, os resultados, foram bastante promissores, e os utentes demonstram um enorme grau de satisfação, relativamente ao programa implementado (Hattingh et al., 2017). Já tinham sido feitos programas de intervenção semelhantes ao deste estudo em farmácias de oficina, em anos anteriores (Knox et al., 2015),(Knox et al., 2014), (Knox et al., 2015).

No ano de 2012, também foi realizado um estudo, nos EUA a um total de 600 farmácias comunitárias, em que o objetivo, era analisar e identificar a extensão do aconselhamento auto-reportado pelos próprios farmacêuticos, feito aos utentes, com um quadro clínico de depressão, para melhor identificar, os fatores que influenciam, certas decisões do farmacêutico (Cannon-Breland et al., 2013) . Os resultados deste estudo, vieram realçar a necessidade de haver um maior envolvimento do farmacêutico, na gestão da saúde mental dos doentes, com um quadro clínico de depressão (Cannon-Breland et al., 2013).

Em 2019, também se realizou, uma revisão científica, de um total de 9 estudos, com o intuito de avaliar o impacto clínico, das equipas multidisciplinares, envolvidas na área da saúde mental, com a presença e ausência de farmacêuticos, em que os resultados demonstraram, que para as condições clínicas incluídas no estudo, que foram nomeadamente, a depressão e o stress pós-traumático, houve uma melhoria significativa, nos resultados referentes à saúde mental dos grupos intervencionados, pelas equipas que incluíam os farmacêuticos, em comparação com as restantes (Davis et al., 2020).

Uma vez que, já são feitos diversos tipos de rastreios em farmácia comunitária (El-Den et al., 2022) e, até muito recentemente as farmácias comunitárias, deram muito do seu contributo durante a pandemia, na testagem ao covid-19 (Costa et al., 2022), os rastreios a nível

de certas doenças mentais como depressão e ansiedade, acabam por ser uma intervenção benéfica para a comunidade, tornando-se possível detetar precocemente, a doença através dos primeiros sinais e sintomas. Em 2017, já se teria realizado um rastreio à depressão, numa farmácia comunitária, localizada em uma zona rural e multiétnica, nos EUA, em que os resultados foram bastante positivos, tanto para os utentes, como para os farmacêuticos, demonstrando que, este tipo de rastreio pode ser replicado, em várias farmácias comunitárias para outras doenças mentais, como a ansiedade por exemplo, pelo mundo inteiro, a fim de conseguir, detetar ou prevenir, o aparecimento da doença (Wilson & Twigg, 2018).

Tendo conta, o papel crucial do farmacêutico na comunidade, descrito através dos vários exemplos, a comprovar melhorias na saúde mental, nos doentes psiquiátricos, em cuidados específicos prestados por farmacêuticos, resta-nos saber, como é que o farmacêutico, pode intervir de forma efetiva, a nível da farmácia comunitária, no acompanhamento profissional feito, a utentes utilizadores de medicação ansiolítica e antidepressiva, e contribuir ainda mais bem estar mental dos utentes.

2. Metodologia

2.1. Material e Métodos

2.1.1. Objetivo

Esta dissertação, tem como base um estudo observacional, realizado em contexto de farmácia comunitária, em que o público-alvo foram utentes consumidores de ansiolíticos e antidepressivos. O estudo, tem como objetivo geral caracterizar, o acompanhamento farmacoterapêutico e clínico dos utilizadores de ansiolíticos e antidepressivos. Foram objetivos específicos deste trabalho:

- caracterizar o acompanhamento feito aos utentes nos últimos doze meses, por tipologia de profissionais de saúde;
- explorar a perceção dos utentes relativamente ao papel do farmacêutico, na otimização e eficácia da terapêutica instituída e na prestação de cuidados da saúde mental da comunidade;
- identificar a presença de profissionais de medicina alternativa, no durante o período de tratamento, que auxiliem na melhora do estado de saúde mental dos utentes.

Este estudo, classifica-se como estudo transversal observacional, uma vez que, só foi feita recolha e a análise dos dados obtidos, dos participantes elegíveis para o estudo, sem qualquer intervenção, durante um período determinado (Fronteira, 2013). Este tipo estudo, é o mais indicado para abordar os objetivos principais anteriormente descritos, e também permite gerar, novas hipóteses, relativamente à gestão da terapêutica antidepressiva e ansiolítica (Fronteira, 2013).

2.1.2. Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados, para o estudo em causa, foi efetuada através de um questionário em papel, composto por 17 perguntas (anexo 1). O questionário inicial, foi efetuado a partir de perguntas exploratórias desenvolvidas pelos investigadores, a que se adicionaram algumas perguntas, sobre estilos de vida, já validadas no questionário FANTASTIC. (Silva et al., 2014)

Este primeiro questionário, foi sujeito a validação do conteúdo junto de uma amostra de utentes da Farmácia Guerra Rico, localizada em Aqualva-Cacém, Sintra, no início de maio de 2023. Realizou-se, um estudo piloto, com o intuito, de testar este questionário, e verificar a necessidade de efetuar alterações, ao questionário, para que o mesmo, caracterize a população-alvo, da forma mais completa, o possível. Pretendeu-se também, testar a adesão da comunidade a este trabalho de investigação. Este estudo piloto, teve uma duração de duas semanas, período no qual, se obteve um total de 24 participantes.

Desta forma foi possível, obter feedback dos vários participantes, e perceber algumas alterações que precisavam de ser efetuadas ao questionário inicial. No total, alteraram-se 11 perguntas do questionário inicial, no qual as modificações foram as seguintes: relativamente à questão 4, sobre as habilitações literárias, acrescentaram-se duas opções de resposta (terceiro ciclo e nenhuma); na questão 6, sobre o rendimento do agregado familiar, clarificou-se a pergunta, acrescentando à mesma o rendimento mensal, para um melhor entendimento da situação económica dos participantes.

Na questão 7, acrescentou-se mais uma opção de resposta (Não sei), para não descartar a probabilidade de os participantes não saberem há quanto tempo tomam a medicação. Relativamente à questão 12, clarificou-se o tipo de especialidade, que no caso se trata de Psiquiatria, para que os participantes não se confundissem, na resposta à questão.

Na questão 13, foram efetuadas 2 alterações. A primeira foi acrescentar à questão “prestação do farmacêutico no auxílio e/ou esclarecimento de dúvidas sobre a medicação no início, substituição, cessação da terapêutica”, para um melhor entendimento do papel do farmacêutico durante o ato do atendimento e dispensa da medicação. A segunda alteração à pergunta foi acrescentar um espaço para questionar o porquê de os participantes assinalarem “Não” como resposta à questão 13, para que os mesmo tivessem uma oportunidade de

clarificarem o seu ponto de vista relativamente ao papel do farmacêutico. Na questão 14.1, acrescentou-se mais uma medicina alternativa (“Reiki”).

À pergunta 15, acrescentou-se também a opção de resposta (Sempre) pois havia participantes, que durante o estudo piloto, expressaram o papel fundamental da sua família e amigos, na manutenção da saúde mental e bem estar.

E por fim, à questão 17, clarificou-se o tipo de suplementação válida, para justificar uma resposta afirmativa ou negativa, e além disso, acrescentou-se a opção de fitoterapia. Também se registaram, o(s) princípio(s) ativo(s) e a(s) dose(s) que os presentes na terapêutica antidepressiva e ansiolítica dos participantes.

Foi possível também constatar durante o estudo piloto que nestes participantes, alguns apresentaram dificuldades no preenchimento do questionário devido à idade. Nestes casos, em vez de autopreenchimento, o método de entrevista tornou-se o mais adequado e efetivo, durante a recolha. No entanto os participantes que procederam ao preenchimento autónomo do questionário, na sua grande maioria, não tiveram grande dificuldade durante o procedimento.

A recolha de dados foi feita durante 3 meses, tendo sido terminada a julho de 2023.

2.1.3. População e Amostra

A seleção da amostra, para o presente estudo foi realizada, durante os vários atendimentos ao balcão da Farmácia Guerra Rico, localizada no Cacém, na zona de Sintra. Os participantes, que cumprissem todos os critérios de inclusão, foram convidados a participar e a assinar o consentimento informado. Após a identificação e recrutamento dos participantes, sugere-se a participação dos utentes, através das suas respostas, a um pequeno inquérito realizado, após o ato da dispensa de medicamentos antidepressivos e/ou ansiolíticos.

Antes de responderem ao inquérito os utentes procederam, à assinatura de um consentimento informado, em como aceitam que, os seus dados sejam utilizados e analisados, somente para este estudo. O questionário, foi efetuado em papel, sempre que possível em autopreenchimento (sem intervenção do investigador), e os dados recolhidos foram posteriormente introduzidos, na plataforma Google Forms®, por forma a permitir uma análise mais estruturada, sintetizada e eficiente dos mesmos.

Os critérios de inclusão, foram os seguintes:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Estar a tomar pelo menos um medicamento que pertença aos seguintes grupos farmacoterapêutico (Tabela 2): Tratamento da depressão (Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), Inibidores seletivos da recaptação da serotonina e noradrenalina (ISRSN), antidepressivos tetracíclicos, antidepressivos tricíclicos, inibidores da monoamina-oxidase (IMAO), antidepressivos atípicos. Tratamento para a perturbação de ansiedade generalizada (algumas classes de antidepressivos (ISRS, ISRSN), benzodiazepinas e ansiolíticos; (Caramona et al., 2011)
- Confirmação de diagnóstico clínico prévio de depressão e/ou perturbação de ansiedade generalizada por parte do utente;
- Apresentar uma prescrição médica referente ao tratamento;
- Participação voluntária no estudo.

Tabela 2 - Grupos farmacoterapêutico dos ansiolíticos e dos antidepressivos (INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso, 2014).

Grupo farmacoterapêutico	Códigos ATC	Princípio ativo
Sistema Nervoso Central 2.9 - Psicofármacos 2.9.1 - Ansiolíticos	N05BA12	Alprazolam
	N05BA08	Bromazepam
	N05BE01	Buspirona
	N05BA10	Cetazolam
	N05BA09	Clobazam
	N05BA22	Cloxazolam
	N05BA01	Diazepam
	N05BB01	Hidroxizina
	N05BA18	Loflazepato de etilo
	N05BA06	Lorazepam
	N05BA25	Mexazolam
	N05CD08	Midazolam
	N05BA04	Oxazepam
		N06AX22
N06AA09		Amitriptilina

Sistema Nervoso Central 2.9 – Psicofármacos 2.9.3 – Antidepressivos	N06AX12	Bupropiom
	N06AB03	Citalopram
	N06AA04	Clomipramina
	N06AA16	Dosulepina
	N06AX21	Duloxetina
	N06AX27	Escetamina
	N06AB10	Escitalopram
	N06AB04	Fluoxetina
	N06AB08	Fluvoxamina
	N06AA21	Maprotilina
	N06AX03	Mianserina
	N06AX11	Mirtazapina
	N06AG02	Moclobemida
	N06AA10	Nortriptilina
	N06AB05	Paroxetina
	N06AX	Pirlindol
	N06AX18	Reboxetina
	N06AB06	Sertralina
	N06AX14	Tianeptina
	N06AX05	Trazodona
	N06AA06	Trimipramina
	N06AX16	Venlafaxina
	N06AX26	Vortioxetina

Os critérios de exclusão do presente estudo, foram os seguintes:

- Não ter mais de 18 anos;
- Não ser a pessoa que vai efetuar o tratamento (no caso da receita médica não pertencer ao doente e sim a um terceiro);
- Não ter um diagnóstico clínico prévio de depressão e ou perturbação de ansiedade generalizada;
- Não apresentar destreza cognitiva para responder às perguntas do questionário;
- Não querer voluntariamente participar no estudo;

2.1.4. Definição de variáveis

Após fechar o questionário final (anexo 1), a lista de variáveis e respetivas categorias que foram utilizadas na análise descritiva dos dados foi a que consta na Tabela 3.

Tabela 3 - Lista de variáveis e respetivas categorias.

Variável	Categoria
Idade	“Resposta Aberta”
Sexo	Masculino Feminino Não Binário
Estado Civil	Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)
Habilitações Literárias	Ensino Básico Segundo Ciclo Terceiro Ciclo Ensino Secundário Ensino Superior

	Nenhuma
Situação Profissional	Emprego por conta própria Emprego por conta de outrem Desempregada/(o) Reformada/(o) Outro
Rendimento mensal do agregado familiar	NS/NR Menos de 700 euros Entre 700 e 1500 euros Mais de 1500 euros
Há quanto tempo toma a medicação antidepressiva	Início de Terapêutica (menos de 1 ano) 1 - 3 anos 3- 5 anos >5 anos Não sei
Há quanto tempo toma a medicação ansiolítica	Início de Terapêutica (menos de 1 ano) 1 - 3 anos 3- 5 anos >5 anos Não sei
Sente que a sua medicação está a ter o efeito desejado	Sim Não
Tem médico de família	Sim Não
Consultas que teve com o seu medico de clínica geral/médico de família/Psiquiatra/Psicólogo nos últimos 12 meses	1-3 consultas 3-5 consultas >5 consultas Nenhuma
Periodicidade entre consultas com o especialista (Psiquiatra)	Mensal Bimestral Trimestral Semestral Anual

2.1.5. Análise de dados

Os resultados da análise descritiva das respostas ao questionário, são apresentados sob a forma de médias e desvios-padrão (DP) para as variáveis contínuas e de frequências para as variáveis categóricas. As diferenças nas variáveis contínuas, foram examinadas utilizando testes de hipóteses não paramétricos, tais como o teste Mann-Whitney e teste de Kruskal-Wallis. A relação entre as variáveis categóricas, foi investigada através do teste exato de Fischer. Com um limiar de significância de 5%, todas as análises inferenciais foram efetuadas, com recurso ao software jamovi versão 2.3.28.

Foi efetuada, uma análise de conteúdo dos dados recolhidos nas perguntas abertas. A análise de temática, é um método de investigação sistemático utilizado para analisar dados textuais, a fim de descobrir padrões, temas e categorias (Finfgeld-Connett, 2014). A autora da dissertação e o seu supervisor, analisaram os resultados e atribuíram códigos de forma independente. Estes códigos, foram agrupados em temas mais alargados, apresentados em tabelas na secção dos resultados.

2.1.6. Considerações éticas

A aprovação da Comissão de Ética da Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade Lusófona foi obtida, tendo recebido parecer “Favorável” com a referência 19-23.

3. Resultados

No total, foram elegíveis e aceitaram participar 80 utentes, que procederam ao preenchimento do questionário, efetuado ao balcão da farmácia. Em todos os questionários preenchidos, as respostas foram consideradas, válidas para análise.

3.1. Caracterização sociodemográfica da população em estudo

A Tabela 4, traduz as características sociodemográficas mais importantes, da população em estudo, que no caso foram os utentes consumidores de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos, com diagnóstico clínico prévio de ansiedade e depressão confirmado.

Tabela 4 - Resumo da caracterização sociodemográfica da amostra em estudo

Variáveis	Respostas	% (N)
Idade	Média (SD)	57,8(16,5)
	Mediana	60,0
	Mínimo	23
	Máximo	91
Sexo	Feminino	77,5% (62)
	Masculino	22,5% (18)
Estado Civil	Solteiro(a)	30% (24)
	Casado(a)	41,3% (33)
	Divorciado(a)	16,3% (13)
	Viúvo(a)	12,5% (10)
Habilitações Literárias	Ensino Básico	28,7% (23)
	Segundo Ciclo	1,3% (1)
	Terceiro Ciclo	11,3% (9)
	Ensino Secundário	38,8% (31)
	Ensino Superior	18,8% (15)
	Nenhuma	1,3%(1)
Situação Profissional	Desempregado(a)	12,5% (10)
	Emprego por conta de outrem	43,8% (35)

	Emprego por conta própria	2,5%(2)
	Reformado(a)	38,8%(31)
	Outro	2,5%(2)
Rendimento mensal do agregado familiar	NS/NR	8,8%(7)
	Menos de 700 euros	23,8%(19)
	Entre 700 a 1500 euros	42,5%(34)
	Mais de 1500 euros	25,0%(20)
Duração do tratamento com medicação antidepressiva	Início de terapêutica (menos de 1 ano)	31,4%(22)
	1-3 anos	18,6%(13)
	3-5 anos	11,4%(8)
	>5 anos	38,6%(27)
	Não sei	0%(0)
Duração do tratamento com medicação ansiolítica	Início de terapêutica (menos de 1 ano)	23,5%(8)
	1-3 anos	20,6%(7)
	3-5 anos	2,9%(1)
	>5 anos	52,9%(18)
	Não sei	0%(0)

Foi possível, constatar que uma certa heterogeneidade, quanto à variável idade. As idades dos participantes compreendiam-se, entre os 23 aos 91 anos, no qual se verificou uma idade média de aproximadamente 58 anos, com um desvio-padrão de 16,5. A maioria dos participantes, tinha mais de 60 anos (52,5%) (tabela 5).

Tabela 5 - Caracterização da amostra por faixa etária.

Idade por faixa etária	%	N
Menos de 30 anos	10%	8
30-40 anos	5%	4
40-50 anos	15%	12
50-60 anos	17,5%	14
60-65 anos	15%	12
Mais de 65 anos	37,5%	30

Também foi possível constatar, que o sexo feminino representou cerca de 77,5% da amostra, e que 41,3% dos participantes eram casados. Relativamente, às habilitações literárias, 38,8% dos participantes referiram ter o ensino secundário, e 28,7 % apenas a quarta classe, como nível de escolaridade.

Relativamente, à variável “Situação profissional”, 43,8% da amostra em estudo exercia atividade ao serviço de uma determinada entidade empregadora, 38,8% já se encontram reformados e cerca de 12,5% encontrava-se em situação de desemprego. No que diz respeito, à variável “Rendimento do agregado familiar”, os resultados demonstram que cerca de 42,5% da amostra apresentava um rendimento mensal, de entre os 700 a 1500 euros.

Relativamente, à duração do tratamento para a depressão e ansiedade, nos dois casos, os resultados demonstram que, a grande maioria da amostra, encontrava-se medicada, há mais de 5 anos, 38,6% e 52,9%, respetivamente. Também foi possível, denotar que 31,4% da amostra também se encontrava, em início de terapêutica (menos de 1 ano).

O gráfico circular da figura 9, demonstra que quase metade da amostra (40%), não tem acesso a um médico de família.

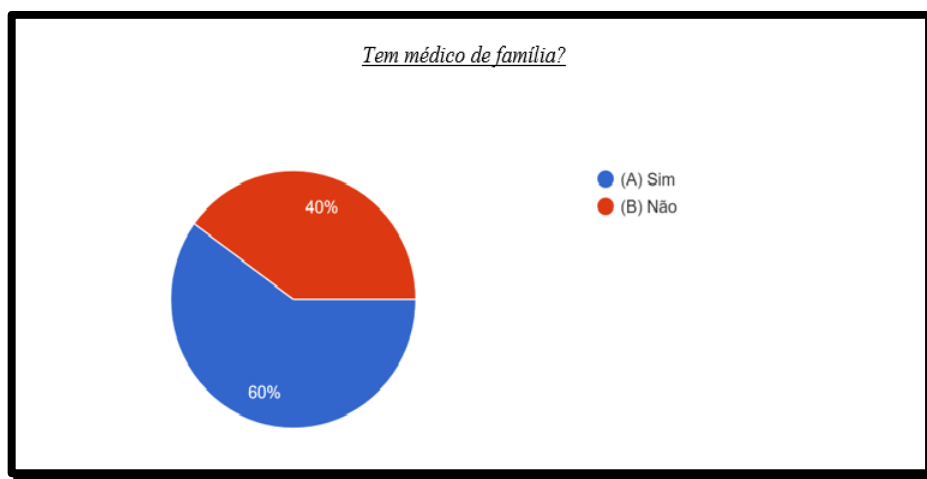


Figura 9 - Gráfico circular representativo das respostas à questão “Tem médico de família” da amostra em estudo.

A Tabela 6, traduz os resultados obtidos referentes, às questões sobre o número aproximado de consultas com o médico de família/clínica geral e familiar, e foi possível observar que mais de metade da amostra (60%), teve entre 1 a 3 consultas no último ano.

Tabela 6 - Resultados referentes às questões sobre o número aproximado de consultas com o médico de família/clínica geral e familiar, psiquiatra e de psicologia no último ano.

Questões	Respostas	% (N)	
“Nos últimos 12 meses quantas consultas teve com o seu médico de clínica geral/médico de família? ”	1 – 3 consultas	60 % (48)	
	3-5 consultas	16,3 % (13)	
	> 5 consultas	7,5% (6)	
	Nenhuma	16,3% (13)	
“Quantas consultas teve de Psicologia nos últimos 12 meses? ”	1 – 3 consultas	20,0% (3)	
	3-5 consultas	26,7% (4)	
	> 5 consultas	40,0% (6)	
	Nenhuma	13,3% (2)	
“Quantas consultas teve de Psiquiatria nos últimos 12 meses?”	1 – 3 consultas	50% (15)	
	3-5 consultas	20% (6)	
	> 5 consultas	30% (9)	
	Nenhuma	0% (0)	

Dos que, apresentam acompanhamento com o psicólogo, cerca de 40% teve mais de 5 consultas, no último ano. Relativamente, às consultas de psiquiatria, para participantes que têm este tipo de acompanhamento médico, os resultados demonstraram que, exatamente metade da amostra obteve, entre 1 a 3 consultas no último ano, e cerca de 30% teve mais de cinco consultas no último ano. No entanto, a grande maioria da amostra, cerca de 56,3%, não tem qualquer tipo de acompanhamento com o psiquiatra e/ou psicólogo.

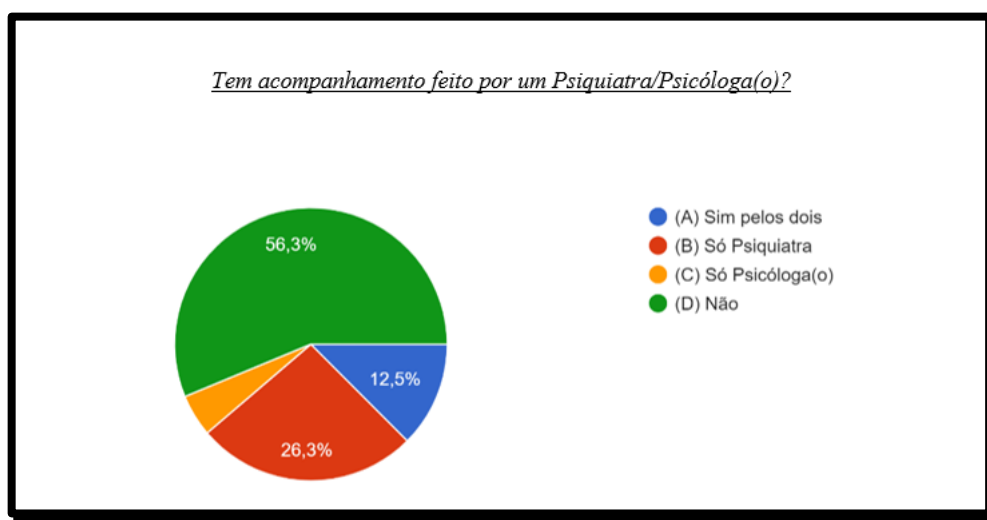


Figura 10 - Gráfico circular representativo das respostas à questão "Tem acompanhamento por um Psiquiatra/Psicóloga(o)" da amostra em estudo.

A Tabela 7, apresenta a proporção de participantes, com e sem acompanhamento especializado, por variável sociodemográfica. Verificou-se, que os indivíduos com habilitações literárias mais elevadas, tinham uma maior probabilidade de, terem acompanhamento especializado, ao passo que as pessoas reformadas, têm uma maior probabilidade de não terem esse acompanhamento. Verificou-se também, que os indivíduos, que eram acompanhados por especialistas, eram mais jovens que os indivíduos que não têm acompanhamento especializado (tabela 7).

Tabela 7 - Média de idades dos participantes, segundo acompanhamento do especialista (teste de Kruskal-Wallis).

Tipo de Acompanhamento especializado	Sim, pelos dois	Só psiquiatra	Só Psicólogo	Não	p-value
Média Idade (dp)	39.6 (11.4)	54.3 (15.4)	39.3 (16.4)	65.1 (12.9)	<0.001

Através dos resultados apresentados na Tabela 7, foi possível observar diferenças significativas, na idade entre quem utiliza psicólogos, e quem não utiliza nem psicólogo nem psiquiatra. A Tabela 8, também descreve, a percentagem de participante com e sem acompanhamentos especializados, pelas várias variáveis sociodemográficas.

Tabela 8 - Percentagem de participantes com e sem acompanhamento especializado, por variável sociodemográfica (teste exato de Fischer).

Variável		% Não (n=45)	% Psiquiatra (n=21)	% Psicólogo ou os dois (n=14)	p-value
Género	Homem	24.4	23.8	14.3	0.817
	Mulher	75.6	76.2	85.7	
Estado Civil	Casado(a)	44.4	42.9	28.6	0.213
	Divorciado(a)	20.0	9.5	14.3	
	Solteiro(a)	20.0	33.3	57.1	
	Viúvo(a)	15.6	14.3	0	
Habilitações Literárias	Ensino básico	31.1	42.9	7.1	0.043
	Ensino secundário	57.8	33.3	57.1	
	Ensino superior	11.1	23.8	35.7	
	Desempregado	13.3	4.8	21.4	

Situação Profissional/Ocupação	Emprego por conta de outrem	28.9	57.1	71.4	<0.001
	Reformado	57.8	23.8	0.0	
	Outro	0.0	14.3	7.1	
Rendimento familiar	NS/NR	13.3	4.8	0.0	0.698
	Menos de 700 euros	26.7	23.8	14.3	
	Entre 700 e 1500 euros	37.8	47.6	50.0	
	Mais de 1500 euros	22.2	23.8	35.7	

A Tabela 9, apresenta a percentagem de participantes com e sem acompanhamento especializado, por variável relativa, à percepção do efeito e duração da terapêutica e consumo de cuidados de saúde. Verificou-se que, os indivíduos cuja duração da terapêutica é inferior a um ano, a probabilidade de ter acompanhamento especializado é maior, enquanto nos participantes que consomem antidepressivos, há mais de 5 anos há uma proporção maior de pessoas sem acompanhamento ou só acompanhadas por psiquiatra.

Tabela 9 - Percentagem de participantes com e sem acompanhamento especializado, por variável sobre terapêutica e cuidados de saúde (teste exato de Fischer).

Variável		% Não (n)	% Psiquiatra (n)	% Psicólogo ou os dois (n)	p-value
Toma de antidepressivos	Menos de 1 ano	17.1 (6)	23.8 (5)	78.6 (11)	0.007
	1 a 3 anos	25.7 (9)	14.3 (3)	7.1 (1)	
	3 a 5 anos	14.3 (5)	14.3 (3)	0.0 (0)	
	Mais de 5 anos	42.9 (15)	47.6 (10)	14.3 (2)	
Frequência de Consultas especialista	Mensal		14.3 (3)	60.0 (6)	0.059
	Bimestral		9.5 (2)	10.0 (1)	
	Trimestral		33.3 (7)	30.0 (3)	
	Semestral		23.8 (5)	0.0 (0)	

	Anual		19.0 (4)	0.0 (0)	
Efetividade da medicação	Não	20.0 (9)	9.5 (2)	14.3 (2)	0.655
	Sim	80.0 (36)	90.5 (19)	85.7 (12)	
Médico de família	Não	48.9 (22)	28.6 (6)	28.6 (4)	0.218
	Sim	51.1 (23)	71.4 (15)	71.4 (10)	
Auxílio do Farmacêutico	Não	37.8 (17)	52.4 (11)	35.7 (5)	0.499
	Sim	62.2 (28)	47.6 (10)	64.3 (9)	
Outros profissionais envolvidos na gestão da saúde mental	Não	93.3 (42)	85.7 (18)	85.7 (12)	0.519
	Sim	6.7 (3)	14.3 (3)	14.3 (2)	

Encontrámos diferenças de idade, entre quem toma antidepressivos, há menos de 1 ano (48.8 anos) e mais de 5 anos (62.1 anos) ($p=0.042$; Teste de Kruskal-Wallis). Relativamente, ao efeito da medicação ansiolítica e antidepressiva, os resultados traduzem que cerca de 83,8% da amostra, sente a efetividade e a eficácia da terapêutica.

Relativamente à periodicidade entre consultas com o Psiquiatra, foi possível observar que, dos participantes que apresentavam este tipo de acompanhamento, 32,3% esperam pelo menos três meses para a próxima consulta, e que cerca de 29%, têm pelo menos uma consulta por mês, com o Psiquiatra.

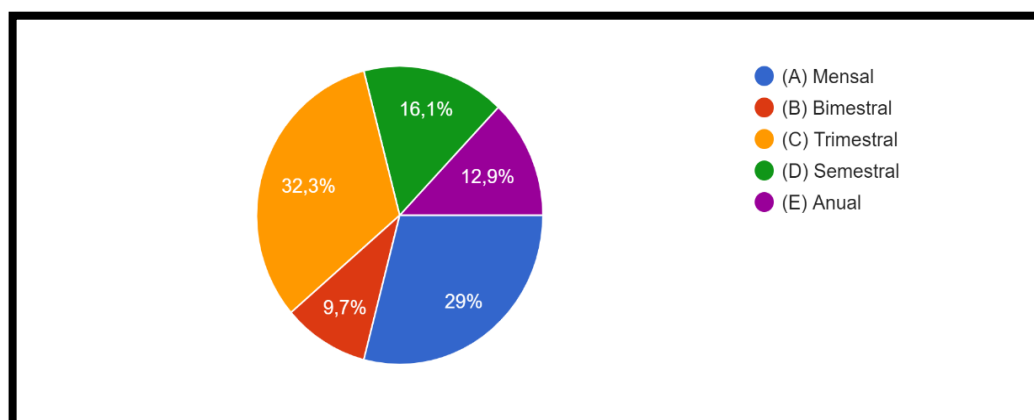


Figura 11 - Proporção das respostas à questão “Qual é a periodicidade entre consultas com o especialista (Psiquiatra)?” da amostra em estudo.

Relativamente, ao auxílio prestado pelo farmacêutico, na gestão da sua saúde mental, apenas 58,8% dos participantes, sentiram que o farmacêutico presta auxílio relativamente à gestão da medicação. Já 62,5% dos participantes, referiram que sentem suporte emocional, por parte dos farmacêuticos.

Relativamente, à análise temática, referente às sugestões oferecidas pelos utentes para melhorar o papel do farmacêutico, na gestão da saúde mental dos utentes, a maior parte das pessoas que indicaram que os farmacêuticos, já fazem o suficiente. A segunda sugestão, mais referida, foram rastreios de saúde mental, e depois mais aconselhamento e acompanhamento farmacoterapêutico, descritos em maior detalhe na tabela 10.

Alguns dos relatos fornecidos pelos participantes, foram os seguintes:

- “Sinto que os farmacêuticos só dispensam a receita quando venho à farmácia.”
- “Não foi necessário. O farmacêutico não colocou qualquer questão, após saber que eu estava esclarecida e a ser acompanhada pelo psicólogo e psiquiatra.”
- “Na altura em que comecei a tomar o antidepressivo eu confiava no médico, e ele esclareceu-me todas as dúvidas sobre a medicação. Antigamente não se faziam muitas perguntas ao farmacêutico. Portanto, eu ia à farmácia para ir buscar a medicação.”

Tabela 10 - Análise temática das respostas à pergunta 13.2.

Sugestões	N
Já fazem suficiente	20
Rastreios	12
Mais informação aos doentes/Aconselhamento farmacoterapêutico/Seguimento	9
Apoio emocional/Não desvalorizar/	6
Ser mais afável/Atencioso	3
Teleconsultas	2
Serviços medicina alternativas	1
Ter serviço de apoio psicológico	1

Sobre o acompanhamento feito por outros profissionais, cerca de 90%, não tem profissionais qualificados, em medicinas alternativas envolvidas na gestão da sua saúde mental.

O gráfico de barras da figura 12, ilustra, os resultados referentes aos 10% dos participantes, envolvidos neste tipo de atividades, em que a acupuntura e o reiki, são as terapias de eleição, mais utilizadas pelos participantes, representando ambos metade das respostas, deste sub-grupo.

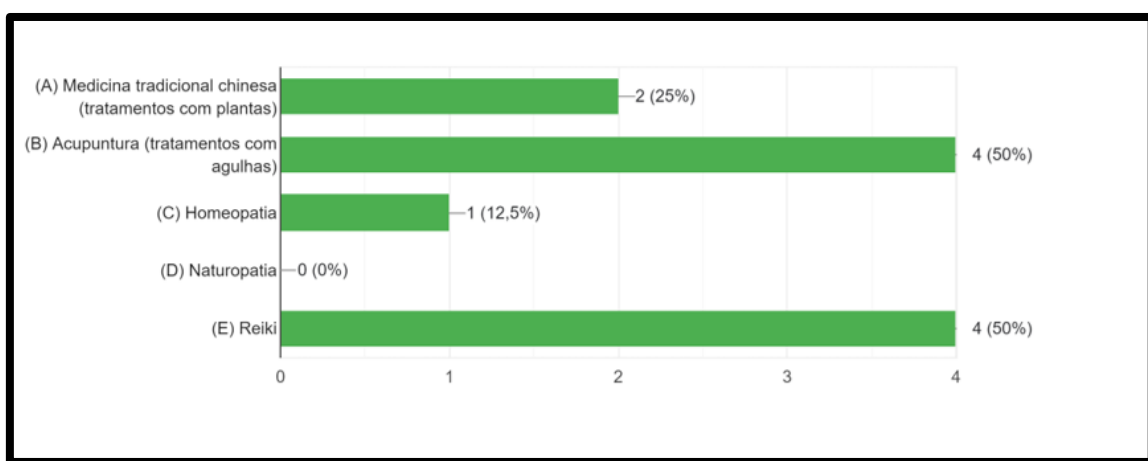


Figura 12 - Gráfico de barras representativo das medicinas alternativas envolvidas na manutenção da saúde mental dos participantes.

A Tabela 11, resume os resultados referentes, às questões relacionadas com a família e amigos. De um modo geral, 53,2% sentia que tinha sempre alguém com quem falar de assuntos importantes, 61,3% sentia que recebia e oferecia carinho e afeto, e a grande maioria da amostra, cerca de 83,8% não pertencia a um grupo comunitário ou de autoajuda.

Tabela 11 - Resultados referentes às questões relacionadas com a família e amigos.

Questões	Respostas	% (N)
“Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim”	Sempre	53,2% (42)
	Quase sempre	21,5% (17)
	Às vezes	13,9% (11)
	Nunca	11,4% (9)
“Dou e recebo carinho/afeto”	Sempre	61,3% (49)
	Quase sempre	20,0% (16)

	Às vezes	12,5% (10)
	Nunca	6,3% (5)
“Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda e participo nas atividades ativamente”	Sempre	7,5% (6)
	Quase sempre	3,8% (3)
	Às vezes	5,0% (4)
	Nunca	83,8% (67)

Relativamente, aos resultados referentes às questões relacionadas com a atividade física e cotidiano dos participantes, como é possível, observar na Tabela 12, 41,3% da amostra, raramente andava no mínimo 30 min/dia. No entanto, 70% da amostra realiza pelo menos, uma das atividades descrita na tabela 12, três vezes ou mais por semana.

Tabela 12 - Resultados referentes às questões relacionadas à atividade física e cotidiano.

Questões	Respostas	% (N)
“Ando no mínimo 30 minutos por dia”	Quase sempre (3 vezes ou mais por semana)	36,3% (29)
	Às vezes (2 vezes por semana)	22,5% (18)
	Quase nunca (raramente)	41,3% (33)
“Realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, jardinagem) ou desporto específico”	Quase sempre (3 vezes ou mais por semana)	70,0% (56)
	Às vezes (2 vezes por semana)	17,5% (14)
	Quase nunca (raramente)	12,5% (10)

A Tabela 13, ilustra os resultados referentes as restantes atividades, que também estão envolvidas na gestão e manutenção da saúde mental dos participantes. De um modo geral, os resultados revelaram que a grande maioria, 84,8%, não tem acompanhamento nutricional especializado, cerca de 61,3% dos participantes, pratica pelo menos um dos hobbies descritos na tabela 13, 63,7% não faz uso de suplementação específica, e por fim 58,9% da amostra não implementa Fitoterapia, com ferramenta na gestão da sua saúde mental.

Tabela 13 - Resultados referentes às questões relacionadas com outras atividades envolvidas na gestão da saúde mental dos participantes.

Questões	Respostas	% (N)
Nutrição acompanhada/ Nutricionista	Sim	15,2% (12)
	Não	84,8% (67)
Prática de hobby (pintar, cantar, ler, convívio com amigos, etc...)	Sim	61,3% (49)
	Não	38,8% (31)
Suplementação específica (vitaminas, suplementos energéticos)	Sim	36,3% (29)
	Não	63,7% (51)
Fitoterapia (ervas, chás, produtos à base de plantas)	Sim	41,1% (23)
	Não	58,9% (33)

Por fim, quisemos explorar a percepção do efeito da medicação, pelas várias variáveis de interesse descritas na Tabela 14.

Tabela 14 - Percepção do efeito da medicação, por variável de interesse (teste exato de Fischer).

Variável		Não tem efeito	Tem efeito	p-value
Toma de antidepressivos	Menos de 1 ano	27.3 (3)	32.2 (19)	0.689
	1 a 3 anos	9.1 (1)	20.3 (12)	
	3 a 5 anos	18.2 (2)	10.2 (6)	
	Mais de 5 anos	45.5 (5)	37.3 (22)	
Médico de família	Não	46.2 (6)	38.8 (26)	0.759
	Sim	53.8 (7)	61.2 (41)	
Auxílio do Farmacêutico	Não	53.8 (7)	38.8 (26)	0.365
	Sim	46.2 (6)	61.2 (41)	
Outros profissionais envolvidos na gestão da saúde mental	Não	92.3 (12)	89.6 (60)	1.000
	Sim	7.7 (1)	10.4 (7)	
	Sempre	30.8 (4)	57.6 (38)	0.005

Tem com quem falar (família e amigos)	Quase sempre	7.7 (1)	24.2 (16)	
	Às vezes	23.1 (3)	12.1 (8)	
	Nunca	38.5 (5)	6.1 (4)	
Caminhada de pelo menos 30 minutos/dia	Quase sempre	15.4 (2)	40.3 (27)	0.023
	Às vezes	7.7 (1)	25.4 (17)	
	Quase Nunca	76.9 (10)	34.3 (23)	
Recorre a nutrição acompanhada	Não	92.3 (12)	83.3 (55)	0.679
	Sim	7.7 (1)	16.7 (11)	
Hobby/ Tarefas de lazer	Não	69.2 (9)	32.8 (22)	0.026
	Sim	30.8 (4)	67.2 (45)	

4. Discussão de Resultados

De um modo geral, a farmácia onde se inseriu o estudo observacional teve uma boa adesão por parte dos participantes, quer durante a fase inicial do estudo piloto, quer durante a fase final, pois em menos de cinco meses de recolha de dados, conseguiu-se alcançar o número de participantes, previamente estipulado. Relativamente ao questionário, a maioria dos participantes, achou que as questões eram bastante perceptíveis e fáceis de responder.

Existem estudos (OECD, 2023), a constatarem que o sexo feminino é o género que mais sofre com as doenças mentais, e os resultados deste estudo corroboram este facto, no que diz respeito ao consumo de ansiolíticos e antidepressivos (OECD, 2023). É possível afirmar também, relativamente às habilitações literárias, que estas podem ser um fator importante, quando fazemos uma correlação, entre nível de escolaridade e prevalência de depressão e ansiedade (OECD, 2023). No entanto, o presente estudo não permitiu verificar essa associação.

A idade média desta amostra, foi de 57.8 anos e a mediana foi 60 anos. Não se encontraram diferenças significativas de idade entre homens (55.6 anos) e mulheres (58.4 anos) ($p=0.666$). No entanto, foi possível verificar diferenças entre quem toma antidepressivos, à menos de 1 ano (48.8 anos), em comparação com os participantes, que tomam antidepressivos, há mais de 5 anos (66.4 anos) ($p=0.030$). Relativamente aos ansiolíticos, foi possível observar diferenças de idade entre quem toma ansiolíticos, há menos de 1 ano (49 anos), em comparação com os utentes, que tomam esta medicação há mais de 5 anos (66,4 anos), ($p=0.030$). Estas diferenças, são relativamente expectáveis, uma vez que os participantes que iniciaram a terapêutica ansiolítica e/ou antidepressiva há menos de 1 ano, provavelmente, têm um acompanhamento clínico mais recente e completo, em comparação com os participantes, que tomam este tipo de medicação há mais de 5 anos.

Um dos grupos, com um maior consumo de medicação ansiolítica e antidepressiva, são os utentes com ensino secundário, e de seguida os participantes com o ensino básico, o que acaba por ir de encontro, com os resultados obtidos no relatório OCDE (OECD, 2023). Quase metade dos participantes, encontram-se a trabalhar de forma dependente para uma determinada empresa e com um rendimento mínimo de entre 700 a 1500 euros, o que pode ser também um fator a ter em consideração, uma vez que o custo de vida, está cada vez mais elevado, o que faz com que uma boa parte das pessoas que sofre de ansiedade e/ou depressão, dependa somente da terapêutica medicamentosa e não consiga investir em consultas com um psicólogo e/ou

psiquiatra, que na maioria das vezes são serviços bastante dispendiosos (principalmente quando o doente não consegue ser referenciado para os serviços de psiquiatria, ou mesmo após a referenciação os tempos de espera para as consultas de urgência são extremamente longos (ERS, 2022).

Outro resultado obtido no estudo, bastante preocupante, foi o fato de cerca de 40% dos participantes não ter médico de família, o que faz com a grande maioria destes utentes, não tenha um seguimento contínuo, pelo mesmo profissional de saúde, na prestação de cuidados primários de saúde mental ou até mesmo no acesso aos cuidados primários. Este fator, vai estar diretamente relacionado com o número de consultas, que o utente tem com regularidade, com o médico de clínica de geral/médico de família, no qual os resultados, também demonstraram, que mais de metade dos participantes nos últimos doze meses, tiveram entre 1-3 consultas.

Os resultados também demonstraram, que existem diferenças de idade para quem não tem (62.2 anos) e quem tem (54.9 anos) médico de família (valor de $p=0.013$). Uma hipótese válida, para explicar estes resultados, pode ser o facto de muitos dos utentes, que se encontram faixa etária superior aos 60 anos, terem uma maior probabilidade de ficar sem médico de família, porque o médico de família que tinham reformou-se, ou faleceu, ou está com alguma incapacidade que o impeça de trabalhar (por exemplo: gravidez), ou então decidiu abandonar o serviço nacional de saúde, episódios traumáticos (violência) por motivos pessoais, para trabalhar em entidades privadas, que ofereçam melhores condições de trabalho (Leźnicka & Zielińska-Więczkowska, 2022), (Expresso, 2024), (Notícias, 2024). Como a maioria dos utentes nesta faixa etária depende maioritariamente dos rendimentos fornecidos pelo estado, estes acabam por depender na sua grande maioria do Serviço Nacional de Saúde para o acesso aos cuidados primários de saúde mental.

Ainda sobre a idade, foi possível verificar algumas diferenças significativas nesta variável, sobre quem tem e quem não um acompanhamento com o psiquiatra e/ou psicólogo. É possível denotar que utentes mais novos, são os que apresentam na sua grande maioria, uma maior probabilidade de terem um acompanhamento especializado em saúde mental. Uma hipótese válida para justificar estes resultados, pode ser o facto de estes terem maior literacia em saúde, e compreender a mais-valia de terem profissionais de saúde especializados envolvidos na sua saúde mental, e também menor estigma associado às doenças mentais e à procura de profissionais especializados, em comparação com a geração mais idosa (Carvalho et al., 2020).

Na Tabela 9, que traduz os resultados relativos à percentagem de participantes com e sem acompanhamento especializado, diz-nos que para a amostra em causa, as pessoas com que têm o ensino secundário e superior, são as que mais recorrem ao acompanhamento feito por especialistas ($p=0,043$). Também foi possível denotar que os reformados não têm qualquer tipo de acompanhamento especializados. Fatores como estigma associado à procura destes cuidados especializados, pouca literacia em saúde mental em comparação com a geração mais nova, e o facto de dependerem inteiramente de rendimentos do estado, podem estar associados à não procura de cuidados especializados em saúde mental.

Relativamente aos resultados obtidos na Tabela 8, os dados mais significados foram sobre 42,9% da amostra, que toma antidepressivos há mais de 5 anos e não tem nenhum tipo de acompanhamento especializado. Isto é bastante preocupante, uma vez que quando se toma a decisão clínica prolongar a terapêutica por um período superior a 12 meses (George, 2012), é extremamente importante, que se faça um acompanhamento continuado do utente. Existe, portanto, uma oportunidade para o farmacêutico explorar sobre os cuidados que podem ser prestados a estes utentes na farmácia, relativamente à gestão da sua terapêutica.

No âmbito da farmácia comunitária, é possível, através rastreios, avaliar a qualidade de sono destes utentes, auxiliá-los a gerir os seus níveis de ansiedade, motivá-los à prática de exercício físico e por fim disponibilizar o serviço de nutrição acompanhada, teleconsultas, para além do acompanhamento farmacoterapêutico. No entanto, é necessário salientar que, para uma boa prestação de cuidados especializados na área da saúde mental, é necessário que o farmacêutico tenha a formação adequada, a fim de adquirir as competências fundamentais, que serão colocadas em prática, durante a prestação destes mesmos cuidados. Mas isto, é uma das imensas barreiras a superar relativamente ao envolvimento do farmacêutico comunitário, nestes cuidados específicos, devido, à escassez de programas educacionais disponíveis, e também à falta de tempo que os farmacêuticos possuem para os realizar (Cannon-Breland et al., 2013).

Relativamente aos resultados apresentados na Tabela 14, é possível constatar que os participantes que percecionam o efeito da medicação, têm com quem falar frequentemente ($p=0.005$) e praticam caminhadas com uma maior frequência ($p=0,023$), em comparação com quem não perceciona o efeito da medicação. Já existem estudos a comprovar os benefícios do exercício físico (Li, 2016) e de uma boa rede apoio para os doentes com depressão de ansiedade, em complemento à terapêutica medicamentosa, no qual os resultados para esta amostra em particular, comprovam estes mesmo factos.

Relativamente à pergunta 13, do questionário, que remetia mais especificamente para o auxílio do farmacêutico, relativamente, à gestão da saúde mental dos utentes utilizadores de medicação ansiolítica e antidepressiva, uma grande parte dos participantes realçaram a falta de auxílio do farmacêutico, fazendo ainda referência ao facto do farmacêutico preocupar-se somente com a dispensa da medicação em causa, como apontam alguns dos relatos recolhidos

Alguns dos relatos já descritos em estudos anteriores para de certa forma, justificar a falta de auxílio por parte do farmacêutico na farmácia, referem-se à falta de suporte por parte do proprietário da farmácia, falta de privacidade para efetuar determinados programas de intervenção com os utentes/participantes e equipa com um número reduzido de funcionários e a falta de formação dos farmacêuticos, para realizarem estes programas de forma efetiva na farmácia, deixando de ter farmacêuticos aptos para realizarem certas intervenções na comunidade, que teriam de dedicar uma boa parte do seu dia de trabalho para execução do programa, o que acabava por subcarregar os restantes colegas de trabalho (Hattingh et al., 2017). Estes factos, também são problemas que se assemelham aos das farmácias portuguesas (Gregório et al., 2023).

Quando foi questionado, aos participantes sobre como os farmacêuticos poderiam ajudar e contribuir para uma melhor gestão da saúde mental dos utentes, os mesmos expuseram algumas ideias interessantes descritas na Tabela 10. A grande maioria considerou que o farmacêutico já faz o suficiente garantido o acesso à medicação, no entanto as principais sugestões apresentadas direccionam-se a rastreios de saúde mental na comunidade, mais informação e acompanhamento farmacoterapêutico destes pacientes, e uma maior atenção à comunicação tanto no cuidado e trato como na prestação de apoio emocional. É importante salientar o papel que farmacêutico desempenha relativamente à revisão terapêutica, que de um modo geral resolve imensos problemas de associados aos medicamentos como o uso excessivo e abusivo de medicação (Rubio-Valera et al., 2014). A adesão à terapêutica, também é uma área de atuação do farmacêutico extremamente importante, uma vez que garante que utente o toma a medicação de forma adequada, por forma a reduzir o aparecimento de episódios depressivos e/ou de ataques de pânico, e por fim promover o controlo de crises de ansiedade (Rubio-Valera et al., 2014).

5. Conclusão

Com o aumento crescente da prevalência de doenças mentais como a depressão e ansiedade, verificado na população portuguesa, impulsionando o aumento do consumo de psicofármacos, é importante saber como é que as pessoas que sofrem com este tipo de doenças, gerem a sua saúde mental, e que cuidados podem ser implementados por forma a melhorar o seu bem estar psicológico.

O presente estudo observacional, teve como finalidade responder a três objetivos específicos, que foram caracterizar o acompanhamento feito aos utentes consumidores de medicação ansiolítica e antidepressiva nos últimos doze meses, por tipologia de profissionais de saúde, explorar a perceção dos utentes relativamente ao papel do farmacêutico na otimização e eficácia da terapêutica instituída, e na prestação de cuidados da saúde mental da comunidade e por fim identificar a presença de profissionais de medicina alternativa no durante o período de tratamento que auxiliem na melhora do estado de saúde mental dos utentes. Os participantes deste estudo, foram utentes maiores de dezoito anos, utilizadores de medicação ansiolítica e antidepressiva com diagnóstico prévio de ansiedade e depressão.

Relativamente ao primeiro objetivo, foi possível verificar através dos resultados obtidos que mais de um terço dos participantes não tinha médico de família, e mais de metade não tem qualquer tipo de acompanhamento especializado em saúde mental.

Relativamente ao segundo objetivo, embora a maioria dos participantes relatasse que farmacêutico prestou auxílio na gestão da sua medicação, quase metade dos restantes participantes tem a perceção de que farmacêutico “só se limita a dispensar a medicação” ou que não que presta grande auxílio relativamente à gestão terapêutica.

Por fim, relativamente ao último objetivo, verificámos que a grande maioria dos participantes, não tinha profissionais especializados em medicinas alternativas envolvidas na sua saúde mental. Dos participantes que responderam afirmativamente a esta questão, a acupuntura e o reiki, foram as medicinas alternativas mais praticadas pelos participantes.

As principais sugestões expostas pelos participantes, foram na sua grande maioria a realização de mais rastreios na farmácia, acompanhamento farmacoterapêutico e apoio emocional, por parte do farmacêutico.

Em suma, é possível concluir que há ainda imenso trabalho a ser desenvolvido e melhorado, quer nos cuidados primários, quer nos cuidados especializados em saúde mental, que estão atualmente a ser prestados aos utentes. Embora, já existam alguns programas de intervenção desenvolvidos por farmacêuticos relativamente aos cuidados especializados em saúde mental, é aparentemente necessário cada vez mais, colocados em prática, uma vez que o envolvimento do farmacêutico, acrescenta benefícios à comunidade. Com a formação e competências necessárias, o papel do farmacêutico na gestão da saúde mental dos seus utentes será, sem dúvida bastante positivo.

Referências Bibliográficas

Agnafors, S., Bladh, M., Svedin, C. G., & Sydsjö, G. (2019). Mental health in young mothers, single mothers and their children. *BMC Psychiatry*, *19*(1), 1–7.

<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2082-y>

Almeida, J. et al. (2010). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental*.

Arain, S., Al Shakori, M., Thorakkattil, S. A., Mohiuddin, S. I., & Al-Ghamdi, F. (2022). Implementation of Pharmacist-led Telepsychiatry Services: Challenges and Opportunities in the Midst of COVID-19. *Journal of Technology in Behavioral Science*, *7*(4), 468–476.

<https://doi.org/10.1007/s41347-022-00266-2>

Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., Hwang, I., Kessler, R. C., Liu, H., Mortier, P., Nock, M. K., Pinder-amaker, S., Sampson, N. A., Aguilar-, S., Al-hamzawi, A., Andrade, L. H., Benjet, C., & Caldas-de-, J. M. (2017). Mental disorders among college students in the WHO World Mental Health Surveys Randy. *HHS Public Access*, *42*(14), 2955–2970.

<https://doi.org/10.1017/S0033291716001665.Mental>

Avila, C., Holloway, A. C., Hahn, M. K., Morrison, K. M., Restivo, M., Anglin, R., & Taylor, V. H. (2015). An Overview of Links Between Obesity and Mental Health. *Current Obesity Reports*, *4*(3), 303–310. <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0164-9>

Belardi, P., & Lucertini, G. (2016). Pathogenesis of depression: insights from human and rodent studies. *Journal of Cardiovascular Surgery*, *48*(6), 731–735.

<https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2015.05.053.Pathogenesis>

Boyce, P., & Ma, C. (2021). Choosing an antidepressant. *Australian Prescriber*, *44*(1), 12–15. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2020.064>

Bremner, J. D., Moazzami, K., Wittbrodt, M. T., Nye, J. A., Lima, B. B., Gillespie, C. F., Rapaport, M. H., Pearce, B. D., Shah, A. J., & Vaccarino, V. (2020). *Diet, Stress and Mental Health. Cvd*.

Bürgin, D., Anagnostopoulos, D., Doyle, M., Eliez, S., Fegert, J., Fuentes, J., Hebebrand, J., Hillegers, M., Karwautz, A., Kiss, E., Kotsis, K., Pejovic-Milovancevic, M., Råberg Christensen, A. M., Raynaud, J. P., Crommen, S., Çetin, F. Ç., Boricevic, V. M., Kehoe,

- L., Radobuljac, M. D., ... Fegert, J. M. (2022). Impact of war and forced displacement on children's mental health—multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 31(6), 845–853.
<https://doi.org/10.1007/s00787-022-01974-z>
- Cannon-Breland, M. L., Westrick, S. C., Kavookjian, J., Berger, B. A., Shannon, D. M., & Lorenz, R. A. (2013). Pharmacist self-reported antidepressant medication counseling. *Journal of the American Pharmacists Association*, 53(4), 390–399.
<https://doi.org/10.1331/JAPhA.2013.12112>
- Caramona, M., Vitória, I., Teixeira, M., Alcobia, A., Almeida, P., Horta, R., & Reis, L. (2011). *Orientação Terapêutica*.
- Carvalho, C. G. de, Santos, P. C., & Pereira, J. F. M. P. (2020). *Sociodemographic determinants of digital health literacy: A systematic review and meta-analysis. 1*.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Sutherland, S., & Weisler, R. (1999). Social phobia: Issues in assessment and management. *Epilepsia*, 40(SUPPL. 6), s60–s65.
<https://doi.org/10.1111/j.1528-1157.1999.tb00935.x>
- Coplan, J. D. (2015). Treating comorbid anxiety and depression: Psychosocial and pharmacological approaches. *World Journal of Psychiatry*, 5(4), 366.
<https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i4.366>
- Costa, S., Romão, M., Mendes, M., Horta, M. R., Rodrigues, A. T., Carneiro, A. V., Martins, A. P., Mallarini, E., Naci, H., & Babar, Z. U. D. (2022). Pharmacy interventions on COVID-19 in Europe: Mapping current practices and a scoping review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 18(8), 3338–3349.
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.12.003>
- Cross, S. J. et al. (2016). Assessment and Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Physiology & Behavior*, 176(1), 100–106. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0591-z>.Assessment
- Davis, B., Qian, J., Ngorsuraches, S., Jeminiwa, R., & Garza, K. B. (2020). The clinical impact of pharmacist services on mental health collaborative teams: A systematic review. *Journal of the American Pharmacists Association*, 60(5), S44–S53.
<https://doi.org/10.1016/j.japh.2020.05.006>

- De Brito Venâncio Dos Santos, G., Alves, M. C. G. P., Goldbaum, M., Cesar, C. L. G., & Gianini, R. J. (2019). Prevalence of common mental disorders and associated factors in urban residents of São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, 35(11).
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00236318>
- DGS. (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio - 2013/2017. *Plano Nacional de Saúde Mental*, 1–114.
- George, F. (2012). *Terapêutica Farmacológica da Depressão major e da sua Recorrência no Adulto Médicos do Sistema Nacional de Saúde*. 1–21. www.dgs.pt
- Madeira, L., Queiroz, G., & Henriques, R. (2023). Prepandemic psychotropic drug status in Portugal: a nationwide pharmacoepidemiological profile. *Scientific Reports*, 13(1), 1–13.
<https://doi.org/10.1038/s41598-023-33765-0>
- OECD. (2023). *State of Health in the EU Portugal*.
- OF. (2024). *Ordem dos Farmaceuticos*. <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/a-farmacia-comunitaria/>
- SNS. (2023). *Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde*. <https://www.sns24.gov.pt/guia/direitos-e-deveres-do-utente/tempos-maximos-de-resposta-garantidos-tmrg-no-acesso-a-cuidados-de-saude-no-servico-nacional-de-saude/>
- Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., & Miloyan, B. (2018). Specific phobias. *The Lancet Psychiatry*, 5(8), 678–686. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30169-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30169-X)
- El-Den, S., Lee, Y. L. E., Gide, D. N., & O'Reilly, C. L. (2022). Stakeholders' Acceptability of Pharmacist-Led Screening in Community Pharmacies: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 63(4), 636–646.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.04.023>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2023). Acesso a serviços de saúde mental nos Cuidados de Saúde Primários. *Entidade Reguladora Da Saúde*. www.ers.pt
- ERS. (2022). *Entidade Reguladora de Saúde - Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG)*. <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/tempos-maximos-de-resposta-garantidos-tmrg/>

Expresso. (2024, Fevereiro 23). *Mais de 80% dos médicos que trabalham nos hospitais privados são do SNS*. <https://expresso.pt/sociedade/2024-02-22-mais-de-80-dos-medicos-que-trabalham-nos-hospitais-privados-sao-do-sns-a69c5548>

Farhan, M. I., Srivastava, H. K., & Kamran, M. A. (2016). Depression in Children and Adolescents. Evaluation and Treatment. *Handbook of Mind-Body Integration in Child and Adolescent Development*, 100(10), 293–304. https://doi.org/10.1007/978-3-031-18377-5_22

Fronteira, I. (2013). Observational studies in the era of evidence based medicine: short review on their relevance, taxonomy and designs. *Acta Medica Portuguesa*, 26(2), 161–170. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23809749>

Garakani, A., Murrough, J. W., Freire, R. C., Thom, R. P., Larkin, K., Buono, F. D., & Iosifescu, D. V. (2020). Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Current and Emerging Treatment Options. *Frontiers in Psychiatry*, 11(December), 1–21. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.595584>

Gastaldon, C., Solmi, M., Correll, C. U., Barbui, C., & Schoretsanitis, G. (2022). Risk factors of postpartum depression and depressive symptoms: Umbrella review of current evidence from systematic reviews and meta-analyses of observational studies. *British Journal of Psychiatry*, 221(4), 591–602. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.222>

George, F. (2011). Abordagem Terapêutica da Ansiedade e Insónia. *Norma N°055/2011*, 1–17.

George, F. (2012). *Terapêutica Farmacológica da Depressão major e da sua Recorrência no Adulto Médicos do Sistema Nacional de Saúde*. 1–21. www.dgs.pt

Godos, J., Currenti, W., Angelino, D., Mena, P., Castellano, S., Caraci, F., Galvano, F., Rio, D. Del, Ferri, R., & Grosso, G. (2020). Diet and mental health: Review of the recent updates on molecular mechanisms. *Antioxidants*, 9(4), 1–13. <https://doi.org/10.3390/antiox9040346>

Goodwin, G. M., & Stein, D. J. (2021). Generalized Anxiety Disorder and Depression: Contemporary Treatment Approaches. *Advances in Therapy*, 38(s2), 45–51. <https://doi.org/10.1007/s12325-021-01859-8>

Gregório, J., Tavares, P., & Alves, E. (2023). Pharmacists' Perceptions on Nutritional

- Counseling of Oral Nutritional Supplements in the Community Pharmacy: An Exploratory Qualitative Study. *Pharmacy*, 11(2), 78. <https://doi.org/10.3390/pharmacy11020078>
- Guardino, C. M., Rahal, D., Rinne, G. R., Mahrer, N. E., Poggi, E., Adam, E. K., Shalowitz, M. U., Ramey, S. L., & Dunkel, C. (2023). *offspring diurnal cortisol in early childhood*. 64(7). <https://doi.org/10.1002/dev.22314>. Maternal
- Hattingh, H. L., Kelly, F., Fowler, J., & Wheeler, A. J. (2017). Implementation of a mental health medication management intervention in Australian community pharmacies: Facilitators and challenges. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 13(5), 969–979. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.05.017>
- Herringa, R. J. (2015). *Trauma, PTSD and the Developing Brain Ryan*. 20(2), 163–178. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0825-3>. Trauma
- Hossain, M. M., Tasnim, S., Sultana, A., Faizah, F., Mazumder, H., Zou, L., McKyer, E. L. J., Ahmed, H. U., & Ma, P. (2020). Epidemiology of mental health problems in COVID-19: A review. *F1000Research*, 9, 1–16. <https://doi.org/10.12688/f1000research.24457.1>
- Iftinan, G. N., Wathoni, N., & Lestari, K. (2021). Telepharmacy: A potential alternative approach for diabetic patients during the COVID-19 pandemic. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 2261–2273. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S325645>
- Kaur, W., Balakrishnan, V., Chen, Y. Y., & Periasamy, J. (2022). Mental Health Risk Factors and Coping Strategies among Students in Asia Pacific during COVID-19 Pandemic—A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph19158894>
- Knox, K., Fejzic, J., Mey, A., Fowler, J. L., Kelly, F., McConnell, D., Hattingh, L., & Wheeler, A. J. (2014). Mental health consumer and caregiver perceptions of stigma in Australian community pharmacies. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(6), 533–543. <https://doi.org/10.1177/0020764013503149>
- Knox, K., Kelly, F., Mey, A., Hattingh, L., Fowler, J. L., & Wheeler, A. J. (2015). Australian mental health consumers' and carers' experiences of community pharmacy service. *Health Expectations*, 18(6), 2107–2120. <https://doi.org/10.1111/hex.12179>
- Kris-Etherton, P. M., Petersen, K. S., Hibbeln, J. R., Hurley, D., Kolick, V., Peoples, S.,

- Rodriguez, N., & Woodward-Lopez, G. (2021). Nutrition and behavioral health disorders: Depression and anxiety. *Nutrition Reviews*, 79(3), 247–260. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuaa025>
- Kumar, S., & Malone, D. (2007). *Panic disorder*.
- Lancetti, A., & Amarante, P. (2006). *SAÚDE MENTAL E SAÚDE COLETIVA Antonio Lancetti Paulo Amarante*. 15–34.
- Leźnicka, M., & Zielińska-Więczkowska, H. (2022). Violence in the workplace. The occurrence of the phenomenon in relation to health care workers. *Psychiatria Polska*, 2674(297), 1–12. <https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/152775>
- Limanaqi, F., Biagioni, F., Busceti, C. L., Polzella, M., Fabrizi, C., & Fornai, F. (2020). Potential antidepressant effects of scutellaria baicalensis, hericium erinaceus and rhodiola rosea. *Antioxidants*, 9(3). <https://doi.org/10.3390/antiox9030234>
- Madeira, L., Queiroz, G., & Henriques, R. (2023). Prepandemic psychotropic drug status in Portugal: a nationwide pharmacoepidemiological profile. *Scientific Reports*, 13(1), 1–13. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-33765-0>
- Md Khairi, L. N. H., & Gnanasan, S. (2023). Emerging Roles of Malaysian Pharmacists in Asthma Management Amidst the COVID-19 Pandemic: A Narrative Review. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 30(4), 33–47. <https://doi.org/10.21315/mjms2023.30.4.4>
- Meherali, S., Punjani, N., Louie-Poon, S., Rahim, K. A., Das, J. K., Salam, R. A., & Lassi, Z. S. (2021). Mental health of children and adolescents amidst covid-19 and past pandemics: A rapid systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph18073432>
- Moitra, M., Owens, S., Hailemariam, M., Wilson, K. S., Mensa-Kwao, A., Gonese, G., Kamamia, C. K., White, B., Young, D. M., & Collins, P. Y. (2023). Global Mental Health: Where We Are and Where We Are Going. *Current Psychiatry Reports*, 25(7), 301–311. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01426-8>
- Moulding, R., Hughes, M. E., Byrne, L., Do, M., & Nedeljkovic, M. (2016). Obsessive compulsive disorder. *Developmental Disorders of the Brain: Second Edition*, 5(1), 173–190. <https://doi.org/10.4324/9781315692289>

- OECD. (2023). *State of Health in the EU Portugal*.
- Park, Lawrence, C. Z. (2019). *King 's Research Portal Depression in the Primary Care Setting*. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1903259>
- Pasini, A. L. W., Silveira, F. L. da, Silveira, G. B. da Busatto, J. H., Pinheiro, J. M., Leal, T. G., Laguna, T. F. dos S., Jaeger, F. P., Guazina, F. M. N., & Carlesso, J. P. P. (2020). Suicídio e depressão na adolescência: fatores de risco e estratégias de prevenção. *Research, Society and Development*, 9(4), e36942767. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2767>
- Patten, S. B. (2017). Homelessness and Mental Health. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(7), 440–441. <https://doi.org/10.1177/0706743717711423>
- Paz, C. C. P., Brant, I. L. M., Marques, M. S., & Machado, R. M. (2013). Transtornos Fóbico-Ansiosos: Abordagem Epidemiológica Das Internações Hospitalares. *Cogitare Enfermagem*, 18(1). <https://doi.org/10.5380/ce.v18i1.31319>
- Pinto, A. C. S., Luna, I. T., Silva, A. de A., Pinheiro, P. N. da C., Braga, V. A. B., & e Souza, Â. M. A. (2014). Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: Revisão integrativa. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 48(3), 555–564. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300022>
- Ordem dos Psicólogos. (2023). *Contributo Científico OPP - Impacto da Saúde Mental na Saúde Física*. 7823–7830.
- Reisinger, Elizabeth, Walker, PhD, R. E. e al. (2018). Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications. *Physiology & Behavior*, 176(5), 139–148. <https://doi.org/10.4049/jimmunol.1801473>.The
- Rubio-Valera, M., Chen, T. F., & O'Reilly, C. L. (2014). New Roles for Pharmacists in Community Mental Health Care: A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(10), 10967–10990. <https://doi.org/10.3390/ijerph111010967>
- Scantamburlo, G., & Ansseau, M. (2004). L'attaque de panique. *Revue Medicale de Liege*, 59(5), 293–296.
- Schrader, C., & Ross, A. (2021). *SCIENCE OF MEDICINE |A review of PTSD and*

current Treatment Strategies. December.

Shechter, Ari. Schwartz, G. (2018). The Bidirectional Relationship of Depression and Inflammation: Double Trouble. *Physiology & Behavior*, 176(1), 139–148.

<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2020.06.002>.The

Silva, A. M. M., Brito, I. da S., & Amado, J. M. da C. (2014). Tradução, adaptação e validação do questionário fantastic lifestyle assessment em estudantes do ensino superior.

Ciência e Saude Coletiva, 19(6), 1901–1909. <https://doi.org/10.1590/1413->

81232014196.04822013

Singh, A., Anjankar, V. P., & Sapkale, B. (2023). Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): A Comprehensive Review of Diagnosis, Comorbidities, and Treatment Approaches. *Cureus*, 15(11), 1–6. <https://doi.org/10.7759/cureus.48960>

Smith, P. J. R. M. M. (2021). The Role of Exercise in Management of Mental Health Disorders: An Integrative Review. *HHS Public Access*, 176(10), 139–148.

<https://doi.org/10.1146/annurev-med-060619-022943>.The

Sousa, F. et al. (2023). Manual Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais. In *SAÚDE MENTAL: Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Cuidado na Sociedade Moderna - Edição X*. <https://doi.org/10.59290/978-65-81549-91-6.21>

Speers, A. B., Cabey, K. A., Soumyanath, A., & Wright, K. M. (2021). Effects of *Withania somnifera* (Ashwagandha) on Stress and the Stress- Related Neuropsychiatric Disorders Anxiety, Depression, and Insomnia. *Current Neuropharmacology*, 19(9), 1468–1495. <https://doi.org/10.2174/1570159x19666210712151556>

SNS. (2023). Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns24.gov.pt/guia/direitos-e-deveres-do-utente/tempos-maximos-de-resposta-garantidos-tmrg-no-acesso-a-cuidados-de-saude-no-servico-nacional-de-saude/>

Suzuki, K., Asaga, R., Sourander, A., Hoven, C. W., & Mandell, D. (2013).

Cyberbullying and adolescent mental health. *Bullying: A Public Health Concern*, 31(3), 73–88.

Taha, P., Tahir, A., Ahmed, F., Radha, R., Taha, A., & Slewa-Younan, S. (2023).

Depression and Generalized Anxiety as Long-Term Mental Health Consequences of

- COVID-19 in Iraqi Kurdistan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(13), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph20136319>
- Tetsuka, S. (2021). Depression and Dementia in Older Adults: A Neuropsychological Review. *Aging and Disease*, 12(8), 1920–1934. <https://doi.org/10.14336/AD.2021.0526>
- Thapar, A. et al. (2012). Depression in adolescence. *NIH Public Access*, 24. <https://doi.org/10.3406/racf.1990.2625>
- Uphoff, E., Robertson, L., Cabieses, B., Villalón, F. J., Purgato, M., Churchill, R., & Barbui, C. (2020). An overview of systematic reviews on mental health promotion, prevention, and treatment of common mental disorders for refugees, asylum seekers, and internally displaced persons. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013458.pub2>
- Weronika, M. (2023). *Pathogenesis and treatment of depression; role of diet in prevention and therapy. Review. January.*
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Miche, M., Mikoteit, T., Imboden, C., Hoyer, J., Bader, K., Hatzinger, M., & Gloster, A. T. (2018). Well-being in major depression and social phobia with and without comorbidity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(3), 201–208. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.06.004>
- Wilson, C., & Twigg, G. (2018). Pharmacist-led depression screening and intervention in an underserved, rural, and multi-ethnic diabetic population. *Journal of the American Pharmacists Association*, 58(2), 205–209. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2017.11.001>
- World Health Organization - Mental Health*. (2023). <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>
- Wren-Lewis, S., & Alexandrova, A. (2021). Mental Health without Well-being. *Journal of Medicine and Philosophy (United Kingdom)*, 46(6), 684–703. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhab032>
- DGS. (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio - 2013/2017. *Plano Nacional de Saúde Mental*, 1–114.
- George, F. (2012). *Terapêutica Farmacológica da Depressão major e da sua Recorrência no Adulto Médicos do Sistema Nacional de Saúde*. 1–21. www.dgs.pt

Madeira, L., Queiroz, G., & Henriques, R. (2023). Prepandemic psychotropic drug status in Portugal: a nationwide pharmacoepidemiological profile. *Scientific Reports*, 13(1), 1–13. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-33765-0>

OECD. (2023). *State of Health in the EU Portugal*.

OF. (2024). *Ordem dos Farmaceuticos*. <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/a-farmacia-comunitaria/>

SNS. (2023). *Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde*. <https://www.sns24.gov.pt/guia/direitos-e-deveres-do-utente/tempos-maximos-de-resposta-garantidos-tmrg-no-acesso-a-cuidados-de-saude-no-servico-nacional-de-saude/>

Anexos

A1. Questionário



escola
de ciências
e tecnologias
da saúde

Questionário sobre a caracterização do acompanhamento profissional de utilizadores de ansiolíticos e antidepressivos

Data ___/___/___

Código: _____

1. Idade					
2. Género	Feminino	Masculino	Não Binário	Outro	
3. Estado Civil	Solteira/(o)	Casada(o)	Divorciada/(o)	Viúva(o)	
4. Habilitações Literárias	Ensino Básico	Terceiro Ciclo	Ensino Secundário	Ensino Superior	Nenhuma
5. Situação Profissional	Emprego Por conta própria	Emprego por conta de outrem	Desempregada/(o)	Reformada/(o)	Outro
6. Rendimento mensal do agregado familiar	NS/NR	Menos de 700 euros	Entre 700 e 1500 euros	Mais de 1500 euros	

7- Há quanto tempo toma a medicação antidepressiva/ansiolítica?

Antidepressiva: (A)- Início de Terapêutica (menos de 1 ano) (B) - 1 - 3 anos (C) 3- 5 anos (D) >5 anos

(E) Não sei

Ansioslítica: (A)- Início de Terapêutica (menos de 1 ano) (B) - 1- 3 anos (C) 3- 5 anos (D) >5 anos

(E) Não sei

8 – Sente que a sua medicação está a ter o efeito desejado?

(A)- Sim (B) – Não

9- Tem médico de família?

(A)- Sim (B) – Não

10- Nos últimos 12 meses quantas consultas teve com o seu medico de clínica geral/médico de família?

(A)- 1 – 3 consultas (B)- 3-5 consultas (C) >5 consultas (D)

Nenhuma

11- Tem acompanhamento por um Psiquiatra/Psicóloga(o) ?

(A)- Sim pelos dois (B) Só Psiquiatra (C) Só Psicóloga(o) (D) Não

11.1- Quantas consultas teve de Psicologia nos últimos 12 meses? Responda somente se assinalou as opções (A), ou (C) na questão 11.

(A)- 1 – 3 consultas (B)- 3-5 consultas (C) > 5 consultas (D) Nenhuma

11.2- Quantas consultas teve de Psiquiatra nos últimos 12 meses? Responda somente se assinalou as opções (A), (B) da questão 11.

(A)- 1 – 3 consultas (B)- 3-5 consultas (C)- >5 consultas (D) Nenhuma

12– Qual é a periodicidade entre consultas com o especialista (Psiquiatra)?

(A)– Mensal (B) -Bimestral (C) Trimestral (D) Semestral (E) – Anual

13– Sente que o farmacêutico prestou/presta auxílio relativamente à gestão da sua medicação ansiolítica/antidepressiva, nomeadamente no início, substituição e/ou cessão da terapêutica (esclarecimento duvidas sobre posologia, efeitos adversos, esquemas de desmame, validação da terapêutica)?

(A)- Sim (B) – Não

13.1.1 Se a sua resposta foi não, diga

porque: _____

13.1– Sente que o farmacêutico lhe oferece suporte emocional durante o tratamento com a sua terapêutica ansiolítica/antidepressiva?

(A)- Sim (B) – Não

13.2– Como pode o farmacêutico ajudar com a sua terapêutica ansiolítica/antidepressiva?

14 -

Tem outros profissionais de medicinas alternativas envolvidas na sua saúde mental?

(A)- Sim (B)- Não

14.1 Se sim qual/quais? Assinale com uma cruz quais são as medicinas envolvidas.

Medicina tradicional chinesa (tratamentos com plantas)	
Acupuntura (tratamentos com agulhas)	
Homeopatia	
Naturopatia	
Reiki	

15 – Relativamente à sua família e amigos, sente que:

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Nunca
Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim				
Dou e recebo carinho/afeto				
Sou membro de um grupo comunitário e/ou de auto-ajuda e participo nas atividades ativamente				

16- Relativamente à prática de atividade física:

	Quase sempre (3 vezes ou mais por semana)	Às vezes (2 vezes por semana)	Quase nunca (raramente)
Ando no mínimo 30 minutos por dia			
Realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, jardinagem) ou desporto durante			

17- Costuma recorrer a alguma destas atividades para gestão da sua saúde mental?

	Não	Sim
Nutrição acompanhada/ Nutricionista		
Prática de hobby (pintar, cantar, ler, convívio com amigos, etc...)		
Suplementação específica (vitaminas, suplementos energéticos)		
Fitoterapia (ervas, chás, produtos à base de plantas)		