

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Trabalho submetido por
Catarina Teixeira Nunes
para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

outubro de 2024

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Trabalho submetido por
Catarina Teixeira Nunes
para a obtenção do grau de **Mestre** em Ciências Farmacêuticas

Trabalho orientado por
Prof. Doutor João Pedro Teixeira Aguiar

outubro de 2024

À minha família e amigos
Por nunca deixarem de acreditar que seria capaz

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar, mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”

Madre Teresa de Calcutá

Agradecimentos

Para que nunca falte o profundo agradecimento que tenho por todas as pessoas aqui mencionadas e as quais foram fundamentais para que percorresse este caminho com sucesso.

Em primeiro lugar, queria agradecer à pessoa que me deu a mão durante todo este percurso, que me motivou nos dias em que me sentia perdida e que é, para além de tudo, a maior inspiração de pessoa e profissional que até hoje conheci, o meu caro ***Prof. Doutor João Pedro Teixeira Aguiar***, um profundo agradecimento por todos estes anos que tive o prazer de ser sua aluna e, para além do mais, o prazer de o conhecer.

Queria também deixar o meu profundo agradecimento à ***Egas Moniz School of Health and Science e à Universidade de Lisboa***, por terem tornado este projeto possível, ajudando na divulgação do questionário juntos dos seus alunos.

Aos meus colegas e amigos, ***Afonso Palos, Alexandra Ramos, Juliana Rodrigues Magda Rodrigues, Marta Lourenço, Miguel Santos, Nuno Oliveira e Rita Bucha***, um muito obrigada por todo este percurso que passámos juntos e lutámos para estar aqui hoje. Levar-vos-ei, sempre no meu coração, para lá destes magníficos cinco anos.

Às minhas amigas de infância, ***Carolina Diego, Carolina Ferrão, Joana Rato, Margarida Macedo e Marta Baeta***, um profundo obrigado por todas as aventuras e por todos os momentos em que foram o meu melhor apoio moral, que os nossos muitos anos de amizade perdurem por muitos mais.

À minha família, o maior suporte de todos os meus sonhos e ambições, obrigada por nunca deixarem perder-me no meio das angústias que estes cinco anos me trouxeram e obrigada por me mostrarem sempre a luz ao fundo do túnel. Sem cada um de vós, nunca teria estaria onde estou. À minha mãe, ***Vanda Teixeira***, por ser sempre o meu ombro amigo para além da magnífica progenitora que é. Uma estrela na minha vida. Aos meus avós, ***Anabela Teixeira e José Teixeira***, por terem sempre uma palavra de suporte mesmo nos momentos mais difíceis. Aos meus irmãos, ***André Nunes e Tiago Maltez***, por me fazerem rir e me mostrarem sempre o brilho da vida. À minha cunhada, ***Sofia Brito*** por me ter ajudado a clarificar sempre as ideias e, principalmente, toda a ajuda que me deu

neste percurso académico. Ao meu padasto, ***Marco Maltez***, por ter colecionado as lágrimas nos momentos mais árduos e onde precisava de orientação. Por fim, ao meu pai, ***Ivo Nunes***, por ter sempre um discurso motivador e, um profundo obrigado por ter tornado tudo isto possível.

Catarina Teixeira Nunes

Outubro 2024

Resumo do trabalho

Introdução: A prevalência das doenças mentais, em estudantes universitários, tem vindo a aumentar ao longo do tempo e são escassos os estudos que se focam no padrão de consumo de psicofármacos e sintomas de insónia, depressão e ansiedade/stress.

Objetivos: Caracterizar o padrão de consumo de psicofármacos nos estudantes universitários e caracterizar a sua qualidade do sono, sonolência diurna, sintomas depressivos e stress percecionado.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal (Fevereiro-Julho 2024), através do desenvolvimento e disseminação de um questionário aplicado a estudantes universitários (amostra prevista de 384 estudantes). Este questionário foi disseminado através das redes sociais e de instituições de ensino e pretendia oferecer uma caracterização sociodemográfica da amostra, da sua carga horária letiva e/ou laboral, do consumo de psicofármacos e da prevalência de sonolência diurna, qualidade de sono, sintomas depressivos e stress percecionado. Os resultados foram tratados com recurso a estatística uni- e bivariada (IBM SPSS v.29).

Resultados: Dos 354 participantes, a maioria era do sexo feminino (71,8%; n=254) com uma idade média de $20 \pm 2,3$ anos. Em relação ao consumo de psicofármacos, observou-se que, 37,5% (n=99) já consumiu psicofármacos e 10,5% (n=37) ainda consumia atualmente, sendo que a classe mais utilizada os antidepressivos, nomeadamente os ISRS. Em termos de sintomas, verificou-se que a maioria dos estudantes apresentavam sonolência diurna excessiva (51,7%; n=183), pobre qualidade de sono (85,0%; n=301), sintomas depressivos ligeiros a moderados (59,9%; n=212) e um stress percecionado médio de $20,52 \pm 7,02$ pontos. Estes resultados foram ainda mais significativos quando observados apenas no grupo que consumia psicofármacos.

Conclusão: Verificou-se que uma percentagem ainda importante da amostra que consumia psicofármacos, apresentando também uma percentagem importante de sintomas de insónia, depressão e ansiedade. Estes dados são preocupantes, porque podem apontar para uma percentagem de estudantes não medicados ou que podem vir a desenvolver no futuro perturbações mentais.

Palavras-chave: Psicofármacos; Saúde Mental, Estudantes Universitários, Ensino Superior

Abstract

Introduction: The prevalence of mental health disorders among university students has been increasing over time, and there are few studies focusing on the pattern of psychotropic drug use and symptoms of insomnia, depression, and anxiety/stress.

Objectives: To characterize the pattern of psychotropic drug use among university students and assess their sleep quality, daytime sleepiness, depressive symptoms, and perceived stress.

Methods: A cross-sectional study was conducted (February-July 2024) through the development and dissemination of a questionnaire distributed to university students (with a projected sample of 384 students). This questionnaire was disseminated via social media and educational institutions, aiming to provide a sociodemographic profile of the sample, their academic and/or work schedule, psychotropic drug use, and the prevalence of daytime sleepiness, sleep quality, depressive symptoms, and perceived stress. The results were analyzed using univariate and bivariate statistical methods (IBM SPSS v.29).

Results: Out of 354 participants, the majority were female (71.8%; n=254), with a mean age of 20 ± 2.3 years. Regarding psychotropic drug use, 37.5% (n=99) had used psychotropic drugs at some point, and 10.5% (n=37) were currently using them, with antidepressants, particularly SSRIs, being the most used class. In terms of symptoms, most students reported excessive daytime sleepiness (51.7%; n=183), poor sleep quality (85.0%; n=301), mild to moderate depressive symptoms (59.9%; n=212), and a mean perceived stress score of 20.52 ± 7.02 points. These results were even more pronounced among the group currently using psychotropic drugs.

Conclusion: considerable proportion also experiencing symptoms of insomnia, depression, and anxiety. These findings are concerning, as they suggest a substantial number of students may be untreated or could potentially develop mental health disorders in the future.

Keywords: Psychotropic drugs; Mental Health; University Students; Higher Education

Índice Geral

<i>Índice Figuras</i>	15
<i>Índice Tabelas</i>	17
<i>Lista de abreviaturas</i>	19
<i>Capítulo 1 – Introdução Geral</i>	21
1.1. Saúde Mental – Generalidades	21
1.2. Perturbações Depressivas	22
1.2.1. Generalidades e Diagnóstico	22
1.2.2. Epidemiologia.....	23
1.2.3. Fisiopatologia (incluindo fatores de risco)	24
1.2.4. Terapêutica (farmacológica vs. não farmacológica).....	25
1.2.5. Prevenção.....	27
1.3. Ansiedade e Perturbações de Ansiedade	28
1.3.1. Generalidades	28
1.3.2. Epidemiologia.....	29
1.3.3. Fisiopatologia (incluindo fatores de risco)	29
1.3.4. Terapêutica (farmacológica vs. não farmacológica).....	30
1.3.5. Prevenção.....	31
1.4. Insónia	31
1.4.1. Generalidades	31
1.4.2. Epidemiologia.....	32
1.4.3. Fisiopatologia (incluindo fatores de risco)	32
1.4.4. Terapêutica (farmacológica vs. não farmacológica).....	33
1.4.5. Prevenção.....	35
1.5. Consumo de psicofármacos na Europa e em Portugal	35
1.6. A Saúde Mental e os Estudantes Universitários	37
1.7. Consumo de psicofármacos em estudantes universitários	38
1.8. Racional do Estudo	39
<i>Capítulo 2 – Objetivos</i>	41
2.1. Objetivos Gerais	41
2.2. Objetivos Específicos	41
2.3. Questões para investigação	41
2.4. Relação entre objetivos propostos e as questões para investigação	42
<i>Capítulo 3 – Metodologia</i>	43
3.1. Desenho de estudo	43

3.2. Local e período do estudo	43
3.3. População e amostra.....	43
3.3.1. População.....	43
3.3.2. Critérios de elegibilidade	43
3.3.3. Amostra	44
3.4. Recolha de informação	44
3.4.1. Questionário.....	45
3.5 Ética e Confidencialidade	47
3.6. Análise de dados.....	47
<i>Capítulo 4 – Resultados</i>	<i>49</i>
4.1. Caracterização Sociodemográfica da amostra.....	49
4.2. Avaliação da carga horária letiva e/ou laboral	52
4.3. Padrão de consumo de psicofármacos em estudantes universitários.....	53
4.4. Caracterização de sintomas de insónia, ansiedade e depressão nos estudantes universitários.....	59
4.4.1. Caracterização geral	59
4.4.2. Caracterização na amostra que consome atualmente psicofármacos	63
<i>Capítulo 5 – Discussão</i>	<i>65</i>
5.1. Principais Resultados e comparação com outros estudos.....	65
5.2. Pontos forte e limitações do estudo	68
5.3. Perspetivas Futuras	69
<i>Capítulo 6 – Conclusão</i>	<i>71</i>
<i>Capítulo 7 – Referências Bibliográficas</i>	<i>73</i>

Índice Figuras

Figura 1 – Prevalência de Doenças Mentais, por tipo, a nível mundial, em 2021 (Dattani et al., 2023).	21
Figura 2 – Decisão clínica sugerida pela NICE que demonstram os potenciais tratamentos de primeira linha para a depressão ligeira (ilustração de cima) e depressão moderada a grave (ilustração de baixo) (Molloy, 2023).	26
Figura 3 – Consumo de psicofármacos em 2019 (DDD por 100,000 habitantes por dia) (Brauer et al., 2021).	36
Figura 4 – Sintomas de mal-estar físico e psicológico sentido pelos estudantes nos últimos 30 dias (Barroso et al., 2021).	38
Figura 5 – Ano curricular que os participantes frequentam, por grau académico.	50
Figura 6 – Áreas de formação dos estudantes universitários participantes	51
Figura 7 – Local de residência dos estudantes deslocados no decorrer das atividades letivas.	52
Figura 8 – Perceção da adequação da carga letiva e de avaliações dos estudantes	52

Índice Tabelas

Tabela 1 – Orientações terapêuticas da NICE de acordo com score PHQ-9 (NICE, 2022).	25
Tabela 2 – Relação entre os objetivos propostos e as questões para investigação.	42
Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica da amostra.	49
Tabela 4 – Caracterização dos estudantes universitários incluídos no grupo de trabalhadores-estudantes.....	53
Tabela 5 – Caracterização do padrão de consumo de psicofármacos na amostra em estudo.	54
Tabela 6 – Caracterização dos psicofármacos consumidos pela amostra, por classe terapêutica.....	55
Tabela 7 – Relação entre as características sociodemográficas/carga letiva e/ou laboral e o consumo de psicofármacos pela amostra.....	57
Tabela 8 – Avaliação da temporalidade de consumo de benzodiazepinas/ansiolíticos..	58
Tabela 9 – Sintomas de sonolência diurna, qualidade de sono, sintomas depressivos e níveis de stress percebido na amostra de estudantes universitários.	59
Tabela 10 – Relação entre o índice de sonolência e as variáveis sociodemográficas e relativas a carga letiva/laboral.	60
Tabela 11 – Relação entre a qualidade de sono e as variáveis sociodemográficas e relativas a carga letiva/laboral.	61
Tabela 12 – Relação entre os sintomas depressivos e as variáveis sociodemográficas e relativas a carga letiva/laboral.	62
Tabela 13 – Relação entre o stress percebido e as variáveis sociodemográficas relativas a carga letiva/laboral.	63
Tabela 14 – Caracterização dos sintomas na amostra que consome atualmente psicofármacos.	64
Tabela 15 – Relação entre a qualidade de sono, sonolência excessiva, sintomas depressivos e stress percebido e a duração do tratamento.	64

Lista de abreviaturas

AC	Ativação Comportamental
ADT	Antidepressivos Tricíclicos
APA	<i>American Psychological Association</i>
ARAS	Sistema de Ativação Reticular Ascendente
DALYs	<i>Disability-Adjusted Life Years</i>
DDD	Dose Diária Definida
DSM-5	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais 5
GABA	Ácido Gama-Aminobutírico
ICD	<i>International Classification of Diseases</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
ISRSN	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina
MAO	Monoamina-Oxidase
Não-REM	<i>Non Rapid Eye Movement</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire-9</i>
PIB	Produto Interno Bruto
REM	<i>Rapid Eye Movement</i>
TAC	Terapia de Aceitação e Compromisso
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
VLPR	Núcleo Pré-Ótico Ventrolateral

Capítulo 1 – Introdução Geral

1.1. Saúde Mental – Generalidades

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a “saúde mental caracteriza-se por um estado de bem-estar mental que permite às pessoas lidar com o stress da vida, realizar as suas atividades, aprender e trabalhar bem, e contribuir para a sua comunidade.” (World Health Organization, 2019).

Uma saúde mental estável significa, como mencionado anteriormente, produtividade, capacidade de desempenhar funções, sejam elas laborais e/ou pessoais, sendo que um indivíduo com uma saúde mental estável é uma mais-valia para sociedade em que vive. Assim, reforça-se que não existe saúde sem saúde mental (World Health Organization, 2022).

Atualmente, observamos, a nível mundial, uma epidemia no que diz respeito a doenças mentais. Em 2019, verificou-se um aumento acentuado do número de indivíduos que procuravam ajuda psicológica junto dos cuidados de saúde, sendo que 970 milhões de pessoas apresentavam perturbações mentais, sobretudo ansiedade e a depressão (World Health Organization, 2022). Em 2021, como se pode observar na **Figura 1**, houve um aumento dos níveis de ansiedade e depressão (Dattani et al., 2023).

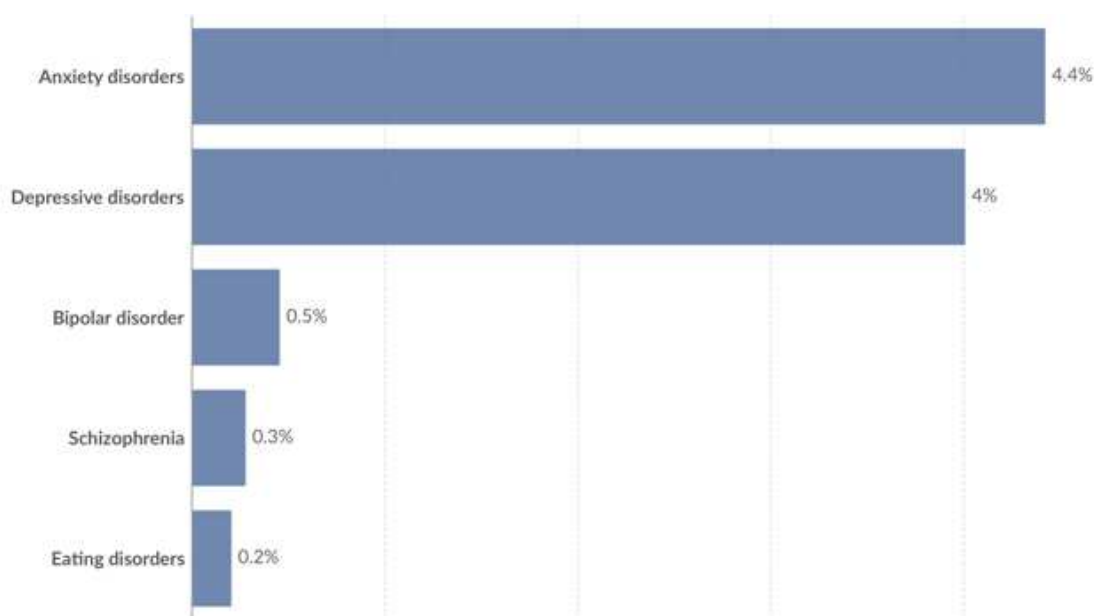


Figura 1 – Prevalência de Doenças Mentais, por tipo, a nível mundial, em 2021 (Dattani et al., 2023).

Mundialmente, 12,0% da população sofre de doenças mentais, sendo que aumenta para 23,0% nos países desenvolvidos. Na Europa, anualmente, estima-se que 165 milhões de pessoas sejam afetadas por uma doença mental. Destas, apenas um quarto recebe tratamento e estima-se que, apenas, 10,0% tem um tratamento adequado (World Health Organization, 2022).

Em Portugal, em 2021, os dados demonstraram que a prevalência de doenças mentais era de 19,94 casos por cada 100 000 habitantes, tornando-se assim um dos pais com mais doenças mentais por habitantes a nível mundial (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021).

Entre 1990 e 2019, o número de anos vividos com incapacidade (DALYs – *Disibality-Adjusted Life Years*), por doenças mentais, aumentou de 80,8 milhões (3,1%) para 125,3 milhões (4,9%) de DALYs (Ferrari et al., 2022). Como seria de esperar estes valores levam a uma diminuição da produtividade laboral, estimando-se uma perda 12 milhões de dias de trabalho todos os anos, devido, maioritariamente, a perturbações de ansiedade e depressão (World Health Organization, 2022).

Ao longo da vida existem inúmeros fatores individuais, familiares, comunitários e estruturais que podem contribuir negativamente para a saúde mental. Situações mais específicas como é o caso da pobreza, violência, incapacidades motoras e desigualdades sociais são fatores de risco conhecidos que podem contribuir para o desenvolvimento de doenças mentais (World Health Organization, 2022).

1.2. Perturbações Depressivas

1.2.1. Generalidades e Diagnóstico

A depressão, desde que entrou na Classificação Internacional de Doenças (ICD – *International Classification of Diseases*) da OMS, considera-se uma perturbação afetiva com várias classificações e de diferentes origens etiológicas (World Health Organization, 2023).

É caracterizada por apresentar alguns dos seguintes sintomas:

1. Tristeza;
2. Anedonia;

3. Ansiedade;
4. Cansaço extremo;
5. Alterações nos padrões de sono;
6. Irritabilidade;
7. Dificuldade de concentração e na tomada de decisões;
8. Alterações extremistas do apetite;
9. Indicações suicidas ou de desapego à vida.

Aquando do seu diagnóstico, são considerados sintomas major a presença de anedonia e de humor depressivo, podendo-se associar qualquer um dos outros sintomas acima mencionados, sendo estes considerados sintomas minor (World Health Organization, 2023).

Como qualquer doença mental, também as perturbações depressivas apresentam fases que podem variar entre ligeiras, moderadas e graves e, consoante o seu impacto, poderão levar ao diagnóstico de depressão major ou minor. A depressão major é caracterizada pelo aumento da intensidade e da repetição dos sintomas ao longo do tempo (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2023).

O diagnóstico é realizado com base no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais 5 (DSM-5), devendo estar presentes, pelo menos, cinco dos sintomas referidos anteriormente, sendo dois deles major e os restantes minor, e devem estar presentes há, pelo menos, duas semanas. Deste modo, torna-se uma perturbação de difícil diagnóstico, porque os sintomas não se apresentam de forma linear e idêntica, podendo manifestar-se de diversas formas, variando de indivíduo para indivíduo e inclui sintomas diversos como, por exemplo, físicos, emocionais ou comportamentais. Por vezes, podem até ser inicialmente reconhecidos por familiares e amigos (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2023).

1.2.2. Epidemiologia

Mundialmente, a prevalência da depressão ronda os 4,36% e é ligeiramente superior nos países de maior rendimento (4,98%). Aproximadamente, 280 milhões de pessoas sofrem

de uma perturbação depressiva, sendo mais comum em mulheres. A incidência da doença é de 0,97% e representa 1,95% do total de DALYs. (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021; World Health Organization, 2023).

Ao nível da União Europeia, em 2021, observou-se uma prevalência de depressão de 5,3% e uma incidência de 1,38%. A depressão representava 2,52% do total de DALYs no mesmo ano (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021).

Em Portugal, em 2021, a prevalência de depressão era de 7,14% (superior à média europeia) e a sua incidência de 2,05%. No mesmo ano, a depressão representou 3,59% do total de DALYs (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021).

1.2.3. Fisiopatologia (incluindo fatores de risco)

Alguns fatores podem desencadear o aparecimento da depressão. Estes podem ser fatores ambientais (*e.g.*, estilo de vida, local onde habitam, entre outros), fatores biológicos (*e.g.*, predisposição genética) ou fisiológicos. O sexo feminino, os idosos, não ter nascido num país da Europa, viver em áreas com elevada densidade populacional, baixo rendimento, ter uma doença crónica, ter baixa mobilidade, níveis educacionais mais baixos, baixo índice de massa corporal (IMC), baixo consumo de vegetais e frutas, ser fumador e ter baixa atividade física são fatores que parecem estar relacionados com o aparecimento de sintomas depressivos e mesmo com o desenvolvimento de perturbações depressivas (Arias-de la Torre et al., 2023).

A fisiopatologia da depressão é multifatorial, envolvendo fatores neurobiológicos, genéticos e ambientais. Entre muitas teorias debatidas, as alterações nos níveis dos neurotransmissores, a nível do sistema nervoso central, como, por exemplo, a serotonina, a noradrenalina e a dopamina, desempenham um importante papel no surgimento de perturbações depressivas (Fouad et al., 2024). Outros fatores como a predisposição genética também afeta a vulnerabilidade individual, com certos polimorfismos a estarem relacionados com respostas alteradas ao stress e ao metabolismo dos neurotransmissores (Anderson, 2023). Além disso, fatores ambientais e psicossociais, como, por exemplo, o trauma e o stress progressivo, podem aumentar a vulnerabilidade biológica do indivíduo, contribuindo para a existência de um ciclo de depressão. Assim sendo, é possível perceber a complexidade desta doença e a importância do seu correto tratamento (Zakaria et al., 2022).

1.2.4. Terapêutica (farmacológica vs. não farmacológica)

As orientações do Instituto Nacional para a Saúde e Cuidados do Reino Unido (NICE- *National Institute for Clinical Excellence*) sugerem que o tratamento da depressão deve ser orientado com base na gravidade do quadro, utilizando-se para isso a pontuação obtida no Questionário de Saúde do Doente 9 (PHQ-9 – *Patient Health Questionnaire*). Assim, nos casos em que a pontuação é inferior a 16 (depressão ligeira a moderada), deve-se ponderar o início de monitorização ativa, exercícios de grupo e várias abordagens de psicoterapia (nomeadamente a terapia cognitivo-comportamental – TCC) ou de medicação. Nos casos em que se inicia a medicação, os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) são a terapêutica farmacológica mais recomendada, dado o seu perfil de segurança. Quando a pontuação é superior a 16 (depressão grave), é indicada uma abordagem terapêutica combinada, com TCC e antidepressivos, como os ISRS e os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (ISRSN). Outras opções como autoajuda guiada, TCC de grupo, Ativação comportamental de grupo (AC), AC individual, exercícios de grupo, grupos de *mindfulness* e meditação, psicoterapia individual e psicoterapia psicodinâmica de curta duração, em junção com a medicação, podem ter utilizadas (NICE, 2022). Na **Tabela 1** e na **Figura 2** encontra-se o resumo da abordagem terapêutica proposta pela NICE.

Tabela 1 – Orientações terapêuticas da NICE de acordo com score PHQ-9 (NICE, 2022).

	PHQ-9 < 16	PHQ-9 ≥ 16
Abordagem	Monitorização ativa/ exercícios de grupo/ Psicoterapia (TCC) e/ou Antidepressivo: 1º linha ISRS	Técnicas de Psicoterapia (e.g., TCC) + Antidepressivos: ISRS ou ISRSN

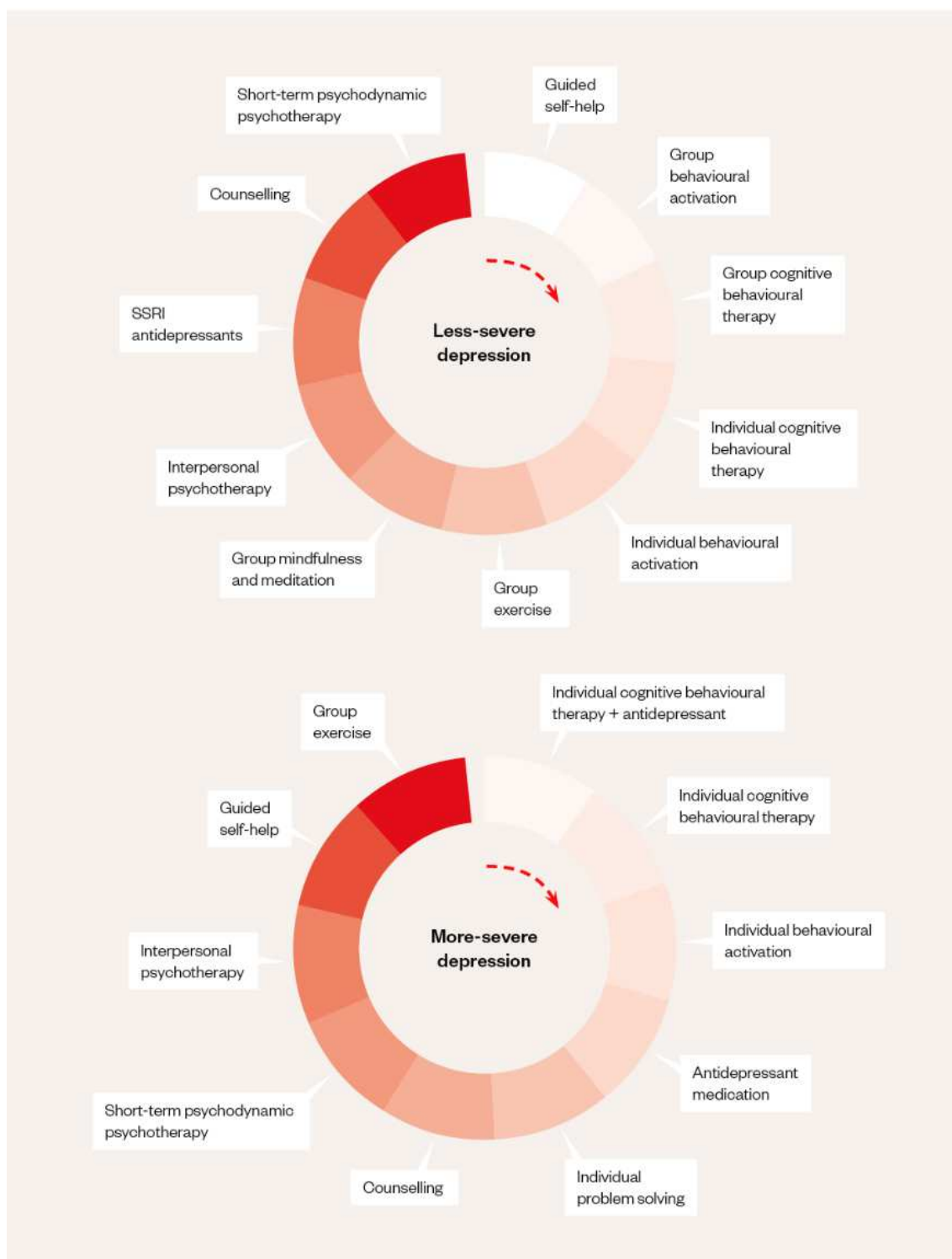


Figura 2 – Decisão clínica sugerida pela NICE que demonstram os potenciais tratamentos de primeira linha para a depressão ligeira (ilustração de cima) e depressão moderada a grave (ilustração de baixo) (Molloy, 2023).

Para a população adulta no geral, o tratamento deve começar com um antidepressivo de segunda geração. Os mais indicados, dependendo das comorbilidades dos doentes, são a sertralina, o escitalopram, a mirtazapina, a paroxetina, a venlafaxina ou a amitriptilina, atendendo à sua eficácia na redução, em mais de 50,0%, dos sintomas depressivos após

oito semanas de tratamento (Cipriani et al., 2018; NICE, 2022; Psychological Association, 2019).

No caso das perturbações depressivas moderadas a graves, a eficácia do tratamento exclusivamente com antidepressivos é reduzida e, por isso, é importante introduzir terapêuticas não farmacológicas como, por exemplo, a psicoterapia que inclui métodos como terapia comportamental, cognitiva, cognitivo-comportamental, interpessoal, psicodinâmica e de apoio. Destes exemplos, destaca-se a TCC por ter evidência de que a sua combinação com antidepressivos, não só auxilia o tratamento, como diminui o risco de recaídas e recorrências (Cuijpers et al., 2020; Guidi & Fava, 2021; NICE, 2022).

Apesar da sua eficácia, um dos maiores problemas da terapêutica farmacológica prende-se com os seus efeitos adversos, que muitas vezes levam ao abandono da mesma. Isto é particularmente comum com algumas classes de antidepressivos, nomeadamente os antidepressivos tricíclicos (ADT). Nesse sentido, sempre que existe intolerância ou eventuais efeitos que os doentes possam considerar como muito relevantes no seu dia-a-dia (*e.g.*, diminuição da libido com os ISRS), deve-se mudar para uma classe de antidepressivos diferentes (NICE, 2022; Qaseem et al., 2016).

De forma global, o tratamento farmacológico da depressão deve ser feito em três fases sequenciais:

1. A primeira fase, ou fase aguda, que compreende seis a doze semanas de tratamento com o objetivo de induzir a remissão dos sintomas depressivos e a restauração da funcionalidade do doente;
2. A segunda fase, ou fase de continuação, que se estende por quatro a nove meses, onde o objetivo é minimizar o risco de recaída;
3. A terceira fase, ou fase de manutenção, que tem como objetivo evitar a recorrência (um novo episódio de depressão) após um ano de tratamento (Qaseem et al., 2016).

1.2.5. Prevenção

Como foi referido anteriormente, a depressão tem uma etiologia multifatorial, estando assim inserida num modelo biopsicossocial, onde todos os fatores biológicos, sociais e psicológicos se interligam e contribuem de diferentes formas para o desenvolvimento das

perturbações depressivas. É importante que sejam ensinadas, desde idades mais jovens, estratégias para cooperar positivamente com as adversidades. Foram criados Programas de Prevenção da Depressão que pretendem colocar nos Cuidados de Saúde Primários, rastreios e campanhas de educação para a saúde sobre as perturbações depressivas. Incluído no programa, aplicam-se intervenções psicológicas de baixa intensidade como, por exemplo, intervenções com recurso a um modelo cognitivo-comportamental de grupo e entrega de um manual de autoajuda que promove a capacidade individual de alterar os seus próprios comportamentos. Caso seja necessário, realizam-se intervenções psicológicas de alta intensidade (*e.g.*, sessões psicoterapia individualizada, psicodinâmica e TCC) e/ou medicação. Em suma, a educação para a depressão é uma estratégia muito importante, uma vez que, ao reconhecer a doença tornasse mais eficaz e rápido o seu tratamento (Ordem dos Psicólogos, 2017; World Health Organization, 2023a)

O código genético é a único fator de risco que não pode ser modificado. No entanto, foi possível analisar que, com alterações do estilo de vida (*e.g.*, alimentação rica em vegetais e frutas, prática regular de exercício físico, não fumar e um consumo moderado de bebidas alcoólicas) a componente genética pode ser modulada através da epigenética (Cao et al., 2021).

1.3. Ansiedade e Perturbações de Ansiedade

1.3.1. Generalidades

Ansiedade é uma forma de resposta adaptativa a uma ameaça, fazendo parte do indivíduo e, em casos saudáveis, um mecanismo de defesa. Embora seja um estado fisiológico, pode tornar-se uma resposta excessiva que poderá desencadear um estado mal adaptativo, denominado de perturbação de ansiedade. Esta perturbação é caracterizada por um estado de medo excessivo de eventos ou situações futuras que se podem tornar entraves para o dia-a-dia da pessoa, tornando-se um estado incapacitante. Este estado terá de durar, pelo menos, 6 meses para ser considerado uma perturbação de ansiedade generalizada. No entanto, as perturbações da ansiedade podem manifestar-se de diferentes formas, sendo elas: fobias, ataques de pânico, perturbações de ansiedade generalizada, stress pós-traumático, entre outras (Szuhany & Simon, 2022).

1.3.2. Epidemiologia

A prevalência dos transtornos de ansiedade são 4,71% na população mundial, sendo que, em 2019, foram diagnosticados cerca de 301 milhões de novos casos. Foi então decretado que as perturbações de ansiedade eram das doenças mentais mais comuns em todo o mundo. A incidência é de 0,15% e representa 1,47% do total de DALYs (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021; World Health Organization, 2023b).

Na Europa, a incidência é de 0,2% e a sua prevalência, em 2021, era de 6,99%. Além disso, representava cerca de 2,3% do total de DALYs (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021).

Já em Portugal, a incidência foi de 0,26% e a sua prevalência, em 2021, foi de 10,34%. Além disso, representava cerca de 3,4% do total de DALYs (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021).

1.3.3. Fisiopatologia (incluindo fatores de risco)

Tanto fatores genéticos como ambientais parecem ser fatores de risco para desenvolver perturbações de ansiedade (National Institutes Health, 2024). Estes podem variar de acordo com as características sociodemográficas, sendo o sexo feminino o grupo mais afetado (Santomauro et al., 2021).

Segundo o *National Institute of Mental Health*, os fatores de risco podem variar, mas geralmente são:

1. Timidez, sentir-se envergonhado ou fora da zona de conforto em criança;
2. Exposição a eventos stressantes e um ambiente negativo (e.g., Ambiente de trabalho hostil; família disfuncional; ambiente escolar opressivo);
3. História familiar de doenças mentais, nomeadamente perturbações de ansiedade (National Institutes Health, 2024).

Em relação à fisiopatologia das perturbações de ansiedade, sabe-se que é um distúrbio com uma componente genética associada, sendo que a hereditariedade para a perturbação de ansiedade generalizada é de cerca de 35,0%. Para casos de perturbações de ansiedade social, perturbações de pânico e agorafobia, este valor aumenta para 50,0% (Meier & Deckert, 2019).

Os principais mediadores da perturbação da ansiedade no sistema nervoso central são a noradrenalina, a serotonina, a dopamina, e o ácido gama-aminobutírico (GABA). O sistema nervoso simpático tem um importante papel na maioria dos sintomas descritos. Além destes sistemas, também a amígdala é importante, sobretudo na atenuação de sinais como o medo e a ansiedade. Na presença de uma perturbação de ansiedade, parece existir uma resposta aumentada nesta região do cérebro, contribuindo para uma sensação de medo e ansiedade desproporcionais. Além disso, esta estrutura, assim como o sistema límbico, estão ligadas a regiões do córtex pré-frontal que também tem um importante papel no desenvolvimento de perturbações de ansiedade (Gregory A. Fonzo & Amit Etkin, 2017; Penninx et al., 2021).

1.3.4. Terapêutica (farmacológica vs. não farmacológica)

O tratamento da perturbação de ansiedade passa pela utilização de medicamentos pertencentes a várias classes terapêuticas, sendo as mais utilizadas: os antidepressivos, as benzodiazepinas e os beta-bloqueadores (como, por exemplo, o propranolol). A seleção de uma classe em detrimento de outra poderá estar relacionada com o tipo de perturbação de ansiedade em questão (National Institutes Health, 2024).

Em relação aos antidepressivos, apesar de ser uma classe adequada, por ter o benefício de ser usado por longos períodos, o seu início de ação é demorado e, portanto, deve ser administrado conjuntamente com outras classes terapêuticas até que o seu efeito se inicie. De todas as classes de antidepressivos, os ISRS são os mais utilizados, devido à relação risco-benefício que apresentam (National Institutes Health, 2024).

As benzodiazepinas são a melhor opção para situações pontuais de ansiedade extrema, mas causam dependência e não devem ser utilizadas por longos períodos, nem em monoterapia. A sua utilização deve limitar-se à adjuvância de outras terapêuticas como, por exemplo, no caso dos antidepressivos em que o início de ação é mais demorado e é necessário reduzir a sintomatologia do doente (National Institutes Health, 2024).

Os beta-bloqueadores são utilizados para reduzir os sintomas físicos da ansiedade, como, por exemplo, os tremores, a sudorese excessiva, a taquicardia e os afrontamentos. Apesar de serem utilizados para controlo da frequência cardíaca, em pessoas com problemas de hipertensão arterial, descobriu-se este efeito promissor nos sintomas da ansiedade pela

sua ação ao nível do sistema simpático (que como vimos atrás é um dos sistemas que está implicado na fisiopatologia da doença) (National Institutes Health, 2024).

Em termos não farmacológicos, a psicoterapia inclui várias vertentes que são eficazes na redução dos episódios de ansiedade e é constituída por: TCC, que é utilizada para ensinar aos doentes formas de pensar, lidar e reagir em diferentes situações; e terapia de aceitação e compromisso (TAC), onde o seu foco está em lidar com situações negativas desencadeantes de episódios de ansiedade (National Institutes Health, 2024).

1.3.5. Prevenção

A psicoterapia (TCC e TAC) e/ou as intervenções educacionais são medidas de prevenção para a ansiedade. Apesar de ainda serem necessários mais estudo sobre a sua eficácia, em amostras maiores e em comparadores ativos, mostrou ser estatisticamente significativo a sua implementação para a redução dos sintomas. Concluindo-se que devem ser mais implementadas de forma a prevenir futuros distúrbios de ansiedade (Moreno-Peral et al., 2017).

1.4. Insónia

1.4.1. Generalidades

A insónia é um distúrbio do sono comum e incapacitante, podendo causar sonolência diurna excessiva e, por isso, afetar as atividades diárias dos indivíduos que dela sofrem. A insónia apresenta-se de várias formas, podendo estar relacionada com dificuldade em: adormecer (aumento da duração do início do sono); manter o sono (despertares noturnos); ou, simplesmente, não ter um sono reparador (acordar com a sensação de cansaço). A duração da insónia é importante para o diagnóstico, podendo indicar, por vezes, fatores que estão na sua origem. Por exemplo, se se verificar que é uma insónia de curta duração, a sua causa pode estar relacionada com stress momentâneo, mudanças nos horários ou mesmo no ambiente. Se a prevalência for de pelo menos 3 noites por semana, por um período de, pelo menos, 3 meses, sem nenhum problema de saúde associado, é considerada insónia crónica (Julie A. et al., 2020).

1.4.2. Epidemiologia

Mundialmente, estima-se que a prevalência de insónia seja de 22,0% e foi possível concluir que o sexo feminino tem maior risco de desenvolvimento desta perturbação (Zeng et al., 2020).

Na Europa, em 2020, foi realizado um estudo com o propósito de identificar a prevalência da insónia em vários países, incluindo França, Alemanha, Itália, Espanha e o Reino Unido. Foi possível observar que 21,2% da amostra recolhida apresentava insónia nos últimos 12 meses (Chalet et al., 2024).

1.4.3. Fisiopatologia (incluindo fatores de risco)

Os fatores de risco para a insónia são:

1. Idade: a prevalência aumenta com o avançar da idade;
2. Fatores genéticos;
3. Ambiente e trabalho: trabalhos noturnos ou por turnos são considerados trabalhos que afetam a qualidade do sono dos indivíduos, assim como o barulho e as luzes durante o período de descanso. Por último, trabalhos que impliquem viajar para zonas com fusos horários diferentes também têm influência na qualidade do sono;
4. Estilo de vida: não ter um padrão de sono regular, interrupções do sono por estímulos externos, dormir longas sestas durante o dia, falta de exercício físico, substâncias estimulantes como café, álcool, tabaco e drogas; por último, utilização de dispositivos eletrónicos pouco tempo antes de deitar;
5. Stress: o stress pode afetar diretamente, quando existem preocupações externas (*e.g.*, escola, trabalho, relações pessoais, dinheiro), ou indiretamente, quando, pelo facto de não conseguir iniciar o sono, provocar stress;
6. Sexo: é mais comum em mulheres, principalmente em grávidas e nas mulheres peri ou pós-menopáusicas (National Institutes Health, 2022).

A insónia é uma interação complexa de mecanismos circadianos, cuja função de manter a homeostase está comprometida. Num ciclo de sono saudável, existe um sistema responsável pelo sono-vigília, alternando entre estado de vigília e sono. Este mecanismo

é controlado por vários centros cerebrais, tendo diferentes importâncias consoante o estado em que o indivíduo se encontre no ciclo de sono-vigília. Durante o estado de vigília, o sistema de ativação reticular ascendente (ARAS), que se encontra no tronco cerebral e hipotálamo, promove o estado de vigília. O sistema de ativação da orexina, reforça este estado mantendo a pessoa acordada. No sono, o núcleo pré-ótico ventrolateral (VLPR) inibe o ARAS por meio de neurotransmissores como o GABA e a Galanina, permitindo que se saia do estado de vigília para que o sono ocorra. A orexina é fundamental para manter estado de vigília e, por isso, para se iniciar o sono é importante inibi-la. Uma boa qualidade de sono passa pelo bom funcionamento destes sistemas que permitem a passagem para diferentes estados de sono, sendo eles REM (*Rapid Eye Movement*) e Não-REM (*Non Rapid Eye Movement*) (Julie A. et al., 2020).

Num estado de insónia existe um padrão que segue o modelo comportamental 3P.

1. Predisposição: genética, traços de personalidade (*e.g.*, não saber lidar com o stress);
2. Precipitantes: eventos stressantes de vida;
3. Perpetuadores: maus hábitos de sono (Julie A. et al., 2020).

Este modelo é utilizado para perceber como um evento de insónia simples pode evoluir de uma situação aguda para a cronicidade (Julie A. et al., 2020).

1.4.4. Terapêutica (farmacológica vs. não farmacológica)

É muito importante no caso de a insónia recomendar terapêutica não farmacológica como primeira medida e, caso não seja suficiente, adicionar medidas farmacológicas. Assim, deve-se promover em todos os doentes com insónia hábitos saudáveis de sono, que incluem ter uma higiene adequada do sono. Estas medidas incluem:

1. Evitar dispositivos moveis;
2. Manter o quarto a uma temperatura baixa;
3. Manter um padrão de sono: deitar e acordar pela mesma hora;
4. Evitar estimulantes: não fumar, consumir álcool ou drogas;
5. Praticar exercício físico: deve ser regular e afastada da hora de dormir;

6. Evitar longas sestas durante a tarde;
7. Comer refeições leves à noite;
8. Manter a ingestão de líquidos um hábito diurno para evitar nictúria;
9. Estratégias de redução do stress: antes de dormir procurar manter o quarto um ambiente relaxante, praticar meditação ou yoga, atividades menos estimulantes como ler um livro e tomar um banho quente (National Institutes Health, 2022).

Caso estas medidas não sejam suficientes, pode-se instituir TCC, que, normalmente, dura entre seis e oito semanas e ajuda na promoção de estratégias para manter o sono e adormecer num curto período. É dividida nas seguintes partes:

1. Terapia cognitiva: é importante para acalmar o indivíduo pelo facto de não conseguir adormecer;
2. Terapia de meditação ou relaxamento: de forma a ensinar o indivíduo a relaxar para conseguir adormecer;
3. Terapia da restrição do sono: um horário específico para estar na cama. Com o tempo torna-se uma ajuda para melhorar o sono;
4. Terapia do controlo de estímulos: a cama tornasse um local só para dormir e para atividades sexuais. Quando não é possível dormir a pessoa sai da cama e regressa quando se sentir sonolenta (National Institutes Health, 2022).

Quando todas as estratégias acima mencionadas não surtem efeito, é instituído um regime medicamentoso para ajudar no sono. A terapêutica passa pelas seguintes classes farmacológicas:

1. Agonistas dos recetores benzodiazepínicos ou medicamentos “Z”: zolpidem, zaleplone e zopiclone;
2. Benzodiazepinas: flurazepam, triazolam;
3. Medicamentos com utilização off-label: antidepressivos (mirtazapina, trazodona, amitriptilina), antipsicóticos atípicos (quetiapina, olanzapina), antiepiléticos ou anti-histamínicos.

4. Medicamentos não sujeitos a receita médica: Anti-histamínicos que provoquem sonolência, suplementos de melatonina, outros suplementos alimentares (e.g. Magnésio) (Silva et al., 2021).

1.4.5. Prevenção

No âmbito da prevenção para a insónia crónica destaca-se a TCC, intervenções no comportamento no decorrer do dia e educação para a higiene do sono adequada (Julie A. et al., 2020).

1.5. Consumo de psicofármacos na Europa e em Portugal

Um psicofármaco é qualquer medicamento que afete a atividade cognitiva, emocional e comportamental de um indivíduo. Medicamentos como antidepressivos, ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos e estimulantes do sistema nervoso central são exemplos de psicofármacos (Bojanić et al., 2021).

Foi realizado um estudo, a nível mundial, que pretendia perceber a variação do consumo de psicofármacos, entre 2008 e 2019, tendo-se observado um aumento de 28,54 DDD (Dose Diária Definida) por 1 000 habitantes por dia, em 2008, para 34,77 DDD por 1000 habitantes por dia, em 2019 (Brauer et al., 2021).

Em termos de classes farmacoterapêuticas, o maior aumento de DDD por 1000 habitantes por dia, em 2019, foi observado para os antidepressivos (19,76 DDD por 1000 habitantes) com um aumento médio relativo por ano de 3,50%, seguido dos antipsicóticos 3,70 DDD por 1000 habitantes por dia (aumento de 2,49% por ano). Apesar do elevado consumo de antidepressivos, outras classes como benzodiazepinas, cujo consumo foi de 6,40 DDD por 1000 habitantes (-0,99%), sedativos e hipnóticos, com 6,40 DDD por 1000 habitantes (-0,91%), em 2019, têm vindo a diminuir. Verificou-se ainda que o consumo foi superior nos países com maior PIB (Produto Interno Bruto) (Brauer et al., 2021).

Na Europa, em 2019, Portugal foi o país com maior volume de vendas de psicofármacos (249,08 DDD por habitantes por dia), seguido da Bélgica (200,46 DDD por 1000 habitantes por dia), Espanha (198,48 DDD por 1000 habitantes por dia) e Suécia (170,77 DDD por 1000 habitantes por dia) (Brauer et al., 2021). Na **Figura 3**, é possível analisar quais os países que apresentam mais DDD por 100,000 habitantes por dia, em 2019 (representado a vermelho).

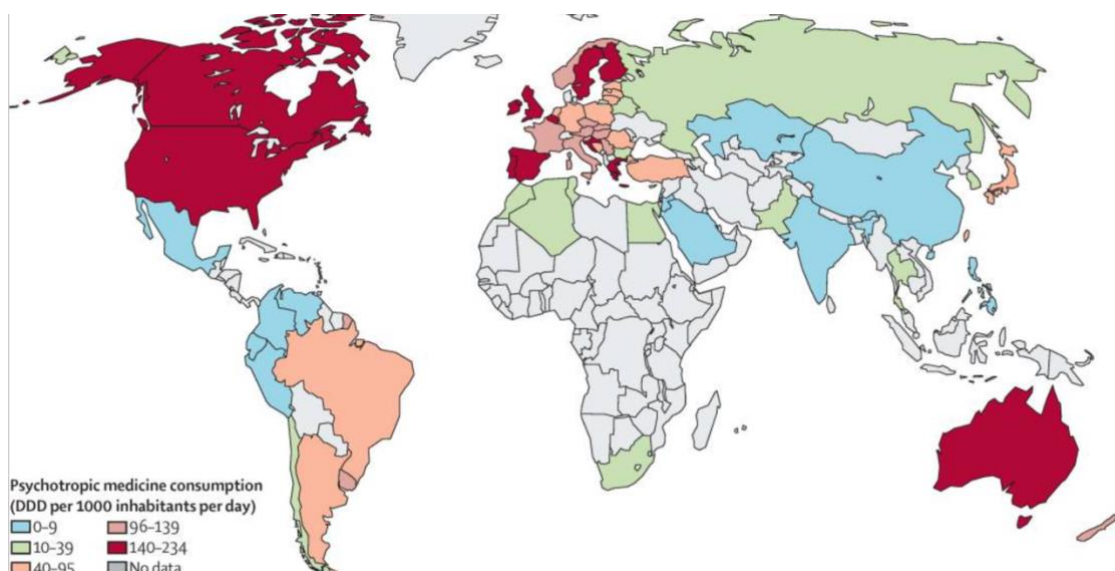


Figura 3 – Consumo de psicofármacos em 2019 (DDD por 100,000 habitantes por dia) (Brauer et al., 2021).

Apesar da tendência geral ser o aumento do consumo de psicofármacos, alguns países (como Finlândia, França, Luxemburgo e Noruega) que, em 2008, tinham um grande volume de vendas, têm agora vindo a diminuir.

Em relação às diferentes classes farmacológicas, verificou-se que:

- O consumo de antipsicóticos foi superior na Grécia, em relação a todos os países incluídos no estudo (26,02 DDD por 1000 habitantes por dia);
- O consumo de benzodiazepinas e hipnóticos foi superior na Bélgica (46,93 DDD por 1000 habitantes por dia);
- O consumo exclusivo de benzodiazepinas foi mais elevado na Servia (95,50 DDD por 1000 habitantes por dia), seguido de Portugal (90,86 DDD por 1000 habitantes por dia) (Brauer et al., 2021).

Em 2019, dentro dos antidepressivos, o consumo de ISRS foi duas vezes superiores ao consumo de todos os outros antidepressivos. Segundo as orientações da *American Psychological Association* (APA), os ISRS são mais seguros e têm melhores resultados, sendo que juntamente com os ISRSN, são preferíveis em relação a ADT e aos inibidores da monoamina-oxidase (MAO). Contudo, em países de médio-baixo rendimento, o seu consumo tem vindo a crescer, talvez por serem mais acessíveis. Os ADT são indicados

para outro tipo de doenças, tais como, dores crónicas, algumas condições funcionais e distúrbios do sono (Psychological Association, 2019).

Entre 2008 e 2019, houve uma redução significativa do consumo de benzodiazepinas, sedativos e hipnóticos em países com rendimento mais elevado. Este marco foi influenciado pela consciencialização dos prescritores e do doente sobre o risco de dependência inerente e eventuais sintomas de abstinência quando descontinuados, sobretudo de forma abrupta. Além disso, têm vindo a ser mais associados a efeitos adversos a longo prazo, como, por exemplo, amnésia e outros problemas cognitivos (Brauer et al., 2021).

1.6. A Saúde Mental e os Estudantes Universitários

O início da universidade é uma altura, psicologicamente, muito complexa e requer a capacidade de responder a novos desafios que surgem e que podem incluir: a capacidade para novas conexões afetivas, possíveis dúvidas sobre a profissão escolhida, maior exigência, autonomia na resolução de desafios, entre outras (Lantyer et al., 2016).

Com esse início, podem surgir obstáculos tanto organizacionais (*e.g.*, gestão de tempo para estudos), como interpessoais ou sociais (*e.g.*, novas relações criadas com colegas e professores) e pessoais (*e.g.*, baixos rendimentos, falta de apoio familiar) , que, geralmente, conduzem a elevados níveis de stress, afetando negativamente o bem-estar, a adaptação e o desempenho académico dos estudantes (Kessler et al., 2005; Valente & Almeida, 2020).

Estudos têm sido feitos no sentido de perceber o impacto da pandemia COVID-19, entre 2020-2021, na saúde mental dos estudantes universitários, tendo demonstrado um aumento da prevalência das doenças mentais, sobretudo devido ao isolamento social sentido durante esse período. Contudo, a literatura tem demonstrado que a saúde mental dos estudantes se tem vindo a deteriorar já desde 2010, demonstrando que o problema não é novo, mas, sim, menos abordado (Knapstad et al., 2021; Li et al., 2021).

Alguns fatores como, por exemplo, o afastamento do seio familiar, dificuldades em ter bom desempenho académico, ter história prévia de perturbação mental, infância difícil ou uma má qualidade de sono, podem piorar a condição mental dos estudantes (Cai et al., 2018; Çelik et al., 2019; Dinis & Bragança, 2018). Segundo o relatório de comportamentos de saúde e bem-estar dos estudantes do ensino superior politécnico, em

2021, 18,2% dos estudantes refere ter períodos de ansiedade/stress todos os dias ou quase todos os dias e 41,0% refere ter com frequência semanal. Além disso, 44,2% apresentaram problemas de sono e dificuldade em dormir, pelo menos, uma vez por semana e 11,7% reportaram-no diariamente. Em relação a sintomas de depressão 30,2% relataram sentir-se tristes/deprimidos semanalmente ou diariamente. Na **Figura 4**, encontram-se descritos outros sintomas. Todos estes fatores são preditores da pobre saúde mental que se observa nos estudantes universitários, não só por todo o mundo, como também em Portugal (Barroso et al., 2021).

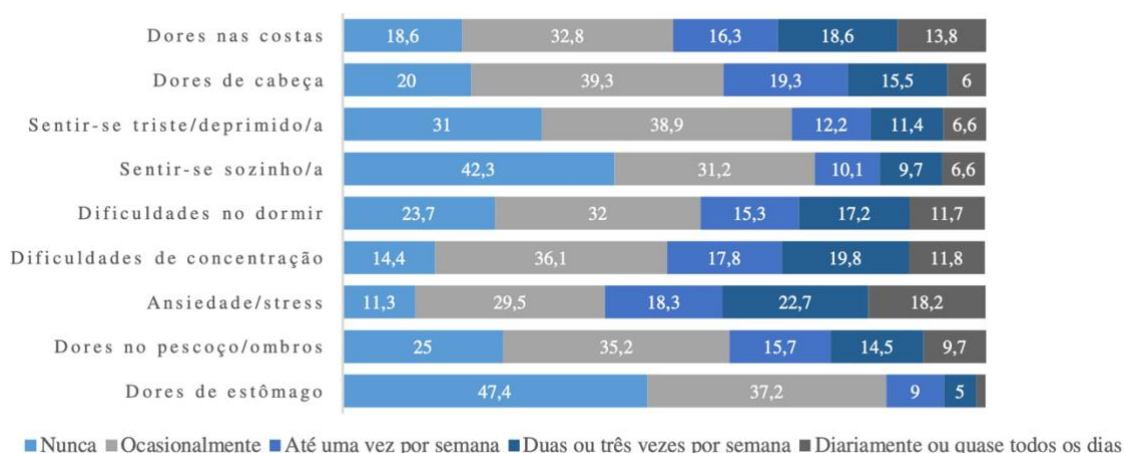


Figura 4 – Sintomas de mal-estar físico e psicológico sentido pelos estudantes nos últimos 30 dias (Barroso et al., 2021).

Em Portugal, um estudo realizado numa população de 3 399 estudantes universitários demonstrou que 16,2% apresentava perturbações de ansiedade, sobretudo com sintomas ligeiros a moderados (Amaro et al., 2024a).

1.7. Consumo de psicofármacos em estudantes universitários

O consumo de psicofármacos nos estudantes universitários tem sofrido uma alteração crescente ao longo dos anos. Moris e os seus colaboradores (2021), demonstraram que, desde 2007 até 2018-2019, houve um aumento do consumo de antidepressivos (ISRS e ISRSN), de 8,0 para 15,3%. O mesmo se observou para outras classes farmacoterapêuticas como, por exemplo, terapêutica utilizada para as perturbações de ansiedade (3,0 para 7,6%), psicostimulantes (2,1 para 6,3%), antipsicóticos (0,38 para 0,92%) e estabilizadores de humor (0,8% para 2%) (Morris et al., 2021).

Analisando o impacto que a pandemia COVID-19 teve no consumo de psicofármacos nos estudantes universitários, um estudo realizado por Marconi e seus colaboradores (2023), comparou o número de prescrições feitas entre o período de 2015-2019 e 2021, tendo-se observado um aumento de 407 para 576 prescrições de psicofármacos, o que corresponde a um aumento de 41,3% no período mencionado. A classe farmacoterapêutica mais consumida continuou a ser a dos antidepressivos (nomeadamente ISRS) e benzodiazepinas/ansiolíticos, tendo aumentado de 8,0 para 15,3% e 3 para 7,6%, respetivamente. Por fim, os autores concluíram que os meses de pandemia tiveram um grande impacto no consumo de psicofármacos, apesar da tendência crescente anteriormente observada (Marconi et al., 2023).

Na Europa, o aumento do consumo de psicofármacos foi igualmente significativo. Um estudo conduzido na Noruega, demonstrou o sexo feminino tem maior tendência para consumir psicofármacos, sobretudo antidepressivos e de forma diária. O mesmo foi observado para as classes das benzodiazepinas/ansiolíticos e hipnóticos. No entanto, na classe dos psicostimulantes, o sexo masculino parece ter um consumo superior face ao sexo feminino (Bojanić et al., 2021).

Em Portugal, Amaro e colaboradores (2024) realizaram um estudo onde foi possível observar que 23,0% dos estudantes universitários afirmavam tomar medicação para uma perturbação mental. Dentro destes, 27,7% refere não ter sido prescrito por um médico e 10,9% consumiam medicamentos à base de plantas. Face aos psicofármacos, 8,5% consomem antidepressivos, 6,7% benzodiazepinas, 1,6% antipsicóticos e 1,1% estabilizadores de humor (Amaro et al., 2024b).

1.8. Racional do Estudo

Os dados apresentados na revisão da literatura demonstram que as perturbações mentais têm vindo a tornar-se cada vez mais prevalentes, com uma incidência crescente aos longo dos anos. Adicionalmente, são perturbações associadas a uma enorme incapacidade, sendo responsáveis por um elevado número de anos vividos com incapacidade. Esta temática torna-se ainda mais premente se pensarmos numa fase de transição de vida, como é o caso da entrada e frequência do ensino superior. Os estudos demonstram que isto não é uma temática nova, mas que com o passar dos anos, tem vindo a tornar-se cada vez mais importante, sobretudo após a pandemia de COVID-19.

Atualmente, sabe-se que o consumo de psicofármacos é uma realidade nesta população, mas pouco se sabe sobre o padrão de consumo e a sua relação com sintomas depressivos, de ansiedade e de stress. Nesse sentido, tornou-se relevante conduzir este estudo para dar resposta às questões de investigação formuladas.

Capítulo 2 – Objetivos

2.1. Objetivos Gerais

Os principais objetivos deste trabalho foram:

1. Caracterizar o padrão de consumo de psicofármacos na amostra em estudo;
2. Avaliar a qualidade de sono e a prevalência de stress percecionado e depressão em estudantes universitários portugueses.

2.2. Objetivos Específicos

Os objetivos específicos do estudo focaram-se em:

1. Caracterizar a qualidade de sono e sintomas de sonolência excessiva nos estudantes universitários;
2. Identificar a prevalência de sintomas depressivos e de stress percecionado em estudantes universitários;
3. Relacionar a presença de uma pobre qualidade do sono, stress percecionado e sintomas depressivos com as variáveis sociodemográficas e relacionadas com a carga letiva/laboral;
4. Estudar a prevalência de uso (prévio e atual) de psicofármacos pelos estudantes universitários;
5. Estudar as classes farmacoterapêuticas mais frequentemente utilizadas;
6. Relacionar a qualidade de sono, stress percecionado e os sintomas depressivos entre os estudantes que consomem psicofármacos e os que não consomem;
7. Relacionar o uso de psicofármacos com variáveis sociodemográficas e relacionadas com a carga letiva/laboral.

2.3. Questões para investigação

As principais questões para investigação foram:

1. Qual o padrão de consumo de psicofármacos por estudantes universitários, incluindo as principais doenças para as quais foram prescritos?

2. Qual a prevalência de baixa qualidade de sono, stress percecionado e de sintomas depressivos em estudantes universitários?

2.4. Relação entre objetivos propostos e as questões para investigação

Na **Tabela 2**, pode-se observar a relação entre os objetivos propostos e as questões para investigação

Tabela 2 – Relação entre os objetivos propostos e as questões para investigação.

Questões para investigação	Objetivos gerais	Objetivos específicos
Qual o padrão de consumo de psicofármacos por estudantes universitários, incluindo as principais doenças para as quais foram prescritos?	Caracterizar o padrão de consumo de psicofármacos na amostra em estudo	▪ Estudar a prevalência de uso (prévio e atual) de psicofármacos pelos estudantes universitários; ▪ Estudar as classes terapêuticas mais frequentemente utilizada; ▪ Avaliar a efetividade das prescrições em estudantes diagnosticados com depressão e ansiedade; ▪ Comparar a qualidade de sono, stress percecionado e os sintomas de depressivos entre os estudantes que consomem psicofármacos e os não consome.
Qual a prevalência de baixa qualidade de sono e de sintomas de stress percecionado e depressão em estudantes universitários?	Avaliar a qualidade de sono e a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em estudantes universitários portugueses;	▪ Caracterizar a qualidade de sono e sintomas de sonolência excessiva nos estudantes universitários; ▪ Identificar a prevalência de sintomas depressivos e de stress percecionado em estudantes universitários; ▪ Relacionar a presença de uma pobre qualidade de sono, stress percecionado e sintomas depressivos com as variáveis sociodemográficas e relacionadas com a carga letiva/laboral.

Capítulo 3 – Metodologia

3.1. Desenho de estudo

Foi realizado um estudo transversal com o intuito de caracterizar a qualidade do sono, stress percebido e sintomas depressivos junto dos estudantes universitários portugueses, bem como avaliar o padrão de consumo de psicofármacos nesta amostra, através de uma metodologia descritiva e analítica, analisando os pontos supramencionados num determinado período (Kesmodel, 2018).

3.2. Local e período do estudo

Este estudo foi desenvolvido ao longo de 6 meses, entre Fevereiro e Julho de 2024, por intermédio da construção e disseminação de um questionário via *on-line*. Este trabalho foi realizado na Egas Moniz School of Health and Science, tendo sido um dos parceiros na disseminação do estudo aos alunos da mesma instituição.

3.3. População e amostra

3.3.1. População

Considerou-se como a nossa população todos os estudantes universitários que se encontravam registados numa instituição de ensino superior em Portugal Continental ou nas Regiões Autónomas, independentemente da sua tipologia (*e.g.*, universidade, instituto politécnico). Assim, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2023, existiam inscritos 446 028 estudantes universitários (Instituto Nacional Estatística, 2023).

3.3.2. Critérios de elegibilidade

Foram incluídos no estudo todos os estudantes universitários que à data do estudo estivessem registados numa instituição de ensino superior, com idade igual ou superior a 18 anos e cujos questionários tivessem um nível de exaustividade elevada, sobretudo nas secções de caracterização do padrão de consumo de psicofármacos.

3.3.3. Amostra

A amostra teórica em estudo foi calculada com recurso a uma calculadora *online*, Raosoft Sample Size Calculator® (Raosoft, 2024), considerando a população de 446 028 estudantes universitários inscritos em Portugal no ano letivo 2023/2024, uma prevalência de fenómeno de 50,0%, um erro beta de 5% e um intervalo de confiança de 95%. Esperava-se, assim, obter uma amostra de cerca de 384 estudantes universitários.

3.4. Recolha de informação

A recolha de informação para este estudo passou pelo desenvolvimento de um questionário, *on-line*, desenvolvido especificamente para o efeito e que, após validação de face e conteúdo, foi partilhado com os estudantes universitários através de uma técnica de amostragem por conveniência, neste caso uma combinação de técnicas. Por um lado, utilizou-se um tipo de amostra auto-selecionada, ou seja, o questionário foi partilhado com os estudantes universitários através das redes sociais (*e.g.*, WhatsApp, Instagram, Facebook), sendo que apenas os mais interessados iriam participar; e, por outro lado, utilizou-se uma amostra bola de neve, uma vez que a cada participante era solicitado que partilhasse o questionário nas suas redes sociais. Para cada rede social, foi desenvolvida uma estratégia de forma a chegar ao maior número de participantes:

- **WhatsApp:** foi partilhada uma mensagem convite a potenciais participantes, que continha o *link* do questionário, e uma mensagem de apelo à divulgação por outros potenciais participantes;
- **Instagram:** foram realizadas inúmeras publicações, em horas e dias diferentes, que continham uma mensagem de apelo à partilha e à resposta, contendo um *link* que direcionava para o questionário;
- **Facebook:** para além da publicação no *feed* inicial das páginas pessoais dos investigadores, com o respetivo *link* e mensagem de apelo à partilha, foram feitas inúmeras publicações em páginas específicas para estudantes universitários.

Paralelamente, foi enviado um pedido de ajuda na divulgação do estudo, via e-mail, para todas as instituições de ensino superior da Universidade de Lisboa e para a Egas Moniz School of Health and Science, para que divulgassem, junto dos seus alunos, o *link* do questionário.

3.4.1. Questionário

O questionário *online* utilizado foi desenvolvido unicamente para este efeito, tendo por base questionários prévios e escalas de medidas (e.g., qualidade do sono, sonolência excessiva, sintomas depressivos, stress) já validadas e implementadas em Portugal. Deste modo, o questionário final era dividido em quatro secções principais:

1. **Caracterização sociodemográfica dos participantes:** Nesta secção pretendia-se caracterizar a amostra de estudantes universitários tendo em conta: o sexo, a idade, o estado civil, se tinham filhos e, em caso afirmativo, quantos, o grau académico que frequentam, o ano curricular em que se encontram, a área científica do curso que frequentam, a região geográfica onde estudam, se eram estudantes deslocados e, em caso afirmativo, onde residiam e com quantas pessoas.
2. **Avaliação da carga horária letiva/laboral:** Nesta secção pretendia-se avaliar a carga horária letiva e/ou laboral dos estudantes. Assim, avaliou-se: a carga média de aulas/estágio, o tempo de deslocação até à instituição de ensino superior ou ao local de estágio, o nível de concordância dos mesmos com a adequação da carga letiva e do número de avaliações. Foi também avaliado se se tratava de um trabalhador-estudante e, em caso afirmativo, era pedido que identificassem o regime de estudos (e.g., regime diurno, pós-laboral, tempo parcial ou tempo inteiro), o número de horas de trabalho semanais e se realizavam turnos noturnos.
3. **Padrão de consumo de psicofármacos em estudantes universitários:** Nesta secção perguntava-se se já alguma vez tinha sido prescrito algum tipo de fármaco pertencente à classe de ansiolítico, hipnótico ou antidepressivo e, em caso afirmativo, qual a indicação para o qual foi prescrito, o tipo de medicamento, entre outros. Além disso, avaliava-se se atualmente ainda consomem psicofármacos e, se sim, qual a classe que faziam, o nome do medicamento, a posologia do mesmo e a situação temporal da toma (em meses ou anos, consoante).
4. **Avaliação de qualidade de sono, de sonolência excessiva, de stress percecionado e de sintomas depressivos:** Esta secção é subdividida em quatro subsecções compostas por quatro questionários validados para a realidade portuguesa. Os questionários utilizados foram: Índice Qualidade de Sono de Pittsburgh, Escala de Sonolência de Epworth, Escala de Stress Percecionado 10 e Escala PHQ-9:

- Índice qualidade de sono de Pittsburgh: varia entre 0 e 21 pontos. Todas as pontuações abaixo de 5 pontos são classificadas como boa qualidade de sono, inversamente as pontuações acima de 5, que são classificadas como pobre qualidade de sono (João et al., 2017).
- Escala sonolência de Epworth: os resultados são obtidos da soma das pontuações, onde entre 1 e 6 interpreta-se como sono normal, entre 7 e 8 pontos, sonolência intermédia, e entre 9 e 24, sonolência excessiva (Santos, 2001).
- Escala stress percecionado 10: a pontuação varia entre 0 e 40, sendo que quanto maior o valor obtido, maior o nível de stress (Pais Ribeiro & Marques, 2009).
- Escala PHQ-9: a escala varia entre 0 e 27 pontos, sendo que de 0 a 4 corresponde a ausência de sintomas de depressão; de 5 a 9 pontos, sintomas depressivos ligeiros; de 10 a 14 pontos, sintomas depressivos moderados; de 15 a 19 pontos, sintomas depressivos moderadamente graves; e de 20 a 27 pontos, sintomas depressivos graves (Lamela et al., 2020).

A duração média de resposta ao questionário foi de 14 minutos. O questionário foi feito utilizando a ferramenta MS Forms (Microsoft, Estados Unidos da América), sendo constituído por questões de resposta fechada (*e.g.*, questões de escolha múltipla e questões de resposta curta), mas continha também questões escalares (*e.g.*, Escala de 5 itens de Likert). O questionário completo encontra-se disponível no **Anexo 1**.

Antes da sua disponibilização aos participantes, o questionário foi sujeito a um processo de validação de face e conteúdo, junto de seis estudantes universitários e quatro professores universitários. O objetivo foi desta fase foi avaliar se as questões colocadas eram relevantes, se continham palavras de difícil compreensão, se a ordem pelas quais eram colocadas era lógica, podendo os participantes para cada uma sugerir alterações ou até questões adicionais que considerassem relevantes. As alterações sugeridas pelos participantes foram incluídas na versão final do questionário.

3.5 Ética e Confidencialidade

O projeto em causa foi submetido à Comissão de Ética Egas Moniz da Egas Moniz School of Health and Science, tendo sido aprovado (número de documento: 1351). No início do questionário, era fornecida toda a informação acerca dos objetivos e em que consistia a participação do estudante no estudo, bem como os seus direitos e deveres. Caso aceitassem participar, os estudantes universitários teriam de consentir a sua participação e autorizar a utilização dos dados agregados para fins de divulgação científica, bem como para tratamento estatístico. O questionário era anónimo e, por isso, não era possível fazer a rastreabilidade até ao participante.

3.6. Análise de dados

A unidade de análise neste estudo foram os estudantes universitários que participaram no estudo, assumindo que cada questionário corresponde apenas a um aluno. Dado tratar-se de um questionário anónimo, não era possível avaliar a existência de resposta duplicada durante a validação dos dados.

A análise dos dados foi realizada com recurso a análise descritiva e analítica. O tratamento de dados foi realizado utilizando o programa IBM SPSS Statistic v.29 (International Business Machines, Estados Unidos da América) e o MS Excel (Microsoft, Estados Unidos da América).

A análise descritiva foi realizada com recurso a medidas de tendência central, nomeadamente média, e medidas de dispersão, como o desvio-padrão, para as variáveis numéricas, enquanto as variáveis categóricas e nominais foram apresentadas com recurso a frequências relativas.

No caso de analisar a relação entre os sintomas/consumo de psicofármacos e as características sociodemográficas/atividade letiva e/ou laboral, foram realizados testes específicos ao tipo de variável: teste de qui-quadrado e teste de t-student de amostras independentes. Para cada um deles considerou-se um intervalo de confiança de 95,0%.

Capítulo 4 – Resultados

4.1. Caracterização Sociodemográfica da amostra

No final do estudo, obteve-se um total de 361 respostas ao questionário, das quais se reteve 354 respostas, após validação dos dados. Todas as respostas que foram retiradas deveu-se ao facto de não aceitarem que os seus dados fossem utilizados para o estudo científico nem que fossem futuramente publicadas em material de divulgação do estudo. A taxa de participação foi de 92,2% (354/384), atendendo à dimensão amostral inicialmente calculada.

A maioria dos participantes era do sexo feminino (71,8%; n=254) com uma idade média de $20,0 \pm 2,3$ anos. Praticamente todos os estudantes universitários participantes eram solteiros (94,4%; n= 334) e sem filhos (96,6%; n= 342). Relativamente ao grau académico, verificou-se que quase metade frequentava uma Licenciatura (47,2%; n=167), seguida de Mestrado Integrado (22,6%; n=80), Mestrado de 2º ciclo (24,0%; n=85) e por fim, Doutoramento (6,2%; n=22). Os resultados encontram-se detalhados na **Tabela 3**.

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica da amostra.

Características Sociodemográficas	n=354
Sexo feminino, n (%)	254 (71,8)
Idade, média $\pm$ DP	20,0 $\pm$ 2,3
Estado Civil, n (%)	
Solteiro/a	334 (94,4)
Casado/a	3 (0,8)
Divorciado/a	3 (0,8)
União de Facto	14 (4)
Filhos, n (%)	
Sim	12 (3,4)
Não	342 (96,6)
Grau académico a frequentar, n (%)	
Licenciatura	167 (47,2)
Mestrado Integrado	80 (22,6)
Mestrado 2º Ciclo	85 (24,0)
Doutoramento	22 (6,2)

Região geográfica onde estuda, n (%)	
Algarve	4 (1,1)
Área metropolitana de Lisboa	268 (75,7)
Centro	70 (19,8)
Norte	12 (3,4)
Alunos deslocados, n (%)	
Sim	123 (34,7)
Não	231 (65,3)

Na **Figura 5**, pode-se observar que dos 167 estudantes que se encontravam a frequentar uma Licenciatura, a maioria encontrava-se no 3º ano curricular (56,3%; n=94). Em relação ao Mestrado Integrado, dos 80 estudantes, a maioria encontrava-se a frequentar o 4º e 5º ano curricular (17,5% e 45,0%, respetivamente). Dos estudantes que se encontram a frequentar o Mestrado de 2º Ciclo (n=85), a maioria (52,9%; n=45) estava no 1º ano. Por último, a maioria dos estudantes de Doutoramento, encontrava-se no 1º ou 2º ano curricular (40,9% e 22,7%, respetivamente).

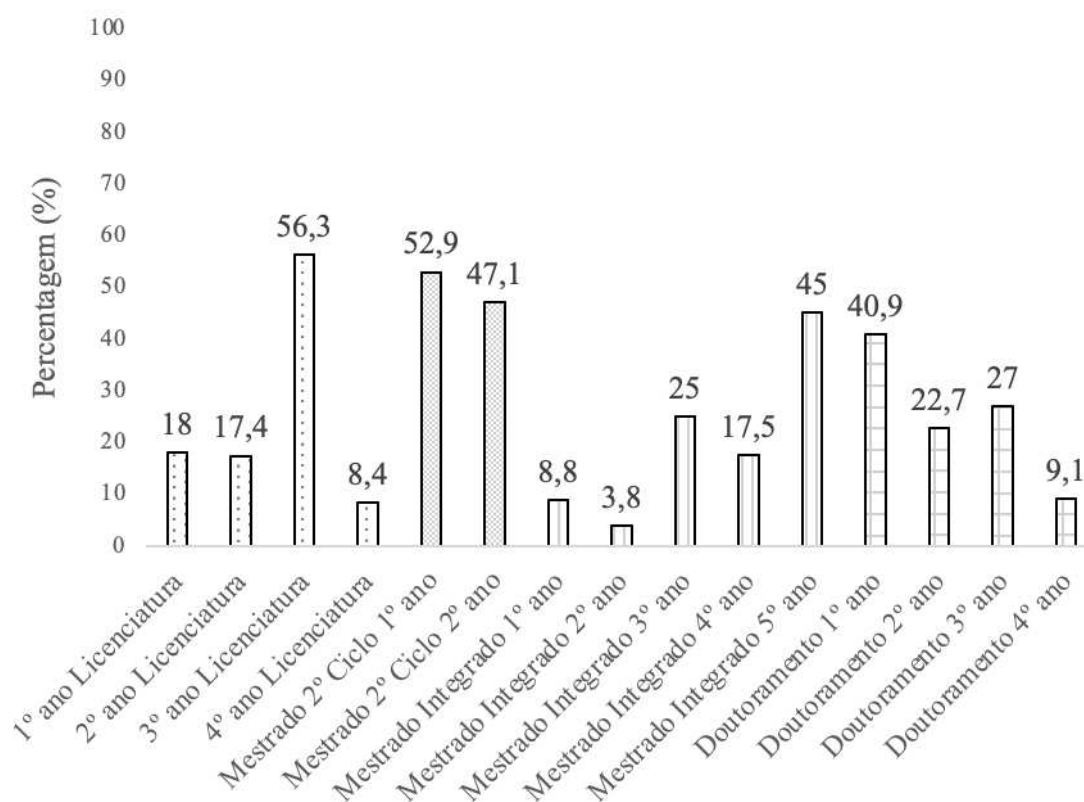


Figura 5 – Ano curricular que os participantes frequentam, por grau académico.

Relativamente às áreas de formação, a maioria dos participantes encontrava-se a frequentar cursos da área da Saúde (n=127; 35,88%), seguido de Ciências Empresariais (n=38; 10,73%), Serviços Pessoais (n=33; 9,32%), Engenharia e Técnicas Afins (n=27; 7,63%) e Ciências Sociais e do Comportamento (n=26; 7,34%). Os restantes dados encontram-se detalhados na **Figura 6**.



Figura 6 – Áreas de formação dos estudantes universitários participantes

Verificou-se que a maioria dos estudantes se encontrava a estudar na Área Metropolitana de Lisboa (75,7%; n=268), seguido da Região do Centro (19,8%; n=70), Região Norte (3,4%; n=12) e, por último, a Região do Algarve (1,1%; n=4). A maioria dos participantes não se encontravam deslocados (65,3%; n=231) (**Tabela 3, pág. 49**). Dos que se encontravam deslocados, a maioria encontrava-se numa casa partilhada (n=73; 59,4%), seguido da casa de familiares (n=18; 14,6%), em residência universitária com quarto partilhado (n=17; 13,8%), numa casa sozinha (n=10; 8,1%) ou numa residência com quarto individual (n=5; 4,1%). Os dados encontram-se detalhados na **Figura 7**.

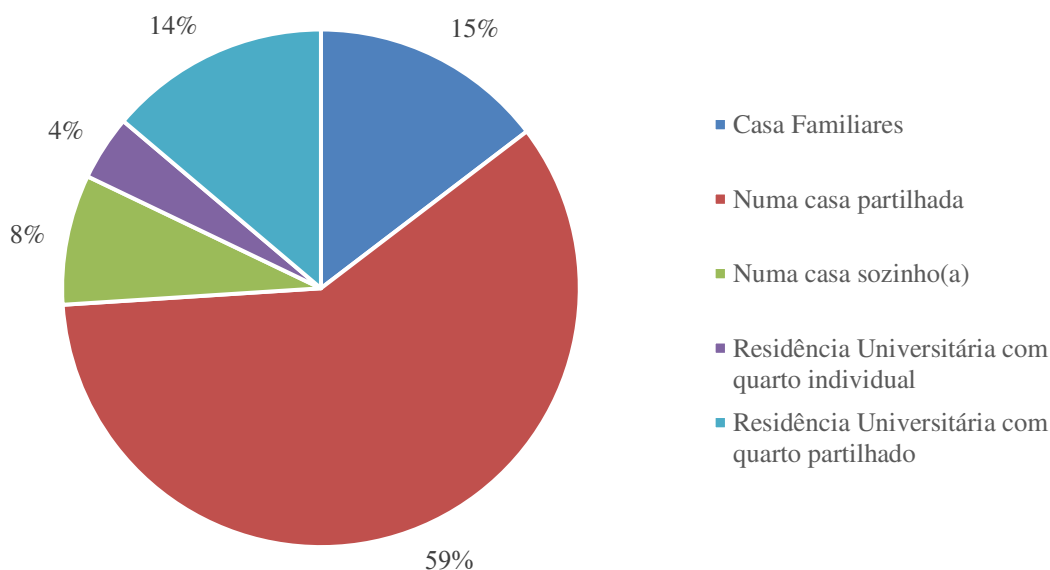


Figura 7 – Local de residência dos estudantes deslocados no decorrer das atividades letivas

4.2. Avaliação da carga horária letiva e/ou laboral

Em média, os participantes tinham $5,0 \pm 2,5$ horas de aulas/estágio por dia, demorando, em média, $60 \pm 49,8$ minutos a deslocar-se à sua instituição de ensino.

Cerca de 30,0% dos estudantes sentia que a carga horária de avaliações não está adequada à sua rotina e 21,7% sentia que a carga letiva também não está adequada. No entanto, uma percentagem importante de participantes mantém-se neutro relativamente a estas questões (**Figura 8**).

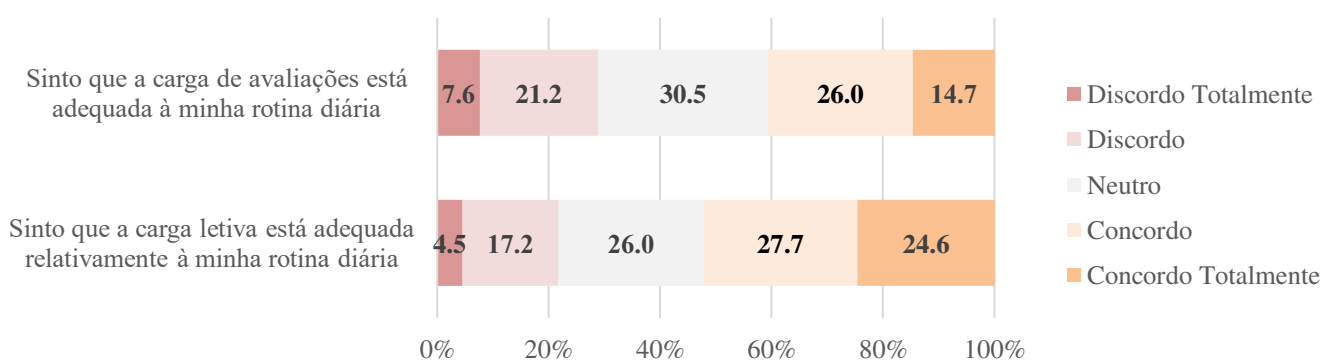


Figura 8 – Percepção da adequação da carga letiva e de avaliações dos estudantes

Da amostra em estudo, 24,6% (n=87) participantes eram trabalhadores-estudantes. Destes, 34,5% (n=30) eram trabalhadores-estudantes em regime parcial e 27,6% (n=24) trabalhadores-estudantes em regime pós-laboral. Em média, os trabalhadores-estudantes

trabalhavam cerca de $25,0 \pm 15,3$ horas por semana e cerca de um quarto ($n=19$) faziam turnos noturnos. Na **Tabela 4** encontram-se descritos os resultados da caracterização da carga horaria laboral dos trabalhadores-estudantes.

Tabela 4 – Caracterização dos estudantes universitários incluídos no grupo de trabalhadores-estudantes.

	n=87
Regime de estudos, n (%)	
Trabalhador-estudante em regime diurno	16 (18,4)
Trabalhador-Estudante em regime pós-laboral	24 (27,6)
Trabalhador-Estudante em regime tempo parcial	30 (34,5)
Trabalhador-Estudante- em regime de tempo inteiro	17 (19,5)
Número horas a trabalhar por semana, média $\pm$ DP	$25,0 \pm 15,3$
Turnos noturnos, n (%)	
Sim	19 (21,8)
Não	68 (78,2)

4.3. Padrão de consumo de psicofármacos em estudantes universitários

Dos estudantes participantes no estudo, 28,0% ($n=99/354$) já utilizaram psicofármacos, tendo a maioria deles utilizado os medicamentos para tratar Ansiedade (60,6%; $n=60$), seguido de Depressão (21,2%; $n=21$) e Insónia (13,1%; $n=13$). Apenas uma pequena parte da amostra referiu ter utilizado os psicofármacos para mais do que uma indicação ($n=2$; 2,0%) ou para outra perturbação mental ($n=3$; 3,0%). Dos participantes que selecionaram outras, as indicações incluíram a perturbação obsessivo-compulsiva (33,3%; $n=1$), bipolaridade (33,3%; $n=1$) e ataques de pânico (33,3%; $n=1$). O número médio de indicações por participante foi de $1,05 \pm 0,30$.

Apenas 10,5% ($n=37/354$) dos participantes ainda se mantêm atualmente a utilizar psicofármacos, representando 37,0% ($n=37/99$) dos estudantes que referiram já ter consumido. Na **Tabela 5** encontra-se a caracterização do padrão de consumo de psicofármacos.

Tabela 5 – Caracterização do padrão de consumo de psicofármacos na amostra em estudo.

Número de participantes que já utilizaram psicofármacos	n=99
Indicação, n (%)	
Ansiedade	60 (60,6)
Depressão	21 (21,2)
Insônia	13 (13,1)
Mais do que uma	2 (2,0)
Outra	3 (3,0)
Outras indicações, n (%)	
Obsessivo-compulsivo	1 (33,3)
Bipolaridade	1 (33,3)
Ataques de pânico	1 (33,3)
Número médio de indicações/participante, média ± DP	1,05±0,30
Número de participantes que utilizam atualmente psicofármacos	n=37
Há quanto tempo toma estes medicamentos, n (%)	
Entre 1 a 6 meses	9 (24,3)
Entre 6 meses a 1 ano	6 (16,2)
Há mais de 1 anos	15 (40,5)
Há mais de 5 anos	7 (18,9)
Número médio de psicofármacos/estudante, média ± DP	1,38 ± 0,62

A classe de psicofármacos predominante, na amostra em estudo, foi os antidepressivos (49,1%, n=28), seguido de benzodiazepinas/ansiolíticos (33,3%; n=19), hipnóticos (1,8%; n=1) e outras classes (15,8%; n=9). Destas outras classes, destacavam-se os psicostimulantes (44,4%; n=4), antiepiléticos (22,2%; n=2) e antipsicóticos (33,3%; n=3).

Dentro do grupo dos antidepressivos, o princípio ativo mais utilizado foi a sertralina (15,8%; n=9), seguido do escitalopram (7,0%; n=4) e da Fluoxetina (7,02%; n=4). No grupo dos ansiolíticos/benzodiazepinas, o loflazepato de etilo foi o mais consumido (12,28%; n=7). Da classe de hipnóticos, o zolpidem foi o único fármaco indicado (1,8%; n=1). O metilfenidato foi o fármaco mais consumido dentro do grupo dos psicostimulantes (7,0%; n=4). Dentro da classe dos antiepiléticos/anticonvulsivantes, a pregabalina (1,75%; n=1) e a lamotrigina foram os psicofármacos mais consumidos (1,75%; n=1 em cada). Por fim, dentro da classe dos antipsicóticos, a olanzapina, a risperidona e o aripiprazol (1,75%; n=1 para cada) foram os mais consumidos. Na **Tabela 6**, encontram-se detalhados todos os dados relativos aos psicofármacos, incluindo doses mais frequentes, posologias e se se trata de consumo habitual ou apenas quando necessário.

Tabela 6 – Caracterização dos psicofármacos consumidos pela amostra, por classe terapêutica.

	n = 57
Classes dos medicamentos, n (%)	
Antidepressivos	28 (49,1)
Benzodiazepinas	19 (33,3)
Hipnóticos	1 (1,8)
Outra	9 (15,8)
Antidepressivos	n=28
Sertralina, n (%)	9 (15,79)
Intervalo de dose, mg	50-100
Posologia mais comum, (%)	1x/dia (71,4)
Esquema de toma diária, n (%)	100,0
Valores omissos: 2	
Escitalopram, n (%)	4 (7,02%)
Intervalo de dose, mg	5-10
Posologia mais comum, (%)	1x/dia (100)
Esquema de toma diária, n (%)	100,0
Fluoxetina, n (%)	4 (7,02)
Intervalo de dose, mg	20
Posologia mais comum, (%)	1x/dia (50)
Esquema de toma diária, (%)	100,0
Valores omissos: 2	
Venlafaxina, n (%)	2 (3,51)
Intervalo de dose, mg	37,5-75
Posologia mais comum, (%)	1x/dia (100)
Esquema de toma diária, (%)	100,0
Vortioxetina, n (%)	2 (3,51)
Intervalo de dose, mg	15-20
Posologia mais comum, (%)	1x/dia (100)
Esquema de toma diária, (%)	100,0
Fluvoxamina, n (%)	1 (1,75)
Intervalo de dose, mg	50
Posologia mais comum, (%)	1x/dia (100)
Esquema de toma diária, (%)	100,0
Citalopram, n (%)	2 (3,51)
Intervalo de dose, mg	10-40
Posologia mais comum, (%)	1x/dia (100)
Esquema de toma diária, (%)	100,0
Clomipramina, n (%)	2 (3,51)
Intervalo de dose, mg	ND
Posologia mais comum, (%)	ND
Esquema de toma diária, (%)	ND
Valores omissos: 2	
Bupropiona, n (%)	2 (3,51)
Intervalo de dose, mg	150-300
Posologia mais comum, (%)	1x/dia (100)
Esquema de toma diária, (%)	100,0
Benzodiazepinas/ Ansiolítico	n=19

Loflazepato de Etilo, n (%) Intervalo de dose, mg Posologia mais comum, (%) Esquema de toma diária, (%)	7 (12,28) 2 1x/dia (85,7) (28,5)
Clonazepam, n (%) Intervalo de dose, mg Posologia mais comum, (%) Esquema de toma diária, (%)	3 (5,26) 0,5-2,5 1x/dia (66,6) 66,6
Alprazolam, n (%) Intervalo de dose, mg Posologia mais comum, (%) Esquema de toma diária, (%)	2 (3,51) 0,25 2x/dia (100) 100,0
Valores omissos: 1	
Mexazolam, n (%) Intervalo de dose, mg Posologia mais comum, (%) Esquema de toma diária, (%)	2 (3,51) 0,5-1 1x/dia (100) 50,0
Bromazepam, n (%) Intervalo de dose, mg Posologia mais comum, (%) Esquema de toma diária, (%)	1 (1,75) ND ND ND
Valores omissos: 1	
Lorazepam, n (%) Intervalo de dose, mg Posologia mais comum, (%) Esquema de toma diária, (%)	1 (1,75) 1 1x/dia (100) 100,0
Diazepam, n (%) Intervalo de dose, mg Posologia mais comum, (%) Esquema de toma diária, (%)	1 (1,75) 5 1x/dia (100) 100,0
Propranolol, n (%) Intervalo de dose, mg Posologia mais comum, (%) Esquema de toma diária, (%)	2 (3,51) 10 2x/dia (100) 100,0
Valores omissos: 1	
Hipnóticos	n=1
Zolpidem, n (%) Intervalo de dose, mg Posologia mais comum, (%) Esquema de toma diária, (%)	1 (1,8) 10 1x/dia 0,0
Estimulantes Sistema Nervoso Central	n=4
Metilfenidrato, n (%) Intervalo de dose, mg Posologia mais comum, (%) Esquema de toma diária, (%)	4 (7,02) 10-30 1x/dia (75) 100,0
Anti-epiléticos	n=2

Pregabalina, n (%) Intervalo de dose, mg Posologia mais comum, (%) Esquema de toma diária, (%)	1 (1,75) 150 1x/dia (100) 100,0
Lamotrigina, n (%) Intervalo de dose, mg Posologia mais comum, (%) Esquema de toma diária, (%)	1 (1,75) 25 2x/dia (100) 100,0
Antipsicóticos	n=3
Olanzapina, n (%) Intervalo de dose, mg Posologia mais comum, (%) Esquema de toma diária, (%)	1 (1,75) 5 1x/dia (100) 100,0
Risperidona, n (%) Intervalo de dose, mg Posologia mais comum, (%) Esquema de toma diária, (%)	1 (1,75) ND ND ND
Valores omissos: 1	
Aripiprazol, n (%) Intervalo de dose, mg Posologia mais comum, (%) Esquema de toma diária, (%)	1 (1,75) ND ND ND
Valores omissos: 1	

Legenda: ND – Não descrito

Quase metade da amostra (40,5%; n=15) consumia psicofármacos há mais de um ano (**Tabela 5, pág. 54**).

Foi possível observar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as características sociodemográficas e o consumo de psicofármacos, tendo todos os valores de p sido superiores a 0,05. O mesmo foi observado para as variáveis de carga letiva/laboral. Os resultados encontram-se descritos na **Tabela 7**.

Tabela 7 – Relação entre as características sociodemográficas/carga letiva e/ou laboral e o consumo de psicofármacos pela amostra.

	Consumo de psicofármacos		p
	Sim	Não	
Sexo, n (%) Feminino Masculino	30 (81,1) 7 (18,9)	224 (70,7) 93 (29,3)	0,183
Estado civil, n (%) Solteiro União de facto/Casado/Divorciado	35 (94,6) 2 (5,4)	299 (94,3) 18 (5,7)	0,496
Área do Curso, n (%) Saúde Outros	15 (40,5) 22 (59,5)	111 (35) 206 (65)	0,507

Ano curricular que frequenta, n (%) 1º Ano Curricular Outros	9 (24,3) 28 (75,7)	82 (25,9) 235 (74,1)	0,839
Aluno deslocado, n (%) Sim Não	15 (40,5) 22 (59,5)	108 (34,1) 209 (65,9)	0,434
Trabalhador-estudante, n (%) Sim Não	9 (24,3) 28 (75,7)	78 (24,6) 239 (75,4)	0,970
Horas letivas, n (%) < 5 horas > 5 horas	12 (32,4) 25 (67,6)	121 (38,2) 196 (61,8)	0,495
Tempo de deslocação, n (%) < 1 hora > 1 hora	18 (48,6) 19 (51,4)	171 (53,9) 146 (46,1)	0,541
Número de coabitantes, n (%) < 5 coabitantes ≥ 5 coabitantes	35 (94,6) 2 (5,4)	281 (88,6) 36 (11,4)	0,268

Na **Tabela 8**, comparou-se a temporalidade do consumo de benzodiazepina/ansiolíticos com as indicações das mesmas e, observou-se que, das 7 pessoas que consomem loflazepato de etilo, 6 fazem-no há mais de um ano e 3 fazem uso diário. Relativamente ao clonazepam, das 3 pessoas que o usam, 2 utilizam-no há mais de 1 ano e como medicação diária. Outro participante consome bromazepam e lorazepam há mais de um ano e diariamente.

Tabela 8 – Avaliação da temporalidade de consumo de benzodiazepinas/ansiolíticos.

Medicação por pessoa	Temporalidade	Indicações
Loflazepato de etilo SOS	Há mais de 1 ano	“Os tranquilizantes devem ser administrados em curtos períodos de tempo ou em caso de urgência (SOS)” (Correia, 2023)
Loflazepato de etilo SOS	Há mais de 5 anos	“Os tranquilizantes devem ser administrados em curtos períodos de tempo ou em caso de urgência (SOS)” (Correia, 2023)
Loflazepato de etilo MD	Há mais de 1 ano	“A duração total do tratamento em geral não deve ultrapassar 8-12 semanas” (INFARMED, 2023)
Clonazepam MD	Há mais de 5 anos	“É eficaz no tratamento a curto prazo da perturbação de pânico, devido ao risco de desenvolvimento de sintomas de abstinência e de abuso” (Hajira Basit & Chadi I. Kahwaji, 2023)

Loflazepato de etilo (SOS)	Há mais de 1 ano	“Os tranquilizantes devem ser administrados em curtos períodos de tempo ou em caso de urgência (SOS)” (Correia, 2023)
Mexazolam SOS	Há mais de 1 ano	“Os tranquilizantes devem ser administrados em curtos períodos de tempo ou em caso de urgência (SOS)” (Correia, 2023)
Bromazepam MD		“A duração total do tratamento em geral não deve ultrapassar 8-12 semanas” (INFARMED, 2024)
Lorazepam MD		“A duração total do tratamento em geral não deve ultrapassar 8-12 semanas” (INFARMED, 2021b)
Clonazepam MD	Há mais de 1 ano	“É eficaz no tratamento a curto prazo da perturbação de pânico, devido ao risco de desenvolvimento de sintomas de abstinência e de abuso” (Hajira Basit & Chadi I. Kahwaji, 2023)
Loflazepato de etilo MD	Há mais de 1 ano	“A duração total do tratamento em geral não deve ultrapassar 8-12 semanas” (INFARMED, 2023)
Alprazolam MD	Há mais de 1 ano	“A duração total do tratamento em geral não deve ultrapassar 8-12 semanas no tratamento da ansiedade e oito meses no tratamento de perturbação de pânico” (INFARMED, 2021a)
Loflazepato de etilo SOS	Há mais de 1 ano	“Os tranquilizantes devem ser administrados em curtos períodos de tempo ou em caso de urgência (SOS)” (Correia, 2023)

RCM- resumo características medicamentos; MD- medicação diária; SOS- medicação em caso urgência

4.4. Caracterização de sintomas de insónia, ansiedade e depressão nos estudantes universitários

4.4.1. Caracterização geral

Dos estudantes universitários participantes, 51,7% (n=183) apresentava sonolência diurna excessiva, 59,9% (n=212) sintomas depressivos ligeiros a moderados e 85,0% (n=301) pobre qualidade de sono. Relativamente ao stress percecionado, obteve-se uma média de $20,52 \pm 7,02$ pontos. Os resultados encontram-se descritos na **Tabela 9**.

Tabela 9 – Sintomas de sonolência diurna, qualidade de sono, sintomas depressivos e níveis de stress percecionado na amostra de estudantes universitários.

	n=354
Sonolência, n (%)	
Sono normal	105 (29,7)
Sonolência intermédia	66 (18,6)
Sonolência excessiva	183 (51,7)

Qualidade do sono, n (%)	
Boa qualidade do sono	53 (15,0)
Pobre qualidade do sono	301 (85,0)
Sintomas depressivos, n (%)	
Sem depressão	80 (22,6)
Sintomas depressivos ligeiros	116 (32,8)
Sintomas depressivos moderados	96 (27,1)
Sintomas depressivos moderadamente graves	45 (12,7)
Sintomas depressivos graves	17 (4,8)
Níveis de stress percecionado, Média ± DP	20,52 ± 7,02

4.4.1.1. Relação entre o índice de sonolência e as variáveis sociodemográficas e relativas à carga letiva/laboral

Quando se estudou a relação entre a qualidade do sono e as variáveis sociodemográficas e relativas à carga letiva/laboral, verificou-se que o sexo feminino parece estar associado a sonolência excessiva, comparativamente ao sexo masculino ($p < 0,01$). Apesar de não ser estatisticamente significativo, o número de horas letivas diárias parece também estar relacionado com sonolência excessiva nos estudantes universitários. Não se verificaram diferenças nas restantes variáveis (**Tabela 10**).

Tabela 10 – Relação entre o índice de sonolência e as variáveis sociodemográficas e relativas a carga letiva/laboral.

	Sonolência normal	Sonolência intermédia	Sonolência excessiva	p
Sexo, n (%)				
Feminino	66 (26,0)	41 (16,1)	147 (57,9)	< 0,01*
Masculino	39 (39,0)	25 (25,0)	36 (36,0)	
Estado civil, n (%)				
Solteiro	98 (29,3)	62 (18,6)	174 (52,1)	0,815
União de facto/Casado/Divorciado	7 (35,0)	4 (20,0)	9 (45,0)	
Área do Curso, n (%)				
Saúde	36 (28,6)	24 (19,0)	66 (52,4)	0,945
Outros	69 (30,3)	42 (18,4)	117 (51,3)	
Ano curricular que frequenta, n (%)				
1º Ano Curricular	31 (34,1)	15 (16,5)	45 (49,5)	0,201
Outros	74 (28,1)	51 (19,4)	138 (58,5)	
Aluno deslocado, n (%)				
Sim	34 (27,6)	22 (17,9)	67 (54,5)	0,741
Não	71 (30,7)	44 (19,0)	116 (50,7)	
Trabalhador-estudante, n (%)				
Sim	31 (35,6)	15 (17,2)	41 (47,1)	0,373
Não	74 (27,7)	51 (19,1)	142 (53,2)	
Horas letivas, n (%)				
< 5 horas	47 (46,1)	28 (43,1)	58 (32,4)	0,053
> 5 horas	55 (53,9)	37 (56,9)	121 (67,6)	
Tempo de deslocação, n (%)				
<=1 hora	75 (31,0)	44 (18,2)	123 (50,8)	0,720
> 1 hora	30 (26,8)	22 (19,6)	60 (53,6)	

Número de coabitantes, n (%)				
< 5 coabitantes	102 (30,4)	61 (18,2)	173 (51,5)	0,371
> 5 coabitantes	3 (16,7)	5 (27,8)	10 (55,6)	

* Resultado estatisticamente significativo – $p < 0,05$

4.4.1.2. Relação entre a qualidade do sono e as variáveis sociodemográficas e relativas à carga letiva/laboral

A área do curso que os estudantes frequentam parece estar relacionada com a qualidade do sono, sendo que os estudantes da área da saúde parecem ter uma pobre qualidade do sono ($p=0,034 < 0,05$). O mesmo foi observado para se o aluno era deslocado, tendo-se observado que os alunos não deslocados pareciam ter uma pior qualidade de sono ($p=0,004 < 0,05$). Não se observaram diferenças para as restantes variáveis (**Tabela 11**)

Tabela 11 – Relação entre a qualidade de sono e as variáveis sociodemográficas e relativas a carga letiva/laboral.

	Boa qualidade de sono	Pobre qualidade de sono	<i>p</i>
Sexo, n (%)			
Feminino	40 (15,7)	214 (84,3)	0,514
Masculino	13 (13,0)	87 (87,0)	
Estado civil, n (%)			
Solteiro	51 (15,3)	283 (84,7)	0,261
União de facto/Casado/Divorciado	2 (10,0)	18 (90,0)	
Área do Curso, n (%)			
Saúde	13 (10,3)	113 (89,7)	0,034*
Outros	40 (17,5)	188 (82,5)	
Ano curricular que frequenta, n (%)			
1º Ano Curricular	12 (13,2)	79 (86,8)	0,291
Outros	41 (15,6)	222 (84,4)	
Aluno deslocado, n (%)			
Sim	27 (22,0)	96 (78,0)	0,004*
Não	26 (11,3)	205 (88,7)	
Trabalhador-estudante, n (%)			
Sim	14 (16,1)	73 (83,9)	0,368
Não	39 (14,7)	228 (85,4)	
Horas letivas, n (%)			
< 5 horas	18 (36,7)	115 (38,7)	0,791
> 5 horas	31 (63,3)	182 (61,3)	
Tempo de deslocação, n (%)			
< 1 hora	30 (15,9)	159 (84,1)	0,611
> 1 hora	23 (13,9)	142 (86,1)	
Número de coabitantes, n (%)			
< 5 coabitantes	47 (14,9)	269 (85,1)	0,881
>=5 coabitantes	6 (15,8)	32 (84,2)	

* Resultado estatisticamente significativo – $p < 0,05$

4.4.1.3. Relação entre os sintomas depressivos e as variáveis sociodemográficas e relativas à carga letiva/laboral

Verificou-se que apenas o sexo se relaciona com a presença de sintomas depressivos, demonstrando que o sexo feminino parece exibir sintomas depressivos moderados a graves, comparativamente ao sexo masculino ($p < 0,001$). Não se observaram diferenças para as restantes variáveis (**Tabela 12**).

Tabela 12 – Relação entre os sintomas depressivos e as variáveis sociodemográficas e relativas a carga letiva/laboral.

	Sem Depressão	Depressão Leve	Depressão Moderada	Depressão Moderadamente Grave	Depressão Grave	P
Sexo, n (%)						
Feminino	45 (17,7)	85 (33,5)	70 (27,6)	39 (15,4)	15 (5,9)	0,001*
Masculino	35 (35,0)	31 (31,0)	26 (26,0)	6 (6,0)	2 (2,0)	
Estado civil, n (%)						
Solteiro	72 (21,6)	109 (32,6)	93 (27,8)	43 (12,9)	17 (5,1)	0,271
União de facto/Casado/Divorciado	8 (40,0)	7 (35,0)	3 (15,0)	2 (10,0)	0 (0,0)	
Área do Curso, n (%)						
Saúde	31 (24,6)	47 (37,3)	30 (23,8)	13 (10,3)	5 (4,0)	0,473
Outros	49 (21,5)	69 (30,3)	66 (28,9)	32 (14,0)	12 (5,3)	
Ano curricular que frequenta, n (%)						
1º Ano Curricular	18 (19,8)	34 (37,4)	23 (25,3)	13 (14,3)	3 (3,3)	0,701
Outros	62 (31,2)	82 (31,2)	73 (27,8)	32 (12,2)	14 (5,3)	
Aluno deslocado, n (%)						
Sim	28 (22,8)	38 (30,9)	30 (24,4)	17 (13,8)	10 (8,1)	0,262
Não	52 (22,5)	78 (33,8)	66 (28,6)	28 (12,1)	7 (3,0)	
Trabalhador-estudante, n (%)						
Sim	20 (23,0)	29 (33,3)	24 (27,6)	10 (11,5)	4 (4,6)	0,996
Não	60 (22,5)	87 (32,6)	72 (27,0)	35 (13,1)	13 (4,9)	
Horas letivas, n (%)						
< 5 horas	35 (44,3)	46 (40,7)	36 (38,3)	13 (30,2)	3 (17,6)	0,221
> 5 horas	44 (55,7)	67 (59,3)	58 (61,7)	30 (69,8)	14 (82,4)	
Tempo de deslocação, n (%)						
< 1 hora	42 (22,2)	66 (34,9)	51 (27,0)	22 (11,6)	8 (4,2)	0,871
> 1 hora	38 (23,0)	50 (30,0)	45 (27,3)	23 (13,9)	9 (5,5)	
Número de coabitantes, n (%)						
< 5 coabitantes	71 (22,5)	104 (32,9)	84 (26,6)	44 (13,9)	13 (4,1)	0,155
> 5 coabitantes	9 (23,7)	12 (31,6)	12 (31,6)	1 (2,6)	4 (10,5)	

* Resultado estatisticamente significativo – $p < 0,05$

4.4.1.4. Relação entre o stress percecionado e as variáveis sociodemográficas e relativas à carga letiva/laboral

O sexo feminino, ser solteiro e ter mais de 5 horas letivas/diárias parecem relacionar-se com maiores níveis de stress percecionado, sendo os resultados estatisticamente significativos ($p < 0,05$). Para as restantes variáveis não se observaram diferenças (Tabela 13).

Tabela 13 – Relação entre o stress percecionado e as variáveis sociodemográficas relativas a carga letiva/laboral.

	Níveis de stress percecionado, Média $\pm$ DP	<i>p</i>
Sexo, n (%)		
Feminino	21,48 $\pm$ 6,776	<0,001*
Masculino	18,10 $\pm$ 7,080	
Estado civil, n (%)		
Solteiro	20,81 $\pm$ 6,968	<0,001*
União de facto/Casado/Divorciado	15,65 $\pm$ 6,184	
Área do Curso, n (%)		
Saúde	20,22 $\pm$ 7,069	0,275
Outros	20,69 $\pm$ 7,004	
Ano curricular que frequenta, n (%)		
1º Ano Curricular	20,16 $\pm$ 6,509	0,287
Outros	20,65 $\pm$ 7,197	
Aluno deslocado, n (%)		
Sim	21,18 $\pm$ 7,046	0,100
Não	20,17 $\pm$ 6,997	
Trabalhador-estudante, n (%)		
Sim	20,79 $\pm$ 6,945	0,340
Não	20,43 $\pm$ 7,056	
Horas letivas, n (%)		
< 5 horas	19,41 $\pm$ 6,602	0,009*
> 5 horas	21,23 $\pm$ 7,158	
Tempo de deslocação, n (%)		
< 1 hora	20,17 $\pm$ 6,810	0,156
$\geq$ 1 hora	20,93 $\pm$ 7,254	
Número de coabitantes, n (%)		
< 5 coabitantes	20,49 $\pm$ 6,952	0,371
> 5 coabitantes	21,06 $\pm$ 8,405	

* Resultado estatisticamente significativo – $p < 0,05$

4.4.2. Caracterização na amostra que consome atualmente psicofármacos

Em relação à população de estudantes universitários que consome atualmente psicofármacos, 62,2% ($n=23$) apresenta sonolência diurna excessiva, 54,0% ($n=20$) sintomas depressivos moderados a graves e 83,8% ($n=31$) pobre qualidade de sono.

Verificou-se ainda que os participantes que consumiam psicofármacos tinham um stress percecionado de $24,92 \pm 6,780$ pontos (**Tabela 14**).

Tabela 14 – Caracterização dos sintomas na amostra que consome atualmente psicofármacos.

	n=37
Sonolência, n (%)	
Sonolência normal	12 (32,4)
Sonolência intermédia	2 (5,4)
Sonolência excessiva	23 (62,2)
Sintomas depressivos, n (%)	
Sem depressão	3 (8,1)
Sintomas depressivos ligeiros	9 (24,3)
Sintomas depressivos moderados	12 (32,4)
Sintomas depressivos moderadamente graves	8 (21,6)
Sintomas depressivos graves	5 (13,5)
Qualidade do sono, n (%)	
Boa qualidade do sono	6 (16,2)
Pobre qualidade do sono	31 (83,8)
Níveis de stress percecionado, Média $\pm$ DP	$24,92 \pm 6,780$

Quando analisada a influência da duração do tratamento na qualidade do sono, sonolência excessiva, sintomas depressivos e stress percecionado, verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas (**Tabela 15**).

Tabela 15 – Relação entre a qualidade de sono, sonolência excessiva, sintomas depressivos e stress percecionado e a duração do tratamento.

Consumo psicofármacos	Há menos de 1 ano	Há mais de 1 ano	<i>p</i>
Sonolência excessiva, n (%)	8 (53,3)	15 (68,2)	0,658
Sintomas depressivos moderados a graves, n (%)	10 (66,7)	15 (68,2)	0,831
Pobre qualidade de sono, n (%)	11 (73,3)	20 (90,9)	0,154
Stress percecionado, média $\pm$ DP	$24,67 \pm 5,753$	$25,09 \pm 7,527$	0,427

Capítulo 5 – Discussão

5.1. Principais Resultados e comparação com outros estudos

No capítulo anterior foram apresentados os resultados relativos à caracterização sociodemográfica dos participantes, da sua carga letiva e/ou laboral, da prevalência do consumo de psicofármacos e dos sintomas de insónia, depressão e stress percecionado. Além disso, estudou-se também, por um lado, as possíveis relações entre o consumo de psicofármacos e as variáveis sociodemográficas e relativas à carga letiva e/ou laboral e, por outro, as relações entre as últimas e a qualidade do sono, sonolência diurna, stress percecionado e sintomas depressivos.

Verificou-se que a maioria dos participantes era do sexo feminino, solteiros e sem filhos e não se encontravam deslocados. Além disso, nos ciclos de estudos pré-graduados, verificou-se que a maioria dos participantes frequentavam os anos curriculares mais avançados, enquanto nos ciclos de estudo pós graduados, os estudantes encontravam-se nos primeiros anos curriculares. Um dado também relevante foi o facto de a maioria dos alunos se encontrarem a estudar numa grande cidade, o que por si só poderá introduzir um fator de risco para desenvolvimento de perturbações mentais, nomeadamente ansiedade e depressão. A maioria dos estudos com que se compararam estes resultados, apontam para uma tendência semelhante em termos de caracterização sociodemográfica das amostras (Amaro et al., 2024; Barroso et al., 2021).

Face aos dados relativos à carga letiva e/ou laboral, verificou-se que os estudantes têm uma carga letiva relativamente elevada, com uma média de 5 horas/semana, e demorando cerca de 60 minutos a deslocarem-se para a instituição de ensino superior. Cerca de um terço da amostra considera que a carga letiva e de avaliações não se encontra adequada à sua rotina diária. Alguns dos participantes eram trabalhadores-estudantes, em regime de tempo parcial. Ainda que a maioria destes trabalhadores-estudantes se encontrem em regime parcial, o facto de terem cerca de 5 horas letivas diárias constituiu uma sobrecarga enorme nas suas rotinas, podendo efetivamente contribuir para uma pior saúde mental deste grupo de alunos. No entanto, não foi realizada uma análise que nos permitisse isolar os mesmos e perceber a sua perceção em termos da adequabilidade da carga letiva e de avaliação na sua rotina pessoal e laboral. Outro ponto também importante de ser discutido nesta secção é o facto de apenas termos contabilizado o tempo letivo, ou seja, o tempo

em que os alunos têm efetivamente aulas e não todo o tempo que despendem para tarefas relativas à sua formação superior (*e.g.*, realização de trabalhos, estudo para avaliações, entre outros). Assim, será de supor que o verdadeiro tempo letivo diário seja superior ao encontrado e corrobora a ideia de que pode efetivamente constituir um fator preditor do aparecimento de sintomas, nomeadamente sintomas depressivos, stress, entre outros.

Nesta amostra de estudantes universitários, verificou-se que uma percentagem ainda importante já consumiu psicofármacos (cerca de 28,0%), nomeadamente por ansiedade e depressão, e uma percentagem relativamente menor ainda consome (cerca de 11,0%). A maioria deles consome antidepressivos e ansiolíticos/hipnóticos, mas também existem estudantes a consumir psicoestimulantes, provavelmente por perturbação de défice de atenção e hiperatividade. Dentro da classe dos antidepressivos, a maioria consumia fármacos grupo dos ISRS e, mais importante, existia uma percentagem relevante de estudantes a consumir benzodiazepinas, sobretudo há mais de um ano. Este último facto foi comparado com as indicações posológicas e de duração de tratamento constantes no RCM, tendo-se verificado que existe uma discrepância entre ambas. O consumo destas substâncias por longos períodos aumenta o risco de dependência e, consequentemente, pode aumentar o risco de desenvolvimento de dependência de outras substâncias (Cuevas et al., 2003; Hajira Basit & Chadi I. Kahwaji, 2023; INFARMED, 2021a, 2021b, 2023, 2024). Além do problema da dependência, também existem outros efeitos adversos a longo prazo, como, por exemplo, a disfunção cognitiva, que neste grupo acaba por ter um papel muito importante no desenvolvimento de incapacidade laboral no futuro (Caldas et al., 2017).

Um estudo conduzido por Cruz Martins e colaboradores (2024), em 2023, verificou que, em 10 603 estudantes universitários, 58,7% dos participantes sabe que tem um problema de saúde mental e consumia psicofármacos, sendo que apenas 29,5% sabe ter um problema de saúde mental, mas não se encontra sob tratamento (da Cruz Martins et al., 2024). Estes valores são claramente diferentes da prevalência de consumo identificada no nosso estudo. Isto pode ser explicado pelo facto de no nosso questionário não termos colocado a definição de psicofármaco e, por isso, os estudantes podem não ter compreendido se se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo, mas, por outro lado, muitos dos exemplos fornecidos, quer de doenças mentais, quer de exemplos de psicofármacos, focavam muito a depressão e a ansiedade, podendo, deste modo, estudantes com outros tipos de perturbações não saberem se seriam elegíveis ou não.

Não obstante, tal como apresentado no Capítulo 1 – Introdução Geral, as duas condições mais comuns foram a depressão e a ansiedade, sendo que, de acordo com as orientações da NICE, os doentes com estas perturbações devem estar medicados com ISRS, o que se verificou no nosso estudo (NICE, 2022; Psychological Association, 2019). Em alguns dos casos, até existia sobreposição entre as duas condições, o que acabou por motivar também este maior consumo dos ISRS.

Outro estudo, realizado na Noruega, demonstrou que o consumo de antidepressivos era superior no sexo feminino e que era feito diariamente. O mesmo se observou para as benzodiazepinas, em termos de sexo, mas não em termos de duração da terapêutica, onde a maior parte dos estudantes utilizavam estes fármacos esporadicamente (Bojanić et al., 2021).

Quando avaliada a qualidade do sono, a sonolência diurna, sintomas depressivos e stress percecionado, na amostra de estudantes, verificou-se que a maior parte deles apresenta uma pobre qualidade do sono, sonolência excessiva diurna, sintomas depressivos ligeiros a moderados e níveis de stress percecionado intermédios. Estes sintomas quando avaliados no grupo de estudantes que consome psicofármacos, demonstraram ter níveis de stress percecionado superiores, sintomas depressivos moderados a graves, uma pior qualidade de sono e mais sonolência excessiva diurna. A última pode estar, em parte, relacionada com os efeitos adversos dos próprios fármacos que utilizam, mas também pode indicar um tratamento desadequado, ou falta de cumprimento do mesmo, dado a pobre qualidade de sono que referem. Este grupo, apresentando sintomas depressivos mais graves e níveis de stress maiores, corrobora a hipótese e a necessidade de estarem há mais de um ano sob terapêutica por se tratarem, eventualmente, de perturbações mais graves.

Quando comparado com outros estudos, a sonolência excessiva diurna nos estudantes universitários aqui observada parece estar em concordância com a literatura (Perotta et al., 2021). Contudo, para o caso da qualidade do sono e dos sintomas depressivos, os valores encontrados são ligeiramente superiores aos descritos na literatura (Amaro et al., 2024).

Por fim, tentou-se perceber a relação entre os sintomas estudados (qualidade do sono, sonolência diurna, sintomas depressivos e stress percecionado) com as variáveis sociodemográficas e relativas a carga letiva e/ou laboral. Verificou-se que, apesar de

poucas variáveis terem apresentado um valor estatisticamente significativo, alguns fatores, como, por exemplo, o sexo feminino, o número de horas letivas diárias, a área de formação (nomeadamente estudantes da área da saúde) parecem estar relacionados com os sintomas em estudo, podendo ser fatores preditores do seu aparecimento. No entanto, não foi possível essa análise estatística dada a desproporcionalidade dos grupos em estudo. Importa aqui realçar que muitos dos estudantes universitários apresentavam uma pobre qualidade do sono, sonolência excessiva diurna, sintomas depressivos e stress, não estando medicados, dado que podem não condicionar ainda uma incapacidade aos mesmos. Contudo, é um dado preocupante, porque podem mais tarde vir a desenvolver alguma perturbação mental ou mesmo podem ainda não ter recebido a ajuda necessária.

O sexo feminino parece ser um fator de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva (com mais mulheres a apresentarem sintomas depressivos moderados a graves) e parecem ter maior sonolência excessiva diurna (Knapstad et al., 2021; Wickramasinghe et al., 2023). Isto também pode estar relacionado com o facto de existirem mais estudantes universitários do sexo feminino inscritas nas instituições de ensino superior.

Outras variáveis como as horas letivas também se demonstraram estatisticamente significativas. Sendo que a média semanal de contacto letivo é de 41 horas 30 minutos, equivalente a um total de 1500 a 1680 horas por ano letivo, é possível perceber que a carga horaria dos estudantes universitários é extremamente elevada. Tendo em conta que a vida de um estudante universitário, do ponto de vista académico não acaba na sua instituição de ensino superior, é de esperar que o número de horas despendidas total seja muito superior a 41 horas e meia por semana. Isto pode explicar o porquê dos sintomas de stress percecionado ser um possível fator preditor de stress e mesmo de outros sintomas (Eurydice, 2024).

5.2. Pontos forte e limitações do estudo

Este estudo pretendia oferecer uma abordagem holística sobre o problema da saúde mental nos estudantes universitários, tentando não só procurar a existência de problemas de saúde mental, mas também caracterizar o consumo de psicofármacos e os sintomas relacionados com as principais perturbações mentais neste grupo (ansiedade, depressão e insónia). Além disso, de acordo com a taxa de resposta, pode-se observar o interesse dos

participantes sobre o tema e demonstrar, assim, a sua relevância não só em termos de investigação, mas também para delineamento de futuras intervenções a implementar na área da saúde mental, especificamente neste grupo.

Como todos os trabalhos, este também apresentou algumas limitações, tendo algumas delas já sido apontadas ao longo desta secção. Em primeiro lugar, e apesar de termos quase alcançado a totalidade da amostra teórica prevista, a nossa amostra pode não ser representativa das características dos estudantes universitários, afetando, assim, a prevalência do consumo de psicofármacos. Isto poderá também ser explicado pelo facto de se ter utilizado uma amostra auto-selecionada, onde apenas as pessoas com interesse pelo tema iriam participar. Em segundo lugar, poderá ter existido um viés de informação, fruto da sugestão de determinadas perturbações mentais em detrimento de outras. Por exemplo, foram muito abordadas, no questionário, a ansiedade e depressão, deixando de lado outras condições que poderiam ter sido igualmente importantes (como a perturbação do défice de atenção e hiperatividade) e em que o consumo de psicofármacos poderia ter uma prevalência muito elevada, sobretudo neste grupo. Adicionalmente, o facto de não estar disponível uma definição de psicofármacos poderá ter comprometido o correto entendimento dos participantes, em termos de perceberem a sua elegibilidade para o estudo. Em terceiro, e por último, o facto de termos grupos muito díspares nas análises estatísticas, alguns deles muito pequenos em termos de dimensão amostral, pode ter condicionado algumas das análises realizadas.

5.3. Perspetivas Futuras

Numa perspetiva futura é importante investir na consciencialização sobre os principais fatores de risco para as doenças mentais e como promover um ambiente académico mais saudável. Nesse sentido, um ponto relevante a focar num futuro estudo seria a avaliação do estilo de vida, incluindo hábitos etanólicos que neste projeto não foram focados. Além disso, uma das principais preocupações identificadas foi o elevado número de estudantes que consumiam benzodiazepinas e o impacto que isso poderá ter, quer a curto prazo, na sua performance académica, quer a longo prazo, na sua função cognitiva e possibilidade de adição.

Em continuidade com a linha de investigação seguida, seria interessante também identificar modelos académicos que promovam uma boa saúde mental nos estudantes

universitários e realizar um estudo de intervenção de forma a medir o seu impacto quando aplicado na nossa realidade.

Capítulo 6 – Conclusão

Este estudo pretendeu incidir em vários domínios da saúde mental dos estudantes universitários, tendo-se verificado que uma importante fração dos estudantes universitários já consumiu psicofármacos e uma proporção deles ainda o faz. A classe farmacoterapêutica mais comumente utilizada foram os antidepressivos, nomeadamente os ISRS e uma percentagem elevada dos estudantes que consumiam benzodiazepinas, encontrava-se há mais de um ano a fazê-lo. Estes resultados denotam a importância de, enquanto profissionais de saúde, investir na educação para a saúde deste grupo, sobretudo incentivando a ambientes académicos mais saudáveis e que promovam a saúde mental dos seus alunos.

Por outro lado, verificou-se que uma grande percentagem de estudantes universitários apresentavam uma pobre qualidade do sono, sonolência excessiva diurna, sintomas depressivos e stress, tendo sido ainda mais pronunciados nos estudantes que já se encontravam medicados. Isto denota claramente a necessidade de investir na saúde mental dos estudantes universitários, dado que os resultados parecem apontar para uma maior tendência de virem a desenvolver perturbações mentais, ou, eventualmente, existirem já alguns deles com perturbações ainda não diagnosticadas.

Em suma, este estudo acrescenta ao conhecimento sobre o consumo de psicofármacos na população de estudantes universitários, em Portugal, e ressalta a importância de medidas urgentes serem tomadas que forma mitigar o que está previsto, que é um aumento do número de perturbações mentais neste grupo. Futuros estudos devem igualmente incluir a academia e estudar a forma como se poderia otimizar o ensino superior, sem sobrecarregar os estudantes e professores, reduzindo, assim, os seus níveis de stress e sintomas depressivos.

Capítulo 7 – Referências Bibliográficas

- Amaro, P., Fonseca, C., Afonso, A., Jacinto, G., Gomes, L., Pereira, H., José, H., Silva, C., Lima, A., Arco, H., Nabais, J., Lopes, M., Pereira, A., Fragoeiro, I., & Pinho, L. G. (2024). Depression and Anxiety of Portuguese University Students: A Cross-Sectional Study about Prevalence and Associated Factors. *Depression and Anxiety*, 2024, 1–14. <https://doi.org/10.1155/2024/5528350>
- Barroso, M. C., Ferreira, T., Rodrigues Henriques, T., Pimentel, C., Ramos, H., Rosa, L., Vinagre, A., & da Graça, M. (2021). *Conselho Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos Fórum Nacional do Álcool e Saúde Comportamentos de saúde e bem-estar dos estudantes do Ensino Superior Politécnico Um diagnóstico a partir da perspetiva dos estudantes*.
- Bojanić, I., Sund, E. R., Bjerkeset, O., Sivertsen, B., & Sletvold, H. (2021). Psychological Distress and Use of Psychotropic Drugs Among University Students—the SHoT Study, Norway. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.717955>
- Brauer, R., Alfageh, B., Blais, J. E., Chan, E. W., Chui, C. S. L., Hayes, J. F., Man, K. K. C., Lau, W. C. Y., Yan, V. K. C., Beykloo, M. Y., Wang, Z., Wei, L., & Wong, I. C. K. (2021). Psychotropic medicine consumption in 65 countries and regions, 2008–19: a longitudinal study. *The Lancet Psychiatry*, 8(12), 1071–1082. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00292-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00292-3)
- Caldas, A., Torre, C., Castelão, J., Monteiro, M. P. L., Lopes, P., & Batista, T. (2017). *Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*.
- Cao, Z., Yang, H., Ye, Y., Zhang, Y., Li, S., Zhao, H., & Wang, Y. (2021). Polygenic risk score, healthy lifestyles, and risk of incident depression. *Translational Psychiatry*, 11(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01306-w>
- Chalet, F.-X., Albanese, E., EgeaSantaolalla, C., Ellis, J. G., Ferini-Strambi, L., Heidbreder, A., Léger, D., Modi, K., Morin, C. M., & Olopoenia, A. (2024). Epidemiology and burden of chronic insomnia disorder in Europe: an analysis of the

- 2020 National Health and Wellness Survey. *Journal of Medical Economics*, 1–37.
<https://doi.org/10.1080/13696998.2024.2407631>
- Correia, D. T. (2023, August 25). *TRANQUILIZANTES*. Psiquiatria de Lisboa.
<https://psiquiatrialisboa.pt/glossario/tranquilizantes>
- Cuevas, C. de las, Sanz, E., & de la Fuente, J. (2003). Benzodiazepines: more “behavioural” addiction than dependence. *Psychopharmacology*, 167(3), 297–303.
<https://doi.org/10.1007/s00213-002-1376-8>
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C. H., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2020). *A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression*.
- da Cruz Martins, S., Mauritti, R., & Machado, B. (2024). *Inquérito às Condições Socioeconómicas e Académicas dos Estudantes do Ensino Superior, 2023 Participação nacional no Projeto EUROSTUDENT VIII “O primeiro inquérito europeu pós-pandémico.”*
- Dattani, S., Rodés-Guirao, L., Ritchie, H., & Roser, M. (2023). *Mental Health*. Our World in Data.
- Eurydice. (2024, June 18). *Ensino superior*. Principais Objetivos e Medidas Políticas Atuais. <https://eurydice.eacea.ec.europa.eu/pt-pt/national-education-systems/portugal/ensino-superior>
- Gregory A. Fonzo, & Amit Etkin. (2017). Affective neuroimaging in generalized anxiety disorder: an integrated review. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573561/pdf/DialoguesClinNeurosci-19-169.pdf>
- Guidi, J., & Fava, G. A. (2021). Sequential Combination of Pharmacotherapy and Psychotherapy in Major Depressive Disorder. *JAMA Psychiatry*, 78(3), 261.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3650>
- Hajira Basit, & Chadi I. Kahwaji. (2023). Clonazepam. *National Library of Medicine*.
- INFARMED. (2021a, March 24). *Xanax*. Resumo Características Medicamentos.
<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

- INFARMED. (2021b, June 25). *Ansilor*. Resumo Características Medicamentos. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>
- INFARMED. (2023, September 11). *Victan*. Resumo Das Características Do Medicamento. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>
- INFARMED. (2024, March 22). *Bromalex*. Resumo Características Medicamentos. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2021). *Institute for Health Metrics and Evaluation*. Global Burden of Disease. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- Julie A., Dopheide, PharmD, BCPP, & FASHP. (2020). Insomnia overview: epidemiology, pathophysiology, diagnosis and monitoring, and nonpharmacologic therapy. *The American Journal of Managed Care*, 26(Suppl 4), S76–S84. <https://doi.org/10.37765/ajmc.2020.42769>
- Knapstad, M., Sivertsen, B., Knudsen, A. K., Smith, O. R. F., Aarø, L. E., Lønning, K. J., & Skogen, J. C. (2021). Trends in self-reported psychological distress among college and university students from 2010 to 2018. *Psychological Medicine*, 51(3), 470–478. <https://doi.org/10.1017/S0033291719003350>
- Meier, S. M., & Deckert, J. (2019). Genetics of Anxiety Disorders. In *Current Psychiatry Reports* (Vol. 21, Issue 3). Current Medicine Group LLC 1. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1002-7>
- Molloy, A. (2023). *Depression in adults: screening, treatment and management*. pharmaceutical-journal.com/article/ld/depression-in-adults-screening-treatment-and-management.
- Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S., Rubio-Valera, M., Fernández, A., Navas-Campaña, D., Rodríguez-Morejón, A., Motrico, E., Rigabert, A., Luna, J. de D., Martín-Pérez, C., Rodríguez-Bayón, A., Ballesta-Rodríguez, M. I., Luciano, J. V., & Bellón, J. Á. (2017). Effectiveness of Psychological and/or Educational Interventions in the Prevention of Anxiety. *JAMA Psychiatry*, 74(10), 1021. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2509>

- National Institutes Health. (2022, March 24). *What Is Insomnia?* National Institutes of Health Sleep Research Plan. <https://www.nhlbi.nih.gov/health/insomnia>
- National Institutes Health. (2024, April). *Anxiety Disorders*. National Institutes of Mental Health. https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders#part_2222
- NICE. (2022). *Depression in adults: treatment and management*. www.nice.org.uk/guidance/ng222
- Ordem dos Psicólogos. (2017). *PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO*. https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/plano_nacional__de_preven__o_da_depress__o__resumo.pdf
- Penninx, B. W., Pine, D. S., Holmes, E. A., & Reif, A. (2021). Anxiety disorders. In *The Lancet* (Vol. 397, Issue 10277, pp. 914–927). Elsevier B.V. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7)
- Perotta, B., Arantes-Costa, F. M., Enns, S. C., Figueiro-Filho, E. A., Paro, H., Santos, I. S., Lorenzi-Filho, G., Martins, M. A., & Tempski, P. Z. (2021). Sleepiness, sleep deprivation, quality of life, mental symptoms and perception of academic environment in medical students. *BMC Medical Education*, 21(1), 111. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02544-8>
- Psychological Association, A. (2019). *APA CLINICAL PRACTICE GUIDELINE for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts GUIDELINE DEVELOPMENT PANEL FOR THE TREATMENT OF DEPRESSIVE DISORDERS APPROVED BY APA COUNCIL OF REPRESENTATIVES*. <https://www.apa.org/depression-guideline>
- Qaseem, A., Barry, M. J., & Kansagara, D. (2016). Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 164(5), 350. <https://doi.org/10.7326/M15-2570>
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S.,

- Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., ... Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Silva, J., Vieira, P., Gomes, A. A., Roth, T., Azevedo, M. H. P. de, & Marques, D. R. (2021). Sleep difficulties and use of prescription and non-prescription sleep aids in Portuguese higher education students. *Sleep Epidemiology*, 1. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667343621000123>
- Wickramasinghe, A., Essén, B., Surenthirakumaran, R., & Axemo, P. (2023). Prevalence of depression among students at a Sri Lankan University: A study using the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, 23(1), 528. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15427-y>
- World Health Organization. (2019). *World Health Organization*. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1
- World Health Organization. (2022, June 17). *World Health Organization*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization. (2023a, March 31). *Depression Disorder*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization. (2023b, September 27). *Anxiety disorders*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Zeng, L. N., Zong, Q. Q., Yang, Y., Zhang, L., Xiang, Y. F., Ng, C. H., Chen, L. G., & Xiang, Y. T. (2020). Gender Difference in the Prevalence of Insomnia: A Meta-Analysis of Observational Studies. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.577429>

Anexos

Anexo 1 – Questionário

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio, do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, da Egas Moniz School of Health and Science – Instituto Universitário Egas Moniz (IUEM), sob a orientação do Prof. Doutor João Pedro Aguiar encontro-me a desenvolver um estudo sobre ***“Caracterização do padrão de consumo de psicofármacos em estudantes universitários”***, que visa identificar problemas relacionados com a qualidade do sono dos estudantes que possam ter impacto tanto no desempenho académico, como na saúde mental dos mesmos. Visa também caracterizar a prevalência e o padrão de consumo de psicofármacos como, por exemplo, antidepressivos, hipnóticos ou ansiolíticos de forma controlar algum dos problemas supramencionados.

A quem se destina este questionário?

A todos os estudantes universitários residentes em Portugal continental ou ilhas, com idade igual ou superior a 18 anos, independentemente da área de formação ou do curso superior que frequentam.

Este questionário encontra-se dividido em quatro secções principais, prevendo-se que o tempo para o seu preenchimento não exceda 10 minutos.

A participação neste estudo é voluntária e consistirá no preenchimento do questionário. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo. A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pela equipa de investigação apenas para esses fins. A resposta a este questionário é feito de forma anónima e confidencial.

Mais uma vez, agradecemos a sua colaboração nesta fase do projeto, que esperamos vir a tornar-se mais um passo na melhoria da qualidade de vida dos estudantes universitários. Em caso de dúvida, por favor não hesite em contactar através do seguinte e-mail: catarinanunnes522@gmail.com.

A Equipa de Investigação

Tendo em conta a informação que me foi prestada anteriormente, estou ciente dos meus direitos e deveres, aceitando, por isso, participar no presente estudo.

- ☐ Sim
- ☐ Não

Autorizo a utilização dos dados recolhidos e tratados de forma agregada e anónima em futuras publicações (e.g., resumos científicos, posters, comunicações orais, artigos científicos).

- ☐ Sim
- ☐ Não

Secção I – Caracterização sociodemográfica dos participantes

1- Indique, por favor, o seu sexo:

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

2- Indique, por favor, a sua idade (em anos): _____

3- Indique, por favor, o seu estado civil:

- ☐ Solteiro(a)
- ☐ Casado(a)
- ☐ Divorciado(a)
- ☐ Viúvo(a)
- ☐ União de facto

4- Tem filhos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

4.1- Caso tenha seleccionado a opção “Sim”, indique, por favor, quantos: _____

5- Indique, por favor, qual o grau académico que se encontra a frequentar:

- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado Integrado
- ☐ Mestrado 2º ciclo
- ☐ Doutoramento

6- Indique, por favor, o ano curricular em que se encontra: _____

7- Indique, por favor, qual a área do curso que se encontra a frequentar

- ☐ Artes
- ☐ Humanidades
- ☐ Ciências sociais e do comportamento
- ☐ Informação e jornalismo

- ☐ Ciências empresariais
- ☐ Direito
- ☐ Ciências da vida
- ☐ Ciências físicas
- ☐ Matemática e estatística
- ☐ Informática
- ☐ Engenharia e técnicas afins
- ☐ Indústrias transformadoras
- ☐ Agricultura, silvicultura e pescas
- ☐ Saúde
- ☐ Ciência veterinárias
- ☐ Serviços sociais
- ☐ Serviços pessoas
- ☐ Serviços de transporte
- ☐ Proteção do ambiente
- ☐ Serviços de segurança
- ☐ Outra

Se selecionou a opção “Outra”, indique, por favor, qual: _____

8- Indique, por favor, a região geográfica onde se encontra a estudar:

- ☐ Norte
- ☐ Centro
- ☐ Área Metropolitana de Lisboa
- ☐ Alentejo
- ☐ Algarve
- ☐ Região Autónoma dos Açores
- ☐ Região Autónoma da Madeira

9- Indique, por favor, se é um aluno deslocado?

- ☐ Sim
- ☐ não

9.1. Se seleccionou a opção “Sim”, indique, por favor, onde reside durante o decorrer das aulas:

- ☐ Residência universitária com quarto partilhado
- ☐ Residência universitária com quarto individual
- ☐ Casa de familiares
- ☐ Numa casa sozinho(a)
- ☐ Numa casa partilhada

10- Qual o número de pessoas com que vive? _____

Secção II – Avaliação da carga horária letiva e/ou laboral

- 1- Quantas horas de aulas/estágio tem em média num dia? _____(horas)
- 2- Quanto tempo, em média, gasta em deslocações para a faculdade diariamente?
____ (minutos)
- 3- Por favor, indique o seu grau de concordância com as questões que se seguem
(numa escala de 5-itens de Likert, em que 1 é Discordo Totalmente e 5 é
Concordo Totalmente):
 - 3.1 – Sinto que a carga letiva proposta pela instituição de ensino que me encontro a frequentar está adequada relativamente à minha rotina diária
 - 3.2 – Sinto que a carga de avaliações proposta pela instituição de ensino que me encontro a frequentar está adequada à minha rotina diária.
- 4- Indique, por favor, se é trabalhador-estudante?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não

Caso tenha seleccionado “Sim”, passa para as questões abaixo. Caso tenha seleccionado “Não”, passa para a secção III.

5- Indique, por favor, o regime de estudos em que se encontra:

Estudante-trabalhador em regime diurno

Estudante-trabalhador em regime pós-laboral

Estudante-trabalhador em regime de tempo parcial

Estudante-trabalhador em regime de tempo inteiro

6- Indique, por favor, o número de horas que trabalha por semana. _____ (horas)

7- Indique, por favor, se faz turnos noturnos?

☐ Sim

☐ Não

Secção III- Padrão de consumo de psicofármacos em estudantes universitários.

Entende-se por psicofármacos, medicamentos que alteram a nossa função cerebral e psíquica, podendo ter diferentes efeitos no nosso cérebro (e.g., ação depressora e/ou excitatória do Sistema Nervoso Central). Incluem-se aqui medicamentos como os antidepressivos (e.g., colocar alguns nomes de marcas), ansiolíticos (e.g., colocar alguns nomes), entre outras classes.

1- Indique, por favor, se alguma vez já utilizou psicofármacos (e.g., ansiolíticos, antidepressivos, hipnóticos) para tratamento de insónia, depressão ou ansiedade:

☐ Sim

☐ Não

2- Indique, por favor, para que situação(ões) foi(ram) prescrito(s):

☐ Insónia

☐ Depressão

☐ Ansiedade

☐ Outra

Caso tenha selecionado a opção “Outra”, por favor, indique qual:

3- Indique, por favor, se atualmente se encontra a fazer algum psicofármaco

Sim

Não

Caso tenha selecionado a opção “Sim”, responde às questões abaixo. Se selecionou a opção “Não”, passa para a secção IV.

- 4- Indique, por favor, a(s) classe(s) de medicamento(s) que se encontra a utilizar atualmente para o tratamento da insónia, depressão ou ansiedade?

Antidepressivos (para a depressão)

Hipnóticos (para a insónia)

benzodiazepinas (para a ansiedade ou stress)

- 5- Indique, por favor, o(s) nome(s) do(s) medicamento(s) que se encontra a fazer

- 6- Indique, por favor, a(s) posologia(s) do(s) medicamento(s) que se encontra a fazer (eg. Sertalina 50 mg, 1x/dia)

- 7- Indique, por favor, há quanto tempo está a tomar estes medicamentos (especifique a resposta em meses ou anos)?

- ☐ Há menos de 1 mês
- ☐ Entre 1 e 6 meses
- ☐ Entre 6 meses e 1 ano
- ☐ Há mais de 1 ano
- ☐ Há mais de 5 anos

Secção IV- Avaliação da qualidade de sono, da sonolência dos participantes e de possíveis sintomas de ansiedade ou depressão

Secção IV.1- Índice de qualidade do sono de Pittsburgh

As questões a seguir são referentes à sua qualidade de sono apenas durante o mês passado. As suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do último mês. Por favor, responda a todas as questões.

- 1- Durante o mês passado, a que horas se deitou à noite na maioria das vezes?

Horário de deitar: _____h_____min

- 2- Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer na maioria das vezes?

Minutos demorou a adormecer: _____min

- 3- Durante o mês passado, a que horas acordou (levantou) de manhã na maioria das vezes? Horário de acordar: _____h_____min

- 4- Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu? (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama).

Horas de noite de sono: _____h_____min

Para cada uma das questões seguintes, escolha uma única resposta, a que lhe pareça mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

- 5- Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:

a) Demorar mais do que 30 minutos para adormecer:

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de 1x/semana
- ☐ 1 ou 2x/semana
- ☐ 3x/semana ou mais

b) Acordar a meio da noite ou de manhã muito cedo:

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de 1x/semana
- ☐ 1 ou 2x/semana
- ☐ 3x/semana ou mais

c) Levantar-se para ir à casa de banho:

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de 1x/semana
- ☐ 1 ou 2x/semana
- ☐ 3x/semana ou mais

d) Ter dificuldade para respirar:

- ☐ Nunca

- Menos de 1x/semana
- 1 ou 2x/semana
- 3x/semana ou mais
- e) Tossir ou ressonar alto:
 - Nunca
 - Menos de 1x/semana
 - 1 ou 2x/semana
 - 3x/semana ou mais
- f) Sentir muito frio
 - Nunca
 - Menos de 1x/semana
 - 1 ou 2x/semana
 - 3x/semana ou mais
- g) Sentir muito calor
 - Nunca
 - Menos de 1x/semana
 - 1 ou 2x/semana
 - 3x/semana ou mais
- h) Ter sonhos ou pesadelos
 - Nunca
 - Menos de 1x/semana
 - 1 ou 2x/semana
 - 3x/semana ou mais
- i) Sentir dores
 - Nunca
 - Menos de 1x/semana

- ☐ 1 ou 2x/semana
- ☐ 3x/semana ou mais

j) Outra razão, por favor, descreva: _____

Quantas vezes teve problemas para dormir por esta razão, durante o mês passado?

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de 1x/semana
- ☐ 1 ou 2x/semana
- ☐ 3x/semana ou mais

6- Durante o mês passado, como classifica a qualidade do seu sono?

- ☐ Muito boa
- ☐ Boa
- ☐ Má
- ☐ Muito má

7- Durante o mês passado, tomou algum medicamento para dormir receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar), ou mesmo por sua iniciativa?

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de 1x/semana
- ☐ 1 ou 2x/semana
- ☐ 3x/semana ou mais

8- Durante o mês passado, teve algum problema em ficar acordado durante as refeições, ou enquanto conduzia, ou enquanto participava nalguma atividade social?

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de 1x/semana
- ☐ 1 ou 2x/semana

- 3x/semana ou mais

9- Durante o mês passado, sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?

- Nunca
- Menos de 1x/semana
- 1 ou 2x/semana
- 3x/semana ou mais

10- Vive com um(a) companheiro(a)?

- Não
- Sim, mas noutra quarto
- Sim, no mesmo quarto, mas não na mesma cama
- Sim, na mesma cama

11- Se tem um(a) companheiro(a) de cama ou quarto, pergunte-lhe se, no mês passado,

a) Ronco alto:

- Nunca
- Menos de 1x/semana
- 1 ou 2x/semana
- 3x/semana ou mais

b) Pausas longas na respiração durante o sono

- Nunca
- Menos de 1x/semana
- 1 ou 2x/semana
- 3x/semana ou mais

c) Movimentos de pernas durante o sono

- Nunca
- Menos de 1x/semana

- 1 ou 2x/semana
- 3x/semana ou mais
- d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono:
 - Nunca
 - Menos de 1x/semana
 - 1 ou 2x/semana
 - 3x/semana ou mais
- e) Outros sintomas na cama enquanto dorme, por favor, descreva: _____

Secção IV.2- Escala de sonolência de Epworth

Indique qual a probabilidade de dormir ou de adormecer — e não apenas sentir-se cansado/a — nas seguintes situações?

Este questionário refere-se ao seu modo de vida habitual nos últimos tempos. Mesmo que não tenha feito algumas destas coisas ultimamente, tente imaginar como é que elas o/a afetariam.

- a) Sentado a ler
 - Nenhuma
 - Ligeira
 - Moderada
 - Forte
- b) A ver televisão
 - Nenhuma
 - Ligeira
 - Moderada
 - Forte
- c) Sentado(a) inativo(a) num lugar público (por exemplo, sala de espera, cinema ou reunião)
 - Nenhuma

- ☐ Ligeira
 - ☐ Moderada
 - ☐ Forte
- d) Como passageiro num carro durante uma hora, sem paragem
 - ☐ Nenhuma
 - ☐ Ligeira
 - ☐ Moderada
 - ☐ Forte
- e) Deitado(a) a descansar à tarde quando as circunstâncias o permitem
 - ☐ Nenhuma
 - ☐ Ligeira
 - ☐ Moderada
 - ☐ Forte
- f) Sentado(a) a conversar com alguém
 - ☐ Nenhuma
 - ☐ Ligeira
 - ☐ Moderada
 - ☐ Forte
- g) Sentado(a) calmamente depois de um almoço sem ter bebido álcool
 - ☐ Nenhuma
 - ☐ Ligeira
 - ☐ Moderada
 - ☐ Forte
- h) Ao volante, parado(a) no trânsito durante uns minutos
 - ☐ Nenhuma
 - ☐ Ligeira

- Moderada
- Forte

Secção IV.3- Escala de stress Percepçionado

Para cada questão, indique com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira, **durante o último mês**. Apesar de algumas perguntas serem parecidas, existem diferenças entre elas e deve responder a cada uma como perguntas separadas. Responda de forma rápida e espontânea.

- a) No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?
 - Nunca
 - Quase nunca
 - Algumas vezes
 - Frequentemente
 - Muito frequente
- b) No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?
 - Nunca
 - Quase nunca
 - Algumas vezes
 - Frequentemente
 - Muito frequente
- c) No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em stresse?
 - Nunca
 - Quase nunca
 - Algumas vezes
 - Frequentemente
 - Muito frequente

- d) No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?
- ☐ Nunca
 - ☐ Quase nunca
 - ☐ Algumas vezes
 - ☐ Frequentemente
 - ☐ Muito frequente
- e) No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?
- ☐ Nunca
 - ☐ Quase nunca
 - ☐ Algumas vezes
 - ☐ Frequentemente
 - ☐ Muito frequente
- f) No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?
- ☐ Nunca
 - ☐ Quase nunca
 - ☐ Algumas vezes
 - ☐ Frequentemente
 - ☐ Muito frequente
- g) No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?
- ☐ Nunca
 - ☐ Quase nunca
 - ☐ Algumas vezes
 - ☐ Frequentemente
 - ☐ Muito frequente

- h) No último mês, com que frequência sentiu ter tudo sob controlo?
- ☐ Nunca
 - ☐ Quase nunca
 - ☐ Algumas vezes
 - ☐ Frequentemente
 - ☐ Muito frequente
- i) No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controlo?
- ☐ Nunca
 - ☐ Quase nunca
 - ☐ Algumas vezes
 - ☐ Frequentemente
 - ☐ Muito frequente
- j) No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?
- ☐ Nunca
 - ☐ Quase nunca
 - ☐ Algumas vezes
 - ☐ Frequentemente
 - ☐ Muito frequente

Secção IV.4- Escala PHQ9

- a) Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas
- ☐ Nunca (0)
 - ☐ Em vários dias (1)
 - ☐ Em mais de metade do número de dias (2)
 - ☐ Em quase todos os dias (3)
- b) Senti desânimo, desalento ou falta de esperança

- ☐ Nunca
 - ☐ Em vários dias
 - ☐ Em mais de metade do número de dias
 - ☐ Em quase todos os dias
- c) Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais
 - ☐ Nunca
 - ☐ Em vários dias
 - ☐ Em mais de metade do número de dias
 - ☐ Em quase todos os dias
- d) Senti cansaço ou falta de energia
 - ☐ Nunca
 - ☐ Em vários dias
 - ☐ Em mais de metade do número de dias
 - ☐ Em quase todos os dias
- e) Tive falta ou excesso de apetite
 - ☐ Nunca
 - ☐ Em vários dias
 - ☐ Em mais de metade do número de dias
 - ☐ Em quase todos os dias
- f) Senti que não gosto de mim próprio/a- ou que sou um(a) falhado(a) ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família
 - ☐ Nunca
 - ☐ Em vários dias
 - ☐ Em mais de metade do número de dias
 - ☐ Em quase todos os dias

- g) Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou a televisão (só exemplos)
- ☐ Nunca
 - ☐ Em vários dias
 - ☐ Em mais de metade do número de dias
 - ☐ Em quase todos os dias
- h) Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro mais do que o habitual
- ☐ Nunca
 - ☐ Em vários dias
 - ☐ Em mais de metade do número de dias
 - ☐ Em quase todos os dias
- i) Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma
- ☐ Nunca
 - ☐ Em vários dias
 - ☐ Em mais de metade do número de dias
 - ☐ Em quase todos os dias

Se indicou alguns problemas, até que ponto é que eles dificultam o seu trabalho, o cuidar da casa ou lidar com outras pessoas?

- ☐ Não dificultam
- ☐ Dificultam um pouco
- ☐ Dificultam muito
- ☐ Dificultam extremamente

