



Rui Pedro Matos Liceia

Relatório de Estágio e Monografia intitulada “HIV in the Portuguese LGBT Community” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação, respetivamente, da Dra. Anabela Mascarenhas e da Professora Doutora Ana Miguel Matos e apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Fevereiro 2018



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Rui Pedro Matos Liceia

Relatório de Estágio e Monografia intitulada “HIV in the Portuguese LGBT Community” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação, respetivamente, da Dra. Anabela Mascarenhas e da Professora Doutora Ana Miguel Matos e apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Fevereiro 2018



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Eu, Rui Pedro Matos Liceia, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2011154800 declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatório de Estágio e Monografia intitulada “HIV in the Portuguese LGBT Community” apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade de Estágio Curricular.

Mais declaro que este Documento é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na Bibliografia, segundo os critérios bibliográficos legalmente estabelecidos, salvaguardando sempre os Direitos de Autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.

Coimbra, 12 de fevereiro de 2018.


(Rui Pedro Matos Liceia)

Agradecimentos

À Bárbara Cunha por me mostrares o rumo, por estares, por ensinares, por fazeres... Que nunca se torne uma estranha!

À Equipa da Farmácia Saúde pela sabedoria e assina de tudo pelos bons momentos passados. Que a alegria de fazer um bom trabalho nunca desapareça!

Ao colegas da Escola de Condução Abadias que me ensinaram a trabalhar, me fizeram crescer para que hoje seja o profissional que sou. Obrigado pela família que formámos ao longo destes anos.

Aos colegas de faculdade, dispersos pelo mundo, mas tão perto uns dos outros. Obrigado pelos apoios, as palavras de carinho. As vivências de Coimbra nunca se poderão esquecer porque vocês estão lá.

Aos meus ajudantes: Joana Salgado, Ana Lúcia Melo, João Caldeira e João Nemo. Sem vocês para me ajudar na distribuição questionários este trabalho não tinha sido possível.

À Bianca Knöpfel obrigado pelo passado, logo veremos como será o futuro.

À Sabrina da Rocha, porque há pessoas que aparecem do nada e tornaram-se parte de nós.

À minha Família, em especial aos meus pais e os meus tios Cláudia e Nelson, por serem a minha rede nestas acrobacias aéreas da vida.

À minha comunidade, a Comunidade LGBT, pela ajuda na elaboração deste trabalho. Que um dia estejamos livres do preconceito. Obrigado por lutarem fazendo o mundo mais fácil para todos aqueles que pertencem.

A Ti. Por teres sido o primeiro a ver algo em mim que nem eu sabia que cá estava. Por me teres dado a força necessária para me levantar e fazer o que quero fazer, a ficar do lado daquilo que acho correto e lutar por quem sou. Parabéns por teres encontrado a coragem para assumires quem és. Faz-me só o favor de ser feliz!

Índice

Parte I - Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

1. Lista de Abreviaturas.....	+
2. Introdução.....	,
3. Contextualização da Farmácia Saúde.....	-
4. Análise SWOT.....	%\$
4.1. Pontos Fortes	
4.1.1. Localização e Heterogeneidade da População.....	%\$
4.1.2. Formação da Equipa.....	%%
4.1.3. Serviços.....	%&
4.1.4. Manipulação.....	%
4.1.5. Modelos de Prescrição.....	%{
4.1.6. Plano Curricular do MICF.....	%}
4.1.7. Aquisição de Conhecimentos Específicos.....	"I *
4.2. Pontos Fracos	
4.2.1. Genéricos e os seus Mitos.....	%
4.2.2. Informação em Quantidade e sem Qualidade.....	I -
4.2.3. Plano Curricular do MICF.....	&\$
4.3. Oportunidades	
4.3.1. Modelo/Plano de Estágio.....	&\$
4.3.2. Formação Contínua.....	&%
4.4. Ameaças	
4.4.1. Locais de Venda de MNSRM e outros Produtos de Saúde.....	&&
4.4.2. Número de Referências.....	&'
4.4.3. Desperdício de Recursos.....	&(
5. O papel do Farmacêutico.....	""")2)
6. Conclusão.....	2,
7. Bibliografia.....	2-
Anexo 1 - Plano de Estágio.....	' \$
Anexo 2 - Formações Assistidas.....	' %
Anexo 3 - Medicamento Manipulado.....	' '

Parte 2 - HIV in the Portuguese LGBT Community

1. Abstract.....	3+
2. Abbreviations.....	3-
3. Key-Words.....	3-
4. Introduction.....	(\$
5. Objective.....	"(%
6. Methods and Study Population.....	(%
6.1. Study Population.....	(%
6.2. Questionnaire.....	(&
6.3. Data Analysis.....	"('
7. Results.....	4(
7.1. Study Population.....	4(
7.2. Risk of HIV Infection.....	4*
7.3. HIV Status.....	4,
8. Discussion.....)%
9. Conclusion.....	5*
10. Bibliography.....	5+
Appendix 1 - Questionnaire.....	5-
Appendix 2 - Additional Results.....	* &

PARTE I

Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

I. Lista de Abreviaturas

ANF - Associação Nacional de Farmácias

DCI - Denominação Comum Internacional

DM - Diabetes *Mellitus*

IMC - Índice de Massa Corporal

MICF - Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

MNSRM - Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

MSRM - Medicamento Sujeito a Receita Médica

PA - Princípio Ativo

SNS - Sistema Nacional de Saúde

2. Introdução

A integração no mundo do trabalho é um dos maiores desafios para qualquer recém-formado. Esta dificuldade baseia-se somente no desconhecimento dos procedimentos específicos inerentes a cada profissão. As formações académicas, infelizmente, na maior parte das situações não conseguem mimetizar o ambiente profissional. Apesar de se apostar na análise de casos práticos, recorrendo ou não a métodos como *roll-playing*, a aplicação das bases aprendidas durante o processo pedagógico é limitada uma vez que requer condições que só a realidade pode trazer. Assim, a simulação em contexto real de trabalho é fulcral para um entendimento total do que é a profissão farmacêutica.

Felizmente, além de essencial o estágio é também obrigatório para exercer a profissão farmacêutica. A Diretiva 2013/55/UE de 20 de Novembro 2013, Artº 44º, nº 2 estabelece os requisitos para a formação de Farmacêutico. Na sua alínea b) pode ler-se: “No decurso ou no fim da formação teórica e prática, seis meses de estágio em farmácia aberta ao público ou num hospital, sob a orientação do serviço farmacêutico desse hospital.”⁽¹⁾ No caso da Universidade de Coimbra, o Estágio é a última unidade curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF).

Após ter realizado as 810 horas de estágio, procedi a uma reflexão profunda sobre o mesmo e o documento que se segue é a análise do meu estágio: as suas mais-valias, as dificuldades que encontrei mas acima de tudo um espelho de todo um processo gradual de aprendizagem.

O presente documento é uma análise SWOT (traduzindo: Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças) cuja premissa é analisar o estágio tendo em conta duas dimensões: dimensão interna, avaliada pelos seus pontos fortes e pontos fracos; e dimensão externa, avaliada pelas suas oportunidades e ameaças. A presente análise irá englobar ambas as dimensões através de uma contextualização de cada um dos seus pontos relativamente ao papel do estágio e o MICF na integração do estudante no mercado de trabalho.

O estágio decorreu de 11 de setembro de 2017 a 17 de janeiro de 2018 na Farmácia Saúde, Figueira da Foz, sob orientação da Diretora Técnica: Dr.^a Anabela Mascarenhas.



3. Contextualização da Farmácia Saúde

Morada:

Centro Comercial Atlântico loja n° 7
 Rotunda João Alves
 3080 - 510 Figueira da Foz

Horário de Funcionamento:

Segunda a Sexta: 9:00H às 21:00H
 Sábados e Feriados: 9:00H às 20:00H
 Domingos: 9:00H às 18:00H

Contactos:

Telf: 233 422 534
 email: geral@farmaciasaude
 Site: www.farmaciasaude.pt

Funcionários

Proprietários	Anabela Mascarenhas Flávio Maia
Direção Técnica	Anabela Mascarenhas
Farmacêuticos Substitutos	Nélio Oliveira Ana Rita Fernandes
Farmacêuticos	Ana Cabral Bárbara Cunha Joana Santos Marta Dias
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	Diana Silva Tânia Claro Paulo Silva
Técnicas Auxiliares de Farmácia	Fernanda Marques Paula Santos
Estagiárias	Aline Soares Cláudia Simões
Técnicos Indiferenciados	Deonilde Fernandes Soraya Schneider

4. Análise SWOT

	Dimensão Interna		Dimensão Externa
Pontos Fortes	<ul style="list-style-type: none"> - Localização e Heterogeneidade da População; - Formação da Equipa; - Serviços; - Manipulação; - Modelos de Prescrição; - Plano Curricular do MICF; - Aquisição de Conhecimentos Específicos. 	Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo/Plano de Estágio; - Formação Contínua.
Pontos Fracos	<ul style="list-style-type: none"> - Genéricos e os seus Mitos; - Acesso a informação em Quantidade e sem Qualidade; - Plano Curricular do MICF. 	Ameaças	<ul style="list-style-type: none"> - Locais de venda de MNSRM e outros produtos de saúde; - Número de Referências; - Desperdício de Recursos.

4.1. Pontos Fortes

4.1.1. Localização e Heterogeneidade da População

A Farmácia Saúde está instalada no centro comercial Atlântico, rodeada de uma densa área populacional. Além disto dispõem de estacionamento (parque normal e coberto) que torna a acessibilidade à farmácia extremamente conveniente. O horário alargado tornam a afluência de utentes muito elevada. A junção destas condições faz com que a população que frequenta esta farmácia seja altamente heterogénea, contando com utentes de todas as idades e extratos sociais, e tendo na sua afluência diária tanto utentes habituais como casuais.

Numa fase inicial do estágio, este enorme fluxo populacional pode ser extremamente assustador para um estagiário. No entanto esforcei-me para não ver esta situação como uma desvantagem e rapidamente me apercebi que era sim um ponto forte. A variedade de situações que me apareciam durante o meu tempo ao balcão era espantosa. Isto permitia-me lidar com gamas completamente distintas de produtos e auxiliar em situações muito diversificadas.

Tendo em conta esta heterogeneidade de utentes, a Farmácia Saúde foi criando uma vasta oferta em gamas de produtos que vão desde puericultura, cosmética até ortopedia, suplementos alimentares, etc.

Estes fatores tornam a Farmácia Saúde um local excelente para o acolhimento de estagiários.

4.1.2. Formação da Equipa

A equipa da Farmácia Saúde inclui uma grande variedade de profissionais, cada um com uma formação base, contando com Técnicos Auxiliares de Farmácia, Técnicos de Farmácia e Farmacêuticos, que também possuem diferentes graus académicos tais como Licenciatura, Mestrado, Pós-graduação e até Doutoramento. Assim que iniciei o estágio, consegui perceber que, com o tempo cada um destes trabalhadores se foi especializando numa determinada área, conhecendo os respetivos produtos extensivamente. A aposta em formações é contínua, além de que, quando não é possível que todos os trabalhadores tenham a formação, esta é assistida por um elemento, que posteriormente passará o conteúdo da formação para a restante equipa.

Em termos de operacionalidade acontecia exatamente o mesmo. Muitas vezes durante os atendimentos, os Farmacêuticos e os Técnicos conferenciavam rapidamente em situações de dúvida, de modo a que pudessem chegar ao melhor aconselhamento. Enquanto estagiário, e tendo em conta o elevado número de referências com que se trabalha em farmácia comunitária, foi importantíssima esta possibilidade de falar com os colegas que percebiam mais sobre o assunto e até mesmo trazê-los para o meu balcão para auxiliar num determinado atendimento. Esta dinâmica resultava no melhor para o cliente, minimizava os meus erros enquanto estagiário e contribuía para o meu processo de aprendizagem.

Assim, posso dizer que cada membro da equipa fez parte da minha formação. Reconhecendo que antes do estágio o meu conhecimento em certas áreas era muito limitado, chego ao final com autonomia para aconselhar um utente, seguro da informação que estou a dar, mas confirmando-a sempre que necessário visto que estamos a trabalhar num ambiente de aprendizagem dinâmico e em constante transformação.

4.1.3.Serviços

Durante o MICF lidamos regularmente com *guidelines* que pressupõem valores de referência de parâmetros bioquímicos. No entanto, muitos desses testes não eram executados por nós enquanto alunos, cabendo-nos apenas a interpretação dos seus resultados. Graças ao estágio tive oportunidade de aprender a executar diversos testes de parâmetros bioquímicos assim como medições de pressão arterial.

A Farmácia Saúde coloca à disposição dos seus utentes um abrangente leque de testes bioquímicos:

Cobas[®] 6000 - é um equipamento que permite analisar diversos parâmetros com recurso a centrifugação. Tive oportunidade de executar os dois testes que realizamos na farmácia saúde neste aparelho: determinação do Perfil Lipídico Completo, fornecendo informações de Colesterol LDL, Colesterol HDL e Triglicédeos; e determinação de Hemoglobina Glicada.

Reflotron[®] Plus - apesar de este equipamento permitir a deteção de um variado conjunto de parâmetros, na Farmácia Saúde apenas é utilizado para determinar no sangue capilar: ácido úrico, colesterol total, creatinina e triglicéridos.

Urisys 1100[®] - é um equipamento que permite quantificar de forma fiável os parâmetros avaliados pelo Combur-test[®]. Desta forma consegue perceber-se pequenas nuances de cor na tira teste e desta forma quantificar diversos parâmetros da urina como: leucócitos, urobilinogénio, bilirrubina, sangue, nitritos, pH, densidade, proteína, glicose e cetonas.

CoaguChek[®] XS Plus - este equipamento é utilizado para medição dos valores de INR.

Além de todos os equipamentos acima descritos tive oportunidade de executar diversas medições de pressão arterial e diversas pesagens, inclusivamente com recurso a uma balança de bioimpedância que permite a determinação de índice de massa corporal (IMC), massa corporal, percentagem de massa gorda, percentagem de massa magra, metabolismo basal e gordura visceral.

Além destes serviços a farmácia saúde dispõe ainda de diversas consultas nutrição, aconselhamento farmacoterapêutico para utentes polimedicados, revisão da medicação e ainda organização e preparação individualizada de medicação. Enquanto estagiário foi fundamental a observação de alguns destes serviços para poder compreender em toda a extensão a função do farmacêutico.

4.1.4. Manipulação

Os medicamentos manipulados são uma realidade da farmácia comunitária. Infelizmente, derivado do aumento das referências produzidas e comercializadas pela indústria, bem como as dificuldades em obtenção de matérias-primas, as obrigações legais inerentes ao laboratório e o elevado custo, os manipulados têm vindo a cair em desuso. Todavia a Farmácia Saúde esforça-se para apostar na manipulação, dispondo já de um vasto portfólio de manipulados executados regularmente.

Segundo o Decreto-lei nº 95/2004, de 22 de Abril, um medicamento manipulado pode ser uma forma magistral ou um preparado oficial.⁽²⁾ O mesmo DL estabelece também como: “«Fórmula magistral» o medicamento preparado em farmácia de oficina ou nos serviços farmacêuticos hospitalares segundo receita médica que especifica o doente a quem o medicamento se destina” e “«Preparado oficial» qualquer medicamento preparado segundo as indicações compendiais, de uma farmacopeia ou de um formulário, em farmácia de oficina ou nos serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado diretamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço.”⁽²⁾

Na Farmácia Saúde tive oportunidade de observar a preparação de diversos manipulados dos quais posso enumerar: propranolol solução oral para utilização em pediatria, cápsulas de nitrofurantuina, vaselina com enxofre, minoxidil solução de aplicação tópica, entre outros. Tive ainda oportunidade de preparar vaselina salicilada a 5%, bem como o preenchimento da ficha de manipulação, controlo de qualidade e elaboração do rótulo referente ao manipulado que realizei. Tais documentos podem ser consultados no Anexo 3.

Além dos manipulados, diversos medicamentos, devido à sua baixa estabilidade, são comercializados em pó e necessitam que ser reconstituídos antes de serem dispensados. Tive oportunidade de observar e reconstituir diversas preparações extemporâneas. Esta tarefa era sempre acompanhada de uma confirmação de dosagem bem como de procedimentos necessários para acondicionamento e administração do medicamento (a validade é inferior à indicada na embalagem, muitas vezes deve ser conservado no frigorífico e no caso de uma suspensão, agitar antes de administrar).

4.1.5. Modelos de Prescrição

Os modelos de prescrição atuais pressupõem 3 tipos diferentes de receitas médicas: receitas manuais, receitas eletrônicas e receita eletrônica desmaterializada. Consegui, durante o estágio, proceder a dispensas com base nos 3 modelos, tendo, no entanto, lidado mais com a receita eletrônica desmaterializada pois é aquela que hoje é mais utilizada.

A receita eletrônica desmaterializada permite que, apenas com recurso a três códigos, o farmacêutico possa ter acesso à prescrição e assim faça a dispensa do medicamento. Relativamente à organização do receituário ao fim de cada mês, este novo modelo de receitas veio facilitar imenso o trabalho do farmacêutico comunitário, quer na redução do tempo despendido na correção do mesmo, quer no que diz respeito aos erros de comparticipação inerentes à anterior introdução manual dos códigos referentes aos diferentes organismos de comparticipação e complementaridades existentes. Os outros dois modelos servem, atualmente, para colmatar as falhas das receitas desmaterializadas, como é o caso da prescrição para utentes estrangeiros que não sejam passíveis de comparticipação pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS) ou da prescrição de medicamentos manipulados, e para as situações em que não é possível utilizar esse modelo de prescrição, como é o caso dos domicílios ou das eventuais falhas do sistema informático.

Enquanto estagiário tive que aprender todos os procedimentos para dispensar os 3 tipos de receitas e, em geral, considerei que foi uma ótima experiência uma vez que me permitiu recordar as regras para a prescrição, conhecer as diversas prescrições e até mesmo conviver com as complementaridades, suas regras e requisitos. Um dos poucos pontos negativos que posso referenciar relativamente ao processo de dispensa de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) foi a receita manual, que em caso de falência informática numa unidade de saúde apareciam em massa. Essas receitas, como eram menos usuais e têm sempre a subjetividade inerente à caligrafia do prescriptor, tornavam o meu trabalho mais difícil.

O obrigatoriedade da prescrição ser feita por Denominação Comum Internacional (DCI) simplificou a minha aprendizagem visto que em todo o MICEF raramente referimos medicamentos pelo seu nome de marca. Ao chegar ao estágio a ponte entre um composto e o seu Princípio Ativo (PA) é difícil de efetuar. A prescrição por DCI garantiu que a convivência com as marcas fosse mais gradual e permitiu-me rapidamente reconhecer um produto e consequentemente aconselhar o utente.

4.1.6. Plano Curricular do MICF

O plano curricular do MICF, essencialmente as suas bases farmacológicas, é um instrumento fulcral para a realização do Estágio Curricular.

O ambiente profissional está longe da realidade que encontramos enquanto alunos da Faculdade de Farmácia. O facto de a informação, por parte do utente, não nos ser transmitida de forma objetiva e concreta pode ser paralisante nos primeiros contactos com a profissão, uma vez que estamos apenas habituados a lidar com os factos da forma mais científica possível. No entanto, ultrapassando a fase de adaptação, o trabalho do farmacêutico é: relacionar as bases e fazer associações entre factos.

No mestrado integrado os conhecimentos de farmacologia são essenciais para descortinar efeitos secundários, interações medicamentosas, fazer validações de prescrição e até escolher o melhor produto para um aconselhamento farmacêutico. O contacto com vários PAs permitiu reconhecer rapidamente a função de um produto com base na sua constituição. Todos os conhecimentos adquiridos em unidades curriculares tecnológicas como Tecnologia Farmacêutica I, II e III e Farmácia Galénica permitiram-me numa base diária avaliar prescrições, adequar posologias e até mesmo manipular medicamentos em laboratório. Finalmente existem imensos requisitos legais com os quais tive necessidade de lidar diariamente. Muitas vezes, durante o percurso académico julgamos que não há necessidade de um conhecimento exaustivo da legislação que regula a profissão e os procedimentos farmacêuticos. A verdade é que aplicamos a legislação a todo o momento, para saber se um medicamento é ou não sujeito a receita médica, na validação de prescrições médicas e até mesmo no simples exercício das nossas funções mais elementares. É essencial conhecer bem os limites legais que regulam o nosso trabalho para podermos perceber como proceder em todas as situações. E este conhecimento foi-me dado pelo MICF.

Finalmente, concluo que o facto de o plano curricular terminar com uma simulação em contexto real de trabalho é fantástico. Como já foi mencionado, a realidade académica e profissional são tão distintas que só passando por um contexto real e tendo possibilidade de errar e aprender *in situ*, podemos perceber o que é ser um farmacêutico, e apenas assim podemos concluir a formação preparados para o mercado de trabalho.

4.1.7. Aquisição de Conhecimentos Específicos

Apesar de todos os pontos fortes já enumerados no que diz respeito à formação que o MICF proporciona, determinadas áreas são apenas conhecidas em profundidade e compreendidas aquando do estágio em farmácia comunitária. Este facto não é necessariamente um defeito do mestrado mas sim uma consequência da especificidade e subjetividade inerentes a determinadas áreas, que não podem naturalmente ocupar tempo de forma isolada nos cinco anos de formação base, ou que são apenas matéria de unidades curriculares opcionais. Refiro-me, desta forma, a áreas como a puericultura, a ortopedia, a geriatria, os dispositivos médicos, o material médico e de enfermagem, bem como outros nichos como a suplementação alimentar em áreas específicas como as comorbilidades associadas a cuidados paliativos ou simplesmente a nutrição desportiva.

No entanto, este ponto tem como objetivo essencial evidenciar que o trabalho de um farmacêutico comunitário não passa, de todo, apenas por aquilo que é a dispensa e o contacto direto com o utente. Assim sendo, há toda uma realidade absolutamente desconhecida, para o estudante antes do início do estágio, que remonta a todo o trabalho de *backoffice* por detrás do bom funcionamento de uma farmácia comunitária. Este trabalho passa por gestão e receção de encomendas, seleção de fornecedores, gestão e aprovisionamento de *stock*, controlo de prazos de validade e disposição de lineares.

Necessitamos de compreender que além de um espaço de saúde, uma farmácia comunitária é uma empresa, sendo, por isso, necessário assegurar a sua viabilidade financeira, sem nunca prejudicar o utente.

A maioria do *stock* da Farmácia Saúde é adquirida através de armazéns grossistas. O seu principal fornecedor é Alliance Healthcare mas por vezes recorre a outros fornecedores tais como Plural - Cooperativa Farmacêutica, Proquifa, Lda e Cooprofar - Cooperativa dos Proprietários de Farmácia. Em determinadas circunstâncias, devido à elevada rotatividade de produtos, também é política habitual a compra de produtos diretamente aos laboratórios, via os seus delegados. Além de todos estes já mencionados, a Farmácia Saúde pertence ao Grupo “Mais Farmácia”, um grupo de compras que permite a aquisição de produtos com melhores condições comerciais.

Durante todo o estágio as encomendas foram uma realidade constante, quer diárias, quer encomendas instantâneas, de menor quantidade, através da plataforma *business-to-business* e normalmente associadas a uma reserva de um utente durante o atendimento. Após a chegada da encomenda procedia-se à entrada dos produtos no *Sifarma 2000*[®] para garantir a

exatidão do *stock*. Posteriormente procede-se à arrumação dos produtos nas gavetas ou nos lineares. Enquanto que a disposição dos artigos pelos lineares está mais intimamente ligada ao aspeto estético e de *marketing*, no interior da farmácia a disposição dos medicamentos encontra-se dividida por gavetas e armários:

- Gavetas verticais albergam formulações como comprimidos e cápsulas e estão arrumadas num conjunto de gavetas, ordenadas por ordem alfabética em relação à DCI; outros medicamentos estão arrumados por categorias, como pomadas, cremes, gotas orais/nasais/auriculares, ginecológicos, entre outros, por ordem alfabética das marcas.

- Gavetas horizontais contêm produtos como colírios, pomadas oftálmicas, produtos do protocolo da Diabetes *Mellitus* (DM), produtos de veterinária e alguns suplementos alimentares.

- Armários com prateleiras para medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), material de primeiro-socorro, champôs, leites, fraldas, xaropes, suspensões, produtos de maior rotação, etc.

- Frigorífico: para artigos termolábeis.

A arrumação é feita de acordo com um sistema de *first in – first out*, onde deve ser cuidada a atenção na arrumação de forma que o produto com o prazo de validade mais curto seja o primeiro a sair aquando da sua dispensa.

Esporadicamente, de forma a garantir a veracidade dos dados de *stock* constantes no *Sifarma 2000*[®] é necessário proceder-se à realização de um inventário de todos os produtos. Durante o meu estágio tive oportunidade de participar num inventário, processo moroso, mas essencial para qualquer empresa.

Para todos estes processos a ferramenta utilizada é o *Sifarma 2000*[®]. Este *software* permite a elaboração e receção de encomendas, gestão de stocks, controlo de prazos de validade, impressão de etiquetas, efetuar devoluções, entre outras. Mais que uma ferramenta de gestão este programa permite, além de fazer também a faturação, consultar rapidamente informação científica em relação a um produto de forma a que possamos brilhar durante o atendimento. Aprender a trabalhar com o *Sifarma 2000*[®] foi fulcral para a realização do estágio.

A verdade é que o estágio foi mais do que uma aprendizagem específica da profissão de farmacêutico comunitário. O que aprendi na Farmácia Saúde é transversal a diversas empresas, de diversos ramos.

4.2.Pontos Fracos

4.2.1.Genéricos e os seus Mitos

Os medicamentos genéricos são cada vez uma realidade mais comum. Apesar de hoje a sua reputação estar a melhorar, este processo é lento e encontra-se cheio de informações erradas.

Diversos utentes alegam que a eficácia dos medicamentos genéricos está longe de ser a mesma que a dos medicamentos de marca. Outros alegam mesmo que são constituídos por matérias-primas duvidosas, importadas de países que não executam um apertado controlo de qualidade. Estes fatores, em conjunto culminam em medicamentos defeituosos e ineficazes e a prova de que o são é a diferença de preço entre o medicamento de marca e seu genérico.

Além deste problema de crenças, surge a dificuldade inerente às diferentes cartonagens apresentadas pelo mesmo ativo farmacológico. A verdade é que os utentes mais idosos, inclusivamente alguns com baixa escolaridade, gerem a sua medicação com base nas características das embalagens em vez da sua denominação. Para eles uma caixa diferente é um medicamento diferente. A mudança de laboratório ou de um medicamento de marca para um medicamento genérico pode resultar numa toma errada ou até na duplicação de uma medicação.

Muitas vezes os próprios prescritores influenciam a decisão do utente. Alguns membros da classe médica, em muitas situações, ignoram os problemas económicos e cegamente convencem o utente de que a qualidade do medicamento genérico é matéria que deve ser posta em causa. Estas situações podem, em certos casos, levar à não adesão à terapêutica, por parte do utente, somente por falta de poder económico para adquirir o medicamento.

Apesar de um notório esforço da parte dos farmacêuticos para informar e desmistificar estas crenças, os utentes continuam com imensas dúvidas. Necessitamos de continuar a intervenção junto do utente para que a escolha entre um genérico e um medicamento de marca seja, cada vez mais, apenas uma análise consciente do custo, tendo em conta que estamos perante o mesmo benefício.

4.2.2. Acesso a informação em Quantidade e sem Qualidade

Enquanto estagiário tenho que realçar a percepção da enorme luta inerente a qualquer emprego que envolva atendimento ao público: ganhar a confiança do utente. Muitas vezes somos tidos como profissionalmente incapazes ou mesmo como meros leigos pelos utentes que, frequentemente, evitam ser atendidos por estagiários. No entanto, durante todo o tempo fui confrontado com dúvidas dos utentes, muitas vezes induzidos em erro pelas verdadeiras fontes de informação duvidosas por eles consultadas, como a internet, que tantas vezes os fazia questionar muitas das minhas decisões.

A internet pode ser uma ferramenta fantástica, mesmo para nós Farmacêuticos. O mercado é vasto, as patologias por vezes são demasiado específicas e, por isso, necessitamos cada vez mais de fontes de informação como o *Sifarma 2000*[®] ou mesmo a internet. A diferença é que enquanto aluno fui treinado durante anos para escolher fontes de informação fidedignas e seleccionar a informação mediante a situação que se apresenta. O utente não tem este filtro.

Outra das situações recorrentes, e que me preocupam imenso, passa pela exigência de certos utentes em querer adquirir medicamentos sem receita médica e, muitas das vezes, sem histórico na farmácia. Muitos alegam terem ido à Internet e já terem a certeza que aquele é o medicamento que necessitam e que dispensam a ida ao médico. Esta situação é também recorrente para utentes que fazem determinados tipos de medicação durante longos períodos de tempo, como as benzodiazepinas, e quando ficam sem medicação, em vez de irem diretamente ao médico, dirigem-se à farmácia alegando que pelo valor do medicamento não vale a pena pagar a taxa moderadora. Nestes casos o farmacêutico tem um dever ético e legal de negar a cedência destes medicamentos, mas sempre fundamentando a sua decisão junto do utente.

Percebi que o nosso papel enquanto agentes de saúde é sermos o filtro da informação que o utente recebe. Mais do que seleccionar e dispensar a informação importante em relação à terapêutica do utente, temos mesmo que continuamente explicar, numa linguagem sempre adequada, o porquê de qualquer situação. Com a confiança no papel do farmacêutico abalada e muitas fontes falsas temos cada vez mais o trabalho dificultado. Ainda assim mantemo-nos firmes e agarrados ao nosso objetivo.

4.2.3.Plano Curricular do MICF

Apesar de este ponto já ter sido mencionado acima como um dos pontos fortes da minha análise, eu considero-o também um ponto fraco.

Após a minha chegada à Farmácia Saúde comecei a constatar variadas falhas de conhecimentos base em diversas gamas de produtos. Estas não eram somente causadas pelo número imenso de referências e marcas com diversas especificidades. As falhas eram estruturais e situavam-se nas bases da minha formação académica.

Em áreas como produtos de utilização veterinária ou cosmética as minhas bases eram tão estreitas que não era possível perceber o que aconselhar, descortinar produtos semelhantes e até a correta forma de utilização de um determinado produto.

Áreas como dispositivos médicos são apenas abordadas em unidades curriculares opcionais podendo ser interpretadas como um complemento à formação. Todavia, em imensas situações encontrei-me completamente à deriva em aconselhamento de determinados dispositivos.

Noutras áreas estas falhas também se notaram, todavia o estágio é um elemento da aprendizagem e por isso, durante todo o estágio, procurei focar-me em expandir os meus conhecimentos recorrendo a livros ou formações para colmatar as lacunas que fui percecionando, de forma a garantir que os utentes por mim aconselhados dispusessem sempre de um serviço de qualidade, que suprimisse todas as suas necessidades.

4.3.Oportunidades

4.3.1.Modelo/Plano de Estágio

O modelo de estágio que me foi aplicado é talvez uma das coisas que mais importa referir neste relatório. Inicialmente, fiz parte apenas das atividades de *back-office*, participando ativamente em todas as ações inerentes à organização e gestão diária de uma farmácia comunitária. Durante esta fase, que durou aproximadamente um mês, adquiri diversas competências que se vieram a revelar de extrema importância quando iniciei a fase de atendimento ao balcão. Depois desta fase, seguiu-se um período de observação de um farmacêutico ao balcão que durou sensivelmente duas semanas, durante as quais pude aprender a utilizar o sistema informático no modelo de atendimento, bem como percecionar

todos os protocolos de atuação da Farmácia Saúde nas mais diversas situações que foram surgindo. Esta segunda fase permite que o estagiário inicie o atendimento a solo de uma forma mais segura, organizada e ciente. Por fim, iniciei então o período de atendimento sob supervisão de um farmacêutico e posteriormente o atendimento autónomo sob uma supervisão mais distante mas sempre existente.

Este plano de contacto com a globalidade do trabalho de farmacêutico baseia-se num método de fracionamento em que as operações complexas são divididas em tarefas mais pequenas. Seguindo depois um modelo demonstrativo o estagiário elabora estas pequenas tarefas repetidamente até as perceber. Após adquirir os conhecimentos que cada fase do estágio representa, o aluno consegue acumular conhecimentos específicos que serão essenciais para a fase seguinte.

O facto de o processo ser sempre supervisionado por um profissional experiente permite que o estagiário execute os procedimentos, fazendo uma descoberta própria de resolução dos problemas que possam surgir, sempre com uma pessoa a quem recorrer e que garante que não há prejuízos quer para a empresa que supervisiona o estagiário quer para o utente.

O plano de estágio mencionado pode ser consultado no Anexo I deste documento. O mesmo foi apresentado em 2016 no congresso da Associação Nacional de Farmácias (ANF). Considerei este plano uma oportunidade porque não foi bom apenas para mim. É um modelo de estágio que mostrou os seus resultados com todos os estagiários que passaram pela Farmácia Saúde antes de mim e para os que passarão depois de mim.

4.3.2. Formação Contínua

O código do trabalho, legislado pela Lei 7/2009, de 12 de Fevereiro preconiza nos artigos 130 a 134 as obrigações da formação profissional.⁽³⁾ A entidade patronal deve fornecer a cada trabalhador 35 horas de formação anual. Todavia a Farmácia Saúde vai muito além desta mera obrigação contratual. Durante todo o meu estágio assisti a diversas formações com outros trabalhadores da Farmácia Saúde, dentro e fora da própria farmácia. As formações em que participei encontram-se citadas no Anexo 2.

Na realidade a oferta formativa no universo farmacêutico é enorme. Para qualquer profissional este facto é uma oportunidade fantástica, permitindo constantemente melhorar. Esta oferta formativa acontece em três esferas diferentes: numa delas temos as indústrias que fornecem informação aos profissionais de saúde sobre as especificidades dos seus

produtos, melhorando o aconselhamento dos mesmos, por outro lado temos outras entidades a ministrar formação para melhorar a performance profissional de um ponto de vista operacional, concentrando-se mais na fidelização de clientes e outras questões do ponto de vista comercial, e por fim existem ainda formações meramente científicas que visam somente aumentar as bases formativas destes profissionais.

Estas formações fazem com que o nosso processo de aprendizagem não fique estagnado, permitem-nos acompanhar as evoluções do mercado, conhecer por dentro e por fora o arsenal terapêutico disponível e acima de tudo melhorar enquanto promotores de saúde pública.

4.4.Ameaças

4.4.1.Locais de Venda de MNSRM e outros Produtos de Saúde

Os locais onde os produtos de saúde e os MNSRM são vendidos representam uma ameaça ao papel do farmacêutico e às farmácias em si. Muitas das vezes estes locais são interpretados pelos seus funcionários como um local de comércio em vez de um local por excelência para a promoção da saúde. Muitos medicamentos são dispensados sem qualquer esclarecimento e a preços com os quais as farmácias não podem competir.

Durante o estágio grande parte das “reclamações” que tinha era devida aos preços praticados. Visto que o utente desconhece o mercado farmacêutico generaliza pensando que todos os medicamentos têm um valor tabelado e aprovado pelo INFARMED, IP. A verdade é que os descontos obtidos por grandes cadeias que compram massivamente produtos às marcas não se conseguem comparar com os mesmos que são obtidos pelas farmácias quando compram às suas distribuidoras. Assim, o mesmo produto tem um custo unitário muito inferior para as grandes superfícies face ao mesmo medicamento adquirido por uma farmácia. Desta forma, aplicando a mesma percentagem de lucro, o produto será sempre mais dispendioso na farmácia do que noutras superfícies. Além desta razão, não pode esquecer-se que o aconselhamento farmacêutico que deve existir durante a dispensa do medicamento é uma realidade quase exclusiva da farmácia. A este facto acresce o problema de este aconselhamento não poder ser custeado, por enquanto, estando o valor deste serviço, no fundo, incluído no valor do produto.

Mas a verdade é que o utente não quer saber. Generalizou-se um sentimento de que as farmácias agem por ganância. Logicamente quando o utente pensa assim quem perde é a

farmácia e os seus profissionais que muitas vezes são mal vistos e acusados de complicarem demasiado a dispensa e inflacionarem o preço deliberadamente para enganar o utente. A verdade é que só estamos a fazer o nosso trabalho: aplicar os preços que sejam razoáveis para a farmácia, decretados pela gerência ou INFARMED,IP e garantir que o medicamento é usado da forma correta e segura.

4.4.2. Número de Referências

O elevado número de referências pode parecer uma mais-valia, no entanto pode funcionar também como uma ameaça. As farmácias não possuem capacidade para albergar o elevado número de produtos que se encontram disponíveis no mercado. Este problema manifesta-se não só nas áreas dos MNSRM e outros produtos de saúde, mas também em MSRM. A quantidade imensa de laboratórios de genéricos impede que uma farmácia disponha em stock todos os genéricos, para todos os PA, para todas as Formas Farmacêuticas e em todas as suas dosagens. Isto leva a que muitas vezes se percam clientes por não possuímos o produto requerido.

Para evitar isso, a Farmácia Saúde aposta principalmente num número limitado de laboratórios bem cotados no mercado, tentando passar aos seus utentes, ao mesmo tempo, uma garantia de segurança na utilização desses medicamentos, assim como a garantia de que o medicamento pretendido está permanentemente disponível. Assim evitam-se gastos desnecessários para a farmácia, com telefonemas e tempo dos profissionais, e também para o utente, que já não terá que voltar mais tarde para levantar o medicamento.

Efetivamente o problema tem dimensões mais profundas quando falamos dos MNSRM e outros produtos de saúde. A introdução de novos produtos como Suplementos Alimentares é constante. Cada vez mais dispomos de formulações ligeiramente diferentes para a mesma indicação. É impossível para um farmacêutico seguir de perto todos os lançamentos de novos produtos. Desta forma, torna-se muito difícil mantermos um atendimento de excelência não conhecendo a extensão do arsenal terapêutico que dispomos num aconselhamento.

Enquanto estagiário, muito pouco habituado a lidar com marcas, chegar ao mercado e saber tudo o que temos disponível é impossível. Só com anos de experiência se consegue chegar a um conhecimento tal que nos permita acompanhar razoavelmente o crescimento do mercado. Desta forma, o elevado número de referências funciona como uma barreira à entrada no mercado para um farmacêutico em farmácia comunitária.

4.4.3.Desperdício de Recursos

O desperdício de recursos encontra-se essencialmente em dois planos: no plano do utente e no plano do Sistema Nacional de Saúde.

Em diversas situações as receitas eletrónicas encontravam-se elaboradas de uma forma que tornava impossível a realização da comparticipação, quando esta deveria estar a acontecer. Como tal, para adquirir o medicamento prescrito o utente tem que pagar o mesmo por inteiro, o que por vezes resulta em falhas na adesão à terapêutica por falta de poder económico para essa aquisição. Outras vezes o prescritor incorre em erros nos códigos dos produtos, fazendo com que o produto prescrito não seja aquele que o utente necessita, levando então a um atraso no início ou um interregno na terapêutica. Quando esses erros acontecem em produtos como produtos de ostomia ou insulinas, produtos ao abrigo de portarias de comparticipação especiais como o protocolo da DM, isto leva a um desperdício avultado de dinheiro público dadas as suas elevadas comparticipações.

Para clarificar o problema irei descrever um dos vários exemplos que acontecem regularmente. Vários foram os utentes que iniciaram uma terapêutica com um medicamento que depois foi alterado. Numa primeira receita eletrónica desmaterializada, e como se tratava de uma medicação crónica, permite-se a dispensa de várias unidades e tendo em conta o baixo custo do medicamento, o utente leva consigo toda a prescrição de uma só vez, mesmo após uma insistência por parte do farmacêutico para não o fazer. Quando a terapêutica era mudada um mês ou dois depois o utente dirige-se à farmácia com diversos medicamentos por abrir para saber qual o destino que lhes haveria de dar. Tendo em conta que não são permitidas devoluções de medicamentos, uma vez que não há garantias da correta conservação dos mesmos, o único destino possível para todos aqueles fármacos é o *ValorMed* para que sejam destruídos. Esta situação leva a perdas avultadas para o SNS e por vezes para o próprio utente.

Durante o estágio gostaria que esta situação apenas tivesse acontecido esporadicamente, mas a verdade é que estes casos foram frequentes. A utilização racional dos recursos deve ser tida em conta. Este é um problema social e de saúde pública. Os profissionais de saúde têm o dever cívico e ético de intervir na tomada de consciência do utilizador. O controlo deveria ser mais apertado e a aplicação de comparticipações deve continuar a ser analisada para que todos possam ter acesso aos medicamentos que necessitem, mas nem a mais nem a menos.

5. O Papel do Farmacêutico

Caso I

Utente do sexo feminino, com 43 anos, dirige-se à farmácia queixando-se de uma crise hemorroidária muito dolorosa. A utente referiu ainda que teve apenas uma crise semelhante de que se recorda, alguns anos atrás, no seguimento do parto do seu filho. Após algumas questões, concluí que a senhora se encontrava numa crise de obstipação que durava já há duas semanas e que, provavelmente, seria a causa da crise hemorroidária. Após esta conclusão, decidi questioná-la sobre os seus hábitos alimentares, mais concretamente referentes à quantidade de água ingerida e à quantidade de fibras contidas na sua alimentação. A utente admitiu não conseguir beber muita água ao longo do dia. De imediato aconselhei a utente a ingerir mais água, pelo menos 1,5l, especialmente entre as refeições. Tratando-se de uma situação aguda e que necessitava de ser resolvida, aconselhei lactulose, um laxante hiperosmótico, para facilitar o trânsito intestinal.⁽⁴⁾ Relativamente ao tratamento sintomático da crise hemorroidária, questionei se a hemorróida se encontrava em sangramento ou não. Como me indicou que não havia evidências de sangue, aconselhei a aplicação interna e externa de uma pomada rectal à base de Tribenosido e Cloridrato de lindocaíca (*Procto-glyvenol*[®]), garantindo assim uma ação anestésica, anti-inflamatória e venotrópica.⁽⁵⁾ Em termos de medidas não farmacológicas indiquei que não deveria ficar muito tempo sentada na sanita, ou fazer esforço ao defecar e ainda que deveria lavar a região perianal com água fria (banho de acento). Por fim, alertei a senhora de que deveria mencionar o problema ao seu médico, especialmente caso não conseguisse normalizar o seu trânsito intestinal, ou caso a crise se repetisse.

Caso II

Visto tratar-se de duas situações semelhantes, decidi agrupar dois atendimentos junto sem apenas um caso, uma vez que ambos se tratam de um desconhecimento das possíveis interações entre medicamentos e plantas medicinais.

Uma utente, com uma idade que deveria rondar os trinta anos, chega à farmácia questionando se tínhamos chá de Hipericão. Contou também que andava bastante ansiosa e deprimida e tinha visto na internet que o chá de hipericão possuía propriedades para aliviar os sintomas que sentia. Logo percebi que se referia à infusão da planta *Hypericum perforatum*.

Visto que a senhora claramente se encontrava em período fértil questionei se estava a fazer a pílula contraceptiva ao que a utente anuiu confirmando este facto. Expliquei-lhe então que a infusão de Erva de S. João ou Hipericão tinha interação com a pílula contraceptiva podendo mesmo fazer com que esta perca o seu efeito.⁽⁶⁾ Visto que a utente procurava uma solução mais “natural” indiquei-lhe, para a sua ansiedade, a planta *Valeriana officinalis*, indicando-lhe duas alternativas: cápsulas de raiz de Valeriana ou comprimidos de extrato de Valeriana.⁽⁷⁾ A utente optou pelos comprimidos, agradecendo toda a informação pois na pesquisa que tinha feito não fazia menção das consequências da utilização do Hipericão.

Num dia diferente, uma utente idosa abordou-me, muito aflita alegando que se sentia tonta. Aparentemente estava bem, mas ao levantar-se da zona de espera sentiu-se mal. Propus à utente que medíssemos a sua pressão arterial que apresentava valores de pressão sistólica de 90mmHg e pressão diastólica de 60mmHg. Questionei-a se tomava alguma medicação para a pressão arterial ao que me informou que sim. Era hipertensa e na semana anterior tinha ido ao médico, e visto que os valores estavam tão elevados, ele trocou-lhe a medicação para doses superiores, no entanto as tonturas só tinham começado na presente semana quando começou a fazer dieta. Perguntei em que consistia a sua dieta para poder despistar uma possível hipoglicémia, mas logo me indicou que passava por uma diminuição de quantidade de alimentos ingeridos, refeições de cozidos e grelhados e para auxiliar tomava 1,5l de chá de cavalinha, pois tinha lido que ajudava a perder peso. Expliquei então à utente que a infusão de plantas do género *Equisetum* têm uma ação diurética que combinada com um aumento de dosagem dos anti-hipertensores pode ter causado os episódios de hipotensão arterial que tinha sentido.⁽⁸⁾ A utente percebeu então que antes de tomar um chá deveria confirmar os seus efeitos com um profissional de saúde.

Caso III

Uma senhora entra na farmácia com o seu filho. Trazia consigo uma receita médica para o adolescente que me informou ter 12 anos e cerca de 45kg. Estava prescrito um antibiótico: claritromicina 500mg, 6 comprimidos de libertação modificada. Todavia a posologia, escrita à mão por baixo da prescrição, chamou-me à atenção: dissolver 1 comprimido num copo de água e tomar uma vez ao dia. Sendo um comprimido de libertação modificada está tecnologicamente preparado para dispensar o PA de forma gradual e por isso mesmo efetuar a toma apenas uma vez ao dia. Questionei a mãe se a criança tinha problemas na deglutição de comprimidos ao que me respondeu que não, mas que o médico tinha

proposto que dissolvesse o comprimido para que fosse mais fácil para a criança visto que a sua garganta se encontrava inflamada. Expliquei então à utente que, devido à natureza tecnológica da preparação, o comprimido não poderia ser dissolvido em água, mas sim tomado inteiro com recurso a líquidos, de preferência água.⁽⁹⁾ A utente percebeu a razão pela qual não podia dissolver a forma farmacêutica e indicou-me que o filho iria efetuar a toma tal qual eu lhe tinha explicado, sem fraturar ou dissolver o comprimido.

Caso IV

Uma utente de meia-idade chega à farmácia com uma prescrição de diversos medicamentos. Claramente a utente era polimedicada para Hipertensão Arterial. Pediu-me que lhe dispensasse uma caixa de cada. Espantado, reparei que a Senhora se encontrava a tomar 6 anti-hipertensores diferentes: 1 diurético de ança, 1 diurético tiasídico, 1 bloqueador dos canais de cálcio, 1 inibidor da enzima de conversão da angiotensina II e 1 bloqueador β -adenergético. Além destes encontrava-se também a fazer 1 anti-agregante plaquetar (Ácido Acetilsalicílico). Perguntei se estes tinham sido medicamentos prescritos recentemente ao que me respondeu que não, já era medicação habitual. Restou-me apenas questionar como estavam os seus valores de pressão arterial, ao que a utente me respondeu que, desde que esta terapêutica lhe tinha sido instaurada, tinham conseguido por fim estabilizar, dentro dos valores de referência. Posto isto, fiz a cedência da medicação prescrita.

Tendo em conta os contornos únicos deste atendimento, fui investigar um pouco consultando as *guidelines* referentes à terapêutica anti-hipertensora.⁽¹⁰⁾ Estas pressupõem combinações até 3 anti-hipertensores, sempre passando por aumentos prévios de dose de terapêuticas combinadas. Não encontrei nenhuma menção à utilização simultânea de 6 PA diferentes, quando, nenhuma das dosagens dos mesmos se encontrava nos máximos admissíveis. Todavia, não existe nenhum mecanismo claro de interferência entre os 6 PA e nada nas *guidelines* proíbe a utilização de mais que 3 anti-hipertensores. Claro que um doente polimedicado pode vir a sofrer diversas complicações ao longo do tempo, nomeadamente complicações hepáticas e renais. A verdade é que não possuía o histórico da utente para conseguir perceber se inicialmente lhe foram prescritos outros esquemas terapêuticos, bem como não possuía dados para avaliação do Risco Cardiovascular da mesma, apenas o que saltava à vista: era uma utente na casa dos 40 anos e de estatura média, não obesa e que não fazia outra medicação. Desta forma resta-me esperar que o clínico tenha avaliado a razão Benefício/Risco para esta utente, preferindo a aplicação destes 6 agentes face a um possível risco elevado de doença cardiovascular.

6. Conclusão

Ponderando agora acerca do estágio curricular em farmácia comunitária, o balanço que faço é deveras positivo. Funcionou como uma ferramenta fundamental para a minha formação enquanto profissional e marca, sem qualquer dúvida, o percurso do MICF.

Os conhecimentos teóricos não chegam no mundo do trabalho. São necessários para fundamentar as nossas decisões mas o trabalho vai muito além disso. O farmacêutico lida com utentes, lidamos diariamente com pessoas que precisam não de produtos mas sim de mais saúde. O nosso trabalho é ajudá-las o mais possível para a obterem, prestando os cuidados necessários, aconselhando, ouvindo e até por vezes somente ter uma palavra de carinho e compaixão. O nosso trabalho seria fácil demais se apenas lidássemos com doenças. Mas preferimos o desafio e assim a componente humana torna-se indissociável da profissão farmacêutica.

A crise e as burocracias exigidas às farmácias têm afetado, em muito, uma boa prestação de serviços farmacêuticos. Contudo devemos procurar contrariar esta situação, apostando de novos e melhores serviços.

A Farmácia Saúde, é o melhor exemplo de estabelecimento onde se presta, diariamente, um serviço farmacêutico de excelência, essencialmente devido à sua equipa, a quem ficarei sempre grato.

Todavia o caminho é longo. Este foi somente o meu primeiro contacto com a profissão. Reconheço que para me tornar no profissional que almejo devo continuar em busca de mais conhecimentos e mais experiência. Mas sinto-me agora capaz de integrar uma equipa e trabalhar em conjunto para executar a minha função enquanto promotor de Saúde Pública.

7. Bibliografia

- (1) DIRETIVA 2013/55/UE, de 20 de novembro de 2013, Jornal Oficial da União Europeia L354/132, Parlamento Europeu, Estrasburgo.
- (2) Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de Abril, Diário da República 95/2004 - I Serie A. Ministério da Saúde, Lisboa.
- (3) Lei 7/2009 de 12 de Fevereiro, Diário da República nº 30/2009, Serie I, Assembleia da República, Lisboa.
- (4) BGP PRODUCTS, UNIPESOAL LDA - **RCM - Duphalac® 667g/L** (2015) Acedido a 31 de janeiro de 2018 em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2877&tipo_doc=rcm,
- (5) NOVARTIS CONSUMER HEALTH - Produto Farmacêuticos e Nutrição Lda. - **RCM - Procto-Glyvenol® 50mg/g + 20 mg/g** (2007) Acedido a 31 de janeiro de 2018 em https://www.jaba-recordati.pt/uploads/ficheiros_produtos/Procto-Glyvenol_creme_rectal_tratamento_de_hemorroidas_RCM.pdf
- (6) MURPHY, Patricia P., et al. - **Interaction of St. John's Wort with oral contraceptives: effects on the pharmacokinetics of norethindrone and ethinyl estradiol, ovarian activity and breakthrough bleeding**, Contraception (2005), vol. 71, issue 6, P. 402-408.
- (7) VERMEDIA MANUFACTURING B.V. NLD - **RCM - Valdispert® 45 mg**, (2009) Acedido a 31 de janeiro de 2018 em <https://farmacia24.eu/content/MNSRM/8883629.pdf>
- (8) RODRIGUEZ, P., et. al. - **Hypotensive and diuretic effect of Equisetum bogotense and Fuchsia magellanica and micropropagation of E. bogotense**, Phytotherapy Research(1994), vol. 8, issue 3, P. 157-160.
- (9) ABBOT LABORATÓRIOS, SA. - **RCM - Klacid OD 500mg**, (2013) Acedido a 12 de fevereiro de 2018 em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=4809&tipo_doc=rcm
- (10) SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA - **Tradução Portuguesa das guidelines de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da Hipertensão Arterial**, Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular (2014), nº 39 suplemento.

Anexo I - Plano de Estágio



FARMÁCIA SAÚDE LAUOS

12º CONGRESSO DAS FARMÁCIAS 2016

POSTER Nº P-017_16

DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO DE ESTÁGIO EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA PARA ESTUDANTES DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

ANA MARTA DIAS¹, ANABELA MASCARENHAS¹, RAÚL AMEIDA², PAULA MIRANDA³, ANA CABRAL¹

¹FARMÁCIA SAÚDE, FIGUEIRA DA FOZ; ²FARMÁCIA MANITOS, BORDA DO CAMPO, PAÍÃO; ³FARMÁCIA SAÚDE LAVOS



Introdução

As necessidades da farmácia comunitária estão em mudança e torna-se importante investir numa formação de farmacêuticos mais capazes, com competências mais abrangentes de forma a dar resposta aos novos desafios.

Objetivos

- Desenvolvimento e implementação de um protocolo *standard* de estágio em farmácia comunitária;
- Uniformização e otimização da formação de estagiários para integração, gradual e plena, na equipa e nas atividades da farmácia comunitária.

Materiais e Métodos

- Comparação de vários planos de estágio de diferentes faculdades de farmácia do país e dos diferentes métodos de estágio adotados pelas farmácias comunitárias;
- Criação de um plano de estágio *standard* e sua aplicação em três farmácias comunitárias.

Resultados

Planeamento e esquematização das várias etapas do estágio curricular em farmácia comunitária



Comparação do planeamento do estágio curricular nas três farmácias que receberam estagiários de Ciências Farmacêuticas

Faculdades	Coimbra (FFUC)	Porto (FFUP)	Covilhã (FCS-UBI)
Nº de estagiários recebidos nos últimos 10 anos	28	2	3
Tempo de estágio exigidas por faculdade	640 ou 810 horas*	4 ou 6 meses*	12 ou 20 semanas*
Tipo de avaliação	Qualitativa	Quantitativa	Quantitativa
Registo das atividades desenvolvidas	Relatório de estágio	Relatório de estágio	Caderneta do Aluno e Relatório de estágio

* Tempo de estágio depende se o estagiário opta por realizar também estágio em farmácia hospitalar.

Plano de estágio *standard* proposto

Área de aprendizagem	Competências adquiridas
Organização e funcionamento geral da Farmácia	Caracterização do espaço físico da farmácia, equipamentos e recursos humanos
Receção, armazenamento e controlo de validade de medicamentos e outros produtos de saúde	Armazenamento e aprovisionamento de medicamentos e outros produtos Gestão de encomendas Gestão de devoluções
Iniciação ao contacto com o utente	Promoção de saúde aos utentes Medição de parâmetros bioquímicos
Atendimento de utentes	1ª fase: Observação de atendimentos
	2ª fase: Atendimento com acompanhamento de outro farmacêutico
	3ª fase: Atendimento independente sob supervisão

Área de aprendizagem	Competências adquiridas
Gestão de back-office	Organização e verificação de receituário
	Faturação às várias entidades
Preparação de manipulados	Organização e arquivo de documentação
	Elaboração da ficha de medicamentos manipulados
Outros Serviços	Preparação, sob supervisão, de medicamentos manipulados
	Observação e discussão de casos de acompanhamento farmacoterapêutico
	Preparação de Dispensadores Semanais da Medicação
Integração plena	Notificação de Reações Adversas
	Formação à comunidade

Conclusão

- A **uniformização do estágio curricular** nas três farmácias que receberam estagiários de Ciências Farmacêuticas, provenientes de diferentes faculdades, resultou numa aquisição mais consistente de competências por parte de todos. Deste modo, a avaliação dos estágios curriculares é também mais objetiva.
- A concretização deste trabalho é uma mais valia para as farmácias e para as universidades que preparam os futuros farmacêuticos comunitários pois permite que o estagiário adquira competências fundamentais para ingressar no mercado de trabalho - Farmácia Comunitária.

Agradecimentos

- Às equipas da Farmácia Saúde, Farmácia Manitos e Farmácia Saúde Lavos.

E-mail: geral@farmaciasaude.pt

Anexo 2 - Formações Assistidas

25 de setembro | Farmácia Saúde

Apresentação dos Produtos da Marca



6 de outubro | Farmácia Saúde

Apresentação dos Produtos da Gama ISDIN Woman



8 de outubro | Farmácia Saúde

Apresentação da gama de Pílulas Contraceptivas e Contraceção Oral de Emergência



GEDEON RICHTER

9 de outubro | Colégio Bissaya Barreto - Coimbra

Novas terapêuticas no tratamento da Insuficiência Cardíaca



16 de outubro | Farmácia Saúde

Apresentação dos produtos da gama Arkocapsulas



19 outubro | Plural - Coimbra

Atendimento e Fidelização de Utentes
Vendas Cruzadas de Antigripais



9 de novembro | Farmácia Saúde

Gestão de Categorias: Patologias de Inverno.



14 de novembro|Farmácia Saúde

Apresentação dos produtos da gama Canesten®



20 de novembro|ANF Coimbra

Vendas Cruzadas em Produtos de Veterinária



Anexo 3 - Medicamento Manipulado

	Ficha de Preparação de Medicamentos Manipulados	Data: 24-10-2017 Página 1 de 2
---	--	-----------------------------------

Medicamento: Pomada de vaselina salicilada a 5%

Teor em substância(s) activa(s): 100g contêm 5g de ácido salicílico
 Forma farmacêutica: Pomada
 Data de preparação: 24-10-2017
 Número de lote: 223/17

Matérias-Primas	Lote	Origem	Farmacopéia	Quantidade Para 100g (ml ou unid.)	Quantidade calculada	Quantidade pesada	Rubrica do Operador e data	Rubrica do Supervisor e data
Acido Salicilico	15G20-T01	Fagron	FP VIII	5g	10 g	10 g	R 24/10	[assinatura]
Vaselina	17G14-T10	Fagron	FP VIII	qbp 100g	190 g	190 g	R 24/10	[assinatura]

Preparação

1. Pesar os componentes.
2. Misturar utilizando o cito-unguator.
3. Acondicionar e rotular devidamente.

Operador

[assinatura]
[assinatura]
[assinatura]

Embalagem

Tipo	Material	Capacidade	Lote	Origem	Operador
Frasco unguator	Plástico	200/280 ml			[assinatura]

Prazo de utilização e condições de conservação:

Condições de conservação: T <25° C frasco bem fechado

Prazo de utilização: 3 meses

Verificação

Ensaio	Especificação	Resultado	Operador
Aspecto	Homogénea	Conforme	[assinatura]
Cor	Branca	Conforme	[assinatura]
Quantidade	200 g ± 5%	Conforme	[assinatura]

Aprovado

Rejeitado

Supervisor: [assinatura] 24-10-2017

Utente	Nome: ██████████
	Morada: ██████████ Telefone: ██████████

Prescritor	Nome: ██████████
	Morada: ██████████ Telefone: ██████████

Anotações	
-----------	--

Cálculo do preço de venda

Matérias-Primas

Matérias-primas	Embalagem existente em armazém		Preço de aquisição de uma dada quantidade unitária (s/IVA)		Quantidade a usar	Factor multiplicativo	Valor da matéria-prima utilizada na preparação
	Quantidade e adquirida	Preço de aquisição (s/IVA)	Quantidade unitária	Preço			
Ac. Salicilico	500g	7,07€	1	0,014€	10 g	2,2	0,31
Vaselina	1kg	8,17 €	1	0,01 €	190 g	1,6	3,04
Subtotal A							3,35 €

Honorários de manipulação

	Forma farmacêutica	Quantidade	F (€)	Factor multiplicativo	Valor
Valor referente à quantidade	Pomada	200 g	4,92	3	14,76
Valor adicional					
Subtotal B					14,76 €

Material de embalagem

Materiais de embalagem	Preço de aquisição (s/IVA)	Quantidade	Factor multiplicativo	Valor
Cx Unguator	1,10	1	1,2	1,32
Subtotal C				1,32 €

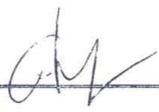
Preço de venda ao público do medicamento manipulado

	Valor
$(A + B + C) \times 1,3$	19,43 x 1,3
+ IVA	25,26 x 1,06
D	26,77 €

Dispositivos auxiliares de administração

Dispositivo	Preço unitário	Quantidade	Valor
			Valor
			E
			D + E

Operador 

Supervisor 

3 2 2 1 5 3 3 3 5 9 5 2 2 5 0 1 *

MM

Utente: [redacted]
 Telefone: [redacted]
 Entidade Responsável: SNS
 N.º de Beneficiário: [redacted]

R.C.: O

Especialidade: [redacted]
 Telefone: [redacted]

[redacted]

R	DCI / nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia	N.º	Extensão	Identificação Única
1	vaselina salicilada a 5% fsa qb Posologia: segundo esquema	1	Uma	[redacted]
2				
3				
4				

SAÚDE

Dr.ª Anabela Mascarenhas de Oliveira e Cunha
Figueira da Foz - Tel. 253422534

Pomada de Vaselina Salicilada 5%

Utente: [redacted]
 Médico prescritor: [redacted]

Via de Administração: uso externo
 Lote: 223/17 Quantidade: 200g
 Data de Preparação: 24-10-2017
 Prazo de utilização: 3 meses
 Condições de Conservação: T < 25 °C frasco bem fechado
 PVP: 26,77€

Composição: Ácido Salicílico (10g) e Vaselino (q.b.p. 200g)
 [redacted]
 [redacted]

PARTE 2

HIV in the Portuguese LGBT Community

I. Abstract

Men who have sex with men (MSM) and transsexuals continue to be an at-risk population for Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection. These two groups are members of the Lesbian, Gay, Bisexual and Transsexual (LGBT) Community and Portugal has one of the highest prevalence of HIV infection in all Europe. HIV infection risk behaviours and prevalence need to be measured urgently so it can be prevented in the future.

Data were collected from a questionnaire delivered and answered in by people who are openly part of the LGBT Community who were interviewed during Portuguese Pride Parades and at gay venues.

A total of 532 questionnaires were considered valid to analysis. Among our respondents, HIV prevalence was 2% with the highest prevalence (6%) among MSM. Seven per cent of the respondents who belong to the MSM group had more than 20 sexual partners in the last six months. In the same period of time 7% of the homosexual respondents admitted having unprotected sexual intercourse more than 50 times. Only 60% of the respondents knew their HIV serotype.

The HIV prevalence in the LGBT community is much higher than in the general Portuguese population, but similar to other studies conducted with the same target population.

Resumo

Homens que têm sexo com homens e transexuais continuam a representar grupos de risco da infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Ambos os grupos são membros da comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (LGBT) e Portugal é um dos países europeus com maior prevalência de infeção por VIH. Os comportamentos de risco e a prevalência de infeção por VIH necessitam de ser avaliados urgentemente para que possa ser prevenida no futuro.

Os dados deste estudo foram recolhidos através de um questionário distribuído a pessoas que pertencem abertamente à comunidade LGBT, e que foram contactadas nos *Pride Parades* de Portugal e em outros locais de encontro da comunidade LGBT.

Um total de 532 questionários foram considerados válidos. Entre os participantes, a prevalência de VIH é de 2% com maior prevalência entre os HSH (6%). Sete por cento dos participantes que são HSH referem ter tido mais que 20 parceiros sexuais nos últimos seis meses. No mesmo período 7% dos participantes homossexuais admitem terem praticado mais que 50 relações sexuais desprotegidas. Apenas 60% dos participantes conhecia o seu serotipo de VIH.

A prevalência de VIH na comunidade LGBT é muito maior que na restante população portuguesa, no entanto, os valores são semelhantes aos obtidos por outros estudos efetuados na mesma população alvo.

2. Abbreviations

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome

ART - Antiretroviral Therapy

FTM - Female to Male

HIV - Human Immunodeficiency Virus

ILGA - International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association

LGBT - Lesbians, Gays, Bisexuals and Transsexuals

LGB - Lesbians, Gays and Bisexuals

MSM - Men who have Sex with Men

MTF - Male to Female

PEP - Post-exposure Prophylaxis

PrEP - Pre-exposure Prophylaxis

WSM - Woman who have Sex with Men

WSW - Woman who have Sex with Woman

3.Key-words

LGBT Community

HIV infection

Men who have sex with Men

Sexual Risk Behaviours

Antiretroviral Therapy

4. Introduction

The Lesbian, Gay, Bisexual and Transsexual (LGBT) Community is composed by LGBT individuals, other sexual minorities and also Human Rights Associations. In fact the LGBT community is an unofficial movement with its own subculture, events - such as the Pride Parades - and beliefs.

According to different associations as the International Lesbian, Gay, Trans and Intersex Association (ILGA) and LGBT Association, the LGBT community includes: people with different sexualities from heterosexuals; transsexuals; people in process of sex-changing; individuals whose gender is different from the binomial gender code (Male or Female) and any person who is supporter of the LGBT Community. The LGBT community classification has been changing in such a way that it is difficult to establish boundaries due to its constant transformation.

Gates (2011) in *How many people are lesbian, gay, bisexual and transgender?* reports that 3,5% of the USA population classified themselves as lesbian, gay or bisexual (LGB) and 0,3% are transgender.⁽¹⁾ In European countries mentioned in Gates report (United Kingdom and Norway) the described numbers of LGB individuals are much lower, 1,5% and 1,2%, respectively, than the ones referred for USA.⁽¹⁾ DALIA Research, from 2016, estimates that 6% of European population belong to the LGBT community.⁽²⁾

It is likely that the number of human immunodeficiency virus (HIV) infected individuals within LGBT community is much higher than in the general population, due to the higher frequency of risk behaviours, especially those occurring among Men who have sex with Men (MSM) who represent almost 30% of the community. In Portugal, HIV Infection rates are some of the highest in Europe. The Annual Report of HIV, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) and Tuberculosis Infection estimated that, in 2016, 0,2% of the Portuguese population lived with HIV infection, with 841 new cases reported, 35% of them occurred among MSM.⁽³⁾

The goals for Portugal regarding HIV infection in 2020 are: less than 50 new pediatric infections, less than 2% of vertical transmission, 90% of all the infected patients correctly diagnosed, 90% of the diagnosed individuals under-treatment and 90% of treated patients presenting undetectable viral load.⁽³⁾

To achieve these goals, it is essential to study the risk groups, namely MSM.⁽³⁾ MSM belong to a much larger community whose members have their specific behavioural patterns. Therefore, to study the MSM, it is required to study the LGBT Community.

5. Objective

The goal of this study was to evaluate the patterns of HIV infection in a random sample of people belonging to the Portuguese LGBT Community. Values of frequency of HIV infection, sexual and non-sexual risk behaviours, and its distribution in certain groups inside the community were assessed by a questionnaire distributed in Portuguese gay venues and parades.

By assessing the existence of a tendency it is possible to understand the impact that the LGBT Community has in the global Portuguese HIV infection rates.

6. Methods and Study Population

6.1. Study Population

LGBT individuals were asked to answer a questionnaire aimed to evaluate the frequency of HIV infection and related parameters among this specific community.

In order to ensure the respondents were members of the LGBT community, the questionnaire was answered on paper, by people who considered themselves as members, after inquired about that.

The completing of the questionnaire took place from February 2017 to August 2017 by LGBT members met in some known gay venues (located in Leiria, Coimbra and Aveiro) and at the pride parades of three Portuguese cities: Coimbra (17th May 2017), Lisbon (17th June 2017) and Oporto (1st July 2017). The questionnaire is available for consulting in the Appendix I.

6.2. Questionnaire

A questionnaire consisting of 13 questions, mainly of the multiple-choice type, was prepared so that the objectivity of the respondents answers could be ensured. The questionnaire questions are grouped into three sets, as explained below.

Sample Classification:

The first group of questions (question 1 to 3) was designed to define the general characteristics of the target population, such as: age of birth, gender and gender of the sexual partner. To ensure that the questions covered all the answer possibilities, the respondents were allowed to choose more than one hypothesis. The respondents gender question goes beyond the binomial gender code, including a third option for the ones who cannot define themselves according to that code, such as transsexuals, intersexuals and others.

Risk Behaviours:

A second set of questions (question 4 to 6) aimed to address the frequency of risk behaviours of each participant in the last six months. These questions expect a quantitative answer, in order to better understand and estimate the risk patterns of the studied population. The respondents were asked to estimate the number of sexual partners, the number of sexual risk behaviours, such as sexual intercourse without condom, and the number of non-sexual risk behaviours, such as the use of injectable drugs and needle sharing. These questions referred to a period of time of six months, in order to be long enough to obtain answer variability, but not too long that it would not be possible to ensure their viability.

HIV Status:

The third set of questions (question 7 to 13) aimed to evaluate the status of HIV infection among the studied population. The first question regarded HIV infection, and in case of HIV infected individuals, further questions were posed, regarding time of infection, mode of infection, AIDS status, antiretroviral treatment (ART) and others. A question about the frequency with which the HIV negative individual take the test and the reasons why they take it, is also present.

6.3. Data Analysis

Data collected during this study were analysed with SPSS statistical software, version 24.0.0.0.

To improve the analysis and presentation of the data, some variables were transformed, such as the age of birth, which was modified in order to classify the respondents by decade of birth, namely 60's for those who were born from 1960 to 1969, 70's for those who were born from 1970 to 1979, 80's for those who were born from 1980 to 1989, 90's for those who were born from 1990 to 2000 and After 2000 for those who were born after that year. Also the sexual partner gender, was crossed with the gender of the respondent, generating a new variable called sexuality, in which inquired individuals were groups as: Homosexuals, which include men and women whose sexual partners belong to the same gender; Heterosexuals, which include men and women whose sexual partners are from the opposite gender, according to the binomial gender code; Bisexuals, which include all the people whose sexual partners are both male and female; Asexuals, which include people who do not have sexual partners and Other Sexualities, which include all the cases that have not been described above.

Categorical data were analysed with Chi-square test or Paired-sample T Test. For all statistical analysis, differences were considered statistically significant when $p < 0,05$.

7. Results

A total of 610 questionnaires were distributed among Portuguese LGBT community individuals. From the obtained 610 answers, only 532 were considered valid as they were properly and fully answered and without any erasure or amendment.

7.1. Study population

The studied population comprised a total of 532 respondents belonging to the LGBT community, with a median age of 25 years (ranging from 14 to 57 years old).

The distribution of the studied population per gender and birth decade is presented on Figure I.

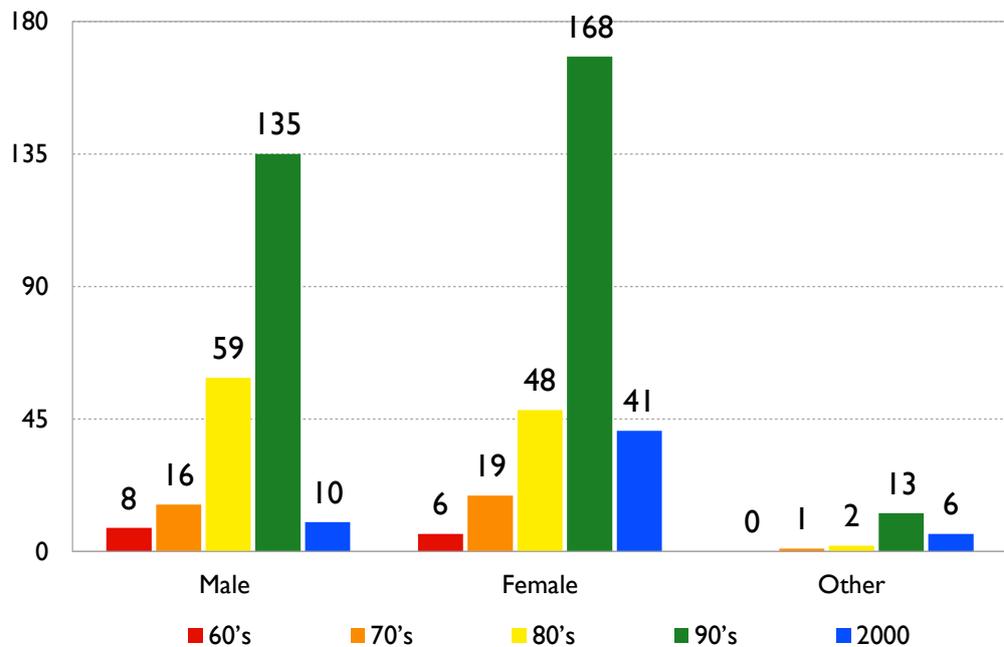


Figure I: Distribution of the 532 enquired Portuguese LGBT individuals, according to gender and decade of birth.

Concerning respondents gender, 43% are male, 53% are female and 4% could not classify themselves according to the binomial gender code, answering the question with the option “Other”. According to respondents gender and the gender of their sexual partners, enquired individuals were grouped in 5 sexuality categories (Figure II). The majority of respondents belong to the homosexual group, with the heterosexual group being the second more representative sexual tendency.

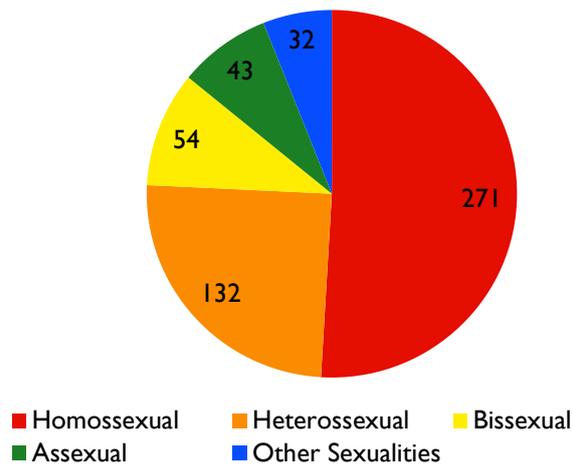


Figure II: Distribution of enquired individuals according to sexuality.

The analysis sexuality group in function of the decade of birth reveals a change of the distribution throughout the decades (Figure III). From the obtained results, it is possible to observe that sexuality groups different from homo and heterosexual only start emerging in the 80's, with marked evidence among individuals born in the 90's and after. Until this decade, the homosexuality represents the major group of sexual tendency, followed by heterosexuality.

Interestingly, all the respondents who consider themselves as asexuals were born after 1979, being the more frequent sexuality group of the enquired individuals born after 2000, representing 37% of the respondents of that group.

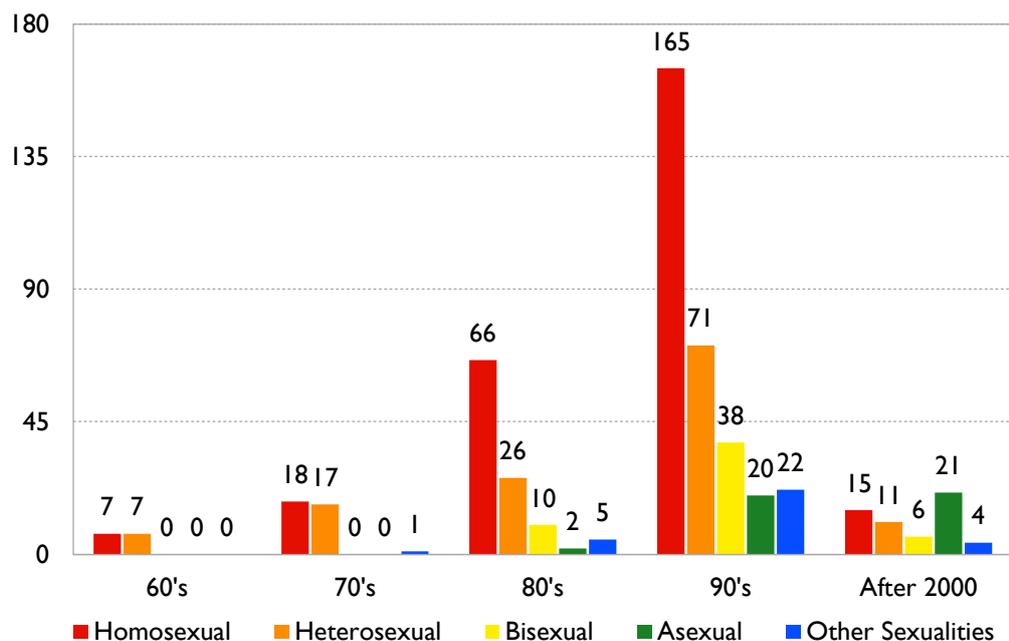


Figure III: Distribution of the 532 enquired Portuguese LGBT individuals, according to decade of birth and sexuality.

7.2.Risk of HIV

When enquired about the number of sexual partners in the last 6 months, the most frequent answer is 1 to 2 sexual partners (Table I). However if such analysis is made according to the gender of enquired individuals (Table I), it is evident that there are more male than female with high numbers of sexual partners in the last 6 months. Actually, 15% of the enquired males referred to have had more than 10 sexual partners in the last six months, while only 0,4% of the enquired females referred it ($p<0,05$). Even over, 6% of the male individuals referred to have had more than 20 sexual partners in the last 6 months. Those who do not classify themselves as male or female are the only exception to the tendency, showing that 32% actually had 2 to 10 sexual partners in the last 6 months.

Table I: Number of sexual partners in the last six months, in function of gender of inquired LGBT individuals.

	0 (%)	1/2 (%)	2 - 10 (%)	10 - 15 (%)	15 - 20 (%)	>20 (%)
Male	27 (11,8%)	107 (46,9%)	60 (26,3%)	11 (4,8%)	9 (3,9%)	14 (6,1%)
Female	69 (24,5%)	177 (62,8%)	35 (12,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,4%)
Other	6 (27,3%)	6 (27,3%)	7 (31,8%)	1 (4,5%)	2 (9,1%)	0 (0,0%)

Comparing the number of sexual partners in the last 6 months among the sexuality groups, the most frequent answer still is 1 to 2 sexual partners (Table II). Anyway, it should be mentioned that no heterosexual respondent had more than 10 sexual partners, and only 2 of the asexual respondents engaged in a relationship during the last 6 months (Table II).

Table II: Number of sexual partners in the last six months, in function of sexuality of enquired LGBT individuals.

	0 (%)	1 - 2 (%)	2 - 10 (%)	10 - 15 (%)	15 - 20 (%)	>20 (%)
Homosexuals	25 (9,2%)	152 (56,1%)	63 (23,2%)	10 (3,7%)	8 (3,0%)	13 (4,8%)
MSM	12 (7,2%)	72 (43,1%)	53 (31,7%)	10 (6,0%)	8 (4,8%)	12 (7,2%)
WSW	13 (12,5%)	80 (76,9%)	10 (9,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,0%)
Heterosexuals	19 (19,2%)	68 (68,7%)	12 (12,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Bisexuals	4 (6,3%)	35 (54,7%)	20 (31,3%)	2 (3,1%)	1 (1,6%)	2 (3,1%)
Asexuals	41 (95,3%)	2 (4,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Other Sexualities	13 (20,0%)	33 (50,8%)	17 (26,2%)	0 (0,0%)	2 (3,1%)	0 (0,0%)

When enquired about the number of sexual risk behaviors (Table III), the majority of female respondents (60%) referred none sexual risk behaviours during the 6 months prior to the questionnaire, while only 40% of the male respondents referred to not have had any sexual risk behaviour, in the aiming period ($p<0,05$). The majority of male respondents (46%) referred to have had 1 to 10 sexual risk behaviours in the last 6 months (Table III).

Table III: Number of sexual risk behaviours in the last six months, in function of gender of enquired LGBT individuals.

	0 (%)	1 - 10 (%)	10 - 25 (%)	25 - 50 (%)	>50 (%)
Male	91 (39,9%)	104 (45,6%)	15 (6,6%)	6 (2,6%)	12 (5,3%)
Female	168 (59,6%)	80 (28,4%)	12 (4,3%)	10 (3,5%)	12 (4,3%)
Other	9 (40,9%)	11 (50,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (9,1%)

The analysis of the number of sexual risk behaviours in function of the sexuality revealed, as expected, that asexual respondents show the lowest number of sexual risk behaviour (Table IV). The sexuality group which had more sexual risk behaviour is the homosexual (with MSM referring more sexual risk behaviours than women who have sex with women [WSW]) and in all groups, excepting MSM, the majority referred no sexual risk behaviours in the last 6 months (Table IV).

Table IV: Number of sexual risk behaviours in the last six months, in function of sexuality of enquired LGBT individuals.

	0 (%)	1 - 10 (%)	10 - 25 (%)	25 - 50 (%)	>50 (%)
Homosexual	118 (43,2%)	110 (40,3%)	18 (6,6%)	7 (2,6%)	18 (6,6%)
MSM	55 (32,9%)	88 (52,7%)	12 (7,2%)	3 (1,8%)	9 (5,4%)
WSW	63 (60,6%)	22 (21,2%)	6 (5,8%)	4 (3,8%)	9 (8,7%)
Heterosexual	51 (51,5%)	38 (38,4%)	3 (3,0%)	5 (5,1%)	2 (2,0%)
Bisexual	28 (51,9%)	20 (37,0%)	3 (5,6%)	1 (1,9%)	2 (3,7%)
Asexual	40 (93,0%)	3 (7,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Other Sexualities	31 (47,7%)	24 (36,9%)	3 (4,6%)	3 (4,6%)	4 (6,2%)

Although the questionnaire was designed to analyse the number of non-sexual risk behaviours in the last six months, the respondents did not understand this question, leading to unrealistic results. For that reason, all the answers to question #6 from the questionnaire were considered invalid and these results were not analysed.

7.3.HIV Status

From the 532 respondents, at the date of enquire, 11 (2%) referred as known to be infected with HIV. From those 11 infected HIV individuals, 2 (0.4%) referred themselves as AIDS patients. Furthermore, 58% of the respondents referred to be seronegative for HIV, while 215 individuals (40%) referred to not know their status of HIV at the time of questioning (Appendix 2 - Figure I).

From the HIV positive respondents, 10 are male and only 1 is female ($p<0,05$). Both AIDS patients are male (Appendix 2 - Figure II). In respect to sexuality, HIV infected male belong to homosexual group, while the women infected with HIV classified herself as heterosexual (Table V).

Interestingly, 52% of the enquired female do not know their status of HIV infection, while only 27% of the enquired male do not know if they are infected with HIV ($p<0,05$) (Appendix 2 - Figure II).

In terms of sexuality, the larger group of non-HIV infected individuals belongs to the MSM. The asexuals and WSW are the ones where more respondents had never done the test (Table V).

Table V: Distribution of the 532 enquired Portuguese LGBT individuals, according to HIV status and sexuality.

	DON'T KNOW (%)	NEGATIVE (%)	POSITIVE (%)	POSITIVE (AIDS) (%)
Homosexuals	87 (32,1%)	174 (64,2%)	8 (3,0%)	2 (0,7%)
MSM	29 (17,4%)	128 (76,6%)	8 (4,8%)	2 (1,2%)
WSW	58 (55,8%)	46 (44,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Heterosexuals	57 (43,2%)	74 (56,1%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)
Bisexuals	24 (44,4%)	30 (55,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Asexuals	38 (88,4%)	5 (11,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Other Sexualities	9 (28,1%)	23 (71,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

According to the age data, the younger respondents are the ones who mainly do not know their status for HIV infection and had never done the test, but that percentage decreases with age (Appendix 2 - Table I).

All enquired HIV infected individuals born before 2000. Seven (64%) out of the 11 HIV seropositive responders born in the 80's and 90's decade (Appendix 2 - Table I).

As the number of sexual partners increase, the number of respondents who do not know their HIV serotype decreases. Among the 14 responders that referred to have had more than 20 sexual partners in the last 6 months, 11 known to be seronegative for HIV, 2 known to be infected with such virus, and the remaining 2 don't know their status regarding HIV infection. Four (36%) out of the 11 enquired HIV infected individuals have been in a relationship with 1 to 2 sexual partners in the last 6 months, 1 referred to have between 2 and 10 sexual partners, 3 referred to have had 10-15 sexual partners (Table VI).

Table VI: Distribution of the 532 enquired Portuguese LGBT individuals, according to HIV status and number of sexual partners in the last six months.

	DON'T KNOW (%)	NEGATIVE (%)	POSITIVE (%)	POSITIVE (AIDS) (%)
0	71 (69,6%)	30 (29,4%)	1 (1,0%)	0 (0,0%)
1/2	116 (40,0%)	170 (58,6%)	3 (1,0%)	1 (0,3%)
2 – 10	25 (24,5%)	76 (74,5%)	1 (1,0%)	0 (0,0%)
10 – 15	1 (8,3%)	8 (66,7%)	2 (16,7%)	1 (8,3%)
10 – 20	0 (0,0%)	11 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
>20	2 (13,3%)	11 (73,3%)	2 (13,3%)	0 (0,0%)

The analysis of the number of risk behaviours revealed that 61% of the participants who don't know their HIV status didn't engaged in any sexual risk behaviour in the 6 months prior to the questionnaire. Only 3 respondents who are infected with HIV did not adopt any sexual risk behaviour on the last 6 months and 2 of the HIV infected engaged in more than 50 sexual risk behaviours in the same period (Appendix 2 - Table II).

By analyzing the respondents HIV testing periodicity, within the group of those who are non-HIV infected individuals, the tendency is to repeat the test every year. Fourteen percent of the MSM repeat the test every 3 months (Appendix 2 - Table III). Male respondents repeat the test more often than female. But 15% of all respondents who know their HIV status stay without repeating the test for more than 5 years (Figure IV).

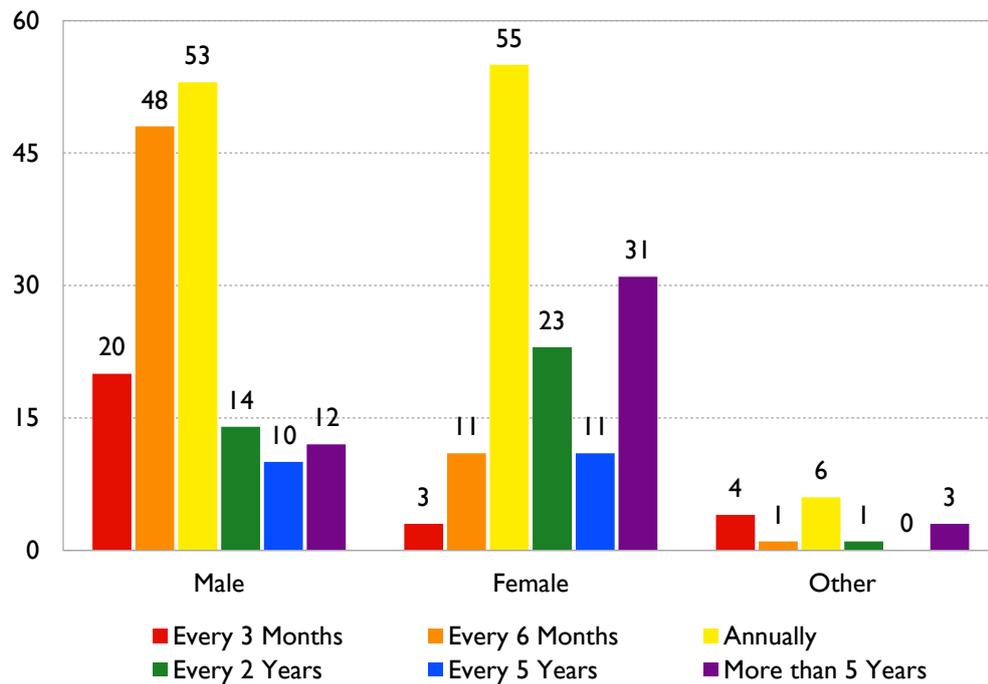


Figure IV: Distribution of the 306 HIV negative enquired individuals, according to gender and periodicity of HIV test.

The respondents reasons for testing can be consulted on Figure III in Appendix 2.

From the ones who write down their own answer, the most common reason for having the test done is “doing the test at an HIV prevention venue”.

In respect to the respondents infected with HIV, the reported time of the infection has an average of 5.5 years (ranging from 2 months to 17 years). All the HIV infected respondents acquired HIV by sexual intercourse with a male, 10 are MSM and 1 is a woman who has sex with men (WSM).

Nine of HIV infected individuals are under ART. The 2 untreated respondents had risk behaviours after the diagnosis and both have had sexual risk behaviours in the last 6 months. These untreated respondents acquired the infection 1 and 6 years before the questionnaire.

8. Discussion

Measuring the LGBT community has been proved to be a very challenging task. There are no records on the size of the Portuguese LGBT community, but applying the European average (6%) it is possible to estimate that in Portugal, almost 660 000 people belong to LGBT Community.⁽²⁾

Even though the results of the present study cannot be extrapolated to the entire Portuguese LGBT Community, it can help to predict the patterns of HIV infection in this specific community where it is well described the higher risk of HIV transmission and, in addition, to enlighten some specific characteristics of the subgroups that constitute the LGBT community.

According to DALIA Research, younger people are more likely to describe their sexual orientation as something other than heterosexual (16% in individuals aged between 14-29 years and 7.5% in individuals aged between 30-65 years).⁽²⁾ Furthermore, in Britain, from the analysis of Natsal (The Nacional Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles) conducted in 1990, 2000 and 2010 it is possible to conclude that the number of people who engage in a same gender sexual intercourse is increasing over time, more expressively in the feminine gender.⁽⁵⁾ The same survey reports that the majority of men who classified themselves as homosexual are aged between 25-34 and the percentage decreases with age. Besides the majority of women who classified themselves as homosexual are between 35 and 44 years old. Bisexuals have the tendency of assuming themselves earlier, with the most expressive group being aged between 16 and 24.⁽⁵⁾ The present study conducted among Portuguese LGBT individuals suggest the same tendency, with almost 70% of the enquired individuals are under 28 years old.

As it was already mentioned, the LGBT community is constituted by people with different sexualities and genders. The new efforts and studies on the community that have been developed in recent years bring new insight and enable the clarification of some doubtfulness.⁽⁶⁾

By analyzing our results, we can verify that the number of people whose gender cannot be defined by the binomial gender code is increasing over time. According to a study of Garofalo and collaborators, conducted among Male to Female (MTF) transsexuals, only 53% of the studied individuals consider themselves as Transsexual or as Male and Female at the

same time (1%), whereas all the remaining answered Male or Female concerning their gender.⁽⁴⁾ Based on that confirmation, it is possible to assume that part of our group of respondents who consider the gender as other when answering to this questionnaire, is transsexual, MTF and Female to Male (FTM), or belong to other situation of intersexuality. Without the concrete knowledge of who belongs to these groups, study them is almost impossible.

Prause and collaborators define an asexual individual as a person that does not feel attracted or feel desire of having sex.⁽⁶⁾ In the questionnaire developed for our study, respondents who classified themselves as asexuals answered question #3, regarding the gender of their sexual partner choosing the option: "I do not have sex, so I do not have sexual partners". The results obtained revealed that the number of asexuals increases as the age of the respondents decreases, reaching 37% of those who were born after 2000, but representing 8% of all respondents.

As said earlier, the LGBT community is not just constituted of LGBT people. As expected, the majority of our respondents are homosexual (51%) but, surprisingly, the second most expressive group, in terms of sexuality, is the heterosexuals, representing 25%.

The main goal of this study was to evaluate the patterns of HIV infection in a random sample of people belonging to the Portuguese LGBT Community. The choice of this target population was based in its members. An impressive number of respondents (32%) belong to the main HIV infection risk group: MSM. According to Avert, MSM have 24 times more probability of HIV transmission, not just because of the vulnerability of anal sex as a transmission way, but also because of the number of risk behaviours.⁽⁷⁾ The same happens to the transgender people, members of the LGBT Community, whose HIV infection risk is 45 times superior to an average person.⁽⁸⁾ In this case, the risk is not just sexual and behavioural but also associated to trades of money for sex and risk behaviours associated with the injections of hormones, silicones and other products. In the study of Garofalo and collaborators, 61% of the transgenders studied use hormones, but only 29% of them got their injectables from a doctor and the remainers resort to friends, internet or even other means to get them.⁽⁴⁾ Eight per cent of those who injected that kind of products also shared needles while doing it, increasing the risk of HIV infection.

Since transgender and MSM represent most part of the LGBT community it is expected that HIV rates are higher among this community when compared to the general population. Among the 532 respondents of our study, 11(2,1%) were HIV positive and from those, 2

(18,2%) were AIDS patients. When analyzed the HIV status, inside the group of our respondents who are MSM, 6% of them are HIV positive. The percentage of HIV infected individuals of our sample is extremely higher than the percentage of the general Portuguese population (0.0095%) ($p < 0,05$).⁽³⁾ But in fact it is very similar to Boyers and collaborators, where the percentage of HIV positive individuals in a sample of MSM is 7.6%.⁽¹¹⁾

Another aim of the present study was to analyse the risk of HIV infection in the Portuguese LGBT community, for which specific quantitative questions were introduced in the questionnaire, such as the number of sexual partners and the number of sexual risk behaviours experienced in the last six months. Bisexuals and MSM were the ones who reported the highest number of sexual partners in the last 6 months even though the tendency is for MSM to have 1 to 2 partners in the last 6 months. Furthermore, 67% referred to have had at least one unprotected sexual intercourse in the last 6 months. In a study performed in USA by Boyers and collaborators, among MSM community, showed that the average number of sexual partners, in the last 3 months, was 4.1 (ranging from 0 partners to 333 partners).⁽¹¹⁾ In terms of the number of sexual risk behaviours, 66% of the enquired individuals answered that they had sex without condom and 21% assumed that they had never had protected sex.⁽¹¹⁾

If asexuality is a tendency, it could be one of the reasons explaining the decrease of new HIV cases in Portugal from 1198 in 2015 to 841 in 2016.⁽³⁾ The number of infections, by vertical transmission and needle sharing, only represents 8% of the new HIV cases, which means that 92% of infections happen by sexual transmission.⁽³⁾ In view of the increasing number of asexual individuals, and once their risk of HIV transmission by sexual transmission is almost null (since they usually do not engage in sexual intercourse), it is possible to expect a reduction of HIV new cases within the community, becoming more and more expressive every year.

The reasons behind the sexual risk behaviours were left out of this questionnaire. But it is undeniable that sex workers are another risk group of HIV infection. Their risk is 10 times higher than the risk for the general population. Sex in exchange for money, shelter and goods is typical inside the LGBT Community. In fact, Garofalo *et al.*⁽⁴⁾ referred that 59% of the MTF transsexuals had engaged in exchanging sex for resources and, according to Dias *et al.*⁽¹⁰⁾, 43,6% of the HIV positive MSM assumed that they had sexually been explored. Also, Boyer *et al.* report that 10,7% of the MSM accepted money in exchange for sex.⁽¹¹⁾ These types of behaviours increase highly the risk of contracting HIV.

It is possible to understand that is due to the high number of sexual risk behaviours that the population of LGBT community such high rates of HIV infection. In order to decrease the numbers of new infections it is crucial to perform more HIV testing so that all the HIV infected individuals can be identified. From 2015 to 2016, the number HIV testing by quick HIV serology tests increased 86.2% and the tests performed in the Early Detection Centers (CAD) decreased 7.5%.⁽³⁾ Establishing a reliable diagnosis of HIV infection is important, but the possibility of a false negative result in a quick test can be a problem, leading to a late diagnosis. Actually, in 2016, 5.7% of the new cases of HIV infection, in Portugal, had less than 350 CD4+ lymphocytes/ml of blood, corresponding to a late diagnosis.⁽³⁾

Among the Portuguese LGBT sample, the sexualities with the highest number of people who do not know their HIV status are the asexuals (88.4% don't know their HIV status) and WSW (55.8% don't know their HIV status). The people with the lowest risk of HIV infection are the ones who less do the test. But even with a low risk of infection they should know their serotype for HIV, because an early diagnose shows lots of benefits, one of them, it is possible to start ART earlier.

According to the Portuguese National Report, 88.2% of the HIV infected individuals under ART show a viral load of less than 200 copies/ml.⁽³⁾ Nevertheless, according to the same report only 91.3% of the identified cases of HIV infection are doing ART.⁽³⁾ In Dias *et al.*⁽¹⁰⁾, it is mentioned that 8.1% of their sample of HIV infected individuals waited more than 3 months to be seen by a doctor after the diagnosis, 29.6% of these because the appointment was scheduled for that time. In conformity with the Portuguese law⁽¹²⁾, the first appointment has to take place within the 7 days after the communication of the diagnosis. If this does not happen, will result in a delay in starting ART and, consequently, in reducing until undetectable levels, which could hamper HIV transmission through unprotected sexual relations.

The present study reveals that 2 of the HIV positive LGBT inquired individuals are not under ART and both had sexual risk behaviors in the last 6 months, representing a serious risk for HIV transmission. Actually, only 3 out of the 11 HIV infected respondents have not referred any sexual risk behaviours in the same time period.

Since it is possible to confirm that unprotected sexual intercourse between people with different HIV status keep happening, prophylactic treatment could be a way of preventing the infection. Since 1996, the Portuguese law includes the post-exposure prophylaxis (PEP) as an

emergency treatment for HIV exposure.⁽¹⁵⁾ Indeed, the PEP shows great results in the next hours after a possible HIV infection.

More recently, the guidelines from 2017 also present the pre-exposure prophylaxis (PrEP).⁽¹⁶⁾ Nowadays, PrEP is constituted by emtricitabine and tenofovir.⁽¹⁷⁾ The recommended dose is one tablet once a day for an HIV negative individual in order to prevent the infection from HIV exposure. Both treatments are available for any person who presents a high risk of HIV infection after a medical evaluation. The PEP and PrEP treatments could decrease the new infections of HIV within the LGBT Community, especially among the HIV risk groups.

Finally, from all the factors mentioned above, the best way to prevent HIV transmission is by ensuring that everyone has the most liable information about HIV infection. According to Dias *et al.*, 26.3% of the Portuguese HIV infected individuals seem to engage in unprotected sexual intercourse because they “believed that the risk of HIV infection is really low”.⁽¹⁰⁾ Besides, 17.4% of the respondents from Dias *et al.* study, admitted that their knowledge about HIV infection prior to the diagnosis was really restricted and 5.2% admitted having no knowledge at all.

The experimental project of delivering ART in Portuguese community pharmacies, in Portugal, began in December 2016, proposing the pharmacist as the new intervener involved in the treatment.⁽¹⁸⁾ This can represent an improvement by narrowing the relation of the HIV positive individuals and the public health system and improving the level of knowledge about HIV infection. A report from ILGA-Portugal shows that the LGBT community feels discriminated by the public health system and his professionals, so by including a new health professional, it might be possible to rebuild that trust.⁽¹⁹⁾

9. Conclusion

The Portuguese LGBT community is not so different from other LGBT communities. The high rates of HIV infection within the community are essentially due to the number of risk behaviours realized by MSM and Transsexuals. In order to better prevent HIV infection, it is necessary to improve knowledge about the infection, spread the treatment options such as PrEP for high-risk people and increase the number of HIV testing.

MSM and Transsexual people need to be aware of their risks. Strengthening the relationship between health professionals and the community should decrease the number of sexual risk behaviours. But in order to achieve this purpose, health professionals cannot act with homophobia or transphobia. Preconceptions and misconceptions about the Community must disappear, so it is possible to intervene.

In order to achieve the goals for 2020, it is imperative for Portugal to improve its approach.

A change in the HIV testing methods should be rethought, so it is possible to diagnose almost all the HIV infections that already exist. Moreover, it is vital to improve the way of delivering the ART and create better ways to follow up HIV positive individuals. Indeed, an early diagnosis must happen more frequently so the ART can become more effective, contributing to the decrease of the viral load until undetectable levels, and, thereafter, improving life quality of infected individuals and reducing the risk of HIV transmission.

With all the efforts made to overcome the infection, Portugal is on the right way to achieve its goals. By doing so, in the future, HIV infection in Portugal will follow the tendencies of European Countries, which means less cases of HIV infections.

10. Bibliography

- (1) GARY, Gary J. - **How many people are lesbian, gay, bisexual and transgender?**, the Williams Institute (2011).
- (2) DALIA Research - **Counting the LGBT population**, in Most viewed, Social Policy & Lifestyle, (2016) consulted in 13th January 2018 at: <https://daliaresearch.com/counting-the-lgbt-population-6-of-europeans-identify-as-lgbt/>
- (3) PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde - **Programa Nacional para a Infecção VIH, SIDA e Tuberculose** (2017).
- (4) GAROFALO, Robert, *et al.* - **Overlooked, misunderstood and at-risk: Exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender youth**, Journal of Adolescent Health 38 (2006) 230-236.
- (5) MERCER, Catherine H., *et al.* - **Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal)**, Lancet 2013, Vol. 382 (2013), 1781-1794.
- (6) PRAUSE, Nicole, GRAHAM, Cynthia A. - **Asexuality: Classification and Characterization**, Archives of Sexual Behaviours, Vol. 36, Issue 3 (2007), 341-356.
- (7) AVERT - Averting HIV and AIDS - **Men who have sex with men, HIV and AIDS** (2017), consulted in 14th January 2018 at: <https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/men-sex-men>
- (8) AVERT - Averting HIV and AIDS - **Transgender people, HIV and AIDS** (2017), consulted in 14th January 2018 at: <https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/transgender>
- (9) AVERT - Averting HIV and AIDS - **Sex Workers, HIV and AIDS** (2017), consulted in 14th January 2018 at: <https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/sex-workers>
- (10) DIAS, Isabel, *et al.* - **Infecção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade** (2016).
- (11) BOYER, Cherrie B., *et al.* - **Sexual Partner Characteristics, Relationship Type, and HIV Risk Among a Community Venue-Based Sample of Urban Adolescent and Young Adult Men Who Have Sex With Men**, Youth & Society (2016), 1-28.

- (12) Despacho n° 13446-B/2015, de 18 de novembro, Diário da República n° 228/2015, 1° suplemento, Serie II, de 20 de novembro, Ministério da Saúde, Lisboa.
- (13) RODGER, Alison, *et al.* - **HIV Transmission Risk Trough Condomless Sex if HIV+ partner on suppressive ART: PARTNER Study** in: Antiretroviral Scale-Up in Sub-Saharan Africa: Challenges and Opportunities, session n° O-13, Boston, Massachusetts, Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, International Antiviral Society-USA, 2014.
- (14) AIDS Institute Clinical Guidelines - **PART II Antiretroviral Therapeutic**, Version 9 (2017), [Consulted at 15th January 2018] available at <http://www.eacsociety.org/files/guidelines-9.0-portuguese.pdf>
- (15) Despacho n° 280/96, de 6 de Setembro, Diário da República 2ª série, n° 237 de 12 de Outubro de 1996, Ministério da Saúde, Lisboa.
- (16) PORTUGAL, Serviço Nacional de Saúde - **NORMA: Profilaxia de Pré-exposição da Infecção por VIH no Adulto**, Norma n° 025/2017 (2017).
- (17) Gilead Sciences International Ltd. - **Resumo das Características do Medicamento - Truvada** (2017), consulted in 1st February 2018 at http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR__Product_Information/human/000594/WC500043718.pdf
- (18) PORTUGAL, Serviço Nacional de Saúde - **Dispensa de Terapêutica Anti-Retroviral em Farmácias Comunitárias • Projeto Piloto**, Portal do SNS (2016), consulted in 13th January 2018 at <https://www.sns.gov.pt/reforma-faq/dispensa-de-terapeutica-anti-retroviral-em-farmacias-comunitarias-•-projeto-piloto-6/>
- (19) PINTO, Nuno, *et al.* - **Saúde em Igualdade pelo acesso a cuidados de saúde adequados e competentes para pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans**, Associação ILGA - Portugal (2014) consulted at 15th January 2018 at <http://ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/igualdadenasaude.pdf>

Appendix I – Questionnaire

HIV na Comunidade LGBT

O presente questionário é anónimo e servirá para a elaboração de um trabalho final do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Coimbra. Peço que responda a todas as questões colocando uma cruz (x) na hipótese, ou hipóteses que se apliquem à sua situação, ou escrevendo quando necessário.

Agradeço a sua disponibilidade.

1 - Em que ano nasceu? _____

2 - Qual o seu Género?

(Escolher a hipótese que mais se adequa)

Masculino

Feminino

Outro

3 - Quanto aos seus parceiros sexuais regulares:

(Escolher a(s) hipótese(s) que mais se adequa)

Os meus parceiros sexuais são homens.

Os meus parceiros sexuais são mulheres.

Os meus parceiros sexuais são de outro género que não está acima indicado.

Não faço sexo, logo não tenho parceiros sexuais.

4 - Estime o nº de parceiros sexuais que teve nos últimos seis meses:

(Escolher apenas a hipótese que mais se adequa)

Nenhum;

1 ou 2;

entre 2 a 10;

entre 10 a 15;

entre 15 a 20;

Superior a 20.

5 - Estime o nº de comportamentos sexuais de risco que praticou nos últimos seis meses:

Ex: Relações sexuais (oral, anal, vaginal) sem proteção.

(Escolher apenas a hipótese que mais se adequa)

- Nenhum;
- Entre 1 a 10;
- Entre 10 a 25;
- Entre 25 a 50;
- Superior a 50.

6 - Estime o nº de comportamentos de risco, não sexuais, que praticou nos últimos seis meses: Ex: Utilização de Drogas injetáveis.

(Escolher apenas a hipótese que mais se adequa)

- Nenhum;
- Entre 1 a 5;
- Entre 5 a 10;
- Superior a 10.

7 - Quando ao seu estado de HIV:

(Escolher apenas a hipótese que mais se adequa)

- Sou HIV negativo;
- Sou HIV positivo, não SIDA;
- Sou HIV positivo, SIDA;
- Nunca fiz o teste. *(Se escolher esta opção, termina aqui a sua colaboração neste inquérito)*

8 - O que o levou a fazer o teste?

(Escolher a(s) hipótese(s) que mais se adequa)

- Indicação médica;
- Dador de Sangue;
- Suspeita por comportamento sexual de risco;
- Suspeita por comportamento de risco, não sexual;
- Rotina pessoal;
- Outro: _____;

9 - Com que frequência faz o teste?

(Escolher apenas a hipótese que mais se adequa)

- Trimestralmente; 2 em 2 anos;
 Semestralmente; 5 em 5 anos.;
 Anualmente; Superior a 5 anos;
 Sou HIV positivo. *(Se escolher esta opção continue até ao fim, se seleccionar*

qualquer outra, termina aqui a sua colaboração neste inquérito)

10 - Há quanto tempo sabe que está infetado? _____

11 - Sabe como foi infetado com HIV?

(Escolher apenas a hipótese que mais se adequa)

- Não;
 Sim, via sexual com homem;
 Sim, via sexual com mulher;
 Sim, via sexual com parceiro de outro género não apresentado;
 Sim, por partilha de seringas;
 Sim, via vertical, passagem da mãe para o filho durante gravidez/parto;
 Sim, outro: _____.

11 - Desde que foi diagnosticado foi-lhe iniciado tratamento farmacológico?

- Sim;
 Não.

12 - Desde que foi diagnosticado voltou a ter comportamentos de risco?

- Sim;
 Não.

Obrigado pela sua colaboração.

Appendix 2 – Additional Results

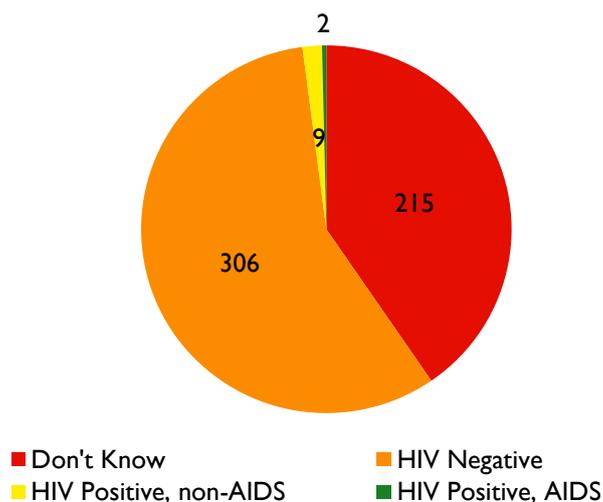


Figure I: Distribution of enquired individuals according to HIV status.

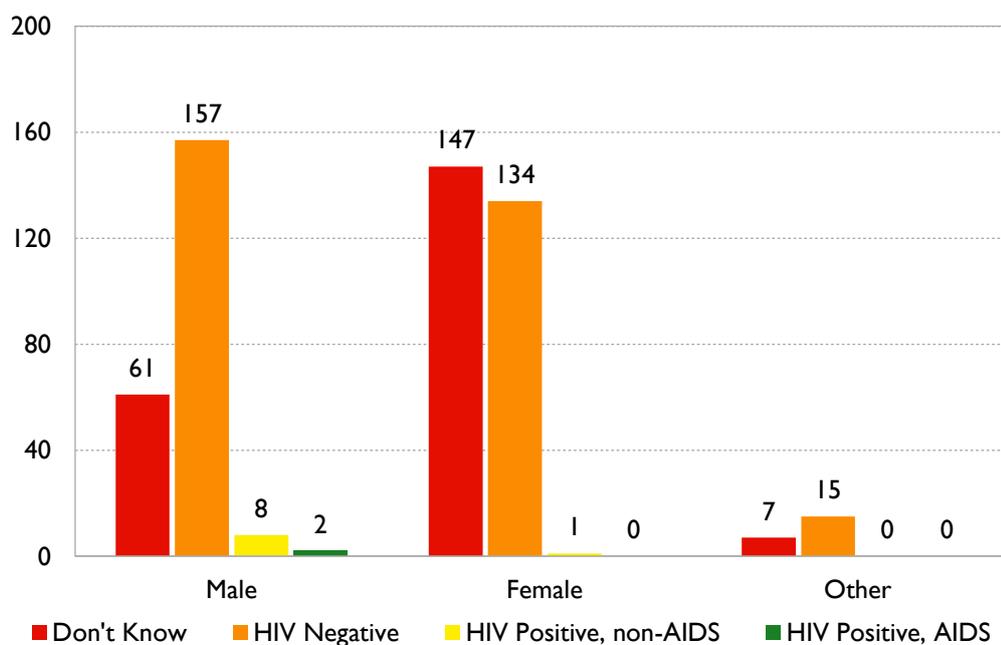


Figure II: Distribution of the 532 LGBT enquired individuals, according to gender and HIV status.

Table I: Distribution of the 532 LGBT enquired individuals, according to HIV status and decade of birth.

	DON'T KNOW (%)	NEGATIVE (%)	POSITIVE (%)	POSITIVE (AIDS) (%)
60's	2 (14,3%)	9 (64,3%)	3 (21,4%)	0 (0,0%)
70's	3 (8,3%)	32 (88,9%)	1 (2,8%)	0 (0,0%)
80's	20 (18,3%)	85 (78,0%)	3 (2,8%)	1 (0,9%)
90's	147 (46,5%)	166 (52,5%)	2 (0,6%)	1 (0,3%)
>2000	43 (75,4%)	14 (24,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

Table II: Number of sexual partners in the last six months, in function of HIV status of enquired LGBT individuals

	0 (%)	0 - 10 (%)	10 - 25 (%)	25 - 50 (%)	>50 (%)
Don't Know	131 (61,2%)	64 (29,9%)	8 (3,7%)	3 (1,4%)	8 (3,7%)
HIV Negative	134 (43,8%)	124 (40,5%)	19 (6,2%)	13 (4,2%)	16 (5,2%)
HIV Positive, non-AIDS	2 (18,2%)	5 (45,5%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)	2 (18,2%)
HIV Positive, AIDS	1 (33,3%)	11 (33,3%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)

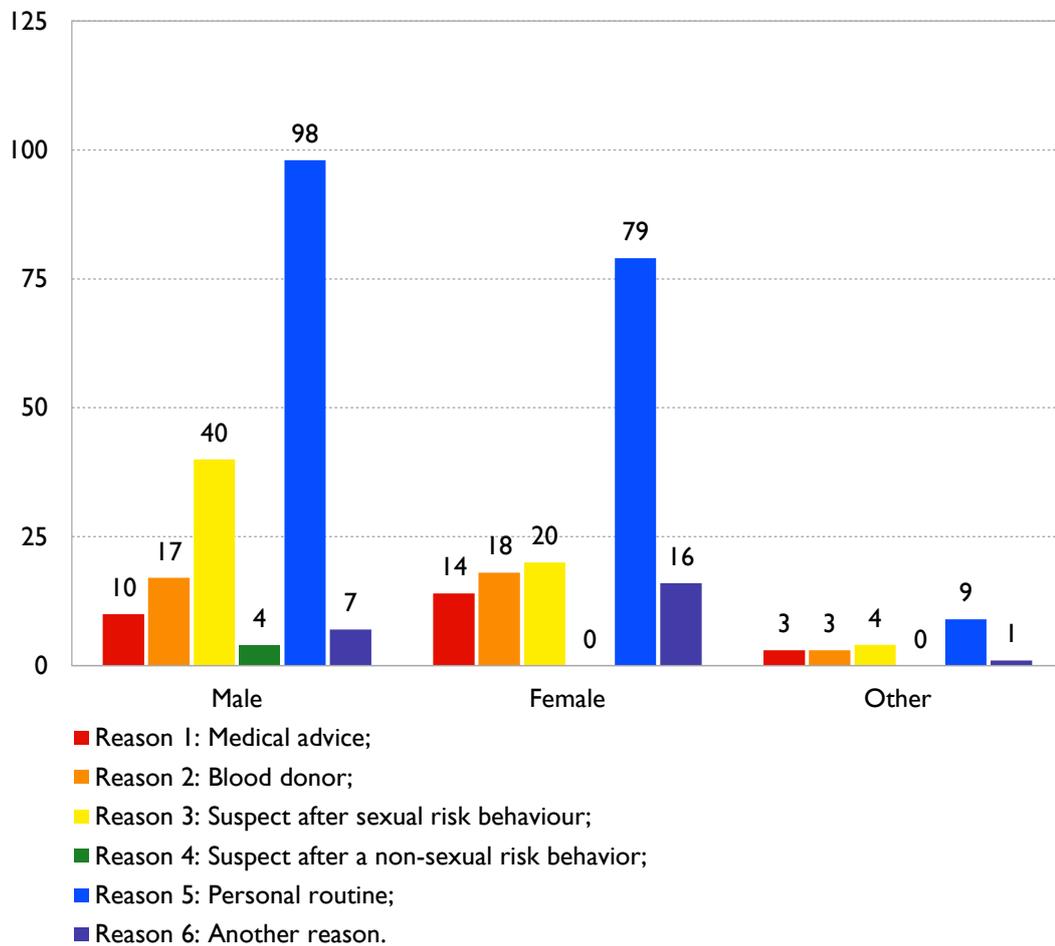


Figure III: Distribution of the 306 HIV negative enquired individuals, according to gender and reason for doing an HIV test.



Figure IV: Distribution of required HIV negative individuals according to HIV testing periodicity.

Table III: Distribution of the 532 LGBT required individuals, according to HIV testing periodicity and sexuality.

	EVERY 3 MONTHS (%)	EVERY 6 MONTHS (%)	ANNUALLY (%)	EVERY 2 YEARS (%)	EVERY 5 YEARS (%)	MORE THAN 5 YEARS (%)
Homosexuals	19 (10,9%)	49 (28,2%)	58 (33,3%)	22 (12,6%)	11 (6,3%)	15 (8,6%)
MSM	18 (14,1%)	46 (35,9%)	39 (30,5%)	12 (9,4%)	7 (5,5%)	6 (4,7%)
WSW	1 (2,2%)	3 (6,5%)	19 (41,3%)	10 (21,7%)	4 (8,7%)	9 (19,6%)
Heterosexuals	2 (2,7%)	6 (8,1%)	28 (37,8%)	13 (17,6%)	5 (6,8%)	20 (27,0%)
Bisexuals	1 (3,3%)	3 (10,0%)	15 (50,0%)	0 (0,0%)	4 (13,3%)	7 (23,3%)
Asexuals	1 (20%)	0 (0,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	1 (20,0%)	2 (40,0%)
Other Sexualities	4 (17,4%)	2 (8,7%)	12 (52,2%)	3 (13,0%)	0 (0,0%)	2 (8,7%)