



INÊS ISABEL CARROMEU
SANTOS

PERCEÇÃO DE RISCOS: ESTUDO COM OS FARMACÊUTICOS COMUNITÁRIOS EM PORTUGAL

Mestrado em Segurança e Higiene no Trabalho,

Instituto Politécnico de Setúbal

Júri

Presidente Doutor José Rebelo, IPS

Orientador Doutora Célia Quintas, IPS

Vogal Doutor João Cordeiro, IPS

DEZEMBRO DE 2023

**“Você ganha força, coragem e confiança através de cada experiência em
que você realmente pára e encara o medo de frente.”
(Eleanor Roosevelt)**

**“A persistência é o menor caminho do êxito”
(Charles Chaplin)**

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar à Ordem dos Farmacêuticos, por ter acedido a divulgar o inquérito por questionário, que visa responder aos objetivos propostos, e pela disponibilização de alguns dados estatísticos.

Agradeço à minha orientadora Professora Doutora Célia Quintas por toda a disponibilidade, compreensão e ajuda que me proporcionou, não teria conseguido sem o seu aconselhamento, não só na sua vertente técnico-científica (que foi obviamente fundamental), mas também metódica (evitou que me “perdesse” em muitos momentos) e, sobretudo, paciente. Muito Obrigada! Se vier a ser Mestre em Higiene e Segurança no trabalho, em grande parte o devo a si! Agradeço também à Professora Doutora Isabel Ramalhinho e ao Dr. Bruno Guerreiro e a todos os participantes no Grupo Focal, bem como a todos os Farmacêuticos Comunitários que cederam alguns minutos do seu tempo a responder ao meu questionário. Agradeço à OF e à APFC pela divulgação do inquérito e ao CIM, na pessoa da Dra. Teresa Cabeças, pela bibliografia disponibilizada.

Agradeço ao meu namorado pela paciência, compreensão e ajuda. Sem o seu apoio não teria resistido à pressão, cansaço e falta de tempo.... Agradeço à minha família pelo apoio nos momentos chave, e compreensão, face a uma presença menos assídua. Agradeço à minha irmã pela ajuda e por nunca duvidar que eu era capaz. Agradeço às minhas colegas e amigas (são algumas, não as vou nomear todas para não correr o risco de me esquecer de alguém) pela paciência e compreensão face aos meus desabafos, cansaço/falta de energia e falta de tempo livre, decorrentes de todo este processo.

Agradeço ao Dr. João Nogueira e à Dra. Inês Ponte (a minha psicóloga) porque foram fundamentais nos momentos de maior pressão e falta de tempo, na ajuda (profissional) a lidar com as mesmas. Agradeço também ao grupo SOFÁRIDA, a minha entidade empregadora, porque me contrataram sabendo que eu aí frequentar o mestrado (apesar de eu não ter solicitado estatuto de trabalhador-estudante), mas sobretudo porque estudar e trabalhar ao mesmo tempo implicou que a disponibilidade física, mental/intelectual e psicológica a cem por cento não tenha sido a mais fácil de lhes proporcionar, e houve sempre essa compreensão.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo principal a identificação e análise das percepções de riscos do farmacêutico comunitário em Portugal. As percepções são assim entendidas como a forma dos não especialistas (leigos) compreenderem os fenómenos associados ao risco (Areosa, 2012a). A profissão de farmacêutico comunitário está ligada ao medicamento e à saúde pública (Ordem dos Farmacêuticos, 2023a), mas atualmente, as tarefas e solicitações exigidas aumentaram e, conseqüentemente, os riscos laborais a que estão expostos também. Este trabalho enquadra-se numa investigação de natureza quantitativa, transversal, de caráter extensivo, através da realização e análise de um inquérito por questionário, para responder aos objetivos propostos. A construção do instrumento de recolha de informação irá resultar da adaptação de um questionário de Percepção de Riscos de Pereira (2010), onde os riscos específicos serão os determinados pela realização da técnica de grupo focal, para os quais foram escolhidos um grupo de especialistas que permitam responder a este objetivo. O questionário adaptado segue a teoria do paradigma psicométrico, cuja abordagem se baseia no facto de que enquanto as percepções dos riscos são subjetivas, os dados obtidos através de escalas inseridas em questionários, são tão objetivos como qualquer outra evidência científica (Rohrmann, 2008).

Os resultados do inquérito e respetiva análise efetuada revelaram que os riscos ergonómicos, mecânicos ou de acidente, e biológicos foram os que obtiveram percepções de risco mais elevadas no âmbito da exposição. No âmbito da preocupação, a percepção de risco foi mais elevada nos riscos ergonómicos, físicos, mecânicos ou de acidente, e, psicossociais. Neste estudo, as principais fontes percecionadas com maior importância foram a movimentação manual de cargas, a contaminação biológica via aérea no atendimento ao público, e a permanência em pé por longos períodos, quanto à exposição aos riscos específicos. Quanto ao nível de preocupação, as fontes de riscos percecionados com maior importância foram a movimentação manual de cargas, fadiga visual; desgaste intelectual, emocional e psicológico, stress ou até ansiedade decorrente do atendimento ao público; conflitos com clientes e falta de valorização pelos mesmos; carga e ritmo de trabalho excessivos; e exposição a situações de agressão verbal e/ou física, como assaltos. Foram também relevantes para a análise dos resultados, os determinantes Ansiedade, Conhecimento/Novidade, Memorização, Inércia, falta de tempo ou meios, influencia social, no âmbito da exposição; e a Estimativa do risco, no âmbito da preocupação com riscos específicos.

Palavras – chave: Risco laboral, Percepção de riscos, Determinantes da Percepção de Riscos, Farmacêutico Comunitário.

ABSTRACT

The main goal of this work is to identify and analyze the risk perceptions of community pharmacists in Portugal. Perceptions are thus understood as the way for non-experts (lay people) to understand the phenomena associated with risk (Areosa, 2012a). The profession of community pharmacist is linked to medicine and public health (Ordem dos Farmacêuticos, 2022), but currently, the tasks and requests required have increased and, consequently, so have the occupational risks to which they are exposed. This work is part of a quantitative, transversal, extensive investigation, through the carrying out and analysis of a questionnaire survey, to respond to the proposed objectives. The construction of the information collection instrument will result from the adaptation of a Risk Perception questionnaire by Pereira (2010), where the specific risks will be those determined by carrying out the focus group technique, for which a group of experts were chosen to respond to this objective. The adapted questionnaire follows the theory of the psychometric paradigm, whose approach is based on the fact that while risk perceptions are subjective, the data obtained through scales inserted in questionnaires are as objective as any other scientific evidence (Rohrmann, 2008).

The results of the survey and respective analysis revealed that ergonomic, mechanical or accident risks, and biological risks were those with the highest risk perceptions within the scope of exposure. Within the scope of concern, risk perception was higher in ergonomic, physical, mechanical or accident, and psychosocial risks. In this study, the main sources perceived as having the greatest importance were manual handling of loads, biological airborne contamination when serving the public, and standing for long periods, in terms of exposure to specific risks. Regarding the level of concern, the most important sources of perceived risks were manual handling of loads, visual fatigue; intellectual, emotional and psychological exhaustion, stress or even anxiety resulting from serving the public; conflicts with customers and their lack of appreciation; excessive workload and pace of work; and exposure to situations of verbal and/or physical aggression, such as robberies. The determinants of Anxiety, Knowledge/Newness, Memorization, Inertia, lack of time or resources, Social influence, within the scope of the exhibition were also relevant to the analysis of the results; and Risk Estimation, within the scope of concern with specific risks.

Keywords: Occupational risk, Risk perception, Determinants of risk perception, Community pharmacist.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – Revisão da Literatura.....	3
1. PERCEÇÃO DE RISCOS.....	3
1.1 CONCEITO DE RISCO E RISCO PROFISSIONAL.....	3
1.2 IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS.....	4
1.3 GESTÃO DE RISCO, CULTURA E COMPORTAMENTO DE SEGURANÇA	4
1.4 PERCEÇÃO DE RISCO – CONCEITOS TEÓRICOS.....	6
1.5 ABORDAGEM PSICOMÉTRICA DA PERCEÇÃO DE RISCO.....	10
1.6 ABORDAGEM SOCIOCULTURAL (TEORIA CULTURAL DO RISCO) DA PERCEÇÃO DE RISCO 12	
1.7 FATORES DETERMINANTES DA PERCEÇÃO DE RISCO DOS TRABALHADORES	13
1.8 A PERCEÇÃO DE RISCOS NOS FARMACÊUTICOS COMUNITÁRIOS	15
CAPÍTULO II – Metodologia e Objetivos.....	17
2.1 OBJETIVOS	17
2.2 ABORDAGEM DE PESQUISA	18
2.3 CAMPO DE ANÁLISE – AMOSTRA / PARTICIPANTES	19
2.4 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS	20
2.4.1 GRUPO FOCAL	20
2.4.2 INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO	23
2.5 TRATAMENTO DE DADOS.....	26
2.5.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA	26
CAPÍTULO III – Contextualização do Setor em Estudo – O Farmacêutico Comunitário e a Farmácia 28	
3.1 PAPEL E CONTEXTO DO FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO EM PORTUGAL – TAREFAS e COMPETÊNCIAS.....	28
3.2 A EVOLUÇÃO DA FARMÁCIA COMUNITÁRIA E A SUA IMPLICAÇÃO PARA O FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO	29

3.2.1 Alterações Legislativas	29
3.2.2 As novas exigências do Farmacêutico Comunitário	29
3.3 OS RISCOS LABORAIS NA PROFISSÃO DE FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO	31
CAPÍTULO IV – Resultados e Discussão	39
4.1 GRUPO FOCAL	39
4.1.1 Primeiro Grupo Focal – Descrição e Análise	40
4.1.2 Segundo Grupo Focal – Descrição e Análise	44
4.2 IDENTIFICAÇÃO DE PERIGOS E RISCOS DOS FARMACEUTICOS COMUNITÁRIOS PORTUGUESES.....	48
4.3 INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO	49
4.3.1 Análise descritiva dados sociodemográficos e caraterização profissional.....	50
4.3.2 Determinantes da perceção de risco	56
4.3.3 Grau de exposição a riscos específicos	61
4.3.4 Nível de preocupação a riscos específicos	66
4.3.5 Dados sociodemográficos, Situação profissional e Determinantes da perceção de risco: Grau de exposição e Nível de preocupação (riscos específicos)	71
4.3.6 A análise estatística de dados – principais resultados	79
CONCLUSÃO	86
APÊNDICES	103
APÊNDICE I: Tabela de determinantes da perceção de riscos.....	103
APÊNDICE II: Procedimento do estudo	118
APÊNDICE III: Guião do Grupo Focal.....	120
APÊNDICE IV: Questionário Sobre os Riscos Profissionais (Perceção e Atitudes) Do Farmacêutico Comunitário em Portugal	128
APÊNDICE V: Transcrição do Grupo Focal 1 – 16 de junho.....	139
APÊNDICE VI: Transcrição do Grupo Focal 2 – 23 de junho de 2023.....	140
APÊNDICE VII: Tabela de Identificação de Perigos e Risco	141

APÊNDICE VIII: Correlação e Alfa de Cronbach para os determinantes da percepção de riscos, 45 itens.....	149
APÊNDICE IX: Teste de Esfericidade de Bartlett e Kaiser-Mayer Olkin.....	151
APÊNDICE X: Correlação entre os fatores (fACP) – Correlação de Pearson	152
APÊNDICE XI: Significância das diferenças nas variáveis de caracterização socio demográfica e profissional em relação aos f(ACP) no nível de preocupação.	153
APÊNDICE XII: Correlação de Pearson relativamente aos fatores (fACP) dos determinantes com os (fACP) da exposição.	163
APÊNDICE XIII: Correlação de Pearson relativamente aos fatores (fACP) dos determinantes com os (fACP) da preocupação.	164
ANEXOS	165
ANEXO I: Modelo Cultura de Segurança	165
ANEXO II: Fatores geralmente utilizados para explicar a percepção do risco.....	165
ANEXO III: Questionário sobre Percepção de Risco e atitudes face aos Riscos Profissionais	166
ANEXO IV: Resultados do estudo “Perceptions of working conditions and safety concerns in community pharmacy”	174
ANEXO V: Tarefas e Competências do Farmacêutico Comunitário	176
ANEXO VI: Repercussões do Stress a nível individual e organizacional	178
ANEXO VII: Fatores indutores do stress no trabalho.....	179

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACT – Autoridade para as Condições do Trabalho
ANF – Associação Nacional de Farmácias
APFC – Associação Portuguesa de Farmacêuticos para a Comunidade
CIM – Centro de Informação do Medicamento
CF – Ciências Farmacêuticas
EPI – Equipamento de proteção Individual
EU-OSHA – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho
F – Farmacêutico
FC – Farmacêutico Comunitário
FDT – Farmacêutico Diretor Técnico
FS – Farmacêutico Substituto
GF – Grupo Focal
LME – Lesões Músculo-Esqueléticas
LMERT – Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o trabalho
MICT – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas
MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
OF – Ordem dos Farmacêuticos
OHSA – Agência Americana para a Segurança e Saúde no Trabalho
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial de Saúde
PR – Perceção de Risco
RGPD – Regime Geral da Proteção de Dados
RPS – Riscos Psicossociais
SARS-CoV-2 – Severe Acute Respiratory Syndrome – Related Coronavirus 2
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
SNF – Sindicato Nacional dos Farmacêuticos
SRC – Secção Regional do Centro da Ordem dos Farmacêuticos
SRN – Secção Regional do Norte da Ordem dos Farmacêuticos
SRSRA – Secção Regional do Sul e Regiões Autónomas
SST – Segurança e Saúde no Trabalho
Uala – Universidade do Algarve

INTRODUÇÃO

O presente trabalho desenvolve-se no âmbito da Unidade Curricular Dissertação/Tese de Mestrado, integrada no 2º ano do Mestrado em Segurança e Higiene no Trabalho da Escola Superior de Tecnologia de Setúbal em parceria com Escola Superior de Ciências Empresariais do Instituto Politécnico de Setúbal. O tema escolhido foi a Perceção de risco dos Farmacêuticos Comunitários em Portugal. O mesmo tem como objetivo principal analisar a percepção dos farmacêuticos comunitários sobre os riscos laborais a que estão expostos.

O farmacêutico na Saúde Pública tem a seu cargo a dispensa e aconselhamento dos medicamentos sendo também responsável pela educação acerca do seu uso correto e por garantir a máxima efetividade e segurança, tanto na saúde do utente como na saúde das populações (Ordem dos Farmacêuticos, 2022). No entanto, as alterações no modelo de negócio da farmácia resultaram em novas exigências para os farmacêuticos comunitários e, conseqüentemente, em novos riscos laborais. Este tema é pertinente, tendo em conta a diminuta pesquisa e estudos encontrados sobre estes trabalhadores, profissionais de saúde nas farmácias comunitárias da atualidade, onde a dualidade prestação de cuidados / aconselhamento em saúde vs lucro/ rentabilidade financeira as torna empresas muito particulares. A pertinência do estudo relaciona-se, como já se referiu, com a ausência de estudos de percepção de riscos em os farmacêuticos comunitários, constituindo um campo de estudo de grande interesse para aumentar o conhecimento na área da percepção de riscos (que é deste modo alargado com o estudo de mais uma classe profissional).

As percepções de riscos laborais traduzem a visão dos trabalhadores sobre os riscos a que se encontram expostos no decurso da sua atividade laboral. Qualquer percepção de risco laboral é sempre um processo interpretativo de uma dada realidade organizacional, contendo em si mesmo um certo grau de subjetividade (Areosa, 2014). Apesar desta subjetividade as percepções de riscos assumem uma importância capital dado que os trabalhadores tendem a atuar/comportar-se mediante o tipo de percepções que detêm (Areosa, 2010). Como veremos, as percepções são uma construção social e cultural que vai além do indivíduo (Rundmo, Sjöberg, & Moen, 2004), elas representam a forma como as pessoas pensam, analisam e classificam as ameaças a que estão sujeitas, ou que simplesmente têm conhecimento (Areosa, 2014). À interpretação e ao julgamento que cada indivíduo faz dos riscos, estão associados, a forma como as pessoas valorizam os mesmos riscos, afetando o seu nível de aceitação (Slovic & Weber, 2002).

As percepções podem influenciar comportamentos e afetar as possibilidades de ocorrência de acidentes (Areosa, 2012b), sendo este, por si só um argumento de peso que sustenta a necessidade do estudo da percepção dos trabalhadores. A pertinência do estudo das percepções de riscos dos trabalhadores reside então em tentar compreender como é que este tipo de percepções pode influenciar os comportamentos (comportamentos de risco ou de segurança), as atitudes e as formas de realizar o trabalho, visto que estes fatores podem afetar a possibilidade de os trabalhadores sofrerem acidentes de trabalho ou contraírem doenças profissionais (Areosa, 2012b; Pacheco, 2012). Neste caso em particular a pertinência é ainda maior atendendo à escassez ou mesmo inexistência de estudos sobre este tema, no que respeita ao grupo profissional em estudo. Assim, a nossa questão de partida é: “Quais os riscos laborais percecionados pelos farmacêuticos comunitários em Portugal?” Este trabalho propõe-se a analisar (e quantificar) a percepção de riscos dos farmacêuticos que desenvolvem a sua função em farmácia comunitária, começando pela identificação dos perigos e riscos afetos aos mesmos.

Em termos metodológicos optou-se por uma abordagem quantitativa com recurso à técnica do inquérito por questionário. O inquérito será adaptado de um inquérito de Pereira (2010) e segue a teoria do paradigma psicométrico, cuja abordagem se baseia no facto de que enquanto as percepções dos riscos são subjetivas, os dados obtidos através de escalas inseridas em questionários, são tão objetivos como qualquer outra evidência científica (Rohrmann, 2008).

Para aferir a percepção de riscos revelou-se ainda necessário proceder à identificação dos perigos e riscos da profissão, que fornecesse uma base de análise para a melhor compreensão da percepção de riscos dos profissionais do setor, através da realização de dois grupos focais (metodologia qualitativa) a peritos na área.

Este trabalho encontra-se dividido em 4 capítulos: revisão da literatura, centrada no tema do risco e da percepção de riscos (que irá sustentar os objetivos do estudo); segue-se a metodologia e objetivos onde são descritos os objetivos, o tipo de estudo, participantes e técnicas de recolha de dados. No 3º capítulo é feita a caracterização do setor em estudo, onde se descreve a função de farmacêutico comunitário, as alterações significativas ocorridas na profissão e os riscos laborais considerados mais relevantes para o setor. Por último, no 4º capítulo serão abordados os resultados e feita a sua análise, tanto dos grupos focais realizados, como do inquérito por questionário. Por fim, a conclusão, onde se identificam as principais conclusões relativas à questão de partida e objetivos gerais, bem como as limitações e considerações relevantes encontradas ao longo do mesmo, nomeadamente proposta de estudos futuros.

CAPÍTULO I – Revisão da Literatura

1. PERCEÇÃO DE RISCOS

1.1 CONCEITO DE RISCO E RISCO PROFISSIONAL

A definição de risco é um conceito que não reúne pleno consenso na comunidade científica (Areosa, 2009; 2016; Beck, 2015). Na norma OHSAS 18001:2007, risco é definido como sendo a combinação da probabilidade da ocorrência de um acontecimento perigoso ou exposição(ões) e da severidade das lesões, ferimentos ou danos para a saúde, que pode ser causada pelo acontecimento ou pela(s) exposição(ões). De acordo com a Lei nº 102/2009, de 10 de setembro, um risco é "(...) a probabilidade de concretização do dano em função das condições de utilização, exposição ou interação do componente material do trabalho que apresente perigo". O conceito de risco pode obter várias interpretações; o elemento que é essencialmente comum a todas as definições de risco é o de existir a possibilidade de perdas ou danos. Tendo em conta este elemento o estudo do risco envolve três componentes essenciais: as perdas, o significado dessas perdas e as incertezas associadas às mesmas (Puy,1995). O risco pode ser definido objetivamente, ou seja, o risco representa a probabilidade de ocorrência de um evento indesejável e pode ser quantificável através de ferramentas estatísticas (Freitas, 2001).

A noção de risco no trabalho assume uma definição naturalmente menos abrangente do que a noção de risco em geral; neste contexto, o conceito de riscos no trabalho é visto tendencialmente como um fator negativo e suscetível de causar dano(s) nos trabalhadores, nos seus equipamentos e/ou nos seus ambientes de trabalho. Aos riscos no trabalho associam-se sempre as eventuais repercussões negativas sobre a segurança e saúde dos trabalhadores, isto é, encontramos uma interligação profunda com os potenciais efeitos adversos que o trabalho provoca no bem-estar das pessoas. Em muitas situações os riscos organizacionais são quase inevitáveis (Areosa, 2010).

Numa abordagem técnica, pragmática e aplicada à SST, o risco é um conceito dinâmico que depende de vários fatores intrínsecos e extrínsecos às organizações ou atividades, devendo ser constantemente monitorizado, revisto e reavaliado (NP ISO 31000, 2018; Slovic & Weber, 2002; HSE, 2013). Esta é, de resto, uma premissa geral em SST. Neste contexto, pode-se assumir que a identificação e monitorização dos riscos desempenham um papel fundamental na gestão da segurança das organizações e sociedades modernas (Organização Internacional do Trabalho (OIT), 2013; ISO 45001, 2018).

1.2 IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS

A identificação de riscos ocupacionais é um processo de análise do ambiente de trabalho e avaliação das atividades realizadas pelos trabalhadores. De acordo com a lei, a entidade empregadora deve proceder à “c) Identificação dos riscos previsíveis em todas as atividades da empresa, estabelecimento ou serviço, na conceção ou construção de instalações, de locais e processos de trabalho, assim como na seleção de equipamento, substâncias e produtos, ...” (art.15º, Lei nº 3/2014, de 28 de janeiro).

A Identificação dos perigos existentes no local de trabalho trata-se uma etapa essencialmente descritiva sobre os elementos e processos de trabalho e visa compreender a atividade profissional desempenhada. É um procedimento que exige rigor e engloba, para além da observação, a descrição e a interpretação do trabalho, de modo a identificar os potenciais fatores de risco (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho a. (EU-OSHA), 2023a). Pretende-se, como tal, identificar os perigos que existem no local de trabalho para posteriormente estimar o risco em função da probabilidade e da gravidade da materialização desses mesmos perigos. Esta etapa deve ser convenientemente planeada e organizada, de forma a conseguir clarificar-se as diversas naturezas dos perigos existentes (ex: perigos associados ao processo de trabalho, às fontes de energia, aos produtos, às máquinas, etc.). No que respeita às metodologias utilizadas, estas podem ser definidas em função do objeto em análise, do âmbito da análise e dos recursos disponíveis. As técnicas mais utilizadas são: Listas de verificação (check-list), entrevistas, e “brainstorming” (Cabral, 2011).

Na identificação de riscos faz-se uma identificação dos riscos que advêm da exposição aos perigos identificam-se as causas potenciais de prejuízo para os trabalhadores, sejam elas um acidente de trabalho, uma doença ocupacional ou uma doença relacionada com o trabalho (EU-OSHA, 2023a).

1.3 GESTÃO DE RISCO, CULTURA E COMPORTAMENTO DE SEGURANÇA

“Mais vale prevenir do que remediar”. O aforismo pressupõe a possibilidade da perceção de um perigo que se pode vir a estruturar em risco e a realizar-se (hipoteticamente) mas que pode ser supostamente atenuado por uma ação antecipada (Almeida, 2014).

Num olhar sobre a realidade da SST na modernidade, identifica-se a persistência do papel do erro humano na causalidade dos acidentes (Lardner, Flemming, & Joyner, 2001). Embora muitas vezes associadas a condições latentes, as falhas ativas estão normalmente presentes nas sequências de fatores que desencadeiam os eventos indesejados (Reason,

1997). Os fatores humanos são a parte relevante de qualquer sistema, seja porque são eles que estão por detrás da sua conceção, ou porque no limite, e por maior que seja a implementação de automação, todos os sistemas são operados, supervisionados ou mantidos por humanos. Em suma, os humanos são os principais atores tanto na prevenção como na causalidade dos acidentes.

Os programas baseados em segurança comportamental e na psicologia da segurança são normalmente muito eficazes, uma vez que atuam diretamente sobre os comportamentos e variáveis individuais que os determinam, tais como a perceção e as atitudes face ao risco. O comportamento seguro de um indivíduo pode ser entendido como a capacidade de identificar e controlar os riscos da atividade no presente para que isso resulte em redução da probabilidade de consequências indesejáveis no futuro, para o próprio indivíduo e para o outro (Bley, 2006). Esta compreensão permite examinar a possibilidade de prevenir danos (acidentes e doenças) à saúde como um processo, e não como uma ação fixa. Assim, o ato seguro e inseguro pode ser entendido como um aspeto do comportamento de um sujeito quando está no seu posto de trabalho (Pacheco, 2012). Nos comportamentos de segurança estão englobados: o compromisso de cada indivíduo com a segurança, conflitos com objetivos da tarefa, e comunicação na organização (Cooper, 1997).

Atualmente são comuns as estratégias de segurança que atuam maioritariamente na consolidação, consistência e padronização dos procedimentos, bem como nos comportamentos, diminuindo assim o peso do erro humano nas cadeias de segurança (Reason, 2000). Hoje é evidente que, de entre todos, são os fatores organizacionais que desempenham o papel de maior destaque na determinação dos comportamentos dos trabalhadores (Reason, 1997). Na forma atual, é imprescindível um compromisso inequívoco e assumido por parte das organizações no envolvimento dos trabalhadores com a segurança no trabalho (ISO 45001, 2018).

As organizações de sucesso apresentam normalmente culturas organizacionais bastante coesas. Nada é deixado ao acaso, todos se esforçam para executar as tarefas dentro dos parâmetros estabelecidos pela organização. A cultura da organização emerge assim como uma ferramenta poderosa na hora de guiar comportamentos individuais e de grupo (Cooper, 2001).

Por seu turno, a cultura organizacional gera a cultura de segurança (Portela, 2014). A cultura de segurança pode ser definida como o conjunto de valores individuais e de grupo, tais como: atitudes, perceções, competências, padrões de comportamento, e compromisso da organização com os aspetos da SST (Lardner, Flemming, & Joyner, 2001). Uma boa

cultura de segurança é vista essencialmente como fruto de fatores como, comunicação e consulta dos trabalhadores, reconhecimento do papel de cada indivíduo, cooperação, liderança, comunicação e compromisso da gestão de topo com a segurança, compreensão das causas e circunstâncias dos acidentes sem incorrer no facilitismo da causa mais próxima (HSG48, 1999; HSE, 2005). Em HSE (2005) é apresentado um modelo de cultura de segurança bastante consensual e que se encontra resumido no Anexo I.

O conceito Clima de Segurança é frequentemente usado para descrever os indicadores de cultura de segurança de uma organização, na forma como eles se manifestam nas percepções dos trabalhadores num determinado espaço de tempo (HSG48, 1999; Canosa, Boix, & Garcia, 2004), estando associado às características psicológicas dos indivíduos, no que se refere à forma como estes vêm e interpretam a segurança na sua organização (HSE, 2005). O clima de segurança relaciona-se assim com as percepções dos indivíduos (individuais e de grupo), no que respeita a políticas de segurança, procedimentos e práticas, no seio da sua organização (Zohar & Erev (2007).

1.4 PERCEÇÃO DE RISCO – CONCEITOS TEÓRICOS

O risco é hoje visto como uma construção social, produto das múltiplas atividades que têm como objetivo a materialização de bens e serviços que a vida coletiva requisita às sociedades atuais (Santos & Fadul, 2008; Williamson & Weyman, 2005; Sjöberg, Moen, & Rundmo, 2004). O risco e as suas consequências possuem uma natureza transversal na sociedade, com expressão em várias dimensões, sejam culturais, políticas, sociais ou científicas (Hubner & Paese, 2014). Esta transversalidade leva a que na abordagem das sociedades modernas no conceito de risco, se inclua elementos subjetivos que afetam a complexidade da percepção dos indivíduos, criando múltiplas conceções de risco com significados distintos (Slovic & Weber, 2002).

O risco é uma entidade omnipresente nos locais de trabalho. Esta é uma situação que todos os trabalhadores têm de enfrentar no seu quotidiano laboral, embora cada atividade, profissão ou indivíduo detenha um grau de risco específico, normalmente distinto nas diversas ocupações laborais e que está associado às suas tarefas concretas. É através da enorme multiplicidade de riscos no trabalho, variável em cada universo laboral, que chegamos aos acidentes de trabalho. Cada acidente só ocorre porque a montante existe um qualquer conjunto de riscos laborais que se transformou em acidente. Os riscos laborais são assim a causa única dos acidentes de trabalho. É neste contexto que nos parece pertinente considerar a forma como os próprios trabalhadores percebem os riscos aos quais se encontram expostos nos seus locais de trabalho, visto que se um trabalhador não

consegue identificar (ou identifica de forma inadequada) o seu risco laboral, aparentemente, estará mais vulnerável a sofrer um acidente de trabalho (Areosa, 2012b).

As dimensões psicossociais influenciam fortemente a construção das percepções sobre o nosso meio envolvente. As percepções humanas são elaboradas a partir dos nossos sentidos. A formulação das percepções (quer individuais, quer coletivas) varia mediante o tipo de capitais culturais, sociais, económicos, políticos, ideológicos ou simbólicos que cada indivíduo ou grupo detém. As crenças, as atitudes, as normas e regras, os hábitos, os valores e as representações sociais são também vetores que vão influenciar a construção das percepções. As percepções não surgem com carácter permanente, nem demonstram particular apetência para serem consideradas como algo estaticamente adquirido, pelo contrário têm flexibilidade suficiente para serem alteradas ao longo do tempo, particularmente quando interligadas com novas informações (Areosa, 2021).

O modo como o conhecimento científico é transmitido nas sociedades é um fator importante para compreender a formulação das percepções de riscos dos trabalhadores. Em certos casos, o conhecimento produzido pela ciência atual tende a democratizar-se e converte-se em senso comum (Areosa, 2007b). Foi designada por *dialética do controlo* a reapropriação do conhecimento científico por parte dos atores leigos. Pode-se afirmar que as percepções de riscos são uma forma particular de conhecimento e são também uma construção individual, social e cultural que refletem a história pessoal, valores, crenças e ideologias; representam a forma como as pessoas pensam, analisam e classificam as ameaças a que estão sujeitas ou que simplesmente têm conhecimento (Martins, Pereira, & Areosa, 2022). Neste momento podemos então afirmar que as percepções de riscos são entendidas como a forma que os não especialistas compreendem os diversos fenómenos ligados ao risco, a sua avaliação subjetiva quanto à possibilidade de um determinado acidente ocorrer (Rundmo, 1996), em conjunto com a ponderação da severidade das suas consequências. Habitualmente a discrepância existente entre a visão dos peritos e a percepção do público leigo está relacionada com a magnitude e com as eventuais consequências dos riscos (Areosa, 2007a e 2010). Apesar de socialmente menos valorizados, os saberes ligados ao senso comum têm vindo a ganhar importância (Slovic, 2000; Areosa, 2014a).

As percepções de riscos ganham relevância na área da segurança ocupacional (Areosa, 2012a), sob a forma da participação dos trabalhadores nos processos de análise, identificação e avaliação dos riscos. Ao nível da análise dos riscos há uma separação clara entre a compreensão racionalista dos riscos, por parte dos especialistas, e a percepção dos riscos dos não especialistas (Beck, 2015). A análise baseada na ciência determina os

“riscos reais” e a população (generalidade dos indivíduos), em que se encontra a massa trabalhadora, “perceciona os riscos”. Paralelamente, o próprio risco contém elementos subjetivos que contribuem para a criação da percepção (Martins, 2022).

As percepções de riscos laborais traduzem a visão dos trabalhadores sobre os riscos que se encontram expostos no decurso da sua atividade laboral. Qualquer percepção de risco laboral é sempre um processo interpretativo de uma dada realidade organizacional, contendo em si mesmo um certo grau de subjetividade. Não podemos considerar as percepções de riscos dos trabalhadores como um “espelho” absolutamente fidedigno da realidade organizacional, visto que as percepções podem sofrer processos de enviesamento, ou seja, podem ser um meio de apreender o mundo exterior de forma distorcida. Este desvio pode estar associado a: informação deficiente ou errónea, erros de interpretação de informação ou recurso a atalhos mentais (Martins, et al., 2022). Porém, não podemos deixar de considerar que as percepções de riscos dos trabalhadores são para eles próprios absolutamente reais e objetivas, e que eles atuam mediante essas mesmas percepções. É a partir daqui que se torna importante o seu estudo (Areosa, 2012a). Considera-se pertinente compreender como é que este tipo de percepções pode influenciar os comportamentos (comportamentos de risco ou de segurança), as atitudes e as formas de realizar o trabalho, visto que estes fatores podem afetar a possibilidade dos trabalhadores sofrerem acidentes de trabalho ou contraírem doenças profissionais (Pacheco, 2012).

As percepções dos trabalhadores evidenciam uma influência nos processos de tomada de decisão perante uma situação de incerteza. A interpretação e julgamento que cada indivíduo faz dos riscos, estão associados à forma como as pessoas valorizam esses riscos, afetando o seu nível de aceitação. É importante compreender a percepção de riscos laborais a partir dos próprios ambientes de trabalho, bem como das culturas profissionais em que estão inseridas. Sabe-se que as percepções de riscos podem influenciar os comportamentos e afetar as possibilidades de ocorrência de acidentes (Areosa, 2012a; Martins, et al., 2022). Paralelamente, os riscos não percecionados pelos trabalhadores são riscos incapazes de moldar os seus comportamentos. Este aspeto torna o estudo das percepções de riscos um fator fundamental para compreender os níveis de segurança dentro das organizações (Areosa, 2010).

É igualmente pertinente a necessidade de compreender as razões que levam a que determinadas pessoas valorizem mais uns riscos em detrimento de outros, uma vez que parece haver uma ligação entre os “julgamentos” que as pessoas fazem dos riscos e os fatores que determinam o seu nível de aceitação. Estes são de resto os dois componentes

subjetivos do conceito de risco, em que a percepção se avalia de forma qualitativa e a aceitabilidade de forma quantitativa (Martins, et al., 2022).

As percepções são, porém, quase sempre incompletas ou parciais, representando apenas uma parte dos riscos existentes e a forma como eles são entendidos por cada pessoa (Areosa, 2012b; 2014a). Não só não é possível a um indivíduo reconhecer todos os riscos a que se encontra exposto (Sjoberg, Bjorg-Elin & Rundmo, 2004), como também existem riscos que continuam inevitavelmente desconhecidos, por serem novos ou inexplorados (Areosa, 2014a).

Ao confrontar um trabalhador com a necessidade de avaliar o seu nível de exposição a determinado risco ou à possibilidade de este resultar em acidente, o trabalhador recorre a processos cognitivos ou julgamentos racionais. No entanto, ao questionar um trabalhador sobre o seu nível de preocupação com essas fontes de risco, é expectável que este recorra a processos ligados a componentes emocionais. Nesta linha de pensamento, alguma literatura sugere que as percepções estão separadas em dois componentes, o emocional e o cognitivo, havendo uma relação de interdependência (Areosa, 2014b, Rundmo, 2000); é sugerido que a componente emocional representa a forma predominante de análise dos riscos por parte dos indivíduos no seu dia-a-dia; este mecanismo já foi apelidado por heurística do afeto. Já o processo cognitivo apresenta processos analíticos mais morosos com caminhos lógicos e menos automáticos (Martins, et al., 2022).

Adams e Thompson (2002) conceberam uma tipologia baseada em três tipos de percepções de riscos que nos ajudam a compreender a sua complexidade: riscos percebidos diretamente; riscos percebidos através da ciência; e riscos virtuais. Cada um destes tipos requer diferentes abordagens, quer para a sua análise, quer para a sua forma de gestão.

As percepções de riscos no trabalho são tendencialmente construídas a partir dos riscos existentes na organização (Areosa, 2010) e estão em articulação com as experiências vividas nos locais de trabalho; são também influenciadas pelos discursos e pelas práticas produzidas no ambiente de trabalho, bem como por fatores político-ideológicos dos trabalhadores. Estas dinâmicas no mundo do trabalho produzem e reproduzem os limites das percepções de riscos laborais, bem como os seus conteúdos mais importantes (Areosa, 2012a). As percepções não são constantes, variam de indivíduo para indivíduo (Feliciano, 2003), podem até ser alteradas em momentos diferentes da vida laboral do mesmo indivíduo, e variam particularmente através dos contextos e das situações de trabalho.

Por outro lado, os riscos não são aceitáveis de forma absoluta, ou seja, a percepção do risco existe dentro de um contexto interativo de fatores específicos, valores, motivações,

metas e benefícios (Sjoberg & Drotz-Sjoberg, 1994). Sjoberg & Drotz-Sjoberg (1994) agruparam estes fatores em quatro grupos: 1) fatores relacionados ao tipo de perigo; 2) fatores relacionados ao contexto social; 3) fatores relacionados com o contexto das opiniões sobre o risco ou ponderações; 4) fatores relacionados com características individuais (Anexo II). Segundo Sjoberg et al. (1994), o conhecimento dos fatores que podem influenciar a percepção do risco contribui para melhorar a interpretação dos diferentes pontos de vista e diferentes interpretações do risco, e ainda para melhorar a comunicação sobre riscos e facilitar as políticas de ação. Por outro lado, a implementação de estratégias de prevenção de risco só resultará se as pessoas estiverem dispostas a utilizá-las. Muitas das estratégias de redução dos riscos envolvem mudanças de comportamento, indissociáveis da prévia compreensão dos factos (Fantinato & Garcia (2017).

Se é verdade que os riscos aos quais nos encontramos expostos nos locais de trabalho podem influenciar as nossas atitudes e comportamentos, a situação inversa também pode ser verdadeira. Sabemos que os acidentes de trabalho ocorrem sempre através da efetivação de um determinado risco laboral. Assim, a articulação entre as percepções de riscos, as atitudes e os comportamentos dos trabalhadores parece decisiva para compreender e explicar como é que alguns tipos de riscos podem originar acidentes de trabalho (Areosa, 2010). Atualmente, segundo Sjoberg, Bjorg-Elin & Rundmo (2004), duas teorias distintas dominam o campo da percepção do risco. O paradigma psicométrico assente na psicologia (a percepção do risco assenta na área dos processos de decisão e utilização das regras heurísticas, sendo possível através deste modelo quantificar e prever a forma como as pessoas pensam sobre o risco (Lima, M. L., 1998; Sjoberg, et al., 2004), e abordagens baseadas na teoria cultural desenvolvida por sociólogos e antropólogos.

1.5 ABORDAGEM PSICOMÉTRICA DA PERCEÇÃO DE RISCO

A investigação da percepção do risco no âmbito da psicologia tem sido dominada pela abordagem do paradigma psicométrico (Rundmo, Sjöberg, & Moen, 2004). Esta abordagem baseia-se no facto de que enquanto as percepções dos riscos são subjetivas, os dados obtidos através de escalas inseridas em questionários, características da abordagem psicométrica são tão objetivos como qualquer outra evidência científica (Rohrmann, 2008). Esta abordagem foca-se predominantemente em quatro objetivos (Rohrmann, 1999): estabelecer o risco como um conceito subjetivo, e não como uma entidade objetiva; incluir aspetos técnico e físicos, bem como sociais e psicológicos nos critérios relativos ao risco; aceitar opiniões de leigos (ou seja, pessoas não especializadas)

como relevantes; analisar a estrutura cognitiva dos juízos sobre os riscos. A abordagem psicométrica assenta, não só na classificação das fontes de riscos em escalas quantitativas, como também na descrição qualitativa das características de riscos específicos (Rohrmann, 2008). Produzindo representações quantitativas dos comportamentos e percepções dos riscos, nomeadamente similaridades e diferenças, dentro e entre grupos, no que respeita às atitudes e percepções dos riscos (Slovic & Weber, 2002).

Entre as características qualitativas do risco, é sugerido que estas podem ser agrupadas dentro de dois ou três grandes grupos de fatores determinantes da percepção do risco, conforme tabela seguinte (Slovic & Weber, 2002; Schmidt, 2004):

Tabela 1: Fatores e características determinantes na Percepção de Risco

Fatores	Características qualitativas do risco
Severidade do Risco	Controlo percecionado; potencial catastrófico; iniquidade da distribuição de riscos e benefícios; letalidade do risco.
Conhecimento do Risco	Risco observável; conhecimento científico do risco; conhecimento leigo do risco; efeito imediato ou remoto; novidade do risco.
Pessoas afetadas	Risco individual ou coletivo; risco para futuras gerações.

Fonte: Martins (2021), *cit in* Slovic & Weber, 2002; Schmidt, 2004.

De facto, vários estudos relativos à abordagem psicométrica mostraram um padrão semelhante de resultados evidenciando a importância de três dimensões qualitativas com possível impacto na percepção do risco por parte das pessoas. A primeira opõe riscos incontrolláveis e fatais a riscos controláveis e com consequências menos graves. A segunda opõe riscos vistos como desconhecidos a riscos mais familiares. A terceira dimensão prende-se com o número de pessoas expostas a este risco (Lima, 1998; Sjöberg, 2004). A severidade e o conhecimento do risco são, no entanto, apontados por alguns autores como fatores dominantes (Rippl, 2002; Williamson & Weyman, 2005). Este modelo de percepção do risco assume que o risco pode ser subjetivamente definido pelos indivíduos, podendo estes ser influenciados por uma variedade de fatores psicológicos, sociais, institucionais e culturais. Desta forma, através deste modelo, é possível quantificar e prever a forma como as pessoas pensam sobre o risco (Lima, 1998; Sjöberg, 2004).

Embora a validade desta abordagem não seja questionada, ela parece negligenciar a influência cultural e social nas percepções dos indivíduos (Rippl, 2002; Rundmo, et al., 2004). Outras críticas apontadas a esta teoria relacionam-se com lacunas ao nível da

explicação na forma como as pessoas variam as suas interpretações sobre os riscos (Rundmo, et al., 2004), sustentando que a abordagem requer por vezes que os indivíduos criem julgamentos de situações com as quais nunca foram confrontados ou têm conhecimento (Williamson & Weyman, 2005). Alguns autores referem ainda que o método se limita a analisar dados, mostrando-se incapaz de produzir explicações ou previsões, sendo por isso de aplicação limitada (Rippl, 2002; Rundmo, et al., 2004).

1.6 ABORDAGEM SOCIOCULTURAL (TEORIA CULTURAL DO RISCO) DA PERCEÇÃO DE RISCO

A discussão sobre percepções e interpretações de riscos recebeu um importante contributo com o surgimento da teoria cultural do risco. A realidade mostra que as percepções dos riscos vão muito além das dimensões psicológicas individuais. A sua construção dá-se a partir de diversas variáveis do meio envolvente, e sofre alterações ao longo do tempo, resultantes de dimensões sociais e coletivas (Areosa, 2012b). Através da influência do ambiente envolvente as pessoas escolhem o que recear, e quanto recear (Rippl, 2002; Rundmo, Oltedal, Moen, & Klempe, 2004).

As percepções de riscos são socialmente construídas, e são também indissociáveis de valorações objetivas ou subjetivas, sendo mesmo objeto de uma deliberada transmissão e reprodução social (Granjo, 2004). A abordagem da percepção de riscos pela sociologia e psicologia desenvolveu-se, em parte, como resposta ao facto das percepções e decisões dos indivíduos divergirem da avaliação objetiva do risco (Martins, 2008). A teoria cultural da percepção de risco procura explicar a razão pela qual os diferentes riscos podem adquirir diferentes valores para diferentes indivíduos e diferentes comunidades. Nesse sentido, e sobretudo assumindo a posição de que o risco é culturalmente construído, esta teoria trabalha com a hipótese de que as pessoas temem várias coisas e percebem diferentes tipos de perigos dependendo das suas influências e carga cultural. A percepção do risco é influenciada por valores enraizados socialmente no quotidiano das pessoas, de modo que tal percepção está alicerçada no modo de vida e na visão de mundo das pessoas, bem como das organizações (Martins, 2008).

As percepções do risco pelos trabalhadores traduzem a sua visão sobre as ameaças a que se encontram expostos no ambiente laboral. Tal como mencionado anteriormente, estas visões carregam um grau de subjetividade, já que decorrem do processo interpretativo da realidade organizacional, e tendem para a heterogeneidade. São caracterizadas por entendimentos distintos, variáveis no espaço e no tempo (Areosa, 2012b), e são construídas e reconstruídas, sob influência de múltiplos fatores

determinantes (Areosa, 2014), evidenciando dimensões coletivas, sociais e individuais que incluem elementos (Areosa, 2012a):

- Coletivos: capitais culturais; sociais; económicos; políticos; ideológicos e simbólicos;
- Individuais: crenças; atitudes; normas; hábitos; valores; representações sociais.

A teoria cultural do risco acrescenta o contexto social como determinante da construção da percepção, além das características do próprio risco e do entendimento individual (Williamson & Weyman, 2005). Este conceito ganha sustentação no contexto das subculturas e grupos específicos de conhecimento, que prevalecem sobre conceitos culturais mais vastos (Schmidt, 2004).

A teoria cultural do risco é assim concebida no âmbito das relações entre dois domínios: o “enviesamento cultural” resultante dos valores e comportamentos partilhados dentro de um grupo, e as “relações sociais” que derivam das relações interpessoais entre os indivíduos (Williamson & Weyman, 2005). Esta abordagem estabelece ainda que todas as atividades humanas são culturalmente condicionadas, o que implica que os julgamentos dos especialistas também estão influenciados por determinantes culturais. Alguns autores sugerem que os mesmos indivíduos possam evidenciar diferenças de percepção e julgamento em diferentes contextos organizacionais ou regulamentares (Williamson & Weyman, 2005). A teoria refere-se de forma extensiva a conceitos como “estilos de vida”, “orientações pessoais” ou “perspetivas sobre o mundo” (Rundmo, et al., 2004), sugerindo que os indivíduos escolhem a suas orientações em função da cultura em que estão envolvidos (Rippl, 2002).

1.7 FATORES DETERMINANTES DA PERCEÇÃO DE RISCO DOS TRABALHADORES

As propriedades percecionadas ou características qualitativas dos riscos desempenham um papel essencial na sua aceitabilidade, estando amplamente comprovada por estudos psicométricos a sua importância como determinantes da percepção (Williamson & Weyman, 2005). Embora possamos considerar como variáveis chave a magnitude percecionada do risco, a aceitabilidade do risco (Rohrmann, 1999), e a ocorrência de acidentes (Areosa, 2012c), outros elementos deverão ser tidos em conta. Desta forma podem ser identificadas as características qualitativas dos riscos que atuam como determinantes da Percepção, podendo ser classificadas da seguinte forma

(Rohrmann, 1999; Williamson & Weyman, 2005; Areosa, 2012a): natureza do risco (familiaridade/conhecimento do risco; novidade); consequências do risco (efeito imediato ou remoto; severidade; número de indivíduos afetados); e gestão do risco (estimativa do risco; compensação do risco percebido).

As percepções são também naturalmente determinadas por variáveis afetas aos indivíduos, bem como fatores sociais, organizacionais, políticos, económicos (Areosa, 2012c) e sociodemográficos. De onde se incluem, de acordo com vários autores (Rohrmann, 1999; Williamson & Weyman, 2005; Pereira, 2010, Areosa, 2012b, Silva, 2014; Portela, 2014) os seguintes:

- Individuais – saúde; procura de experiências; impulsividade; ilusão de controlo; voluntarismo; memorização; supressão; negação; resistência; atração pelo risco; locus de controlo; ansiedade; retrospectiva; acidentes prévios.
- Sociais – pressão do grupo; influência social; subculturas profissionais.
- Políticos – valorização dos riscos por parte do estado.
- Organizacionais – características da organização; avaliação de riscos; informação aos trabalhadores; participação dos trabalhadores; recompensas.
- Económicos – recursos disponíveis; comportamentos e práticas laborais; custos.
- Sociodemográficos – sexo; idade; habilitações.

Há determinados aspetos que influenciam as percepções de riscos dos trabalhadores, nomeadamente: a forma como os riscos são ampliados ou atenuados socialmente; a habituação ou familiaridade com os riscos pode gerar uma falsa sensação de segurança (os riscos mais familiares tendem a ser subavaliados, enquanto os riscos menos conhecidos surgem como sobrevalorizados) (Slovic, 1987); os riscos que se transformaram em acidentes tendem a ser mais percecionados (Areosa, 2014); a elevada percepção de controlo sobre risco tende a diminuir a percepção sobre a sua gravidade (Slovic, 2000); a exposição ao risco afeta mais os outros do que a nós próprios (otimismo irrealista ou sensação de invulnerabilidade); os riscos que causam efeitos imediatos (acidentes de trabalho) geram mais medo, por comparação com os riscos cujos efeitos surgem apenas a longo prazo (doenças profissionais) (Slovic, 1987, 2000; Areosa, 2011).

Torna-se assim evidente que a construção da percepção dos riscos incorpora múltiplos saberes do quotidiano laboral, partilhados socialmente e que podem sofrer mutações ao longo do tempo, em resultado de influências internas ou externas ao ambiente de trabalho

(Areosa, 2012b). Esta multiplicidade de fatores leva a que neste estudo sejam abordados (quase exclusivamente) de forma mais pormenorizada os fatores determinantes da percepção de risco que constam no instrumento utilizado, que constitui uma adaptação do questionário de Pereira (2010) (Anexo III). Estes fatores determinantes da percepção encontram-se descritos no Apêndice I, e estão organizados em:

- **Características do risco** – conhecimento/familiaridade e novidade; efeito imediato ou remoto; severidade; nº de indivíduos afetados; confiança; relação custo-benefício; destreza e controlo percebido; compensação do risco percebido; e estimativa do risco.
- **Características individuais** – experiência e conhecimento; acidentes passados; memorização; recompensa; ilusão do controlo; voluntarismo; ancoragem/supressão; negação do perigo; irrelevância de evitar o risco; reactância/resistência; atração/aversão pelo risco; procura de experiências; locus do controlo; influencia social; ansiedade e impulsividade.
- **Características sociodemográficas e organizacionais** – sexo; idade; nível de instrução; inercia, falta de tempo ou meios; liderança; mudanças; cultura e clima de segurança organizacional; e riscos específicos.

1.8 A PERCEÇÃO DE RISCOS NOS FARMACÊUTICOS COMUNITÁRIOS

Como já foi referido, não foram encontrados estudos realizados sobre percepção de riscos nos farmacêuticos comunitários em Portugal; no entanto existem alguns estudos internacionais que possibilitam uma compreensão aproximada do tema (apesar das funções do farmacêutico comunitário, e a própria estrutura das farmácias apresentarem diferenças de país para país).

De facto, pouco se sabe sobre as preocupações dos farmacêuticos com condições de trabalho, e os fatores que contribuem para tais condições ou o seu impacto na segurança do farmacêutico. A preocupação com as condições de trabalho nas farmácias comunitárias não é nova; na verdade, uma apresentação na agora Associação Americana de Farmacêuticos, em 1937, abordou muitas das questões que continuam a ocorrer hoje, como as longas horas de trabalho (Pinhal, 2016). Mais recentemente, em 2019, 75% dos farmacêuticos comunitários relataram altos níveis de stress, devido em grande parte à quantidade de trabalho que se espera que concluem, o que representa um aumento em relação 60% em 2014 (Abbinante, 2008; Davis, J., McLauchlan, R. & Connor, T. H., 2011). Interrupções frequentes, falta de tempo para tarefas completas e interações difíceis com

os utentes também foram citados como os principais contribuintes para o stress relacionado ao trabalho no ambiente da farmácia comunitária (Nixon & Schulmeister, 2009). O apoio dos empregadores também pode influenciar a perceção dos farmacêuticos sobre as condições de trabalho. Fatores que influenciam positivamente segurança incluem: a definição clara das funções; a capacidade da equipa da farmácia para desempenhar funções e responsabilidades atribuídas adequadamente; *staff* adequado; ritmo e tempo adequados relativamente ao que farmacêuticos sentem que precisam para completar as tarefas (Frieze, Mendelson-Victor, Wen, Sun, Sutcliffe & Yang; 2015).

As condições na farmácia comunitária podem fomentar o “conflito de papéis”, no qual os farmacêuticos, como profissionais de saúde desejam prestar o melhor atendimento possível aos seus utentes; no entanto, a organização em que trabalham exerce pressão para realizar as tarefas o mais rápido possível (Barros, 2015). O conflito de papéis e a redução da satisfação no trabalho também podem levar ao esgotamento experimentado pelos farmacêuticos comunitários. A literatura recente indica que mais de 70% dos farmacêuticos no ambiente da farmácia comunitária sofreu esgotamento. Atualmente estudos os revelam que os farmacêuticos que atuam no ambiente comunitário têm perceções negativas do clima da empresa e das condições de trabalho (Santos & Almeida, 2016).

O estudo de Clabaugh, Beal & Plake (2021), publicado no Jornal da Associação Americana de Farmacêuticos, em 2021, investigou as perceções dos farmacêuticos comunitários sobre condições de trabalho e preocupações de segurança. Apesar de a realidade do farmacêutico comunitário português apresentar algumas diferenças relevantes relativamente aos congéneres americanos, é pertinente analisar este estudo, no qual maioria dos participantes indicaram que fatores organizacionais ou de origem empresarial eram a ameaça mais substancial à segurança, sendo o desenho do trabalho (atribuição/gestão das tarefas) o segundo perigo mais frequentemente mencionado. De facto, a maioria dos farmacêuticos temia ser punido por abordar questões de segurança com a gestão; o clima e o ritmo de trabalho da empresa foram percebidos de forma negativa. Organização do trabalho e ênfase na qualidade foram as maiores preocupações de segurança indicadas pelos farmacêuticos neste estudo, mas fatores extra organizacionais, como expectativas e reembolso também foram identificados (Clabaugh, Beal & Plake, 2021). Os resultados deste estudo estão descritos de forma mais detalhada no Anexo IV.

CAPÍTULO II – Metodologia e Objetivos

A metodologia materializa-se nas diferentes técnicas válidas e validadas permanentemente, que correspondem aos métodos. Sendo o método, o caminho de investigação apropriado e validado face aos objetivos, meios, contextos de implementação e hipóteses (Espírito Santo, 2015). Ou seja, os métodos representam as operações mentais e técnicas que possibilitam a validação e verificação dos factos (Gil, 2007).

Num processo de investigação deve explicar-se, detalhadamente, os princípios metodológicos e métodos a utilizar. Neste capítulo, inclui-se, por isso, toda a explicitação e fundamentação no que diz respeito às opções metodológicas. Estruturamos este capítulo de Metodologia e Objetivos em 5 secções. Na primeira expomos os objetivos propostos. Na segunda secção explicitamos o tipo de estudo e as suas características. Posteriormente aborda-se o campo de análise do estudo, nomeadamente a população e amostra. De seguida são abordados os instrumentos e técnicas de recolhas de dados: grupo focal e inquérito por questionário (conceitos teóricos e construção do instrumento). Por último faz-se referência ao tratamento dos dados, com a técnica e método análise de dados que permitirão responder aos objetivos propostos.

No Apêndice II encontra-se descrito os procedimentos do estudo de forma mais detalhada.

2.1 OBJETIVOS

Este trabalho propõe-se analisar (e quantificar) a perceção de riscos dos farmacêuticos que desenvolvem a sua função em farmácia comunitária.

Questão de partida: Quais os riscos laborais percecionados pelos farmacêuticos comunitários?

Objetivo principal: Analisar a perceção dos farmacêuticos comunitários sobre os riscos laborais a que estão expostos.

Objetivos específicos:

- Caracterizar e identificar os perigos e riscos específicos da profissão de Farmacêutico Comunitário (identificação de perigos e riscos).
- Identificar quais os riscos laborais percecionados pelos farmacêuticos comunitários, e destes quais os que demonstram ter maior importância (quantitativa) para os inquiridos.
- Identificar as principais fontes de riscos percecionadas.
- Analisar a perceção de riscos no trabalho relacionado com dados sociodemográficos (tais como a idade, sexo e habilitações literárias) e situação profissional – Cruzar as perceções de riscos com os dados sociodemográficos.

- Relacionar a percepção de risco destes trabalhadores com determinantes específicos, nomeadamente: inércia, falta de tempo ou meios; estimativa do risco; conhecimento/novidade; severidade/efeito imediato ou remoto; ilusão do controlo; memorização; compreensão do risco percebido; confiança; influencia social; impulsividade; e ansiedade.

2.2 ABORDAGEM DE PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo hipotético dedutivo de natureza quantitativa, pretende conhecer melhor o objeto de estudo que é a percepção de risco laboral dos farmacêuticos comunitários portugueses e, ao mesmo tempo, recolher dados que venham a permitir construir hipóteses para futuros estudos.

Optou-se por uma abordagem quantitativa para responder aos objetivos propostos, via inquérito por questionário (análise estatística via SPSS de um inquérito por questionário para caracterização e quantificação das percepções de risco destes trabalhadores, para posterior análise). A pesquisa quantitativa pretende e permite a determinação de indicadores e tendências presentes na realidade, ou seja, dados representativos e objetivos. Resumidamente, segundo Ramos (2013), o uso dos métodos quantitativos para análise de problemas da realidade social serve para três propósitos básicos, os quais podem estar presentes num mesmo estudo ou separadamente em estudos diferentes: 1) descrever e/ou comparar características de grupos sociais, realidades, contextos ou instituições; 2) estabelecer relações causais, ou seja, verificar os efeitos das variáveis, a sua extensão particular e o efeito em bloco de uma série de variáveis independentes em relação a outra, que é a dependente; e 3) inferir resultados para uma população, a partir dos resultados obtidos numa amostra (estatisticamente representativa).

Recorreu-se a uma investigação quantitativa de caráter descritivo também porque os objetivos passam por descobrir as características de um fenómeno e classificar as relações entre variáveis (Dalfovo, Lana & Silveira, 2008; Richarddson, 1989), ou seja, pretende-se em traços gerais descrever a percepção de risco do farmacêutico comunitário em Portugal (e a farmácia comunitária enquanto organização), e determinar quais, e em que medida as variáveis se relacionam com esta problemática.

- A investigadora faz parte integrante do fenómeno social que investiga, ou seja, é farmacêutica comunitária há 13 anos. Deste modo, temos de equacionar também esta relação peculiar entre o investigador e o objeto de investigação. O investigador não pode ser totalmente alheio, independente e neutro, em relação aos fenómenos que estuda, pois participa neles sempre com os seus valores, crenças e ideias, pelo que

deve tentar integrar-se no contexto de estudo, fazendo parte “natural” do cenário (Miranda, 2009). No entanto, o rigor é procurado, usando um paradigma quantitativo e recorrendo a critérios de validade interna (triangulação de dados, com o grupo focal e análise documental) e externa (adaptação de um inquérito por questionário já validado e amplamente utilizado), fiabilidade e objetividade, enfatizando o compromisso com a neutralidade e consistência.

A construção de um questionário ajustado à população em estudo implicou a realização prévia de um grupo focal (metodologia qualitativa), para identificar os perigos e riscos da profissão e assim determinar os riscos específicos a incluir no questionário; esta necessidade advém da escassez de literatura específica sobre os riscos laborais dos farmacêuticos comunitários em Portugal, e da inexistência de uma matriz de riscos para a profissão, inclusive por parte das instituições oficiais que tutelam a profissão .

Em suma: para alcançar o objetivo acima descrito considerou-se realizar um estudo de natureza exploratória, de forma a proporcionar maior familiaridade com o objeto de estudo (Trivinos, 1987), de natureza descritivo e analítico. Trata-se de uma análise extensiva, que visa a obtenção de um conhecimento amplo e generalizado sobre a realidade das perceções de riscos dos farmacêuticos comunitários a exercer em Portugal.

2.3 CAMPO DE ANÁLISE – AMOSTRA / PARTICIPANTES

O estudo será aberto a todos os farmacêuticos comunitários a exercer em Portugal. Tendo em conta os objetivos do estudo, tornou-se fundamental que os participantes, trabalhadores (as) exercessem na sua atividade de farmacêutico (a) comunitário (a). Foram convidados a participar todos os farmacêuticos a nível nacional a exercer, ou que tenham exercido, na farmácia comunitária em Portugal. Após a definição da população (farmacêuticos comunitários a exercer em Portugal), definiu-se que a seleção dos participantes, que se pretendia tão abrangente e representativa quanto possível (geograficamente distribuída a nível nacional), seria ditada pela divulgação do *link* para o inquérito por questionário na Newsletter da OF (órgão máximo que tutela a profissão farmacêutica), e da APFC, e nas redes sociais (*Facebook*) de grupos fechados a profissionais de farmácia e da APFC, tratando-se assim de uma amostra de conveniência – amostra não aleatória, que recorre a grupos intatos, em contexto, real mas com pouca generalização além do grupo (Coutinho, 2007). Esta irá em certa medida também beneficiar de algum efeito designado por “bola de neve”, já que será solicitado a alguns participantes chave, que distribuam o *link* do questionário dentro das suas zonas de

influência direta. O questionário incidiu sobre uma amostra constituída, exclusivamente, por farmacêutico comunitário. Os farmacêuticos abrangidos pela amostra não representam qualquer organização específica, tendo na sua maioria como elemento comum, apenas e só, a atividade profissional que desempenham.

2.4 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS

Como referido foram utilizadas duas técnicas de recolha de dados utilizada para responder aos objetivos definidos. O grupo focal online, via plataforma *Teams*, foi selecionado para a identificação de perigos e riscos da profissão do farmacêutico comunitário, e assim determinar também os riscos específicos da profissão a constar no inquérito. O inquérito por questionário foi efetuado com o objetivo de determinar a perceção de riscos dos Farmacêuticos Comunitários, no que respeita aos riscos específicos e determinantes da perceção de riscos, bem como a sua relação com a caracterização sociodemográfica e organizacional; este será autoadministrado, via online, através da plataforma *Google Forms*. Passaremos a explicitar os procedimentos das duas técnicas:

2.4.1 GRUPO FOCAL

2.4.1.1 Grupo Focal – Características e Conceitos teóricos

A abordagem do grupo focal é qualitativa e tem como instrumento de recolha o “guião de discussão” (Dias, 2000). Esta técnica apresenta como potencialidade gerar um volume de informações expressivo em curto espaço de tempo, quando comparados a outras técnicas (Fern, 2001). A essência do grupo focal consiste em basear-se na interação entre seus participantes (sinergia e interação do grupo) para recolher dados, a partir de tópicos que são fornecidos pelo pesquisador (que vai ser no caso o moderador do grupo) (Morgan, 1998; Dias, 2000). O objetivo central do grupo focal é identificar percepções, sentimentos, atitudes e ideias dos participantes a respeito de um determinado assunto, produto ou atividade. Os seus objetivos específicos variam de acordo com a abordagem de pesquisa. Os participantes devem formar um grupo, homogéneo, mas apenas até certo ponto, já que deve permitir o contraste e a diversidade de opiniões (Chiara, 2005; Zaganelli, Nisenbaum, Alves, Marques & Olinto, 2015). A sua duração habitual é de uma hora e meia (Krueger & Casey, 2000; Carlini-Cotrim, 1996; Morgan, 1998). Outro ponto importante é o local para a realização do grupo focal, este não precisa ser presencial, pode ser realizado online (Zaganelli, Nisenbaum, Alves, Marques & Olinto, 2015).

Enquanto técnica de recolha de informação o grupo focal é caracterizado por um conjunto de etapas que se iniciam com a pesquisa, planeamento e preparação do mesmo,

onde se enquadra por exemplo a seleção/recrutamento dos participantes e a escolha do local; segue-se a moderação/condução do grupo focal, onde se destacam os procedimentos base e a importância do moderador; e, por último, a análise e divulgação dos resultados (Chiara, 2005; Silva, Veloso & Keating, 2014). Os grupos focais são também alvo de fatores de interferência específicos, nomeadamente: interdependência na produção de respostas dentro do grupo; e diferentes pesquisadores poderiam interpretar distintamente os mesmos resultados (Godim, 2003); não é possível a eliminação da variabilidade na composição dos grupos, o estilo do moderador em cada um deles e as características dos participantes; a falta de controle do desempenho do moderador; e limitações de se comparar resultados dos grupos focais com os gerados por outras técnicas de investigação (Fern, 2001).

2.4.1.2 Elaboração do grupo focal: Objetivos, amostra e guião

Com o grupo focal pretendeu-se uma aplicação prática, de caráter exploratório, dado que o objetivo é produzir conteúdo, gerar hipóteses ou teorias, e produzir novas ideias (Gondim, 2003); mais especificamente, os objetivos são proceder à identificação de perigos e riscos da profissão de farmacêutico comunitário em Portugal, e determinar os riscos específicos da profissão irão integrar o inquérito por questionário. A sua realização advém da ausência de documentação específica sobre esta questão relativamente à população em estudo.

O objetivo passa então por identificar o que é mais relevante para o farmacêutico comunitário no que concerne a riscos laborais, e com isso determinar quais os riscos que devem efetivamente constar no questionário. Optou-se por realizar o grupo focal online, retomando a perspectiva de Chiara (2005), que considera que este procedimento permite redução de custos, fácil implementação, recolha rápida de dados e independência da localização geográfica. Prevê-se que os grupos focais tenham a duração de aproximadamente 90 minutos. Para a sua composição optou-se por uma amostra intencional, onde os critérios para a seleção dos sujeitos serão determinados pelo objetivo do estudo.

Para a elaboração do guião dos grupos focais, foi inicialmente realizada uma revisão da literatura (referente aos riscos laborais dos farmacêuticos – sobretudo artigos/documentos internacionais, dada escassez de literatura específica sobre os farmacêuticos comunitários portugueses) e análise documental (Estatuto da OF, Boas práticas de Farmácia Comunitária, legislação específica sobre a profissão e funções desempenhadas, entre outros) sobre as condições estruturais e de funcionamentos das

farmácias, relativas às funções / tarefas desempenhadas pelos farmacêuticos comunitários, que se traduziu numa primeira abordagem aos riscos a que estes profissionais estão expostos, e que serviu de suporte à construção do guião do grupo focal. O mesmo beneficiou ainda do parecer de uma técnica da ACT.

A realização da técnica de grupo focal advém, como já foi referido, da ausência de uma matriz de riscos para a profissão, embora vários esforços e contatos tenham sido enviados pela investigadora nesse sentido, e da necessidade de identificar os perigos e riscos específicos da profissão de farmacêutico comunitário, de modo a realizar o inquérito por questionário. O guião para as sessões de grupo focal (Apêndice III) inicia-se pela explicitação dos objetivos e pelas questões a abordar, que correspondiam aos (sete) riscos ocupacionais a serem debatidos. O guião está estruturado em 4 etapas, cada uma organizada em objetivo, tempo esperado, questões-chave e descrição do papel do moderador. Na etapa 2 e 3 foram ainda definidos objetivos específicos e tópicos de questões a explorar no debate, de modo a mobilizar ao máximo as respostas e interações entre os participantes.

Com o guião do grupo focal elaborado foi efetuado um pré-teste a uma farmacêutica comunitária, com 44 anos de idade e 20 anos de experiência em farmácia comunitária, passagem por 5 farmácias ao longo da sua carreira; já desempenhou funções como farmacêutica, farmacêutica substituta (da diretora técnica) e farmacêutica diretora técnica; do ponto de vista curricular detém a especialidade em farmácia comunitária e uma pós-graduação em Acompanhamento Farmacoterapêutico. O pré-teste permitiu validar a adequabilidade do guião pois todas as questões foram respondidas sem dificuldade digna de registo, e consideradas pertinentes. Não foram sugeridos mais temas a abordar, mas nos riscos físicos foi referida a questão da climatização, que não tinha sido considerada inicialmente no guião (esta revelou-se muito pertinente pois foi uma questão levantada com ênfase por participantes dos grupos focais realizados posteriormente). Percebeu-se que o guião era extenso devido ao número de temas a abordar (sete), no entanto o fato de todos terem demonstrado pertinência levou a que se mantivesse a estrutura inicial. É ainda de referir que se percebeu a necessidade de reforçar que o foco da conversa era a segurança do farmacêutico no seu exercício profissional, e não a sua performance profissional, ou a segurança dos utentes.

Tratou-se de uma amostra intencional, pois o investigador deliberadamente escolheu certos elementos para pertencer à amostra, por julgar tais elementos bem representativos da população (Anunciação, 2021). Os participantes eram farmacêuticos comunitários e foram escolhidos de acordo com o seu percurso e tempo de experiência profissional, de

modo a gerar conteúdo pertinente, e dotar o grupo focal da abrangência possível. O convite aos participantes do grupo focal foi previamente feito, via e-mail. Após o acerto dos detalhes relativos à disponibilidade conjunta dos participantes, foi enviado um convite eletrónico, via plataforma *Teams*, pela qual se realizou o grupo focal (inclusive gravação e transcrição).

O primeiro grupo focal foi composto por 5 participantes, e o segundo por 4 elementos, escolhidos pela sua experiência profissional diversificada (nº de anos de exercício profissional, percurso profissional, currículo, estrutura das farmácias em que exercem ou exerceram), mas também diferentes faixas etárias e dispersão geográfica (aquela que foi possível), características que tornava expectável um debate e interação de grupo produtiva, face aos objetivos.

Os grupos focais iniciaram-se -se com a receção aos participantes e pedido para a gravação e transcrição da sessão, assegurando o seu anonimato, e a utilização exclusivamente para fins académicos. Em seguida, já com a gravação em curso, apresentou-se o objetivo do estudo e do grupo focal, e fez-se uma breve introdução aos riscos laborais dos farmacêuticos comunitários. Efetuou-se a apresentação dos participantes e o porquê da sua escolha e explicou-se as regras e aspetos a considerar durante o debate, como descrito no guião do grupo focal (Apêndice III, Etapa1).

2.4.2 INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO

2.4.2.1 Inquérito por Questionário – Características e Conceitos teóricos

Como já foi referido foi selecionada a metodologia quantitativa, com recurso à técnica do Inquérito por Questionário, divulgado eletronicamente à população em estudo. Após uma análise cuidada, tendo em conta o objetivo deste estudo, e também as especificidades dos métodos de recolha de dados passíveis de se aplicar, a escolha recaiu sobre o inquérito por questionário. Um dos principais motivos para a escolha do inquérito autoadministrado foi o fato permitir o máximo de liberdade possível no seu preenchimento, aos trabalhadores. Recorreu-se a este método em virtude de tornar mais prático o tratamento estatístico dos resultados obtidos e de forma a contemplar o maior número de indivíduos envolvidos na amostra em estudo (Ghiglione & Matalon, 2001).

A opção pela via online relacionou-se com o facto de permitir total independência geográfica das respostas (que de outra forma seria bastante difícil de conseguir) e com o facto de mais facilmente chegar a um grande número de participantes. Para a escolha da técnica a utilizar na presente investigação foram ainda consideradas as vantagens na adoção da mesma, designadamente: a possibilidade de definir com precisão o tópico

relativamente ao qual pretende informação; os inquiridos detêm a informação que o investigador pretende obter; os inquiridos podem disponibilizar a informação que é solicitada no quadro das condições particulares impostas pelo processo de pesquisa; os inquiridos podem compreender todas e cada uma das perguntas exatamente como o investigador pretende que elas sejam entendidas; os inquiridos querem (ou são suscetíveis de ser motivados para) fornecer a informação solicitada pela investigação; as respostas dos inquiridos a determinada pergunta têm maior validade se não forem sugeridas pelo investigador; a situação de pesquisa, por si só, não influencia as respostas fornecidas pelos inquiridos; o processo de responder às perguntas não interfere com as opiniões, crenças e atitudes dos inquiridos; as respostas de diferentes inquiridos a determinada pergunta podem ser validamente comparadas entre si (Foddy, 1996).

Num inquérito por questionário parte-se da construção teórica – sustentada em reflexões e pesquisas anteriores – de um conceito, que define um conjunto de dimensões analíticas que se materializam em indicadores e se deduzem em variáveis. A opção por este tipo de técnica de recolha de dados mostrou ser a mais adequada, pois permite manter o anonimato dos inquiridos garantindo a imparcialidade e o afastamento necessário por parte do investigador, bem como dar cumprimento ao regime de proteção de dados. Apesar de todas as vantagens enumeradas e que constituíram os critérios de seleção desta técnica, tem-se ainda assim presentes as restrições da utilização do questionário, nomeadamente quanto às limitações nas opções de resposta, o risco dos inquiridos não interpretarem as perguntas nos termos pretendidos, não estarem minimamente dispostos para admitir determinadas atitudes ou comportamentos, ou ainda terem lapsos de memória e erros de compreensão em virtude de questões de redação ou de algumas questões serem mais “invasivas” (Álvares, 2021).

2.4.2.2 Elaboração e descrição do guião do inquérito por questionário

Para a elaboração do guião foram tidas em consideração várias características desta técnica, nomeadamente relativas às escalas, formulação e tipo de perguntas e apresentação do questionário.

Após a revisão bibliográfica, análise documental, e identificação dos riscos específicos dos farmacêuticos comunitários, determinados pelo grupo focal, foi adaptado o “Questionário sobre Perceções e Atitudes Face ao Risco” de Pereira (2010) (Anexo II). O

questionário inicia-se garantindo o consentimento informado, e o caráter anónimo e de confidencialidade do mesmo.

O questionário é constituído por 3 dimensões de análise, correspondentes a: dados sociodemográficos e profissionais, determinantes da perceção do risco e riscos específicos do farmacêutico comunitário. Estando estas dimensões subdivididas em escalas e subescalas de análise. As subdimensões estarão classificadas numa escala de Likert, com alternativas de resposta fechadas entre 1 e 7. Nestas subdimensões será pedido ao participante que quantifique o grau de acordo ou desacordo com uma variedade de afirmações acerca de perceção face a riscos. A subdimensão é composta pela afirmação acerca do tema em avaliação, e uma segunda parte de avaliação composta por uma lista de categorias de resposta (Mendes, Fernandes & Correia, 2016). No questionário existem 3 tipos distintos de dimensões de avaliação, designadamente: os determinantes pessoais, exposição a riscos específicos e preocupação com riscos específicos.

Na adaptação do questionário começou por se realizar algumas alterações na secção referente aos dados sociodemográficos e caracterização profissional; de seguida substituiu-se os riscos específicos: 7 grupos de risco – biológicos, ergonómicos, psicossociais, mecânicos, de agressão, físicos e químicos – 80 questões (grau de exposição e nível de preocupação). Por último, selecionaram-se os determinantes da perceção de riscos a incluir neste inquérito: 17 determinantes dos 23 determinantes, num total de 86 questões). Contemplar todos os determinantes seria logo à partida um risco dado que o inquérito já assim longo, se tornaria demasiado extenso. A seleção resultou de todo o conhecimento sobre os profissionais em estudo, adquirido ao longo da revisão da literatura, análise documental e grupos focais realizados, contendo obviamente um certo grau de subjetividade. Este inquérito inicial foi sujeito a pré teste.

A realização de um pré-teste, envolvendo pessoas de perfil diversificado, correspondente à população em estudo é fundamental, entre outros motivos, para avaliar a adequabilidade da formulação das perguntas (Alvares, 2021). O esboço inicial do questionário foi sujeito à apreciação de 5 especialistas, que desempenham funções como farmacêutico comunitário, que validaram (ou não) a pertinência das questões incorporadas no questionário. Os farmacêuticos comunitários que avaliaram a pertinência e o teor das perguntas elaboradas, tiveram a oportunidade de se expressarem em relação à sensibilidade de algumas perguntas, identificadas como tendo cariz laboral, que poderiam confundir o inquirido em relação ao objetivo primeiro deste estudo, ou seja, a perceção do risco.

Uma das principais conclusões do pré-teste revelou que este era demasiado longo, ao ponto de comprometer a adesão da população em estudo ao seu preenchimento. Neste sentido, foram retirados os determinantes que mais dúvidas ou questões levantaram, ou que foram reportados como “pouco aplicáveis”, como fazendo “pouco sentido” pelos especialistas que realizaram o pré-teste. Dos 17 determinantes foram assim retirados 6 – voluntarismo, negação, ancoragem/supressão, mudanças, retrospectivas e locus do controlo – ficando um total de 11 determinantes (dos quais foram também retirados alguns itens, pelos motivos já mencionados) – Inércia, falta de tempo ou meios; estimativa do risco; conhecimento/novidade; severidade/efeito imediato o remoto; ilusão do controlo; memorização; compensação do risco percebido; influencia social; confiança; impulsividade; e ansiedade. O guião final do inquérito por questionário encontra-se no Apêndice IV.

A primeira pergunta do inquérito por questionário foi “É Farmacêutico Comunitário?” Perante uma resposta negativa o questionário terminava automaticamente. Isto tinha como objetivo minimizar os desvios devido a eventuais respostas por outros profissionais de farmácia (que não farmacêuticos), ou por farmacêuticos que não exerçam como farmacêuticos comunitários.

2.5 TRATAMENTO DE DADOS

Os dados serão analisados através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). O SPSS permite analisar: padrões e perfis de distribuição de variáveis; relação entre variáveis; topologias, tipologias, modelos de dependência, entre outros (Alvares, 2021).

2.5.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A estatística é uma ferramenta valiosa para a pesquisa pois complementa e enriquece o trabalho científico (Martins & Domingues, 2014). A validade das análises estatísticas dos questionários apresenta alguns requisitos específicos: o tratamento possível da informação recolhida está condicionado à quantidade de respostas obtidas. De acordo com alguns autores, para recorrer a medidas de estatística descritiva são necessárias no mínimo de 30 respostas. Para proceder à análise de relações entre indicadores ou relações de dependência, são necessárias no mínimo 40 respostas (Mendes, Fernandes & Correia, 2016). Em geral, os autores apresentam os resultados de seus estudos na forma de gráficos, quadros e tabelas com os dados obtidos, acompanhados de estatísticas descritivas (médias, desvios-padrão, medianas), sendo quase sempre mencionado os

testes estatísticos realizados (Lakatos & Marconi, 2003). Qualquer que seja o estudo, é necessária a descrição de todas as variáveis envolvidas.

2.5.1.1 Fidelidade e validade do inquérito por questionário

Para a análise da fidelidade do inquérito por questionário no que toca aos determinantes da percepção de risco procedemos à análise do seguinte pressuposto:

- Coeficiente de Alpha de Cronbach da totalidade dos itens que compõe cada instrumento, assim como da escala após exclusão de cada um dos itens individualmente. Através do Alpha de Cronbach é possível avaliar a consistência interna do instrumento, que pode variar entre 0 e 1, sendo que os valores mais elevados são indicadores de melhor consistência interna. Segundo Hill e Hill (2002), um Alpha de Cronbach superior a 0.800 demonstra uma boa consistência interna, mas são aceitáveis valores acima de 0.600, quando existem escalas com um número baixo de itens.

Para a certificação da validade no que toca aos determinantes procedemos à análise dos seguintes pressupostos:

- Correlação de cada item com a escala total: segundo Streiner e Norman (2008), através desta análise é possível avaliar se cada item é um bom indicador do instrumento total, se a sua correlação for superior a 0.200;
- Análise Fatorial de acordo com o método de componentes principais, através da regra de Kaiser (raízes latentes iguais ou superiores a um) e seguida de rotação ortogonal do tipo Varimax (Pestana & Gageiro, 2014);
- Inspeção de correlação entre os fatores, através da correlação de Pearson.

2.5.1.2 Análise fatorial

A análise fatorial (AF) é utilizada para investigar os padrões ou relações latentes para um número grande de variáveis e determinar se a informação pode ser resumida a um conjunto menor de fatores. Através da AF é possível reduzir o número de dimensões necessárias para se descrever dados derivados de um grande número de medidas. O fator pode ser definido como uma combinação linear das variáveis originais. Os fatores representam as dimensões latentes (construtos) que resumem o conjunto original de variáveis, mantendo a representatividade das características das variáveis originais. Assim, a análise fatorial é usada para investigar as relações entre um grande número de variáveis e organizá-las em um conjunto menor de fatores. Portanto, os dois principais usos da análise fatorial são resumo e redução dos dados, que podem ser muito úteis à medida que o número de variáveis utilizadas em técnicas multivariadas aumenta (Matos & Rodrigues, 2019).

Prosseguimos verificando os resultados da Análise fatorial, de modo a avaliar a estrutura fatorial do instrumento através do método Componentes Principais segundo a regra de Kaiser (raízes latentes iguais ou superiores a 1), e utilizando o Método de Rotação Varimax.

CAPÍTULO III – Contextualização do Setor em Estudo – O Farmacêutico Comunitário e a Farmácia

O farmacêutico é por definição “o especialista do medicamento”. Atualmente, devido à evolução que envolveu a farmácia comunitária, as funções e serviços prestados vão muito além disto; conseqüentemente os riscos laborais a que estão expostos são também extremamente diversos.

3.1 PAPEL E CONTEXTO DO FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO EM PORTUGAL – TAREFAS e COMPETÊNCIAS

Atualmente o espectro de atividades exercido pelo farmacêutico comunitário é amplo, podendo variar de país para país. Portugal é frequentemente referido nos meios políticos e científicos como um dos países na Europa em que um maior leque de serviços é disponibilizado à população (Ordem dos Farmacêuticos, 2023). Em muitas zonas do território nacional, sendo o farmacêutico o único profissional capaz de evitar deslocações desnecessárias a outros serviços de saúde perante transtornos de saúde menores, através da dispensa e aconselhamento sobre o uso correto de medicamentos não sujeitos a receita médica e medicamentos de venda exclusiva em farmácia. Tem também um papel determinante na promoção da literacia em saúde e na promoção da correta “navegação” do cidadão dentro do sistema de saúde, favorecendo o bom uso dos escassos recursos disponíveis (Infarmed, 2023; Ordem dos Farmacêuticos, 2009).

O farmacêutico comunitário tem uma contribuição em áreas e serviços como a gestão e adesão à terapêutica, administração de medicamentos (inclusive vacinas e medicamentos injetáveis), determinação de parâmetros (bioquímicos e outros), identificação de pessoas em risco, deteção precoce de diversas doenças e promoção de estilos de vida mais saudáveis, atuando assim na prevenção da doença e promoção da saúde. O farmacêutico é competente em farmacoterapia, sendo assim determinante o seu papel na promoção do uso responsável do medicamento, em articulação com os restantes

profissionais de saúde (Ordem dos Farmacêuticos, 2009, 2015 e 2021). As principais tarefas e competências do farmacêutico comunitário estão listadas no Anexo V.

3.2 A EVOLUÇÃO DA FARMÁCIA COMUNITÁRIA E A SUA IMPLICAÇÃO PARA O FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO

3.2.1 Alterações Legislativas

As grandes mudanças ocorridas nas farmácias comunitárias nas últimas décadas têm origem em alterações na legislação, onde se destaca:

- A autorização da venda de MNSRM fora das farmácias proclamado pelo Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de agosto. Na procura de maiores margens de lucro e competitividade, a farmácia comunitária começa então a direccionar-se rapidamente para outros produtos (suplementos, fitoterapia, dermocosmética) e serviços (testes bioquímicos, nutrição, MAPA, entre outros), que não apenas medicamentos.
- Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, que veicula a alteração na propriedade da farmácia (que deixa de ser exclusiva do farmacêutico), alterando de forma drástica o perfil das farmácias, que se tornam um “tipo de empresa” apetecível para todos os que possam investir, tornando-se consequentemente “muito mais comerciais”, focadas no lucro e na rentabilidade. Também marca o início dos grandes grupos de farmácias, e o aumento de competitividade entre as farmácias.
- Decreto-Lei n.º 65/2007 de 14 de março, posteriormente, alterado pelo Decreto-Lei n.º 48-A/2010 com a alteração (redução substancial sucessiva) das margens do medicamento que, associado ao advento dos grupos, obrigou a alterações significativas no modelo de negócio das farmácias (sob o risco de não sobreviverem financeiramente), intensificando o que já tinha acontecido em Decreto-Lei n.º 134/2005.

3.2.2 As novas exigências do Farmacêutico Comunitário

A Farmácia comunitária sofreu inúmeras mudanças ao longo dos últimos anos, as quais obviamente se refletiram nas funções e tarefas exigidas ao farmacêutico comunitário. Por um lado, os programas académicos nem sempre reagiram à mesma “velocidade” que as mudanças foram ocorrendo, o que origina discrepâncias entre a formação, e o conhecimento e tarefas para as quais um jovem licenciado está preparado e o que o mercado de trabalho dele exige. Ao mesmo tempo passa obviamente a ser exigido aos farmacêuticos comunitários em exercício diversas tarefas para que este não tinha sido preparado (Ordem dos Farmacêuticos, 2009). Esta questão pode ser resolvida com formação continua e/ou especializada, por parte da entidade empregadora. No entanto, o

indivíduo quando escolheu a profissão de farmacêutico era porque se revia nas tarefas que a profissão implicava, mas que, entretanto, estão bastante diferentes, e que este pode, ou não (mesmo com formação), ter as *skills* necessárias para a nova realidade e exigências da profissão; e mesmo que este não seja o caso, pode simplesmente não se rever nas mesmas, do ponto de vista pessoal/individual, de satisfação profissional.

Economia, gestão e liderança

Neste campo económico assiste-se a uma verdadeira alteração do modelo de negócio das farmácias: devido às alterações legislativas referidas, a farmácia comunitária tem de se adaptar à concorrência não só entre si, mas também relativamente às grandes superfícies comerciais, e ainda ao mercado online. Esta questão traz para o farmacêutico comunitário uma outra nova exigência/necessidade: conhecimento no âmbito da gestão económica e financeira – gestão de stocks e de compras, novos modelos de contratos comerciais; bem como a estratégia de definição de preços/margens, entre outros – e ainda o conceito de “técnica de vendas”. Muitos farmacêuticos comunitários passam efetivamente a ter de conviver com análises de desempenho, em grande parte baseadas em objetivos de vendas (Sindicato Nacional dos Farmacêuticos, 2009). Há ainda a referir uma outra nova exigência do farmacêutico comunitário, atualmente muito valorizada para os cargos de farmacêutico substituto (FS) e farmacêutico diretor técnico (FDT): a capacidade de liderança, gestão de recursos humanos e resolução de conflitos.

Alterações tecnológicas e científicas

Também os campos tecnológicos e científicos representam uma exigência, de forma a manter a qualidade do serviço e a competitividade, devido à constante evolução da ciência, introdução da robótica, e sucessivas atualizações e mudanças nos sistemas informáticos. De facto, formação continua é uma obrigatoriedade face à constante evolução e aumento vertiginoso do número e tipo de produtos que a farmácia disponibiliza (Zubioli, 2001).

Alterações sociais e culturais

A mudança e evolução da farmácia comunitária tem sido marcadamente influenciada por alterações sociais e culturais que ocorrem cada vez mais a um nível galopante (Pita & Bell, 2016). Ao mesmo tempo que o aumento da concorrência entre farmácias e com outros espaços de saúde trouxe para a farmácia o conceito de “fidelização de clientes”, o fácil acesso à informação também torna os clientes mais exigentes do ponto de vista da qualidade do atendimento e, sobretudo, a estratégia de preços mais difícil, sendo

aconselhável estar mais ou menos “em linha” com a concorrência. Utentes/clientes cada vez mais informados e cada vez mais exigentes, implica que o farmacêutico comunitário mantenha não só um conhecimento continuamente atualizado e abrangente, mas também passe a necessitar ainda mais de aptidões de *soft-skills*, gestão de conflitos, entre outras.

Além do mercado de venda online, as mudanças, neste caso sociais, levaram a farmácia comunitária para campos que seriam impensáveis há algumas décadas: as redes sociais (por exemplo, *Facebook* e *Instagram*) são um excelente meio para chegar aos clientes. Mais uma vez é necessário que o farmacêutico comunitário tenha *skills* ou formação específica nestas áreas.

3.3 OS RISCOS LABORAIS NA PROFISSÃO DE FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO

Para análise dos riscos laborais na profissão de farmacêutico comunitário consideraram-se as diretrizes da OIT que classificam os fatores de risco para a segurança e saúde dos trabalhadores, presentes ou relacionados ao trabalho em cinco grandes grupos: biológicos, químicos, físicos, mecânicos, ergonómicos e psicossociais (OIT, 2013). Na ausência de documentação específica sobre os riscos laborais dos farmacêuticos comunitários em Portugal, a seleção dos riscos a abordar foi fundamentada por documentação referente aos profissionais de saúde (categoria onde se enquadra o farmacêutico) em geral, onde se destaca o artigo “Profissionais de Saúde: principais Riscos e Fatores de Risco, eventuais Doenças Profissionais e Medidas de Proteção recomendadas”, de 2016; e o “Manual Boas Práticas Segurança dos Profissionais - Saúde ocupacional e mapa de riscos”, realizado em 2023 pelo Ministério da Saúde para uma Unidade de Saúde Familiar. Também se recorreu a documentação internacional (embora as funções dos farmacêuticos comunitários possam divergir ligeiramente de país para país), sobretudo o “Guia de Boas Práticas Para a Prevenção de Riscos dos Trabalhadores de Farmácia”, da Associação de Farmácias do País Basco (2015), e o “Manual de Riscos Ocupacionais e Medidas de Controlo para os profissionais de Farmácia”, do Government of Alberta no Canadá (2011). Obviamente esta seleção teve por base as tarefas e competências atribuídas ao farmacêutico comunitário pela Ordem dos Farmacêuticos, pela Lei n.º 131/2015 de 4 de setembro, e pelas Boas Práticas de Farmácia Comunitária. O risco de agressão, pelas suas particularidades, foi analisado isoladamente.

Na Tabela 2 encontram-se descritos estes riscos para o setor em estudo.

Tabela 2 – Tabela de Riscos Laborais do Farmacêutico Comunitário

RISCOS LABORAIS DO FARMACEUTICO COMUNITÁRIO	
Riscos Biológicos	As diretrizes da OIT (2013) definem perigo biológico como qualquer microrganismo, célula ou outra matéria orgânica de origem vegetal, animal ou humana, incluindo aquela que foi geneticamente modificada, com potencial para causar danos à saúde humana. Entre outros, podem incluir-se bactérias, vírus, parasitas, fungos, priões, material de ADN, fluidos corporais, e outros microrganismos e os seus alérgenos e toxinas associadas (OIT, 2013). Estima-se que cerca de 20% dos profissionais de saúde seja infetado anualmente pelo vírus Influenza (Santos & Almeida, 2016). Também são mais frequentes as resistências bacterianas, devido à seleção de microrganismos existentes no local de trabalho e/ ou pelo uso frequente/ incorreto de antibióticos eventualmente pela maior acessibilidade aos mesmos (Alzoubi, Ayoub, Al-Sakaji, Al-Azzam, Mhaidat & Masadeh, 2009). O contato com sangue, fluidos e secreções contaminados constitui o risco de contágio infeccioso de maior relevância para os profissionais de saúde no geral (Santos & Almeida, 2016) e para os Farmacêuticos Comunitários em particular (Government of Alberta, 2011). O risco biológico advém obviamente do contato praticamente diário com indivíduos com patologias infectocontagiosas (desde infeções respiratórias virais ou bacterianas, a pediculose), risco que foi bastante intensificado pela pandemia Covid-19, e sobretudo pela realização destes mesmos testes nas farmácias comunitárias. Ainda dentro dos riscos biológicos, há que considerar a realização de testes bioquímicos e administração de injetáveis que, mesmo utilizando os EPIs recomendados, representam um risco de picada acidental e, consequentemente, contaminação biológica. Os riscos biológicos em alguns casos estão agravados pela falta de manutenção dos equipamentos de ventilação e climatização, bem como pela inexistência ou deficiência em EPIs (Sancho, 2019).

Os riscos ergonômicos podem gerar distúrbios psicológicos e fisiológicos, suscetíveis de provocar sérios danos à saúde do trabalhador e comprometer a sua segurança e produtividade, como, por exemplo: cansaço físico, lesões músculo-esqueléticas (LME), hipertensão arterial, alteração do sono, doenças nervosas, doenças do aparelho digestivo (Autoridade para as Condições do Trabalho, 2022).

As LMEs estão especialmente relacionadas com a repetição do movimento e os danos cumulativos: utilização excessiva das mesmas zonas anatómicas, pouco tempo de recuperação, mal-estar emocional e pouca autonomia na organização do trabalho, turnos prolongados e/ ou rotativos, ritmo acelerado, pausas insuficientes ou inexistentes, penalização e/ ou gratificação em função da produtividade, chefias muito exigentes, formação inexistente ou desadequada, monotonia, mau ambiente de trabalho e ainda tarefas pouco motivantes e demasiado especializadas (Santos & Almeida, 2016; Drebit, Shajari, Alamgir, Yu, & Keen, 2010; Menzel, 2008).

A magnitude dos riscos ergonômicos depende obviamente das tarefas realizadas, não comportando naturalmente o mesmo grau de risco em todas as farmácias (nomeadamente consoante a presença ou ausência de robot para dispensa e arrumação de medicamentos, monta-cargas ou outro tipo de equipamentos para transporte de cargas pesadas). Por exemplo, mesmo nas farmácias que não tem robot, gavetas substituíram prateleiras antigas; a vantagem é óbvia pela capacidade de armazenamento e pela ordem que alcançam. As dimensões das gavetas geralmente são altas para ter mais capacidade de armazenamento, e é aí que reside o risco ergonômico, porque o trabalhador é obrigado a adotar posturas forçadas, e nas quais é até difícil manter o equilíbrio (Prieto-Muñoz, 2021).

De fato, os riscos ergonômicos estão facilmente presente em todas as farmácias, através da movimentação manual de cargas (elevação de caixas contendo encomendas) e esforço físico; posturas incorretas, decorrentes do desenho do posto de trabalho (nomeadamente ausência de equipamentos ajustáveis e ergonômicos) – altura dos balcões e monitores do computador (sem inclinação ajustável) desajustada do ponto de vista ergonômico, posição desadequada do teclado, e de cadeiras e mesas de trabalho/reunião que não respeitam a ergonomia; trabalho de pé muitas horas, por vezes em ritmo acelerado, entre outros (Government of Alberta, 2011; Associação de Farmácias do País Basco, 2015). Em qualquer dos casos, o risco de LME e eventualmente a doença profissional são uma realidade.

Segundo a OIT, os riscos psicossociais no trabalho consistem, por um lado, na interação entre o trabalho, o seu ambiente, a satisfação no trabalho e as condições físicas da organização; e, por outro, nas capacidades do trabalhador, nas suas necessidades, na sua cultura e na sua situação pessoal fora do trabalho; o que afinal, através das perceções e experiências, pode influir na saúde, no rendimento e na satisfação do trabalho. Podemos retirar destas definições que os riscos psicossociais englobam os fatores associados com o trabalho, o ambiente fora do trabalho e as características individuais do trabalhador (OIT, 2013). Esses fatores encontram-se relacionados normalmente com o conteúdo do trabalho, a sobrecarga e ritmo de trabalho, o horário, o controlo, os equipamentos e o ambiente de trabalho, a cultura organizacional, as relações interpessoais, o papel na organização, o desenvolvimento da carreira e o equilíbrio trabalho-família (UGT, 2020).

O riscos psicossociais mais prevalentes na farmácia comunitária estão relacionados com: carga de trabalho excessiva; exposição a situações de agressão verbal e/ou física (risco de violência); condições relacionadas com a organização do trabalho, funções de liderança, realização de trabalho por turnos e distúrbios do sono; conflitos interpessoais (com colegas ou clientes) e interinstitucionais, stress, nomeadamente relacionado com o conflito “trabalho-vida pessoal”, ansiedade e depressão (Government of Alberta, 2011). Também responsabilidade sobre tarefas para as quais não se dispõe da formação necessária, e a gestão de riscos complexos (como será o caso da agressão ou da morte de um utente habitual), contribuem para este risco.

- Stress, *burnout* e *bullying*

A generalidade dos profissionais de saúde está sujeita a patamares razoáveis de *stress* laboral, *bullying*, *burnout* e violência; condições estas com implicações na saúde física e emocional dos funcionários, bem como no absentismo, satisfação e produtividade (Santos & Almeida, 2016; Oginska- Bulit, 2008). A motivação para realizar *bullying* pode estar associada a sentimentos de inveja/ ciúme/ medo ou com a ambição de atingir determinado objetivo, bem como ambientes laborais mais conflituosos e geradores de maior insatisfação (Santos & Almeida, 2016). O inquérito anual sobre remuneração salarial e satisfação com o trabalho do *The Pharmaceutical Journal* mostrou um aumento significativo do número de farmacêuticos que reportaram stress severo em 2021, cerca do dobro do ano anterior (Connely, 2021).

O Stress tem repercussões a nível individual, refletindo-se na saúde dos trabalhadores, bem como ao nível organizacional (Anexo VI) e daí a importância nas avaliações de riscos e no estudo das perceções de risco dos trabalhadores. Numa situação de stress o trabalhador não se encontra em condições de responder eficazmente aos estímulos provenientes do seu ambiente de trabalho (no Anexo VII estão descritos os fatores indutores de stress no trabalho), originando uma situação de desgaste físico e psicológico (UGT, 2020). O stress parece ser condicionado por múltiplos fatores, sendo que os mais aplicáveis neste contexto são as elevadas cargas de trabalho/acumulação de várias tarefas, funções de liderança, tarefas para as quais não se dispõe da formação necessária e a gestão de riscos complexos (como será o caso da agressão ou da morte de um utente habitual). Em caso de evolução/intensificação o stress laboral pode evoluir para *burnout*, caracterizado pela exaustão emocional/ física, despersonalização e/ ou sentimentos de incompetência e depressão (Santos & Almeida, 2016).

Os riscos de stress e burnout são uma realidade, decorrente em grande parte de todas as implicações da tarefa de atendimento ao público. O atendimento ao cliente constitui um processo dinâmico de interação e comunicação que, como qualquer processo comunicacional, está sujeito a barreiras que podem constituir-se enquanto fatores de risco. Também o desgaste próprio de estar permanentemente a atender clientes e a atender aos seus pedidos, pode resultar no aumento dos níveis de stress do trabalhador (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho b (EU-OSHA, 2023b). O stress é, no entanto, um risco muito variável no que respeita à severidade, consoante a carga de trabalho ou pressão de tempo (excessivas ou não) e a cultura e clima organizacional.

- Alterações cronobiológicas

Uma das tarefas das farmácias comunitárias é a obrigatoriedade de prestar serviço noturno, mediante a escala feita pela ARS (Associação Regional de Saúde). A nível organizacional destacam-se então as alterações cronobiológicas secundárias devido aos horários prolongados, trabalho por turnos rotativos e/ou noturnos, envelhecimento dos funcionários e alterações nutricionais/ endocrinológicas inerentes (Santos & Almeida, 2016). Trabalhar durante a noite acarreta diversos riscos para os trabalhadores, pela alteração do relógio biológico e do ritmo circadiano. Identificam-se como riscos as alterações circulatórias e cardíacas, os distúrbios hormonais, visuais, digestivos e neuropsicológicos. (EU-OSHA, 2023b). O maior risco de acidentes laborais situa-se durante a noite e/ ou

madrugada. Um sono adequado associa-se a melhor qualidade de vida, memória e humor, bem como sistema imune mais fortalecido, melhor nível de alerta e de tempo de reação; por outro lado, a tentativa de dormir durante o dia levará a sonos mais breves e menos reparadores (Almeida & Santos, 2016). No trabalho por turnos é mais frequente a patologia gastrointestinal, bem como alterações do sono (que se podem tornar crônicas), doença cardiovascular e diabetes. Este potencia também a probabilidade de existirem atritos familiares; são também mais frequentes a baixa autoestima, ansiedade e irritabilidade; bem como síndrome depressiva (Estryn-Behar, Beatrice & Heijden, 2012).

- Violência

O setor da saúde é o que apresenta mais situações de violência física e emocional, em contexto laboral. Uma parte dos profissionais de saúde não se sente em segurança ao desempenhar as suas tarefas, dada a violência a que podem estar sujeitos, sobretudo quando estão envolvidos utentes e/ ou familiares sob o efeito de substâncias psicoativas e/ ou ansiosos (Menecz, 2009). As principais situações de violência associam-se a desorientação cognitiva, e uso de seringas. Contudo, se as situações de violência relacionadas com os utentes geralmente geram o apoio social dos colegas de trabalho e da instituição, quando o distúrbio ocorre entre colegas, a maioria considera que tal apenas diz respeito aos envolvidos e prefere não se envolver (Santos & Almeida, 2016; Menecz, 2009). Num inquérito de 2021 do *Pharmaceutical Journal*, os farmacêuticos reportaram um aumento de 42% da agressão física e verbal (pelos utentes) no último ano (Connely, 2021).

Risco de Acidente	O corte (material de vidro) é um dos riscos mecânicos considerado (Government of Alberta, 2011); assim como acidentes com agulhas ou outros instrumentos corto-perfurantes são possíveis de acontecer (Santos & Almeida, 2016). Apesar de ser possível a contaminação por contato com sangue infetado, o principal risco de infecção em acidentes no setor da saúde está associado às lesões percutâneas com este tipo de objetos (Santos & Almeida, 2016). A picada por agulhas ou outros instrumentos corto-perfurantes é um dos principais acidentes entre profissionais de saúde. Alguns autores defendem que estes são mais frequentes nos indivíduos menos experientes, cansados e/ ou ansiosos (Gopar-Nieto, Juarez-Pérez, Cabello-López, Haro-Garcia & Aguillar-Madrud, 2015). As quedas são razoavelmente frequentes nos profissionais de saúde, por vezes, associadas a pisos humedecidos (Santos & Almeida, 2016), mas também falta de iluminação e obstáculos nas vias de circulação podem gerar risco de queda ao mesmo nível; a queda em altura também configura um risco, nomeadamente relacionado a “arrumação em altura”, ou mesmo com a necessidade do recurso a escadas (Associação de Farmácias do Pais Basco, 2015).
Riscos Químicos	As principais vias de entrada dos agentes químicos no organismo são: aparelho respiratório – inalação (via mais comum de contaminação); aparelho digestivo – ingestão; e via cutânea – por contacto com a pele (ACT, 2020). Os riscos químicos estão relacionados com produtos de limpeza e, sobretudo, álcool e desinfetantes; na preparação de medicamentos manipulados também pode ocorrer exposição a produtos químicos (Government of Alberta, 2011; Associação de Farmácias do Pais Basco, 2015; Pinhal, 2016). O uso de luvas de látex entre os profissionais de saúde aumentou muito nos últimos anos, devido às normas entretanto desenvolvidas; por isso, aumentaram também os casos de alergia. Apesar de não ser fatal ou sequer severa, consegue diminuir a qualidade de vida; esta caracteriza-se por prurido, eritema e/ ou outras reações sistémicas. Por vezes, são os próprios aditivos químicos da borracha que também causam reações alérgicas (Amarasekera, Rathnamalala, Samaraweera, & Jinadasa, 2010). O pó contido no interior das luvas contém alérgenos e podem-se assim constituir aerossóis capazes de justificar situações de rinite, asma e conjuntivite. Daí que o uso de luvas sem pó (ou com menos pó) cause menos alergias (apesar de parecerem mais dispendiosas), não só para o próprio, mas também para os colegas de trabalho (Amarasekera, Rathnamalala, Samaraweera, & Jinadasa, 2010).

Riscos Físicos	Compreendem-se como riscos físicos aqueles que resultam da ação de formas de energia às quais o trabalhador está exposto, como por exemplo ruído, calor, frio, pressão, humidade, vibração e radiações (Mendes, 2014). Nas farmácias os riscos físicos estão relacionados sobretudo a exposição a radiações não ionizantes provenientes da utilização de ecrãs dos computadores, diária e por longos períodos (Santos & Almeida, 2016), e consequente fadiga visual (e doenças oculares); o mesmo pode acontecer devido a iluminação insuficiente ou inadequada no local de trabalho – a iluminação constitui um fator fundamental para o bem-estar no trabalho, uma vez que permite a visibilidade de todos os espaços e das tarefas propriamente ditas e, consequentemente, dos perigos e obstáculos que possam eventualmente estar presentes (EU-OSHA, 2023a). Pode ainda referir-se o ruído (sobretudo nas farmácias que dispõem de robot), e a climatização/temperatura do espaço de trabalho (frio ou calor desconfortável) (Government of Alberta, 2011).
Agressão: <i>safety</i> e <i>security</i>	A tarefa de atendimento ao público acarreta, como em qualquer profissão, o risco de agressão: pelas dificuldades comunicacionais que podem eventualmente ocorrer no contexto de uma interação deste tipo, e pela possibilidade de ocorrência de um assalto, refere-se também o risco de violência (verbal ou física) na tarefa de atendimento ao público (EU-OSHA, 2023b). Neste setor em particular, dado que a violência pode ocorrer como resultado de erros de comunicação, ou assaltos – além de todos os produtos de elevado valor existentes na farmácia (cosmética, suplementos, equipamentos variados), existem ainda medicamentos com elevado valor no “mercado negro” (tráfico), sobretudo devido à sua capacidade aditiva, nomeadamente os medicamentos psicotrópicos (derivados dos opioides) e as benzodiazepinas –, mas também como consequência do contato com clientes com patologias do foro psiquiátrico, este risco de agressão está presente em ambas as suas vertentes, <i>safety</i> e <i>security</i>.

CAPÍTULO IV – Resultados e Discussão

4.1 GRUPO FOCAL

O grupo focal, enquanto entrevista, foi a técnica escolhida para proceder à identificação de perigos e riscos associados à profissão de farmacêutico comunitário – os grupos focais foram realizados com um propósito de aplicação prática e geração de conteúdo no contexto particular em estudo (Fern, 2001), na sua modalidade exploratória. A análise dos dados incide na determinação de perigos e riscos específicos da profissão, e será refletida numa tabela de perigos e riscos identificados. Na análise dos dados obtidos tentou considerar-se as palavras e seus significados; o contexto em que foram apresentadas as ideias, a consistência interna, a frequência e extensão das colocações e, por fim, as especificidades das respostas, tal como defendido em Chiara (2005) e Zaganelli, Nisenbaum, Alves, Marques & Olinto (2015).

As transcrições dos grupos focais encontram-se nos Apêndices V e VI, tendo sido previamente validadas pelos participantes, e autorizada a sua divulgação para fins exclusivamente académicos; no final de cada transcrição encontram-se descritas as características dos participantes consideradas pertinentes, e que também estiveram na origem da sua escolha – nº de anos de experiência, nº de farmácias onde trabalhou, região do país, e observações relacionadas com o currículo. Os resultados da análise e da organização do discurso por tipo de risco podem ser consultados na tabela que consta no Apêndice VII.

Ambos os grupos focais referiram maioritariamente os mesmos riscos (embora em alguns casos abordados de maneira diferente):

- Riscos Biológicos – Foi consensual que a tarefa de atendimento ao público, devido à pequena distância física proporcionada pelos balcões, constituía um fator de risco para doenças como a Covid-19 e a gripe (contaminação aérea). A administração de injetáveis, testes bioquímicos foram referidos pelo seu risco de picada ou contato com sangue ou outros fluidos biológicos contaminados. Os testes ao vírus SARS-CoV-2 (e *Influenza*), constituem um elevado risco biológico via aérea e/ou por contato com fluidos biológicos contaminados.
- Riscos Ergonómicos – A permanência em pé durante várias horas, e a má postura (com as possíveis consequências a nível de LMERT) devido ao “desenho” ergonómico desadequado dos postos de trabalho (altura dos balcões, posição do monitor e do teclado) foram os pontos consensuais nas entrevistas realizadas. Também foi referida a movimentação manual de cargas.

- Riscos Psicossociais – Estes recaíram sobretudo sobre a tarefa de atendimento ao público e o seu consequente desgaste físico, intelectual e psicológico; também os horários desgastantes, a avaliação de desempenho baseada na “pressão de vendas”, e a elevada carga de trabalho foram amplamente referidos.
- Risco de Agressão – Foi considerado relevante e relacionado sobretudo com 2 fatores distintos: o atendimento a indivíduos com patologias do foro psiquiátrico, e a possibilidade de agressão durante um assalto (o que depende da localização da farmácia).
- Riscos de Acidente ou Mecânicos – Foi sobretudo referido a desorganização do espaço como fator de risco para choque físico com objetos; a queda de objetos, devido à “arrumação em altura” dos produtos; e a queda em altura a vários níveis (escadas, bancos, escadotes, degraus de acesso a prateleiras).
- Risco Químico – Este risco foi associado sobretudo às farmácias que produzem medicamentos manipulados, recaindo sobretudo sobre o derrame ou salpicos de produtos químicos tóxicos.
- Risco Físico – A exposição à radiação emitida pelos ecrãs dos computadores e a consequente fadiga visual foi consensualmente reportada.

4.1.1 Primeiro Grupo Focal – Descrição e Análise

O primeiro grupo focal (Apêndice V), realizado a 16 de junho de 2023, contou com 5 participantes, teve a duração de 1h e 52 minutos. Este tempo encontra-se acima do que está teoricamente recomendado para o grupo focal online, e deveu-se ao elevado número de temas abordados, e à elevada participação e interação entre os participantes. Em todo o caso, em certos momentos (poucos) terá ocorrido alguma dispersão, sobretudo relacionada com a questão da valorização da profissão de farmacêutico comunitário pela sociedade, e com a estrutura das farmácias enquanto empresas.

O risco biológico foi o primeiro a ser abordado, onde obviamente a pandemia Covid-19 teve bastante destaque, pelo elevado risco de contaminação que implicou, mas também pelo elevado ritmo de trabalho que exigiu, cuja consequência, segundo alguns dos participantes foi a falta de tempo para a devida utilização (e troca) dos EPIs. Apesar desta questão, foi relativamente consensual que a Covid-19 trouxe uma maior consciencialização para a utilização e importância dos EPIs; no entanto, foi referido que algumas farmácias não dispensavam os mesmos, levando mesmo a que trabalhadores (estagiários) adoecessem.

Alem da Covid-19, todos os participantes demonstraram consciência que o risco biológico sempre existiu, devido à proximidade inerente à tarefa de atendimento ao público, tanto ao balcão da farmácia através da contaminação via aérea (não só o vírus SARS-CoV-2, mas outros como o vírus *Influenza*, ou mesmo outras doenças infectocontagiosas como a Tuberculose), como na realização de testes rápidos (bioquímicos) e administração de injetáveis, onde a picada acidental, contato com materiais cortantes ou fluidos biológicos foram os referidos. Neste caso, os participantes foram da opinião que a utilização dos EPIs recomendados minimiza bastante este risco, embora este continue sempre a existir; todos pareceram bastante conscientes da necessidade e vantagem da sua utilização e referiram a existência de protocolos e procedimentos para tal. Ainda relativamente à proximidade (física) inerente à tarefa de atendimento ao público e ao risco de contaminação biológica via aérea foi referido por 3 participantes que este era um risco de certa forma negligenciado, provavelmente por “não ser visível” e haver uma certa habituação ao mesmo pois é um risco “que sempre existiu”; a pandemia Covid-19 veio trazer um novo olhar sobre esta questão. Este ponto vai ao encontro do que é defendido por Areosa (2010, 2012a): a habituação ao risco, através da exposição continuada, pode dar origem à normalização do risco que reduz para o trabalhador a sua perceção e severidade.

Os riscos ergonómicos foram abordados em seguida, destacando-se má postura devido a balcões mal dimensionados (standard e não ajustáveis/adaptáveis á altura/ estrutura física de cada colaborador), em que a altura dos mesmos, posição do ecrã e do teclado não é a adequada pode causar desgaste físico e até lesões futuras. Foi referida a ocasional necessidade de movimentação de cargas pesadas, normalmente caixas com encomendas.

Neste ponto foi também destacado a permanência em pé durante várias horas, cujas consequências, além do cansaço físico, inclui também implicações (mais ou menos imediatas) na saúde vascular (membros inferiores); alguns participantes referiram o recurso a bancos altos ou alternância de tarefas como possíveis medidas para minimizar este risco.

Os riscos psicossociais foram aqueles que mais tempo da entrevista ocuparam e em mais todos os intervenientes participaram. Claramente parecem ter sido aqueles a que os intervenientes no debate mais se sentem exposto e aquele que mais os preocupa (maioritariamente sobre a forma de stress e sofrimento moral/emocional). Neste ponto a tarefa de atendimento ao público, os horários/turnos, a falta de valorização, os moldes da avaliação de desempenho (vendas), a carga e ritmo de trabalho, o desgaste mental e o sofrimento moral, e as relações interpessoais foram as questões mais destacadas.

O atendimento ao público representa um desgaste pela sua exigência intelectual, mas também emocional, face à diversidade de pessoas que se atende, às suas necessidades e, sobretudo, exigências. Foi referido que os clientes chegam a ser mal-educados e até agressivos verbalmente, sobretudo quando os pedidos a que entendem ter direito não são atendidos. Mais do que um participante destacou a falta de valorização/reconhecimento profissional por parte dos clientes/utentes (e da sociedade em geral), como algo que acarreta desgaste (ou mesmo sofrimento) emocional/mental diário. Além da falta de valorização do farmacêutico comunitário pelos clientes e pela sociedade, a falta de reconhecimento pelas chefias foi referida mais do que uma vez, sendo que ambos parecem interferir de forma impactante com a realização profissional e, consequentemente, ser geradoras de sofrimento moral.

A questão dos horários/turnos também foi referida, podendo ser dividida em 2 pontos distintos. Por um lado, a consequência muito impactante que tem na gestão trabalho vs vida familiar (que pode mesmo gerar stress ou sofrimento moral); foi também referido o pouco tempo para investir na formação individual. Por outro lado, há também uma remuneração monetária considerada insuficiente (serviços noturnos, fins de semana, feriados), muitas vezes sob a forma de “contratos desajustados que interferem com justa remuneração”. Mais especificamente no que se refere aos serviços noturnos, estes foram considerados “mal pagos”, “desgastantes” (física e mentalmente), podendo inclusive gerar sentimentos de “medo”, sobretudo dependendo da localização da farmácia (por exemplo, bairros mais problemáticos).

A “pressão de vendas”, sob a forma de avaliação de desempenho (ou não) revelou ser importante (e muito impactante) para muitos participantes, para o quais esta avaliação baseada em fatores como o nº de atendimentos, nº de vendas, valor de vendas, entre outros, e não na qualidade do serviço técnico e de saúde que prestam (enquanto profissionais de saúde que são) se reflete em stress e desmotivação, e até abandono da farmácia comunitária. Esta questão pode também gerar competição com os colegas, e conflitos entre colegas e com as chefias, comprometendo o ambiente de trabalho, onde muitas horas por dia são passadas. Além deste impacto nas relações interpessoais, esta “pressão de vendas” também pode ser conflitos éticos, fatores que em conjunto vão potenciar a probabilidade de “sofrimento moral”.

Não só a pressão de vendas se revelou um fator crítico a nível dos riscos psicossociais geradores de stress, mas também a exigência de realização de “múltiplas tarefas” (sem descurar as vendas!) e a solicitação de tarefas fora do âmbito das suas competências (marketing); tudo isto se reflete num ritmo e carga de trabalho bastante desgastante, que

pode inclusive apresentar em consequências para a saúde física e mental do trabalhador, como cansaço físico e mental, stress ou até mesmo *burnout*.

Para este grupo de participantes, o **risco de agressão** não é inexistente (apesar da barreira física proporcionada pelo balcão), podendo vir de doentes descompensados (*safety*) (com patologias do foro psiquiátrico), para os quais a negação de algum pedido, por exemplo, pode funcionar como um *trigger*. Noutro âmbito (*security*) probabilidade deste risco estará muito relacionada com a localização da farmácia, nomeadamente a proximidade de bairros/zonas problemáticas, e com o tipo de clientes, onde se destacam, por exemplo, os toxicodependentes. Neste caso podemos ter cenários diferentes: o roubo (que pode facilmente gerar agressão, consoante a abordagem do trabalhador ao roubo), em função do valor de alguns produtos que existem na farmácia, ou situações relacionadas com o serviço de troca de seringas que algumas farmácias facultam.

O **risco mecânicos ou de acidente** foi considerado diferente de farmácia para farmácia, consoante o espaço físico das mesmas; centraram-se sobretudo em situações como corredores obstruídos (devido a má organização do espaço ou não cumprimento das zonas indicadas para a colocação das encomendas), escadas pouco seguras e/ou de inclinação assinalável (que constituem um perigo por si só, mais este é ainda maior se estas forem utilizadas para transporte manual de cargas/encomendas/produtos), má organização do espaço (caixas, objetos em locais inadequados, a obstruir vias de passagem, entre outros), queda de objetos (arrumados “em altura” e por isso de difícil acesso).

No que respeita aos **riscos físicos**, considerou-se que na globalidade estes estarão presentes em várias profissões, sendo que na farmácia comunitária especificamente, as radiações emitidas pelos ecrãs dos computadores, associadas à uma intensidade ou ângulo da iluminação inadequado (reflexo, cansaço visual), que pode culminar em fadiga visual. Foi ainda referido o ruído do robot (nas farmácias que dispõem do mesmo), e do toque incessante do telefone, que em algumas farmácias, mais do que um risco físico será desgaste, originando cansaço mental.

Os **riscos químicos** não foram aparentemente percecionados como muito relevantes; “embora existam” (predominantemente nas farmácias onde se realizam manipulados), foi considerado que se os EPIs forem disponibilizados e utilizados, os e equipamentos de proteção coletiva estiverem presentes (sistema de lavagem ocular, sistema de extração de vapores, ventilação /climatização adequada, extintores) e em bom estado de manutenção, estes são riscos preveníveis. Em todo o caso, situações com derrame ou salpicos de produtos químicos tóxicos podem sempre constituir algum risco.

Na Etapa 3 do debate, quando foi lançada a questão de, face aos riscos analisados (ou outros que lhe parecessem pertinentes), quais aqueles a que consideravam estar mais expostos, e quais os que tinham maior importância / apresentavam maior gravidade, a resposta foi unânime: os riscos psicossociais foram referidos por todos em primeiro lugar (com as mais diversas alegações – “atendimento ao público desgastante, pressão de vendas, tempo pessoal vs trabalho, valorização”; ritmo e carga de trabalho muito elevado, com tarefas múltiplas e consequente risco de stress ou mesmo burnout”). Em segundo lugar foram referidos por todos participantes os riscos ergonómicos. Seguiram-se os riscos biológicos e de agressão, ambos referidos por 2 participantes; e por último o risco de acidente, referido por um dos participantes. Nesta fase os riscos químicos e físicos não foram referidos, inferindo-se que se consideram menos expostos aos mesmos e cuja preocupação resultante também é diminuta.

Em termos de comentários/informações pertinentes relativamente à profissão de farmacêutico comunitário que saíram deste debate é importante, até para possíveis medidas futuras, referir que foi relatada uma tendência, aparentemente crescente, de “abandono” das farmácias comunitárias pelos farmacêuticos. Os principais motivos parecem estar relacionados com os horários, falta de reconhecimento profissional pelos clientes, falta de valorização profissional e financeira pelas chefias, e exigência, ritmo e carga de trabalho muito elevado (múltiplas tarefas).

Nos comentários finais voltou a ser destacada a pressão de vendas vs compromisso ético / aconselhamento técnico. O tema foi considerado pertinente, assim como o potencial para a construção de uma matriz de riscos para profissão, de modo a associar os devidos riscos à profissão.

4.1.2 Segundo Grupo Focal – Descrição e Análise

O segundo grupo focal (Apêndice VI), realizado a 21 de junho de 2023, contou com 4 participantes, e teve a duração de 1h e 38 minutos. Este tempo encontra-se também acima do que está teoricamente recomendado para o grupo focal online, pelos motivos acima referidos. Em alguns momentos terá ocorrido alguma dispersão, sobretudo relacionada com a estrutura, organização e comportamento das farmácias enquanto empresas, mas também com algumas vivências pessoais (que não deixaram de enriquecer o resultado!). Apesar de não ser conveniente, o tempo utilizado por cada participante não terá sido exatamente o mesmo com dois elementos a terem uma participação mais longa, face aos outros dois; no entanto, cada um dos participantes falou de todos os temas.

Neste grupo focal as tarefas que implicam os **riscos biológicos** foram prontamente identificadas, e de forma relativamente unânime, pelos participantes: administração de injetáveis, testes bioquímicos, testes Covid e atendimento ao balcão. Foi referido um acidente de picada acidental na realização de um teste bioquímico, alegadamente relacionado com a não disponibilização do material adequado para realizar esta tarefa. Relativamente ao atendimento ao balcão foi referido que a distância física dos utentes/clientes (possivelmente doentes / contaminados com microrganismos de transmissão via aérea, como vírus ou bactérias) proporcionada pelos balcões é pequena, o que acentua o risco desta tarefa – gripe, covid-19, infeções respiratórias bacterianas variadas. Também foi defendido por alguns a manutenção das proteções em acrílico iniciadas na pandemia Covid-19, como medida para minimizar o risco biológico desta tarefa, mas em alguns casos foi negada pelas chefias (conflito com as chefias) por motivos relacionados a possível interligação do potencial das vendas com a “proximidade ao cliente”.

Ainda neste ponto foi amplamente debatido a “distância social”, e facilidade de entrada dos clientes no “espaço social” de cada um trabalhador ao balcão; o conteúdo e tom da conversa permite inferir que estaria subentendido outro tipo de risco, mais no campo psicossocial, pelo desconforto que alguns participantes relataram experienciar com esta proximidade excessiva que, aparentemente em alguns trabalhadores, parece ter inclusive potencial para causar algum stress ou ansiedade.

No campo dos **riscos ergonómicos** foram referidas as muitas horas de permanência em pé, sem meios de descanso (bancos/cadeiras para descanso/pausas), na tarefa de atendimento ao balcão. Foi também referida a postura inadequada, muitas vezes desgastante e com potencial para LMERT, devido posição/altura dos monitores nos balcões de atendimento, nomeadamente quando estes estão embutidos nos mesmos. Foi inclusive relatada resistência das chefias a mudar esta situação por “questões estéticas”. Ainda no âmbito da postura inadequada e das suas possíveis consequências, foi referida a existência de mesas/secretárias de trabalho e cadeiras (para as tarefas de *BackOffice*/ receção de encomendas, e outro tipo de trabalho de gestão/coordenação) muito pouco confortáveis e totalmente desadequadas do ponto de vista ergonómico.

Os riscos psicossociais foram mais uma vez alvo de uma vasta discussão, nomeadamente associação de posições de liderança (gestão de pessoas e/ou no âmbito mais empresarial, como compras) e/ou responsabilidade “excessiva” a risco de stress. Foi referida a solicitação de múltiplas tarefas / tarefas excessivas e a necessidade de “trabalhar em casa”, como pontos que implicavam “nunca desligar” (descansar) verdadeiramente, e

como tal constituem fatores de desgaste físico, intelectual e emocional. O atendimento ao público foi considerada uma tarefa sujeita a desgaste/cansaço mental e psicológico. Os horários foram considerados desgastantes e até “revoltantes”, com situações como 9h-21h, com 4h de almoço.

O conflito com as chefias foi referido no âmbito do (não) cumprimento das leis laborais, com negação de folgas, pressão para abdicar de direitos como horário de amamentação, ou aceitar horas de almoço excessivamente longas; infere-se que este ponto tem grande potencial para causar ansiedade (inclusive por medo de represálias). As relações interpessoais dentro da equipa, nomeadamente “atritos” devido a falta (má) comunicação foram notoriamente relatados, inferindo-se que é um fator causador de stress. Foi inclusive relatado situações em que as próprias chefias promovem conflitos na equipa para conseguir os seus intuitos (nomeadamente no que respeita à organização folgas, horários e férias).

A “pressão de vendas” foi associada a stress / sofrimento emocional, medo de represálias/criticas e possibilidade de depressão e/ou burnout. A conciliação “horários vs vida familiar/pessoal” também foi referida e evidencia ter potencial para causar desgaste emocional/frustração e desmotivação. Os horários noturnos, além das consequências físicas e psicológicas que habitualmente lhes são atribuídas, foram referidos como sendo pagos indevidamente. Foi debatida a questão das farmácias abertas 24h (além das que estão obrigatoriamente de serviço noturno por desígnio da escala da ARS), e considerado que só acarreta competição entre as próprias farmácias e stress nos colaboradores.

O risco de agressão foi considerado “real” (e até “elevado”), com “potencial para agressão física”. Foi referido como situações de risco a não dispensa de MSRM sem a mesma, o atendimento de doentes psiquiátricos descompensados, e o serviço noturno; afirmar “chamar a polícia” é sempre dissuasor, mas não anula o risco. Foi relatado um assalto com arma de fogo, em que não houve agressão propriamente dita, mas infere-se com clareza afeção do bem-estar e stress no trabalhador. Obviamente que este risco é gerador da emoção do “medo”. Debateu-se que este é um risco que depende da zona social/geográfica e a presença de segurança, nomeadamente no momento de fecho da farmácia, como sendo uma medida preventiva a ser considerada para prevenir estas ocorrências; também foi referido que a distancia física que os balcões providenciam é pequena (e também por isso menor é a segurança), ou seja, há elevada proximidade física, que enfatiza este risco.

Foi ainda alvo de destaque outro tipo de agressão, o assédio sexual, com pedidos de número de telefone e email privados, uma pressão no sentido da proximidade

completamente inapropriada e geradora de “medo”; esta questão remete-nos de certa forma para um assunto amplamente no primeiro grupo focal que foi a defesa do “espaço social” e o “equilíbrio da proximidade” (entre aquela que é necessária na tarefa de atendimento ao público e aquela que se torna invasiva e desconfortável).

Relativamente aos **riscos mecânicos ou de acidente** foi referido o corte, devido a quebra de frascos de vidro (xaropes) na tarefa de atendimento, ou a quebra de materiais de vidro (varetas, provetas, ...), na tarefa de produção de medicamentos manipulados; relacionado com esta última tarefa foi também referida a possibilidade de lesão decorrente da utilização do *unguator* (instrumento para agitação mecânica de fórmulas manipuladas).

A queda em altura, na tarefa de atendimento ao público, quando se vai buscar os produtos solicitados, ou mesmo na tarefa de arrumação, – dos degraus de elevação para acesso a gavetas em altura, ou na utilização de bancos e escadotes (“sobe e desce”) para aceder a produtos guardados em altura; queda/deslizamento de objetos – devido à arrumação frequente (e muitas vezes incorreta/instável) de produtos “em altura”; e choque físico com objetos – como consequência da desorganização do espaço (caixas em lugares inadequados), sem delimitação de zonas de arrumação. Foi precisamente relatado um acidente que envolveu uma queda em altura do degrau de acesso às gavetas e a colocação de caixas em lugares inadequados (obstrução de via de circulação), originando uma LMERT que já conta com vários meses de baixa.

Também nas farmácias com robot (em vez de “gavetas deslizantes”) existe o risco de queda, pois por vezes pode ser necessário o recurso a escadote para aceder às prateleiras mais elevadas do mesmo (embora esta questão esteja mais reservada ao colega de *backoffice*, este não está sempre presente).

Tarefas como a movimentação manual de cargas, com possibilidade de causar LMERT, ou a utilização de guincho ou monta-cargas, com risco de esmagamento, embora não tão frequentes para o farmacêutico (dependendo da organização/distribuição de tarefas da farmácia), são igualmente possíveis de realizar e como tal não deixam de constituir um risco.

Relativamente aos **riscos químicos**, aparentemente estes estão sobretudo relacionados com a produção de medicamentos manipulados (e, portanto, relevantes apenas para as farmácias que os realizarem), embora se trate maioritariamente de substâncias pouco perigosas (com exceção, por exemplo, da ivermectina, que é considerada uma matéria-prima perigosa). Foi referido como potencial de risco a utilização do “banho-maria” (queimadura, salpicos, ...) e *hottes* pouco eficazes e/ou funcionais (vapores).

Os **riscos físicos** estiveram, na ótica deste grupo, sobretudo centrados na climatização, e no desconforto provocado pelo calor ou frio extremo. Foram referidas “frieiras devido ao atendimento em balcões de mármore” ou o imenso “desconforto da transpiração”, nomeadamente, mas não só, em mulheres na menopausa. Foi relatada que esta é uma questão muito relacionada com a “contenção da eletricidade”. Neste campo foi referida ainda a fadiga visual, decorrente da “luz azul” dos ecrãs.

Na Etapa 3 do debate, quando foi lançada a questão de, face aos riscos analisados (ou outros que lhe parecessem pertinentes), quais aqueles a que consideravam estar mais expostos, e quais os que tinham maior importância / apresentavam maior gravidade, e a resposta foi não foi completamente unânime: os riscos psicossociais foram referidos por dois dos participantes; enquanto o risco biológico e os riscos ergonómicos foram ambos referidos como principais por um dos participantes. Nesta questão, e numa análise *à priori*, parece possível inferir que sobretudo as experiências vividas e também a personalidade tiveram bastante influência nestas respostas. Nesta fase os riscos químicos e físicos não foram referidos, inferindo-se que se consideram menos expostos aos mesmos e cuja preocupação resultante também é diminuta. Apesar do grande debate que suscitou, o risco de agressão também não foi referido nesta fase.

4.2 IDENTIFICAÇÃO DE PERIGOS E RISCOS DOS FARMACEUTICOS COMUNITÁRIOS PORTUGUESES

Como já foi referido, a necessidade de proceder à identificação de riscos deste setor laboral surge devido a uma limitação constatada junto das instituições oficiais, bem como na literatura nacional e documentos disponíveis, e daí a realização dos grupos focal, com indivíduos selecionados pelo amplo conhecimento da função. Recorda-se que os resultados dos grupos focal foram sistematizados numa tabela de identificação de perigos e riscos – ver Apêndice VII – que resulta do consenso dos participantes (não da sua perceção). No entanto, como qualquer identificação de perigos, consistiu na verificação dos perigos presentes numa dada situação de trabalho (tarefa) e suas possíveis consequências, em termos dos danos sofridos pelos trabalhadores expostos.

Para o resultado obtido foi também importante o contributo da ACT que esteve presente na pessoa de uma técnica especializada e que muito acrescentou, com a sua experiência, parecer técnico especializado, documentação e legislação disponibilizados ou sugeridos.

Os grupos focais e a tabela resultante, com a identificação dos perigos e riscos para a população em estudo, determinaram (sustentaram) a seleção dos riscos específicos para

a elaboração inquérito por questionário. Apesar de nem todos os riscos terem revelado igual importância nos grupos focal realizados, foi decidido que todos os grupos de riscos estariam representados no inquérito por questionário, de modo a responder à diversidade das farmácias portuguesas (características estruturais, organizacionais, geográficas, económicas, ...) e, consequentemente, às diferentes de tarefas/ funções atribuídas a cada farmacêutico comunitário.

Os grupos focais realizados trouxeram importantes dados sobre os riscos a que os farmacêuticos comunitários se encontram expostos. Os riscos biológico, ergonómico e psicossocial foram os mais consensuais e relevantes.

4.3 INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO

O presente capítulo apresenta a exploração dos dados obtidos a partir da aplicação do questionário já mencionado. Para tal recorreu-se ao *Statistical Package for Social Science* - SPSS v.25, tendo-se obtido um total de **370** questionários, válidos (total de 394 questionários, mas 24 de farmacêuticos “não comunitários”), de farmacêuticos comunitários. De acordo com os dados mais recentes do Observatório da Ordem dos Farmacêuticos (2022), foram contabilizados no país 10 949 farmacêuticos comunitários, o que significa que a nossa amostra representa aproximadamente 3.4% dos farmacêuticos comunitários em Portugal.

Antes de apresentarmos os resultados obtidos, importa retomar a questão de partida e objetivos deste estudo, assim como sistematizar as várias dimensões no questionário:

Questão de partida	Quais os riscos laborais percecionados pelos farmacêuticos comunitários?
Objetivo principal	Analisar a perceção dos farmacêuticos comunitários sobre os riscos laborais a que estão expostos.
Objetivos específicos	Caraterizar os riscos específicos da profissão
	Identificar quais os riscos laborais percecionados, e destes quais os que demonstram ter maior importância para os inquiridos.
	Identificar as principais fontes de riscos percecionadas.
	Analisar a Perceção de Risco no trabalho, relativamente aos dados sociodemográficos e situação profissional.
	Relacionar a Perceção de Risco com os fatores Determinantes.
Dimensões do questionário	Dados Sociodemográficos
	Caraterização Profissional
	Fatores Determinantes da Perceção de Risco
	<i>Inércia, falta de tempo ou meios</i> <i>Estimativa do Risco</i> <i>Conhecimento/Novidade</i>

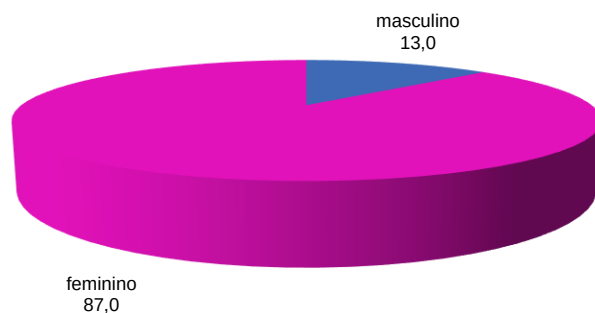
<i>Severidade/ Efeito imediato ou remoto</i> <i>Ilusão do Controlo</i> <i>Memorização</i> <i>Compensação do risco percebido</i> <i>Influência social</i> <i>Sobre confiança</i> <i>Impulsividade</i> <i>Ansiedade</i>	
Riscos Específicos	
<u>Grau de Exposição</u>	<u>Nível de Preocupação</u>
<i>riscos biológicos</i>	<i>riscos biológicos</i>
<i>riscos ergonómicos</i>	<i>riscos ergonómicos</i>
<i>riscos psicossociais</i>	<i>riscos psicossociais</i>
<i>risco de agressão</i>	<i>risco de agressão</i>
<i>riscos físicos</i>	<i>riscos físicos</i>
<i>riscos químicos</i>	<i>riscos químicos</i>
<i>riscos de acidente</i>	<i>riscos de acidente</i>

4.3.1 Análise descritiva dados sociodemográficos e caracterização profissional

4.3.1.1 Dados sociodemográficos

Num primeiro momento, observámos a nossa amostra quanto às variáveis sociodemográficas, cujos resultados se apresentam de seguida.

Gráfico 1: Sexo (%)



A nossa amostra é constituída na sua maioria por respondentes do sexo feminino (87.0%) (Gráfico 1), o que é consistente com os dados do Observatório da Ordem dos Farmacêuticos (2022) que revelou que cerca de 1/5 dos farmacêuticos ativos em exercício profissional pertencem ao grupo feminino.

Gráfico 2: Classes etárias (%)

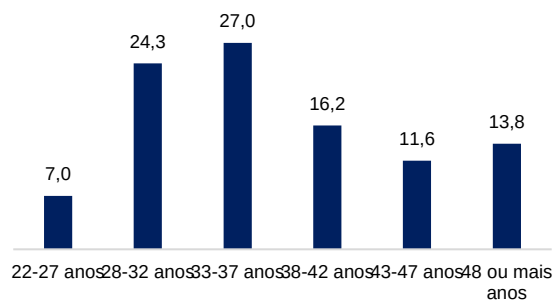
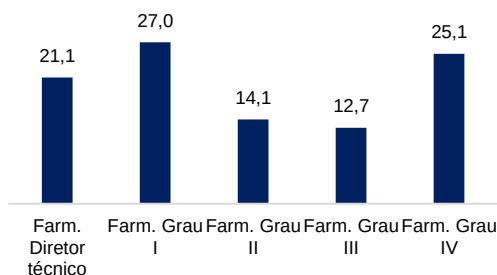


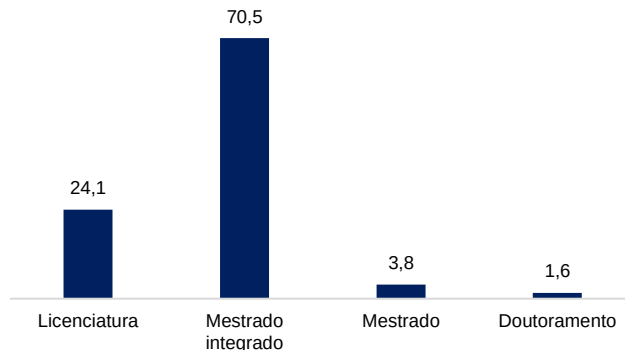
Gráfico 3: Categoria profissional (%)



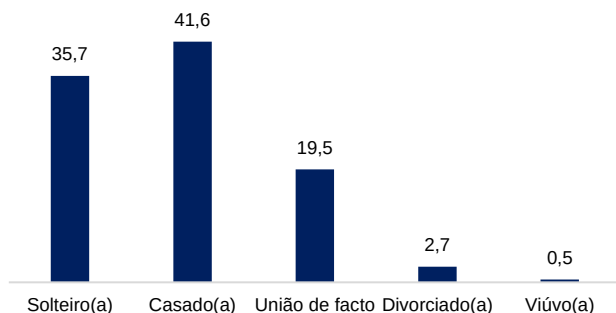
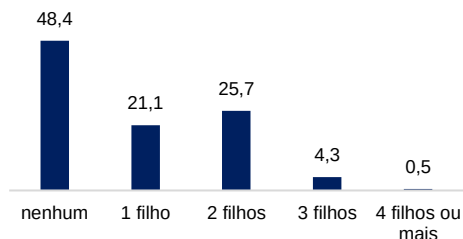
No que se refere à distribuição pelas classes etárias (Gráfico 2), verificou-se mais de metade da nossa amostra com idades compreendidas entre os 28 e os 37 anos de idade, sendo a classe dos farmacêuticos com idade inferior a 28 anos, aquela que apresenta valor percentual mais baixo.

Quanto à categoria profissional (Gráfico 3), destacam-se os farmacêuticos de grau I (mais de 12 anos de exercício profissional) e os de grau IV (até 4 anos de exercício profissional). Os farmacêuticos de grau II e de grau III, em conjunto, ocupam cerca de 1/4 da amostra.

Gráfico 4: Habilitações literárias (%)



As habilitações literárias (Gráfico 4), destacam maioritariamente o mestrado integrado, seguindo-se a licenciatura (menos de 1/4 da amostra), o mestrado e o doutoramento representam 5.4% dos farmacêuticos inquiridos.

Gráfico 5: Estado civil (%)**Gráfico 6: Número de filhos (%)**

Quanto ao estado civil, evidencia-se o estado de casado(a), seguindo-se o de solteiro(a). Os farmacêuticos que indicaram estado de viuvez representam um valor percentual residual. Aproximadamente metade dos inquiridos não têm filhos, e são cerca de 47% os indivíduos que indicaram 1 ou 2 filhos.

4.3.1.2 Caraterização Profissional

A caraterização profissional dos nossos inquiridos, enquadra-se em diversos temas associados à dimensão da profissão, conforme se apresenta seguidamente.

Tabela 3: Trabalha por turnos ou horários rotativos (%)

Trabalha por turnos ou horários rotativos?	n	%
Não	104	28,1
Sim	266	71,9
Total	370	100,0

Tabela 4: Faz trabalho noturno (%)

Faz trabalho noturno?	n	%
Não	241	65,1
Sim	129	34,9
Total	370	100,0

Aproximadamente 72% destes inquiridos, trabalham em sistema de turnos ou horários rotativos (Tabela 3), e um pouco mais da nossa amostra total (35%) fazem trabalho noturno (Tabela 4).

Tabela 5: Situação contratual (%)

Situação contratual	n	%
Contrato a termo incerto	49	13,2
Contrato a termo certo	42	11,4
Contrato temporário	5	1,4
Contrato de experiência	3	,8
Contrato sem termo	271	73,2
Total	370	100,0

A situação contratual que se evidencia, é a de contrato sem termo, verificando-se que 13.6% dos indivíduos se encontram com contrato a termo certo, ou temporário ou de experiência (Tabela 5).

Tabela 6: Situação contratual (%)

Cargo desempenhado atualmente	n	%
Farmacêutico	149	40,3
Farmacêutico Substituto	150	40,5
Diretor Técnico	71	19,2
Total	370	100,0

Em termos do cargo atual (Tabela 6), observou-se a amostra distribuída de forma igual entre o cargo de farmacêutico e o de farmacêutico substituto. Cerca de 1/5 da amostra é constituída por Diretores Técnicos.

Tabela 7: Cargos já desempenhados (%)

Cargos já desempenhados	n	%
Diretor Técnico	12	3,2
Farmacêutico	160	43,2
Farmacêutico Substituto	49	13,2
Farmacêutico Substituto, Diretor Técnico	11	3,0
Farmacêutico, Diretor Técnico	10	2,7
Farmacêutico, Farmacêutico Substituto	95	25,7
Farmacêutico, Farmacêutico Substituto, Diretor Técnico	33	8,9
Total	370	100,0

Tabela 8: Cargo de chefia (%)

Tem cargo de chefia?	n	%
Não	241	65,1
Sim	129	34,9
Total	370	100,0

No que se refere aos cargos já desempenhados (Tabela 7), importa notar que 43% indicaram só o cargo de farmacêutico, e 26% os cargos de farmacêutico e farmacêutico substituto. A maior parte da nossa amostra não tem atualmente cargo de chefia, sendo 35% os inquiridos com posição de chefia (Tabela 8).

Tabela 9: Propriedade da farmácia (%)

É proprietário da farmácia?	n	%
Não	344	93,0
Sim	26	7,0
Total	370	100,0

Tabela 10: Propriedade da farmácia (%)

Tipo de farmácia?	n	%
Farmácia Individual	227	61,4
Farmácia pertencente a um grupo	143	38,6
Total	370	100,0

Apenas 7% dos respondentes ao nosso questionário assinalaram ser o proprietário da farmácia (Tabela 9). Verificou-se que a maior parte da amostra refere-se a farmácias individuais, sendo 39% as farmácias pertencentes a um grupo (Tabela 10).

Tabela 11: Deixaria a instituição onde trabalha (%)

Se pudesse deixaria a instituição onde trabalha?	n	%
Não	167	45,1
Sim	203	54,9
Total	370	100,0

Tabela 12: Mudaria de profissão (%)

Se pudesse mudaria de profissão?	n	%
Não	148	40,0
Sim	222	60,0
Total	370	100,0

Apesar de os valores percentuais em ambas as categorias de resposta, não serem muito distantes entre si, evidencia-se a resposta afirmativa quanto ao desejo de deixar a instituição em caso de oportunidade (Tabela 11). A mesma tendência foi constatada quanto à possibilidade de mudar de profissão, em que 60% destes farmacêuticos assinalaram resposta afirmativa (Tabela 12). Estes resultados são extremamente semelhantes aos obtidos por Clabaugh, Beal & Plake, num estudo de 2021, realizado com os farmacêuticos comentários do Reino Unido, onde apenas 36,9% dos entrevistados concordaram que ainda escolheriam ser farmacêutico se pudessem fazer tudo de novo. Esta percentagem é extremamente semelhante os 40% de farmacêuticos portugueses que se pudesse mudaria de profissão, o contribui para validar os resultados obtidos, e inferir que, apesar das diferenças existentes de país para país no que se refere à profissão em análise, o descontentamento é comum, nomeadamente ao ponto do desejarem mudar de profissão.

Em 2016, Santos & Almeida, (2016) revelavam que os farmacêuticos que atuam no ambiente comunitário têm percepções negativas do clima da empresa e das condições de trabalho, o que se reflete também nos resultados obtidos. De facto, estes valores permitem-nos inferir o descontentamento dos farmacêuticos participantes no estudo com a profissão e com a instituição que é a farmácia comunitária enquanto empresa/entidade empregadora; sendo bastante expressivos, devem ser algo de estudos posteriores, para perceber as causas subjacentes e que se pode fazer para melhorar esta questão.

Tabela 13: N° de anos de exercício profissional enquanto Farmacêutico Comunitário (%)

N° de anos de exercício profissional enquanto Farmacêutico Comunitário	n	%
0 – 3	41	11,1
4 – 6	44	11,9
7 – 9	74	20,0
10 ou mais	211	57,0
Total	370	100,0

Tabela 14: N° de anos de trabalho na instituição atual (%)

N° de anos de trabalho na instituição atual	n	%
0 – 3	149	40,3
4 – 6	61	16,5
7 – 9	49	13,2
10 ou mais	111	30,0
Total	370	100,0

Aproximadamente 60% destes farmacêuticos exercem a profissão como farmacêutico comunitário há pelo menos 10 anos (Tabela 13). Observou-se, quanto ao número de anos na atual instituição, um decréscimo desde a primeira categoria (0-3 anos) até aos 7-9 anos, no entanto aproximadamente 1/3 destes inquiridos encontram-se na atual instituição há pelo menos 10 anos (Tabela 14). Estes resultados vão ao encontro do que foi discutido anteriormente: atualmente o FC aparenta descontentamento com a farmácia comunitária, podendo explicar o facto de estar menos tempo em cada empresa.

Tabela 15: N° de anos de trabalho na instituição atual (%)

Nº médio de horas semanais de trabalho	n	%
35h ou menos	23	6,2
40h ou menos	156	42,2
mais de 40h	191	51,6
Total	370	100,0

Em relação ao número médio de horas semanais, mais de metade afirmam trabalhar mais de 40 horas semanais, sendo apenas 6% os que trabalham 35 horas ou menos (Tabela 15).

4.3.2 Determinantes da percepção de risco

Conforme já enunciado em lugar próprio do presente relatório, os fatores determinantes abordados ao longo do questionário aplicado, referem-se aos seguintes domínios/itens: *Inércia, falta de tempo ou meios, Estimativa do Risco, Conhecimento/Novidade, Severidade/ Efeito imediato ou remoto, Ilusão do Controlo, Memorização, Compensação do risco percebido, Influência social, Sobre confiança, Impulsividade, Ansiedade*. Na presente Secção deste Relatório, apresentamos os resultados obtidos a partir da exploração de dados neste âmbito.

4.3.2.1 Avaliação da fidelidade e validade

De forma a avaliar a fidelidade dos fatores determinantes, procedemos ao cálculo do Coeficiente de Alpha de Cronbach considerando os resultados após exclusão de cada um dos itens individualmente para o total de itens (45 itens).

Verificou-se no primeiro momento que se procedeu ao cálculo do Alpha, que seria necessário repetir o procedimento, uma vez que o critério de exclusão assumido indica que a correlação para cada item deve assumir sempre valores superiores a 0.200, o que não se verificou em alguns dos itens (Apêndice VIII).

Assim repetimos o procedimento, excluindo alguns dos itens da estimativa do risco (3, 6, 7), da severidade/efeito imediato ou remoto (12), da ilusão do controlo (todos os itens: 14 e 15), da confiança (todos os itens: 29, 30, 31, 32), e da ansiedade (42, 44 e 45).

Após a repetição dos cálculos excluindo os itens mencionados, mantivemos 33 itens e obteve-se **Alpha de Cronbach** com valor de 0.883. Segundo Pestana e Gageiro (2014), este valor de Alpha de Cronbach remete-nos para a conclusão de que, assim foi possível obter uma boa consistência interna, não existindo nenhum item que prejudique este valor de Alpha.

Também verificámos que o item com valor de correlação mais baixa foi de 0.221 (item 4) (conforme se pode consultar na Tabela 16), ou seja, de acordo com Streiner e Norman (2008) obtivemos um bom indicador do instrumento total, uma vez que as **correlações de cada item** apresentam valores superiores a 0.200.

Tabela 16: Estatísticas de item-total (33 itens) relativamente aos Determinantes

Estatísticas de item-total (33 itens) relativamente aos Determinantes

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Q21_determinante_inercia_1	120,41	626,085	,479	,878
Q22_determinante_inercia_2	121,09	630,438	,422	,880
Q24_determinante_estimativa_risco_4	120,12	654,008	,221	,884
Q25_determinante_estimativa_risco_5	119,24	650,834	,270	,883
Q28_determinante_conhecimento_novidade_8	119,30	635,777	,424	,880
Q29_determinante_conhecimento_novidade_9	118,88	649,108	,323	,882
Q30_determinante_conhecimento_novidade_10	118,91	653,109	,305	,882
Q31_determinante_severidade_11	120,74	631,466	,421	,880
Q33_determinante_severidade_13	121,17	648,321	,278	,883
Q36_determinante_memorizacao_16	119,41	639,950	,399	,880
Q37_determinante_memorizacao_17	120,61	637,457	,391	,880
Q38_determinante_memorizacao_18	119,44	638,176	,429	,880
Q39_determinante_memorizacao_19	121,94	638,563	,452	,879
Q40_determinante_memorizacao_20	120,34	624,399	,549	,877
Q41_determinante_compensacao_risco_percebido_21	121,26	633,317	,486	,878
Q42_determinante_compensacao_risco_percebido_22	121,36	631,982	,488	,878
Q43_determinante_compensacao_risco_percebido_23	121,06	632,240	,458	,879
Q44_determinante_influencia_social_24	119,62	648,231	,304	,882
Q45_determinante_influencia_social_25	121,14	640,598	,400	,880
Q46_determinante_influencia_social_26	119,56	657,206	,227	,883
Q47_determinante_influencia_social_27	122,45	649,890	,357	,881
Q48_determinante_influencia_social_28	120,16	646,393	,284	,883

Q53_determinante_impulsividade_33	121,09	639,132	,396	,880
Q54_determinante_impulsividade_34	121,67	640,324	,391	,880
Q55_determinante_impulsividade_35	121,44	641,857	,411	,880
Q55_determinante_impulsividade_36	121,36	636,861	,460	,879
Q57_determinante_impulsividade_37	121,62	634,915	,515	,878
Q58_determinante_impulsividade_38	121,78	643,376	,420	,880
Q59_determinante_ansiedade_39	120,57	620,246	,608	,876
Q60_determinante_ansiedade_40	120,77	625,668	,519	,878
Q61_determinante_ansiedade_41	120,90	628,269	,510	,878
Q63_determinante_ansiedade_43	121,30	638,399	,453	,879
Q65_determinante_ansiedade_45	121,02	640,937	,345	,881

4.3.2.2 Importância dos determinantes

Prosseguimos verificando os resultados da Análise fatorial, de modo a avaliar a estrutura fatorial do instrumento através do método Componentes Principais segundo a regra de Kaiser (raízes latentes iguais ou superiores a 1), e utilizando o Método de Rotação Varimax.

Obtivemos um valor de 5250.5 ($p < 0,001$) no Teste de Esfericidade de Bartlett, e um valor de 0.836 no de Kaiser-Mayer Olkin (Apêndice IX). Além disso, selecionando os autovalores superiores a 1, ficámos com uma boa análise fatorial, com uma percentagem de variância (64.6%) e itens distribuídos por um conjunto de 8 fatores (doravante designados por **fatores ACP ou fACP** (análise componentes principais, de modo a não serem confundidos com os designados **fatores determinantes** do instrumento de trabalho). Os resultados são explanados Tabela 17.

Tabela 17: Fatores resultantes da Análise Fatorial exploratória (fACP): Determinantes

Fatores resultantes da Análise Fatorial exploratória (fACP): Determinantes

Fator 1 (fACP)	Impulsividade	Médias dos itens
Q53_determinante_impulsividade_33: Sou uma pessoa impulsiva.		3,34
Q54_determinante_impulsividade_34		2,76
Q55_determinante_impulsividade_35		2,99
Q55_determinante_impulsividade_36		3,06
Q57_determinante_impulsividade_37: Costumo fazer coisas, no calor do momento, de que me venho arrepender.		2,81
Q58_determinante_impulsividade_38: Sou tão entusiasmado por novas ideias que não penso nas consequências.		2,65

Fator 2 (fACP)	Ansiedade	Médias dos itens
	Q59_determinante_ansiedade_39	3,86
	Q60_determinante_ansiedade_40	3,66
	Q61_determinante_ansiedade_41	3,53
	Q63_determinante_ansiedade_43	3,13
Fator 3 (fACP)	Conhecimento/novidade + Memorização	Médias dos itens
	Q28_determinante_conhecimento_novidade_8: Tendo a facilitar mais, quando lido com situações que conheço do que quando são novas para mim.	5,13
	Q29_determinante_conhecimento_novidade_9: Quando enfrento um perigo pela primeira vez tendo a tomar mais precauções, do que nas vezes seguintes.	5,55
	Q30_determinante_conhecimento_novidade_10: Tenho mais receio dos riscos que conheço mal, do que daqueles a que já estou habituado.	5,52
	Q36_determinante_memorizacao_16: Tenho mais cuidado face a riscos com que já tive um acidente ou estive quase a ter.	5,02
	Q38_determinante_memorizacao_18: Tomo mais precauções sobre riscos cujas consequências estão mais presentes na minha memória.	4,99
	Q40_determinante_memorizacao_20: Tendo a facilitar mais quando não tenho bem presente as possíveis consequências do risco.	4,09
Fator 4 (fACP)	Compensação do risco percebido	Médias dos itens
	Q41_determinante_compensacao_risco_percebido_21: Quando uso equipamentos de proteção sinto-me mais seguro e por isso posso arriscar mais.	3,16
	Q42_determinante_compensacao_risco_percebido_22: Muitas vezes sinto que o uso de EPI nos permite arriscar mais.	3,07
	Q43_determinante_compensacao_risco_percebido_23: Por vezes, quando estou com equipamento de proteção faço coisas que envolvem mais risco.	3,37
Fator 5 (fACP)	Severidade/efeito imediato ou remoto + Memorização	Médias dos itens
	Q31_determinante_severidade_11: Tenho mais cuidados com os riscos que podem causar problemas imediatos do que com aqueles que só podem causar doenças, passado muito tempo.	3,69
	Q33_determinante_severidade_13: São mais atemorizadores os riscos que podem conduzir a problemas imediatos do que aqueles que só o podem fazer a longo prazo.	3,26
	Q37_determinante_memorizacao_17: Os riscos que podem ter efeitos a longo prazo estão menos presentes na minha memória.	3,82

Fator 6 (fACP)	Influência social	Médias dos itens
	Q44_determinante_influencia_social_24: Para mim é importante ser aceite pelos outros.	4,81
	Q45_determinante_influencia_social_25: Tendo a proceder de acordo com aquilo que o meu grupo de colegas pensa.	3,29
	Q46_determinante_influencia_social_26: A opinião dos meus colegas é importante para mim.	4,87
	Q48_determinante_influencia_social_28: Estou mais forte quando os meus colegas apoiam o modo como lido com os riscos.	4,26
Fator 7 (fACP)	Inércia, falta de tempo ou meios + Memorização + Influência social	Médias dos itens
	Q21_determinante_inercia_1: O pouco tempo que é dado para fazer as coisas leva-me por vezes, a facilitar em termos de segurança.	4,02
	Q22_determinante_inercia_2: A falta de equipamentos leva-me, por vezes, a arriscar em termos de segurança.	3,34
	Q39_determinante_memorizacao_19: Muitas vezes não utilizo equipamentos de segurança porque não me lembro deles.	2,49
	Q47_determinante_influencia_social_27: Os meus colegas incentivam-me a correr riscos.	1,98
Fator 8 (fACP)	Estimativa do risco	Médias dos itens
	Q24_determinante_estimativa_risco_4: O meu trabalho é, por vezes, muito arriscado.	4,31
	Q25_determinante_estimativa_risco_5: O meu trabalho acarreta riscos para a saúde.	5,19

Por observação das médias dos itens, podemos concluir que os itens 19 e 27 do Fator 7 (fACP) parecem ser os itens que recolhem maior discordância. Por outro lado, os itens 8, 9, 10 e 16 do Fator 3 (fACP), e o item 5 do Fator 8 (fACP), são reportados de forma tendencialmente mais concordante pelos inquiridos. Isto corrobora a teoria que nossas percepções de riscos laborais são profundamente influenciadas pela cadência do trabalho (rotineira ou pontual) e pelas vivências passadas (experiências), como defendido por Areosa (2010; 2012a). Segundo o mesmo autor, habituação ao risco, através da exposição continuada, pode dar origem à normalização do risco; também o que Geller (2001) defende, que quanto melhor um indivíduo conhecer um risco, menor será a ameaça percecionada, favorecendo comportamentos menos seguros ou baixando os níveis de alerta parece ser verificado (item 8, 9 e 10). Na novidade perante o risco Slovic (1987) defende, os riscos novos são encarados como de maior grandeza, relativamente aos antigos e familiares, corroborando o resultado do item 10. O item 16 vai ao encontro do que defende Areosa

(2014a), para o qual os acidentes tendem a ser lembrados, em especial os mais graves, sendo os riscos precursores desses acidentes os que normalmente permanecem na memória pessoal e coletiva dos trabalhadores; e Geller (2001) para o qual as experiências passadas condicionam o entendimento do presente.

Segundo Geller (2001), a inércia pode ser vista como uma forma de apatia, correspondendo à supressão generalizada de conduta, o que tem influência negativa no empenho, compromisso e envolvimento com a segurança. As situações de falta de tempo e excesso de trabalho originam muitas vezes um nível de stress nos indivíduos, que consequentemente conduz a um menor cuidado sobre a percepção do risco (Areosa, 2010), o que justifica ter-se uma média relativamente elevada (concordante) para o item 1 do Fator 7 (fACP), “o pouco tempo que é dado para fazer as coisas leva-me, por vezes, a facilitar em termos de segurança”.

Areosa (2010, 2012a) e outros autores defendem que as percepções de riscos são socialmente construídas, o que valida uma média relativamente elevada (4,87) do item 26 do Fator 6 (fACP), “a opinião dos meus colegas é importante para mim”. Segundo Realista (2014), quanto maior a necessidade de aceitação pelo grupo menor a resistência à pressão social, ou seja, maior a vulnerabilidade à influência do grupo. A média do item 24 do Fator 6 (fACP) – “para mim é importante ser aceite pelos outros” –, 4.81, aponta no sentido de uma vulnerabilidade da amostra à influência do grupo digna de referência.

Quanto à correlação entre fatores (fACP), utilizámos a correlação de Pearson, uma vez que a averiguação da Normalidade dos dados (através do teste de Kolmogorov-Smirnov) indicou que os dados não seguem uma distribuição Normal.

Verificámos que as correlações entre fatores (fACP), se revelaram nulas (Apêndice X), o que significa que não há uma relação linear nos Fatores (fACP) entre si. Em outras palavras, a variação num determinado Fator (fACP) não está associada a uma variação sistemática num outro Fator (fACP), o que vem também consolidar a ideia de termos obtido uma boa Análise Fatorial.

4.3.3 Grau de exposição a riscos específicos

4.3.3.1 Avaliação da fidelidade e validade

No que se refere ao grau de exposição a riscos específicos, repetimos os procedimentos efetuados e já descritos quanto à avaliação da fidelidade e da validade

relativamente aos determinantes de riscos específicos, deste modo não nos detemos na explicação dos procedimentos, e apresentamos de seguida os resultados obtidos.

Assim, no que se refere à avaliação da fidelidade e validade quanto ao grau de exposição a riscos específicos, obteve-se o Coeficiente de Alpha de Cronbach com valor alto (0.952). Através da Análise Fatorial, observou-se que nenhum dos 40 itens iniciais foi excluído, tendo resultado na sua distribuição por 9 fatores (fACP), que explicam 69.1% da variância, obtendo-se no Teste de Esfericidade de Bartlett o valor de 5130.073 ($p < 0,001$), e no de Kaiser-Mayer Olkin o valor 0.910. Acrescente-se que a correlação entre fatores (fACP), utilizando a correlação de Pearson, se revelou adequada. Assim podemos concluir que 9 fatores resultantes da Análise Fatorial explicam a informação contida nos itens referentes ao grau de exposição a riscos específicos, conforme explanado seguidamente.

4.3.3.2 Importância dos riscos específicos quanto à exposição

Através da Análise Fatorial, observou-se que nenhum dos 40 itens iniciais foi excluído, tendo resultado na sua distribuição por 9 fatores (fACP), que explicam 69.1% da variância. Por outras palavras, os 9 fatores (fACP) resultantes explicam a informação contida nos 40 itens referentes ao grau de exposição a riscos específicos. A Tabela 18 elenca os itens distribuídos pelos 9 fatores (fACP).

Tabela 18: Fatores resultantes da Análise Fatorial exploratória: grau de exposição a riscos específicos

Fatores resultantes da Análise Fatorial exploratória: grau de exposição a riscos específicos		
Fator 1 (fACP)	Riscos Ergonómicos + Mecânicos ou de Acidente	Médias dos itens
54.	Movimentação manual de cargas (manuseamento/transporte de cargas pesadas: “banheiras” de encomendas, caixas de produtos para arrumação,...).	5,38
56.	Espaço físico mal organizado, sem delimitação das “zonas de arrumação”, e vias de circulação obstruídas – por exemplo caixas/produtos/expositores em locais inadequados.	4,23
80.	Trabalho em espaços desorganizados, sem delimitação das “zonas de arrumação” – caixas em locais inadequados, vias de circulação obstruídas – risco de choque físico com objetos.	3,82
81.	Utilização frequente de escadas, escadotes, bancos, degraus – inadequados ou em mau estado de conservação – risco de queda em altura.	4,04
82.	Trabalho em zonas expostas a queda de objetos - "Arrumação em altura" de produtos de forma instável/insegura ou em localização inadequada, e de difícil acesso.	3,76
83.	Manuseamento/transporte inadequado de cargas demasiado pesadas sob esforço: “banheiras” de encomendas, caixas de	4,30

produtos para arrumação,... ao ponto de poder provocar lesões musculoesqueléticas.

84. Risco de corte – Quebra de frascos de vidro (xaropes,...), ou material de laboratório de vidro (varetas, provetas,...) em mau estado de conservação. 3,08

Fator 2 (fACP)	Riscos Biológicos + Mecânicos ou de Acidente	Médias dos itens
46.	Contaminação biológica (bactérias , vírus) via aérea (Influenza, Covid-19, Tuberculose,...), na tarefa de atendimento ao público.	5,67
47.	Risco de picada acidental (administração de vacinas e medicamentos injetáveis).	4,62
48.	Contato/picada com materiais cortantes/perfurantes contaminados durante a realização de testes bioquímicos (glicemia, colesterol,...).	4,75
49.	Contato com fluidos biológicos potencialmente contaminados, na administração de injetáveis e na realização de testes diversos (testes bioquímicos , testes Covid-19, teste de gravidez, teste infecção urinária,...).	4,69
85.	Risco picada acidental (agulhas e outros materiais cortantes/perfurantes), nomeadamente nas tarefas de administração de medicamentos injetáveis e/ou realização de testes bioquímicos.	4,30

Fator 3 (fACP)	Riscos Ergonômicos + Físicos	Médias dos itens
52.	Balcões mal dimensionados (standard e não ajustáveis/adaptáveis á altura/ estrutura física de cada colaborador), com a posição do ecrã e/ou do teclado desadequada.	4,91
55.	Secretárias / mesas de trabalho e cadeiras desadequadas e/ou desconfortáveis.	4,88
74.	Climatização inadequada (muito frio ou muito calor), por inexistência/ineficácia do ar condicionado.	3,46
75.	Climatização desadequada e desconfortável (muito frio ou muito calor), devido a contenção dos gastos com a energia (impedimento de ligar os equipamentos de climatização).	2,75
77.	Fadiga visual devido a iluminação insuficiente ou inadequada.	3,62

Fator 4 (fACP)	Riscos Ergonômicos + Psicossociais + Físicos	Médias dos itens
53.	Permanência em pé durante longos períodos, sem meios para descanso/ pausas (bancos, cadeiras,...).	5,79
57.	Horários/Turnos desgastantes e desajustados.	5,18
68.	Difícil conciliação do trabalho vs vida familiar/pessoal, provocando stress e frustração, ou até sofrimento emocional.	5,33
69.	Pequena margem de progressão na carreira, com consequente desmotivação/insatisfação.	5,60
71.	Trabalho noturno, com consequências físicas e metabólicas (como as alterações no sono), mas também intelectuais (memória, por exemplo) e psicológicas (ao nível do stress). *Responder apenas se realizar esta tarefa	4,39

76.	Fadiga visual devido a muitas horas de exposição à radiação dos ecrãs dos computadores.	5,27
Fator 5 (fACP)	Riscos Psicossociais	Médias dos itens
58.	Solicitação execução de tarefas fora do horário de trabalho.	3,62
66.	Carga e ritmo de trabalho muito elevado – “Multitarefa”.	5,20
67.	Solicitação da execução de tarefas fora do âmbito de competências.	3,81
70.	Tarefas/funções de liderança/coordenação, como gestão de pessoas, ou gestão económica da farmácia, originam stress ou mesmo ansiedade, devido à pressão e responsabilidade inerentes.	4,73
Fator 6 (fACP)	Riscos Psicossociais	Médias dos itens
59.	Falta de valorização pelos clientes.	4,63
60.	Clientes mal-educados e / ou agressivos verbalmente; conflitos com clientes.	4,92
61.	O atendimento ao publico origina desgaste intelectual, emocional e psicológico, devido à diversidade dos utentes atendidos, em necessidades e exigências.	5,99
62.	O atendimento ao publico origina stress até mesmo situações de ansiedade.	5,63
Fator 7 (fACP)	Riscos Biológicos + Agressão	Médias dos itens
50.	Serviço “troca de seringas” - contaminação biológica, via picada ou contato com fluidos biológicos (sangue).	3,09
51.	Risco devido a Equipamentos de Proteção Individual (luvas, máscaras,...) inadequados ou ausência dos mesmos.	3,32
72.	AGRESSÃO Risco de agressão física no atendimento de utentes portadores de doenças mentais “descompensados”.	4,14
73.	AGRESSÃO Situações de assalto que possam originar agressão física.	4,25
Fator 8 (fACP)	Riscos Químicos	Médias dos itens
78.	Irritação cutânea, devido a derrame ou salpicos de produtos químicos irritantes para a pele, durante a preparação de medicamentos manipulados.	2,22
79.	Hotte pouco eficiente/eficaz (ou inexistente) ou em mau estado de conservação/manutenção, na para a produção de medicamentos manipulados.	2,26
Fator 9 (fACP)	Riscos Psicossociais	Médias dos itens
63.	Avaliação de desempenho com pressão excessiva por parte das chefias, originando situações de stress.	4,19
64.	“Pressão de vendas” inadequada e excessiva, com críticas e/ou represálias, provocando situações de stress, ansiedade e até sofrimento moral.	3,65
65.	Conflitos / má comunicação com os colegas e/ou chefias.	3,85

Desta feita, através das médias dos itens, evidenciaram-se como sendo os riscos que os farmacêuticos inquiridos consideram estar mais expostos os descritos nos itens 54 (Fator 1 (fACP)), 46 (Fator 2 (fACP)), 53, 57, 68, 69 (Fator 4 (fACP)), 66 (Fator 5 (fACP)), e 61, 62 (Fator 6 (fACP)). Assim, a contaminação biológica via aérea no atendimento ao público, diversos riscos psicossociais, muitos relacionados com esta também com esta tarefa, (horários/ turnos desgastantes, conciliação trabalho-vida familiar, margem de progressão na carreira, carga e ritmo de trabalho elevado, desgaste intelectual e psicológico, bem como stress e ansiedade) a permanência em pé por várias horas (do ponto de vista ergonómico), foram os riscos mais destacados a nível da exposição. De facto, isto corrobora fatos defendidos pela Associação de farmácias do País Basco (2011) e o Government of Alberta (2015), que consideravam a movimentação manual de cargas, o trabalho de pé muitas horas, por vezes em ritmo acelerado um risco para estes profissionais. Também mais recentemente, em 2021, Clabaugh, Beal e Plake (2021) referiam que o ritmo de trabalho da empresa (farmácia) era percebido de forma negativa pelos farmacêuticos, como não seguro, o que se coaduna perfeitamente os resultados obtidos. O mesmo estudo referia que reembolso/salário e expectativas pouco claras ou irrealistas sobre a carreira, podia estar a contribuir para a perceção de stress no trabalho entre farmacêuticos comunitários, o que vai ao encontro da elevada média obtida para o item 69 do Fator 4 (fACP).

Estes resultados refletem também o defendido por Santos & Almeida (2016) e Oginska-Bulit (2008), para os quais generalidade dos profissionais de saúde está sujeita a patamares razoáveis de stress laboral, e Connely (2021) que identificou um aumento significativo do número de farmacêuticos que reportaram stress severo em 2021. Mais, segundo a EU-OSHA (2023a), riscos de stress são uma realidade decorrente de todas as implicações da tarefa de atendimento ao público: desgaste próprio de estar permanentemente a atender clientes e a atender aos seus pedidos, pode resultar no aumento dos níveis de stresse do trabalhador, tal como foi verificado pela elevada média dos itens 61, 62 do Fator 6 (fACP), sendo que o item 61 foi de fato aquele que obteve maior média para a perceção de exposição a riscos específicos, o que reflete o elevado número de horas que a tarefa de atendimento ao público ocupa no dia a dia do farmacêutico comunitário, e o seu impacto na saúde e bem estar do mesmo, fato que faz com que este deva ser objeto de maior estudo, com o objetivo de intervir no âmbito da SST, nomeadamente a nível da gestão do risco, para minimizar a exposição verificada. O 2º item com maior média para a perceção de exposição a riscos foi o item 53 do Fator 6 (fACP), o que reflete igualmente o elevado número de horas que tarefa de atendimento ao

publico ocupa no dia a dia do farmacêutico comunitário, mas, mais do que isso, reflete um risco ergonômico que deve igualmente sofrer intervenção a nível da SST, de modo a minimizar as afeções da saúde decorrentes do mesmo, nomeadamente a nível da saúde vascular e musculoesquelética.

Por oposição, os riscos que estes farmacêuticos indicam estar menos expostos correspondem aos itens 75 do Fator 3, inferindo-se que a climatização desadequada devido a impedimento de ligar os respetivos equipamentos é pouco prevalente; e 78 e 79 do Fator 8 (fACP), que validam o fato de que os riscos químicos estarão sobretudo relacionados com a produção de medicamentos manipulados, tarefa realizada atualmente por um número diminuto de farmácias, daí o baixo nível de exposição verificado.

4.3.4 Nível de preocupação a riscos específicos

4.3.4.1 Avaliação da fidelidade e validade

Também as questões relacionadas com o nível de preocupação a riscos específicos, foram alvo dos mesmos procedimentos empregues para os determinantes e para o grau de exposição a riscos específicos.

Neste caso, os resultados da avaliação da fidelidade e validade, mostraram o Coeficiente de Alpha de Cronbach com valor alto (0.962). Na Análise Fatorial, nenhum dos 40 itens iniciais foi excluído, tal como já havia sucedido no grau de exposição aos riscos, e foram obtidos os valores de 9917.019 ($p < 0,001$) no Teste de Esfericidade de Bartlett, e de 0.942 no de Kaiser-Mayer Olkin. A correlação entre fatores (fACP) - correlação de Pearson - veio confirmar serem adequados os fatores (fACP) resultantes. Concluímos, portanto, que os fatores obtidos através da Análise Fatorial explicam a informação contida nos itens referentes ao nível de preocupação a riscos específicos, conforme se explica seguidamente.

4.3.4.2 Importância dos riscos específicos quanto à preocupação

Na Análise Fatorial, nenhum dos 40 itens iniciais foi excluído, tal como já havia sucedido no grau de exposição aos riscos. Desta feita foram obtidos 7 fatores (fACP) explicativos de 70.6% da variância, assim os 7 fatores (fACP) resultantes da Análise Fatorial explicam a informação contida nos 40 itens referentes ao nível de preocupação a riscos específicos. Na Tabela 19 podem ser consultados os itens pertencentes a cada Fator.

Tabela 19: Fatores resultantes da Análise Fatorial exploratória: nível de preocupação com riscos específicos

Fatores resultantes da Análise Fatorial exploratória: nível de preocupação com riscos específicos

Fator 1 (fACP)	Riscos Ergonômicos + Físicos + Mecânicos ou de Acidente	Médias dos itens
94.	Movimentação manual de cargas (manuseamento/transporte de cargas pesadas: “banheiras” de encomendas, caixas de produtos para arrumação,...).	5,11
96.	Espaço físico mal organizado, sem delimitação das “zonas de arrumação”, e vias de circulação obstruídas – por exemplo caixas/produtos/expositores em locais inadequados.	4,31
116.	Fadiga visual devido a muitas horas de exposição à radiação dos ecrãs dos computadores.	5,31
120.	Trabalho em espaços desorganizados, sem delimitação das “zonas de arrumação” – caixas em locais inadequados, vias de circulação obstruídas – risco de choque físico com objetos.	4,16
121.	Utilização frequente de escadas, escadotes, bancos, degraus – inadequados ou em mau estado de conservação – risco de queda em altura.	4,45
122.	Trabalho em zonas expostas a queda de objetos - "Arrumação em altura" de produtos de forma instável/insegura ou em localização inadequada, e de difícil acesso.	4,17
123.	Manuseamento/transporte inadequado de cargas demasiado pesadas sob esforço: “banheiras” de encomendas, caixas de produtos para arrumação,... ao ponto de poder provocar lesões musculoesqueléticas.	4,72
124.	Risco de corte – Quebra de frascos de vidro (xaropes,...), ou material de laboratório de vidro (varetas, provetas,...) em mau estado de conservação.	3,66
Fator 2 (fACP)	Riscos Psicossociais	Médias dos itens
98.	Solicitação execução de tarefas fora do horário de trabalho.	4,17
103.	Avaliação de desempenho com pressão excessiva por parte das chefias, originando situações de stress.	4,40
104.	“Pressão de vendas” inadequada e excessiva, com críticas e/ou represálias, provocando situações de stress, ansiedade e até sofrimento moral.	4,09
105.	Conflitos / má comunicação com os colegas e/ou chefias.	4,34
106.	Carga e ritmo de trabalho muito elevado – “Multitarefas”.	5,19
107.	Solicitação da execução de tarefas fora do âmbito de competências.	4,11
110.	Tarefas/funções de liderança/coordenação, como gestão de pessoas, ou gestão económica da farmácia, originam stress ou mesmo ansiedade, devido à pressão e responsabilidade inerentes .	4,80
Fator 3 (fACP)	Riscos Biológicos + Mecânicos ou de Acidente	Médias dos itens
86.	Contaminação biológica (bactérias , vírus) via aérea (Influenza, Covid-19, Tuberculose,...) na tarefa de atendimento ao publico.	5,49

87.	Risco de picada acidental (administração de vacinas e medicamentos injetáveis).	4,89
88.	Contato/picada com materiais cortantes/perfurantes contaminados durante a realização de testes bioquímicos (glicemia, colesterol,...).	4,98
89.	Contato com fluidos biológicos potencialmente contaminados, na administração de injetáveis e na realização de testes diversos (testes bioquímicos , testes Covid-19, teste de gravidez, teste infecção urinária,...).	4,87
125.	Risco picada acidental (agulhas e outros materiais cortantes/perfurantes), nomeadamente nas tarefas de administração de medicamentos injetáveis e/ou realização de testes bioquímicos.	4,96
Fator 4		
(fACP)	Riscos Psicossociais + Agressão	Médias dos itens
99.	Falta de valorização pelos clientes.	5,06
100.	Clientes mal educados e / ou agressivos verbalmente; conflitos com clientes.	5,23
101.	O atendimento ao publico origina desgaste intelectual, emocional e psicológico, devido à diversidade dos utentes atendidos, em necessidades e exigências.	5,93
102.	O atendimento ao publico origina stress até mesmo situações de ansiedade.	5,79
112.	Risco de agressão física no atendimento de utentes portadores de doenças mentais “descompensados”.	4,67
113.	Situações de assalto que possam originar agressão física.	5,02
Fator 5		
(fACP)	Riscos Ergonómicos + Psicossociais	Médias dos itens
93.	Permanência em pé durante longos períodos, sem meios para descanso/ pausas (bancos, cadeiras,...).	5,87
97.	Horários/Turnos desgastantes e desajustados.	5,54
108.	Difícil conciliação do trabalho vs vida familiar/pessoal, provocando stress e frustração, ou até sofrimento emocional.	5,68
109.	Pequena margem de progressão na carreira, com consequente desmotivação/insatisfação.	5,73
111.	Trabalho noturno, com consequências físicas e metabólicas (como as alterações no sono), mas também intelectuais (memória, por exemplo) e psicológicas (ao nível do stress).	4,51
Fator 6		
(fACP)	Riscos Biológicos + Ergonómicos + Físicos	Médias dos itens
91.	Equipamentos de Proteção Individual (luvas, máscaras,...) inadequados ou ausência dos mesmos.	3,61
92.	Balcões mal dimensionados (standard e não ajustáveis/adaptáveis á altura/ estrutura física de cada colaborador), com a posição do ecrã e/ou do teclado desadequada.	4,90
95.	Secretárias / mesas de trabalho e cadeiras desadequadas e/ou desconfortáveis.	4,81
114.	Climatização inadequada (muito frio ou muito calor), por inexistência/ineficácia do ar condicionado.	3,86

115.	Climatização desadequada e desconfortável (muito frio ou muito calor), devido a contenção dos gastos com a energia (impedimento de ligar os equipamentos de climatização).	3,39
117.	Fadiga visual devido a iluminação insuficiente ou inadequada.	4,31
Fator 7 (fACP)	Riscos Biológicos + Químicos	Médias dos itens
90.	Serviço “troca de seringas” - contaminação biológica, via picada ou contato com fluidos biológicos (sangue).	3,57
118.	Irritação cutânea, devido a derrame ou salpicos de produtos químicos irritantes para a pele, durante a preparação de medicamentos manipulados.	3,20
119.	Hotte pouco eficiente/eficaz (ou inexistente) ou em mau estado de conservação/manutenção, na para a produção de medicamentos manipulados.	3,03

Os resultados obtidos neste ponto vão ao encontro da literatura, onde riscos psicossociais mais prevalentes na farmácia comunitária estão relacionados com a carga de trabalho excessiva; exposição a situações de agressão verbal e/ou física (risco de violência); condições relacionadas com a organização do trabalho, funções de liderança, realização de trabalho por turnos; conflitos interpessoais (com clientes), stress, nomeadamente relacionado com o conflito “trabalho-vida pessoal”, entre outros (Government of Alberta, 2011). Considerando então as médias dos diversos itens, importa salientar a maior preocupação dos inquiridos relativamente aos riscos associados aos itens 94, 116 (Fator 1 (fACP)), 106 (Fator 2 (fACP)), 86 (Fator 3 (fACP)), 99, 100, 101, 102, 113 (Fator 4 (fACP)), e 93, 97, 108, 109 (Fator 5 (fACP)).

Pelo contrário, os riscos que suscitam menor preocupação correspondem aos itens 118 e 119 (Fator 7 (fACP)), tal como aconteceu na exposição. Alguma literatura sugere de fato que as percepções estão separadas em dois componentes, o emocional (para o nível de preocupação) e o cognitivo (para a exposição), havendo uma relação de interdependência (Areosa, 2014b, Rundmo, 2000); segundo esta teoria da interdependência entre os componentes, é de fato expectável que haja correspondência entre os elementos onde se revela menor grau de exposição, e aqueles onde o grau de preocupação é também menor, tal como se verificou. Do mesmo, verificou-se que todos os itens onde se constatou elevada exposição, manifestaram também elevada preocupação.

No entanto, foram verificados níveis de preocupação elevados, quando os níveis de exposição tinham sido menores, nomeadamente relativo a riscos PS e de agressão, como a falta de valorização pelos clientes, clientes mal-educados, conflituosos e agressivos verbalmente, e situações de assalto que possam gerar agressão física; e ainda a fadiga visual (onde a diferença foi maior). De facto, é sugerido pela literatura que a componente

emocional representa a forma predominante de análise dos riscos por parte dos indivíduos no seu dia-a-dia (já que o processo cognitivo apresenta processos analíticos mais morosos com caminhos lógicos e menos automáticos) (Martins, Pereira, & Areosa, 2022), o que pode justificar este acréscimo de riscos que obtém níveis elevados de preocupação.

Mais uma vez, o item que se relaciona com o desgaste intelectual, emocional e psicológico da tarefa de atendimento ao público é o que apresenta maior média (item 101 do Fator 4 (fACP)), agora na preocupação com riscos específicos (o que enfatiza o que foi dito anteriormente relativamente à importância de intervir neste risco no âmbito da SST). A 3ª maior média (5.79) corresponde ao item 102 do Fator 4 (fACP), podendo-se inferir que a tarefa de atendimento ao público é uma forte fonte de preocupação para o farmacêutico comunitário, nomeadamente no que respeita a situações de stress; este ponto está obviamente relacionado com o anterior (item 101), refletindo que numa situação de stress o trabalhador não se encontra em condições de responder eficazmente aos estímulos provenientes do seu ambiente de trabalho originando uma situação de desgaste físico e psicológico (UGT, 2020). Novamente o item que a 2ª maior média para o nível de preocupação foi o que se refere à “permanência em pé por longos períodos”, o que reforça a necessidade futura de intervir neste risco.

Os resultados revelaram um elevado nível de preocupação com a agressividade verbal e conflitos com os clientes (item 100 do Fator 4 (fACP)). De facto, num inquérito de 2021 do *Pharmaceutical Journal*, os farmacêuticos reportaram um aumento de 42% da agressão física e verbal (pelos utentes) no último ano (Connely, 2021), o que está em consonância com os resultados obtidos. De facto, segundo a EU-OSHA (2023b) a tarefa de atendimento ao público acarreta, nesta como em qualquer profissão, o risco de agressão / violência (verbal ou física), pelas dificuldades comunicacionais e pela possibilidade de ocorrência de um assalto, o que justifica os resultados obtidos para os itens 100 e 113 do Fator 4 (fACP) (média de 5.23 e 5.02), precisamente relacionados com a agressão verbal (conflitos com clientes) e física (decorrente de assaltos).

Mais uma vez a margem de progressão na carreira (item 109 do Fator 5 (fACP)) obteve uma média digna de referência, apontado para um resultado similar ao obtido por Clabaugh, Beal e Plake (2021), que relataram níveis de preocupação dos farmacêuticos comunitários com a remuneração e expectativas com a carreira.

Outros resultados dignos de referência, além do item 86 (contaminação biológica via aérea durante o atendimento ao público) do Fator 3 (fACP), são os itens 87, 88, 89 e 135 também do Fator 3 (fACP), todos relacionados com a contaminação biológica, e cuja média foi ligeiramente abaixo de 5.0; de fato, o contato com sangue, fluidos e secreções

contaminados constitui o risco de contágio infeccioso de maior relevância para os profissionais de saúde no geral (Santos & Almeida, 2016) e para os Farmacêuticos Comunitários em particular (Government of Alberta, 2011), o que vai ao encontro dos resultados obtidos.

O risco de acidente por picada acidental, item 125 Fator 3 (fACP), apresenta uma média de 4.96 e, de facto, segundo Almeida e Santos (2016), a picada por agulhas ou outros instrumentos corto-perfurantes é um dos principais acidentes entre profissionais de saúde (apesar de ser possível a contaminação por contato com sangue infetado).

Do ponto de vista ergonómico, o dimensionamento e posição de balcões, ecrãs e teclados, apresenta o resultado de maior destaque, e muito similar no que respeita ao grau de exposição e nível de preocupação. Efetivamente, encontram-se várias referências na literatura que atribuem responsabilidade sob os riscos ergonómicos dos farmacêuticos comunitários ao desenho do posto de trabalho (nomeadamente ausência de equipamentos ajustáveis e ergonómicos) – altura dos balcões e monitores do computador desajustada do ponto de vista ergonómico, posição desadequada do teclado, e cadeiras e mesas de trabalho que não respeitam a ergonomia (Government of Alberta, 2011; Associação de Farmácias do País Basco, 2015).

4.3.5 Dados sociodemográficos, Situação profissional e Determinantes da perceção de risco: Grau de exposição e Nível de preocupação (riscos específicos)

No que se refere ao grau de exposição, nível de preocupação e determinantes, face às variáveis de caracterização sociodemográfica e profissional, recorreremos ao teste não paramétrico de Mann-Whitney para avaliar as diferenças entre grupos em duas amostras independentes, e ao de Kruskal-Wallis para duas ou mais amostras independentes.

Assim procedemos à aplicação destes testes, considerando como variáveis independentes os fatores (fACP) obtidos a partir da análise fatorial quanto ao grau de exposição, ao nível de preocupação e aos determinantes; e como variáveis dependentes as questões referentes à caracterização sociodemográfica e à situação profissional.

Deste modo, foi possível apurar quais os fatores (fACP) associados à exposição, à preocupação (Apêndice XI) e aos determinantes, que revelaram diferenças significativas nas variáveis de caracterização socio demográfica e profissional. Estes resultados podem ser consultados na Tabela 20.

Tabela 20: Fatores (fACP) associados à exposição, à preocupação e aos determinantes, que revelaram diferenças significativas nas variáveis de caracterização socio demográfica e profissional.

Questão	Fatores (fACP) da exposição ao risco, que revelaram diferenças significativas	Fatores (fACP) da preocupação face ao risco, que revelaram diferenças significativas
2. Sexo	-	F1 + F7
3. Idade	F6**	
4. Categoria Profissional	F3 + F5 + F6**	F3 + F5 + F6**
5. Habilitações Literárias	F4 + F6	F4 + F5
6. Estado Civil	F4	F5
7. Tem Filhos?	F6**	-
8. Trabalha por turnos / Horários rotativos?	F4	F5**
9. Faz trabalho noturno?	F2 + F3 + F4 + F7	F2 + F5** + F6
10. Situação contratual	-	-
11. Cargo desempenhado atualmente	F4 + F5 + F6	F1 + F5 + F7
12. Cargos já desempenhados	F4 + F6	F5 + F7
13. Tem cargo de chefia?	F3 + F4 + F5** + F6 + F9	F1 + F2 + F5** + F6
14. É proprietário da farmácia?	F3** + F4** + F6	F1** + F5 + F6
15. Tipo de farmácia / empresa	F5	F1 + F2
16. Se pudesse deixaria a instituição onde trabalha?	F3** + F4** + F5 + F6 + F9	F2** + F4 + F5** + F6
17. Se pudesse mudaria de profissão?	F3 + F4** + F6 + F7 + F8 + F9	F2 + F4 + F5** + F6**
18. Nº de anos de exercício profissional enquanto Farmacêutico Comunitário	F3 + F6	F6
19. Nº de anos que trabalha na instituição atual	F6	F4
20. Nº Médio de horas semanais de trabalho	F4** + F5	F2 + F5
	F3: Riscos Ergonómicos + Físicos (itens 52, 55, 74, 75, 77) F4: Riscos Ergonómicos + Psicossociais + Físicos (itens 53, 57, 68, 69, 71, 76) F5 e F6: Riscos Psicossociais (itens 58, 66, 67, 70) (itens 59, 60, 61, 62)	F1: Riscos Ergonómicos + Físicos + Mecânicos ou de Acidente (itens 94, 96, 116, 120, 121, 122, 123, 124) F2: Riscos Psicossociais (itens 98, 103, 104, 105, 106, 107, 110) F5: Riscos Ergonómicos + Psicossociais

		(itens 93, 97, 108, 109, 111)
		F6 Riscos Biológicos + Ergonômicos + Físicos (itens 91, 92, 95, 114, 115, 117)

**** muito significativo $p \leq 0.01$**

restantes- significativo ($p \leq 0.05$)

De modo a completar estes resultados apurados, procedemos a tabelas cruzadas (*crosstabs*) nos casos que se revelaram muito significativos. Deste modo a observação destas tabelas cruzadas entre **Questões** com os fatores (fACP) da **exposição** ao risco, e com os fatores (fACP) do nível de **preocupação** com os riscos, permitiu-nos concluir o que elenca seguidamente (Tabela 21).

Tabela 21: Fatores (fACP) associados à exposição, à preocupação e aos determinantes, que revelaram diferenças significativas nas variáveis de caracterização socio demográfica e profissional – Análise dos resultados e conclusões.

Questão	Fatores (fACP) da Exposição ao risco, que revelaram diferenças significativas	Fatores (fACP) da Preocupação face ao risco, que revelaram diferenças significativas
Idade	Tendência para indicar grande exposição aos riscos Psicossociais , sendo isto mais evidente nos inquiridos mais novos.	
Categoria Profissional	A categoria de farmacêutico Director técnico e de farmacêutico de Grau I tendem a apontar pouca exposição aos riscos Psicossociais . Por oposição às categorias de farmacêutico de Grau II e de Grau III, que tendem sobretudo a declarar a percepção de grande exposição. A categoria de farmacêutico de Grau IV tende a dividir-se entre os extremos (nenhuma exposição / exposição extrema).	A categoria de farmacêutico Director técnico e farmacêutico de Grau I tendem a apontar pouca preocupação com os riscos Biológicos, Ergonômicos e Físicos , enquanto os farmacêuticos de Grau II e de Grau III tendem sobretudo a declarar maior preocupação. Os farmacêuticos de Grau IV tendem a dividir-se entre os extremos (nenhuma preocupação / preocupação extrema).
Tem Filhos?	A tendência para declarar grande exposição aos riscos Psicossociais surge associada sobretudo a quem não tem filhos, evidenciando-se depois em sentido decrescente quem tem 1 filho e a seguir quem tem 2 filhos.	
Trabalha por turnos / Horários rotativos?		Quem trabalha por turnos tende a declarar maior preocupação com os riscos Ergonômicos e Psicossociais .
Faz trabalho noturno?		Quem faz trabalho noturno tende a declarar maior preocupação com os riscos Ergonômicos e Psicossociais .
Tem cargo de chefia?	Quem tem cargo de chefia tende a maior percepção face à exposição de riscos Psicossociais .	Quem tem cargo de chefia tende a mostrar maior preocupação com os riscos Ergonômicos e Psicossociais .
É proprietário da farmácia?	Os proprietários das farmácias parecem indicar menos percepção de riscos Ergonômicos, Físicos e Psicossociais .	Os proprietários das farmácias tendem a indicar menor preocupação com os riscos Ergonômicos, Físicos, e Mecânicos ou de Acidente .

Se pudesse deixaria a instituição onde trabalha?	O grau de exposição aos riscos Ergonómicos, Físicos e Psicossociais , é mais percecionado pelos sujeitos que gostariam de abandonar a instituição onde trabalham.	O nível de preocupação com riscos Ergonómicos e Psicossociais é mais percecionado pelos sujeitos que gostariam de abandonar a instituição onde trabalham.
Se pudesse mudaria de profissão?	O grau de exposição aos riscos Ergonómicos, Físicos e Psicossociais é mais percecionado pelos sujeitos que gostariam de abandonar a profissão.	A preocupação com riscos Biológicos, Ergonómicos e Físicos é maior pelos sujeitos que gostariam de abandonar a profissão.
Nº Médio de horas semanais de trabalho	O grau de exposição aos riscos Ergonómicos, Físicos e Psicossociais é mais acentuada em quem trabalha mais de 40 horas/semana.	

A perceção de risco relacionada com a idade só obteve resultados significativos para a exposição a riscos psicossociais, sendo que isto foi mais evidente nos mais jovens. Este resultado contradiz Sjoberg e Drotz-Sjoberg (1994), segundo os quais as pessoas jovens, particularmente os homens jovens, têm tendência a avaliar o risco num nível inferior às pessoas com mais idade. No entanto, a nossa amostra é maioritariamente feminina, o que pode justificar este resultado, dado as mulheres percecionam os riscos como mais elevados do que os homens (Silva, 2014).

O farmacêutico diretor técnico tende a apontar pouca exposição aos riscos psicossociais e pouca preocupação com os riscos biológicos, ergonómicos e físicos, o que se justifica com o fato de esta ser uma função em que geralmente já se faz bastante menos (ou mesmo nenhum) atendimento ao público ao balcão (que é uma das grandes fontes de riscos psicossociais, biológicos, ergonómicos e ainda físicos), testes bioquímicos, injetáveis (fontes de riscos biológico) ou funções de *BackOffice* (fonte de risco no âmbito ergonómico e físicos); é pouco comum desempenharem trabalho noturno; normalmente esta função está mais relacionada com a gestão da farmácia, com alguma predominância de trabalho em gabinete. Esta mesma justificação aplica-se aos resultados para os proprietários das farmácias, já que estes são na grande maioria das vezes os diretores técnicos da farmácia, com a diferença que podem ainda delegar mais tarefas, e maioritariamente não cumprem um horário de 8h diárias, e dificilmente fazem turnos ou horários rotativos.

Quem trabalha por turnos e/ ou faz trabalho noturno reporta maior preocupação com riscos ergonómicos e psicossociais. De facto, a EU-OSHA (2023b) identifica como riscos do trabalho noturno as alterações circulatórias e cardíacas, os distúrbios hormonais, visuais, digestivos e neuropsicológicos, e alterações do sono (que se podem tornar crónicas); também a ansiedade e irritabilidade podem estar presentes, bem como os atritos familiares (Estryn-Behar, et al., 2012).

Os riscos psicossociais, nomeadamente o stress tem repercussões a nível individual, refletindo-se na saúde dos trabalhadores, bem como ao nível organizacional e daí a importância nas avaliações de riscos e no estudo das perceções de risco dos trabalhadores. Numa situação de stress o trabalhador não se encontra em condições de responder eficazmente aos estímulos provenientes do seu ambiente de trabalho, originando uma situação de desgaste físico e psicológico (UGT, 2020). Neste sentido, está plenamente justificado que os farmacêuticos que alegam que se pudessem deixariam a instituição onde trabalham, bem como os que mudariam mesmo de profissão, sejam os manifestam maior grau de exposição aos riscos psicossociais.

Em suma, importa reter:

- Os riscos **Psicossociais** surgem associados a maior perceção de **Exposição**, por parte de inquiridos: mais novos, farmacêuticos de Grau II e de Grau III, sem filhos ou com um filho, com cargo de chefia, não proprietários da farmácia, que trabalham mais de 40 horas/semana, e que gostariam de deixar a instituição onde trabalham ou mudar de profissão.
- Os riscos **Ergonómicos e Físicos** surgem associados a maior perceção de **Exposição**, por parte de inquiridos: não proprietários da farmácia, que trabalham mais de 40 horas/semana, e que gostariam de deixar a instituição onde trabalham ou mudar de profissão.
- Os riscos **Ergonómicos** surgem associados a maior nível de **Preocupação**, por parte de inquiridos: farmacêuticos de Grau II e de Grau III, que trabalham por turnos/horário rotativo e que fazem trabalho noturno, com cargo de chefia, e que gostariam de deixar a instituição onde trabalham.
- Os riscos **Psicossociais** surgem associados a maior nível de **Preocupação**, por parte de inquiridos: que trabalham por turnos/horário rotativo e que fazem trabalho noturno, com cargo de chefia, não proprietários da farmácia, e que gostariam de deixar a instituição onde trabalham ou mudar de profissão.
- Os riscos **Físicos** surgem associados a maior nível de **Preocupação**, por parte de inquiridos: farmacêuticos de Grau II e de Grau III, não proprietários da farmácia, e que gostariam de deixar mudar de profissão.
- Os riscos **Biológicos** surgem associados a maior nível de **Preocupação**, por parte de inquiridos: farmacêuticos de Grau II e de Grau III, e que gostariam de deixar mudar de profissão.

- Os riscos **Mecânicos ou de Acidente** surgem associados a maior nível de **Preocupação**, por parte de inquiridos: não proprietários da farmácia.

Interessa também notar que a percepção de Exposição ao risco, não parece ser influenciada pelo Sexo, nem pela Situação Contratual. Também se salienta que a Idade, o Número de Filhos, e a Situação Contratual não exercem qualquer influência significativa no que toca à Preocupação com riscos específicos.

Seguindo o mesmo raciocínio, prosseguimos considerando como variáveis independentes os fatores (fACP) obtidos a partir da análise fatorial quanto ao grau de exposição e ao nível de preocupação; e como variáveis dependentes os fatores (fACP) dos determinantes obtidos a partir da análise fatorial.

Portanto, tratando-se de variáveis contínuas, recorreremos à correlação de Pearson relativamente aos fatores (fACP) dos determinantes com os (fACP) da exposição (Apêndice XII), e com os (fACP) da preocupação (Apêndice XIII), cujos resultados significativos se sintetizam na Tabela 22.

Tabela 22: Correlações de Pearson relativamente aos fatores (fACP) dos determinantes com os (fACP) da preocupação, e com os (fACP) da exposição, com resultados significativos.

		Fatores (fACP) da Exposição ao risco, que revelaram diferenças significativas	Fatores (fACP) da Preocupação face ao risco, que revelaram diferenças significativas
Fatores (fACP) dos determinantes , que revelaram diferenças significativas	F1 Impulsividade	-	-
	F2 Ansiedade (itens 39, 40, 41, 43)	F3 + F4** + F6** + F9	F2 + F4 + F5 + F7 (F7 com valor negativo)
	F3 Conhecimento/ novidade + Memorização (itens 8, 9, 10, 16, 18, 20)	F4**	-
	F4 Compensação do risco percebido	F2	-
	F5 Severidade/efeito imediato ou remoto + Memorização	-	-

	F6 Influência social (itens 24, 25, 26, 28)	F5** (valor negativo)	F4
	F7 Inércia, falta de tempo ou meios + Memorização + Influência social (itens 1, 2, 19, 27)	F2 + F3 + F8** + F9**	F1** + F2** + F7
	F8 Estimativa do risco (itens 4, 5)	F1 + F3 + F4 + F5	F2** + F3 + F4** + F6 + F7
		Nota: F4: Riscos Ergonômicos + Psicossociais + Físicos (itens 53, 57, 68, 69, 71, 76) F5 e F6: Riscos Psicossociais (itens 58, 66, 67, 70) (itens 59, 60, 61, 62) F8 Riscos Químicos (itens 78, 79) F9 Riscos Psicossociais (itens 63, 64, 65)	Nota: F2: Riscos Psicossociais (itens 98, 103, 104, 105, 106, 107, 110) F4 Riscos Psicossociais + Agressão (itens 99, 100, 101, 102, 112, 113)

** muito significativo $p \leq 0.01$

restantes- significativo ($p \leq 0.05$)

Focando-nos nos resultados muito significativos, conclui-se que:

- Quanto maior (menor) a concordância nos domínios da **Ansiedade, do Conhecimento/ Novidade e da Memorização**, maior (menor) a percepção de exposição a riscos **Ergonômicos, Psicossociais ou Físicos**; e vice-versa.
- Quanto maior (menor) a concordância no domínio da **Inércia, da Falta de tempo ou meios, da Memorização, e da Influência social**, maior (menor) percepção de exposição a riscos **Químicos e Psicossociais**; e vice-versa.
- Quanto **maior** (menor) a concordância no domínio da **Influência social**, **menor** (maior) percepção de exposição a riscos **Psicossociais**; e vice-versa.
- Quanto maior (menor) a concordância no domínio da **Estimativa do risco**, maior (menor) o nível de preocupação com riscos **Psicossociais e Agressão**; e vice-versa.

Acrescente-se que importa reter que a opinião declarada pelos inquiridos quanto à Impulsividade, à Severidade/Efeito imediato ou remoto e à Memorização, não exerce qualquer influencia na percepção de Exposição ao risco.

A opinião no âmbito da Impulsividade, do Conhecimento/ Novidade, da Compensação do risco percebido, da Severidade/Efeito imediato ou remoto e da Memorização não é influenciada pelo nível de Preocupação dos inquiridos com riscos específicos.

No que diz respeito à severidade e ao efeito imediato ou remoto, a literatura diz-nos que os indivíduos têm tendência a temer menos um risco com efeito remoto (a médio e longo prazo, como as doenças profissionais) e com uma menor severidade, do que com um efeito, imediato e uma severidade mais elevada (Areosa, 2012a; Silva, 2014); e que a severidade, ou as potenciais consequências associadas a um determinado risco, afetam a forma como as pessoas percebem os riscos (Slovic, et al., 1982). De facto, os nossos resultados não refletem a teoria, mas tal como já foi referido, os inquiridos são profissionais de saúde, pelo que se infere que a sua formação académica e conhecimento técnico possam ser responsáveis por este resultado, isto apesar de a literatura não ser consensual sobre a influência da variável conhecimento (característica individual) na percepção de riscos (Areosa, 2010; Areosa, 2012a).

Segundo a literatura, impulsividade resulta em comportamentos não ponderados que conduz à redução da percepção de riscos pelos indivíduos (Rohrmann, 2004), o que não foi verificado nos resultados obtidos. Do mesmo modo, a literatura sugere a ligação entre a memória e a construção da percepção dos riscos (Areosa 2012a), dependendo a percepção não só do que se conhece, como também da forma como as pessoas recordam as suas experiências (Geller, 2001), mas os resultados revelaram que a memorização não exercia qualquer influencia na percepção de exposição ao risco.

Os resultados obtidos comprovam que a teoria de Slovic e Peters (2006), os quais referem os sentimentos de o medo e fúria da ansiedade em diferentes comportamentos com origens opostas. O medo tem origem na incerteza, acabando por resultar em sentimentos de ansiedade que normalmente contribuem para sobrevalorização dos riscos. De facto, quanto maior a concordância no domínio da ansiedade maior foi a percepção de exposição a riscos ergonómicos e psicossociais ou físicos. Do mesmo modo, a literatura sugere a ligação entre a memória e a construção da percepção dos riscos (Areosa 2012a), dependendo a percepção não só do que se conhece, como também da forma como as pessoas recordam as suas experiências (Geller, 2001), e os resultados revelaram que

quanto maior a concordância no domínio da memorização maior foi a percepção de exposição a riscos ergonômicos e psicossociais ou físicos.

A literatura refere quanto melhor um indivíduo conhecer um risco, menor será a ameaça percebida (Geller, 2001), e que a habituação ao risco, através da exposição continuada, reduz no imaginário dos trabalhadores a sua percepção (Areosa, 2010; Areosa, 2012a). No entanto, obtivemos resultados para a percepção de exposição a riscos ergonômicos e psicossociais ou físicos contradizem estes resultados: quanto maior a concordância no domínio do conhecimento/novidade maior foi a percepção de exposição a riscos ergonômicos e psicossociais ou físicos.

As situações de falta de tempo e excesso de trabalho originam muitas vezes um nível de stress nos indivíduos, conduzindo a um menor cuidado sobre a percepção do risco (Areosa, 2010). No entanto, uma maior concordância no domínio da Inércia, da Falta de tempo ou meios, que se infere devida à priorização de objetivos de produção poder gerar uma maior aceitabilidade da violação das regras de segurança (Rundmo, 2000), resultou numa maior percepção de exposição a riscos Químicos e Psicossociais.

As percepções de riscos dos trabalhadores manifestam-se quando trabalham em equipa, ou seja, são socialmente construídas (Areosa, 2010; Areosa, 2012a), daí os resultados terem refletido uma relação entre a influência social e a percepção de exposição a riscos psicossociais. Neste caso, quanto maior a concordância no domínio da Influência social, menor percepção de exposição a riscos Psicossociais, resultado que se pode inferir ser reflexo de uma certa vulnerabilidade à influência do grupo, ou seja, uma necessidade de aceitação pelo grupo, e menor a resistência à pressão social (Realista, 2014) dos inquiridos.

A estimativa do risco tem uma forte influência na definição de percepções dos indivíduos em relação aos riscos que enfrentam (Slovic, et al., 1982; Martins, 2021), estando relacionada como estado emocional do indivíduo e com a sua propensão para a preocupação (Constans, 2001). De facto, em concordância com a literatura, os resultados obtidos revelaram que quanto maior a concordância no domínio da estimativa do risco, maior o nível de preocupação com riscos Psicossociais e Agressão.

4.3.6 A análise estatística de dados – principais resultados

O presente estudo reuniu um total de **370** questionários, respondidos por farmacêuticos comunitários.

A nossa amostra é maioritariamente feminina, sendo mais de metade com idades compreendidas entre os 28 e os 37 anos. Evidenciam-se as categorias profissionais de

farmacêutico de grau I e de grau IV. Os farmacêuticos de grau II e de grau III, em conjunto, ocupam cerca de 1/4 da amostra. A maior parte destes inquiridos possuem Mestrado Integrado. Trabalham por turnos/horários rotativos, e têm um contrato sem termo com a entidade empregadora. Mais de metade trabalham mais de 40 horas/semana, e se pudessem mudariam de profissão.

➤ No que se refere aos **Determinantes**, através dos diversos procedimentos efetuados, foi possível obter 8 fatores (fACP) referentes aos itens dos Determinantes:

Fatores (fACP) dos Determinantes
1 Impulsividade
2 Ansiedade
3 Conhecimento/novidade + Memorização
4 Compensação do risco percebido
5 Severidade/efeito imediato ou remoto + Memorização
6 Influência social
7 Inércia, falta de tempo ou meios + Memorização + Influência social
8 Estimativa do risco

Acrescente-se que os itens que mais inquiridos declararam concordar, foram associados ao fator (fACP) 3 - Conhecimento/novidade + Memorização, e ao fator (fACP) 8 - Estimativa do risco:

- Tendo a facilitar mais, quando lido com situações que conheço do que quando são novas para mim.
- Quando enfrento um perigo pela primeira vez tendo a tomar mais precauções, do que nas vezes seguintes.
- Tenho mais receio dos riscos que conheço mal, do que daqueles a que já estou habituado.
- Tenho mais cuidado face a riscos com que já tive um acidente ou estive quase a ter.
- O meu trabalho acarreta riscos para a saúde.

Por oposição, os itens que mais inquiridos discordaram, foram associados ao fator (fACP) 7 - Inércia, falta de tempo ou meios + Memorização + Influência social:

- Muitas vezes não utilizo equipamentos de segurança porque não me lembro deles.

- Os meus colegas incentivam-me a correr riscos.

➤ Quanto à percepção do risco de Exposição, reunimos 9 fatores (fACP):

Fatores (fACP) da percepção do risco de Exposição

1 Riscos Ergonómicos + Mecânicos ou de Acidente

2 Riscos Biológicos + Mecânicos ou de Acidente

3 Riscos Ergonómicos + Físicos

4 Riscos Ergonómicos + Psicossociais + Físicos

7 Riscos Biológicos + Agressão

8 Riscos Químicos

5 / 6 / 9 Riscos Psicossociais (fACP 5, 6 e 9)

Aqui foram apurados alguns itens tendencialmente com respostas declarando maior percepção de Exposição aos riscos específicos relacionados com os fatores (fACP) 1 Riscos Ergonómicos + Mecânicos ou de Acidente, 2 Riscos Biológicos + Mecânicos ou de Acidente, 4 Riscos Ergonómicos + Psicossociais + Físicos, e, 5 e 6 Riscos Psicossociais:

- Movimentação manual de cargas (manuseamento/transporte de cargas pesadas: “banheiras” de encomendas, caixas de produtos para arrumação...).
- Contaminação biológica (bactérias, vírus) via aérea (Influenza, Covid-19, Tuberculose...), na tarefa de atendimento ao público.
- Permanência em pé durante longos períodos, sem meios para descanso/ pausas (bancos, cadeiras...).
- Horários/Turnos desgastantes e desajustados.
- Dificil conciliação do trabalho vs vida familiar/pessoal, provocando stress e frustração, ou até sofrimento emocional.
- Pequena margem de progressão na carreira, com conseqüente desmotivação/insatisfação.
- Carga e ritmo de trabalho muito elevado – “Multitarefa”.
- O atendimento ao público origina desgaste intelectual, emocional e psicológico, devido à diversidade dos utentes atendidos, em necessidades e exigências.
- O atendimento ao público origina stress até mesmo situações de ansiedade.

Por outro lado, os itens que indicam percepção de menor Exposição ao risco, encontram-se nos fatores (fACP) 3 Riscos Ergonómicos + Físicos, e 8 Riscos Químicos:

- Climatização desadequada e desconfortável (muito frio ou muito calor), devido a contenção dos gastos com a energia (impedimento de ligar os equipamentos de climatização).

- Irritação cutânea, devido a derrame ou salpicos de produtos químicos irritantes para a pele, durante a preparação de medicamentos manipulados.
- Hotte pouco eficiente/eficaz (ou inexistente) ou em mau estado de conservação/manutenção, na para a produção de medicamentos manipulados.

➤ No âmbito do Nível de Preocupação foram obtidos 7 fatores (fACP):

Fatores (fACP) do nível de Preocupação

1 Riscos Ergonómicos + Físicos + Mecânicos ou de Acidente

2 Riscos Psicossociais

3 Riscos Biológicos + Mecânicos ou de Acidente

4 Riscos Psicossociais + Agressão

5 Riscos Ergonómicos + Psicossociais

6 Riscos Biológicos + Ergonómicos + Físicos

7 Riscos Biológicos + Químicos

À semelhança dos procedimentos efetuados anteriormente, também aqui se evidenciaram itens revelando maior nível de Preocupação em alguns dos fatores (fACP) obtidos, nomeadamente 1- Riscos Ergonómicos + Físicos + Mecânicos ou de Acidente, 2- Riscos Psicossociais, 3- Riscos Biológicos + Mecânicos ou de Acidente, 4- Riscos Psicossociais + Agressão, e 5- Riscos Ergonómicos + Psicossociais:

- Movimentação manual de cargas (manuseamento/transporte de cargas pesadas: “banheiras” de encomendas, caixas de produtos para arrumação...).
- Fadiga visual devido a muitas horas de exposição à radiação dos ecrãs dos computadores.
- Carga e ritmo de trabalho muito elevado – “Multitarefa”.
- Contaminação biológica (bactérias, vírus) via aérea (Influenza, Covid-19, Tuberculose...) na tarefa de atendimento ao público.
- Falta de valorização pelos clientes.
- Clientes mal-educados e / ou agressivos verbalmente; conflitos com clientes.
- O atendimento ao público origina desgaste intelectual, emocional e psicológico, devido à diversidade dos utentes atendidos, em necessidades e exigências.
- O atendimento ao público origina stress até mesmo situações de ansiedade.
- Situações de assalto que possam originar agressão física.
- Permanência em pé durante longos períodos, sem meios para descanso/ pausas (bancos, cadeiras...).

- Horários/Turnos desgastantes e desajustados.
- Dificil conciliação do trabalho vs vida familiar/pessoal, provocando stress e frustração, ou até sofrimento emocional.
- Pequena margem de progressão na carreira, com consequente desmotivação/insatisfação.

Os itens que se evidenciaram suscitando menor Preocupação, encontram-se associados ao fator (fACP) 7- Riscos Biológicos + Químicos:

- Irritação cutânea, devido a derrame ou salpicos de produtos químicos irritantes para a pele, durante a preparação de medicamentos manipulados.
- Hotte pouco eficiente/eficaz (ou inexistente) ou em mau estado de conservação/manutenção, na para a produção de medicamentos manipulados.

➤ Numa perspetiva de reter o que mais importa em termos dos Fatores (fACP) obtidos nos diversos domínios, interessa elencar que...

...quanto mais (menos) os inquiridos concordam com os itens nos domínios da **Ansiedade**, **do Conhecimento/ Novidade e da Memorização**, maior (menor) é a sua perceção de exposição a riscos **Ergonómicos, Psicossociais ou Físicos**; e vice-versa.

...quanto mais (menos) os inquiridos concordam com os itens nos domínios da **Inércia, da Falta de tempo ou meios, da Memorização, e da Influência social**, maior (menor) é a sua perceção de exposição a riscos **Químicos e Psicossociais**; e vice-versa.

...quanto **mais** (menos) os inquiridos concordam com os itens nos domínios da **Influência social**, **menor** (maior) é a sua perceção de exposição a riscos **Psicossociais**; e vice-versa.

...quanto mais (menos) os inquiridos concordam com os itens no domínio da **Estimativa do risco**, maior (menor) é o seu nível de preocupação com riscos **Psicossociais e Agressão**; e vice-versa.

Note-se que a opinião dos inquiridos quanto à Impulsividade, à Severidade/Efeito imediato ou remoto, e quanto à Memorização, não exerce qualquer influencia na perceção de Exposição ao risco.

Também a opinião no âmbito da Impulsividade, do Conhecimento/ Novidade, da Compensação do risco percebido, da Severidade/Efeito imediato ou remoto e da Memorização não é influenciada pelo nível de Preocupação dos inquiridos com riscos específicos.

- Após o desenvolvimento da análise estatística dos dados, reunimos a informação necessária para dar resposta às perguntas que nos propusemos resolver no início. Por outras palavras, de seguida são apresentadas as respostas aos principais objetivos a que nos propusemos:

Riscos laborais percecionados com maior importância

Grau de Exposição aos riscos específicos:

Ergonómicos, Mecânicos ou de Acidente, e Biológicos.

Nível de Preocupação com riscos específicos:

Ergonómicos, Físicos, Mecânicos ou de Acidente, e, Psicossociais.

Principais fontes de riscos percecionados com maior importância

Grau de Exposição aos riscos específicos:

- Movimentação manual de cargas (manuseamento/transporte de cargas pesadas: “banheiras” de encomendas, caixas de produtos para arrumação...).
- Contaminação biológica (bactérias, vírus) via aérea (Influenza, Covid-19, Tuberculose...), na tarefa de atendimento ao público.
- Permanência em pé durante longos períodos, sem meios para descanso/ pausas (bancos, cadeiras...).

Nível de Preocupação com riscos específicos:

- Movimentação manual de cargas (manuseamento/transporte de cargas pesadas: “banheiras” de encomendas, caixas de produtos para arrumação...).
- Fadiga visual devido a muitas horas de exposição à radiação dos ecrãs dos computadores.
- Carga e ritmo de trabalho muito elevado – “Multitarefas”.
- Falta de valorização pelos clientes.
- Clientes mal-educados e / ou agressivos verbalmente; conflitos com clientes.
- O atendimento ao público origina desgaste intelectual, emocional e psicológico, devido à diversidade dos utentes atendidos, em necessidades e exigências.
- O atendimento ao público origina stress até mesmo situações de ansiedade.
- Situações de assalto que possam originar agressão física.

Percepção de riscos específicos no âmbito da Exposição e da Preocupação no trabalho, relativamente aos Determinantes

Grau de Exposição aos riscos específicos:

...a percepção do grau de exposição a riscos **Ergonómicos, Psicossociais ou Físicos** é tanto maior (ou menor), quanto maior (ou menor) será a opinião concordante com itens no domínio da **Ansiedade, do Conhecimento/ Novidade e da Memorização**, e vice-versa.

...a percepção do grau de exposição a riscos **Químicos e Psicossociais** é tanto maior (ou menor), quanto maior (ou menor) será a opinião concordante com itens no domínio da **Inércia, da Falta de tempo ou meios, da Memorização, e da Influência social**, e vice-versa.

...a percepção do grau de exposição a riscos **Psicossociais** é tanto maior (ou menor), quanto menor (ou maior) será a opinião concordante com itens no domínio da **Influência social**, e vice-versa.

Nível de Preocupação com riscos específicos:

...o nível de preocupação com riscos **Psicossociais e Agressão** é tanto maior (ou menor), quanto maior (ou menor) será a opinião concordante com itens no domínio da **Estimativa do risco**, e vice-versa.

Os resultados obtidos (identificação de perigos e riscos, e resultados da percepção de risco) neste estudo poderão contribuir para uma futura avaliação do risco laboral dos farmacêuticos comunitários, mais próxima da realidade e mais atualizada face à evolução da profissão que ocorreu nos últimos anos. Perceber melhor quais são os riscos percecionados por estes profissionais no seu local de trabalho torna possível implementar estratégias de prevenção do risco mais assertivas e adequadas à realidade destes profissionais, assim como construir programas de gestão do risco e estruturar-se formas de gestão e intervenção no risco ocupacional destes profissionais.

CONCLUSÃO

As percepções de riscos começam a ser consideradas como um tipo particular de cognição, e ganham relevância na área da segurança ocupacional (Areosa, 2012a), sob a forma da participação dos trabalhadores nos processos de análise, identificação e avaliação dos riscos. Estas traduzem a visão dos trabalhadores sobre os riscos aos quais se encontram expostos no decurso da sua atividade laboral. Não podemos deixar de considerar que as percepções de riscos dos trabalhadores são para eles próprios absolutamente reais e objetivas, e que eles atuam mediante essas mesmas percepções. É a partir daqui que se torna importante o seu estudo, pois a articulação entre as percepções de riscos, as atitudes e os comportamentos dos trabalhadores parece decisiva para compreender e explicar como é que alguns tipos de riscos podem originar acidentes de trabalho. Paralelamente, os riscos não percecionados pelos trabalhadores são riscos incapazes de moldar os seus comportamentos (Areosa, 2012b). O trabalho empírico a realizar teve como campo de estudo, os farmacêuticos comunitários portugueses, na temática da percepção de riscos laborais.

A pesquisa exploratória é realizada especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado, e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. E, de facto, ao contrário de outras profissões, não se encontraram estudos no âmbito da percepção de riscos sobre os farmacêuticos comunitários e daí a pertinência do estudo. Assim, conclui-se que a opção por um grupo focal exploratório para identificar os riscos específicos dos farmacêuticos comunitários, e um inquérito por questionário para caracterizar a população em estudo, analisar a percepção de riscos dos farmacêuticos comunitários e equacionar ou validar hipóteses relativamente à relação da percepção de risco com determinantes específicos foram opções metodológicas assertivas e focadas no rigor. No entanto, em ambas as técnicas, optou-se pela via online, excluindo-se uma parcela daqueles que não tem conhecimento em informática (embora atualmente esta questão represente certamente uma minoria).

Grupo Focal

Uma das vantagens do grupo focal é estar centrado na produção de conteúdos, que é precisamente o objetivo: devido à inexistência de literatura e documentação sobre os riscos laborais do farmacêutico comunitário especificamente em Portugal, a identificação dos perigos e riscos para estes profissionais é um objetivo em si mesmo – e de elevada pertinência. Os riscos mais referidos e relevantes em ambos os grupos focais foram os

riscos psicossociais, de acidente ou mecânicos, ergonômicos e biológicos, de forma relativamente consensual.

No que toca ao risco biológico, não só o risco se tornou maior devido à pandemia Covid-19 em si, mas também pela realização desses mesmos testes. O risco biológico na farmácia comunitária está sobretudo relacionado com a exposição a vírus e bactérias; este está presente em várias tarefas, desde o atendimento ao público ao balcão, como testes bioquímicos, testes a doenças infectocontagiosas (sobretudo covid-19), e administração de injetáveis, entre outros.

Os riscos ergonômicos na farmácia comunitária relacionam-se sobretudo com a postura inadequada, desconforto e fadiga pela permanência em pé por longos períodos (postura estática), e movimentação manual de cargas. Os riscos psicossociais foram sempre bastante referenciados. Atualmente parecem ser potenciadores de stress e ansiedade as elevadas exigências de trabalho, os horários (trabalho por turnos e trabalho noturno) e a sua implicação na gestão familiar, e a pressão da avaliação de desempenho. Também as características próprias do atendimento ao público pode resultar bem desgaste intelectual e psicológico, bem como no aumento dos níveis de stress do trabalhador.

O risco de acidentes revelou-se inequívoco, inclusive com a descrição de alguns. A forma como o espaço de trabalho se encontra organizado constitui um fator de extrema importância para a segurança dos trabalhadores. Caminhos de circulação apertados e/ou obstruídos, obstáculos no espaço de trabalho, arrumação pouco prática de equipamentos e produtos tornando-os de difícil acessibilidade, entre outras situações, podem originar então quedas (ao mesmo nível) e choques físicos com objetos. A “arrumação em altura” dos produtos/medicamentos implica também o risco de queda em altura (difícil acessibilidade onde os produtos sendo muitas vezes necessário recorrer a bancos, degrau ou escadotes), queda de objetos e posturas inadequadas.

Uma das limitações da técnica grupo focal, segundo Fern (2001) refere-se às limitações de se comparar resultados dos grupos focais com os gerados por outras técnicas de investigação, pois não há evidência empírica satisfatória em relação a isto, nem estudos suficientes que permitam comparar os resultados dos grupos focais com os de pesquisas que recorrem a outras técnicas. Neste sentido não foram nem serão feitas comparações entre os resultados do grupo focal e os do inquérito por questionário.

Inquérito por questionário

O presente estudo reuniu um total de **370** questionários, respondidos por farmacêuticos comunitários. A nossa amostra é maioritariamente feminina, sendo mais de metade com idades compreendidas entre os 28 e os 37 anos. Evidenciam-se as categorias

profissionais de farmacêutico de grau I e de grau IV. Os farmacêuticos de grau II e de grau III, em conjunto, ocupam cerca de 1/4 da amostra. A maior parte destes inquiridos possuem Mestrado Integrado. Trabalham por turnos/horários rotativos, e têm um contrato sem termo com a entidade empregadora. Mais de metade trabalham mais de 40 horas/semana, e se pudessem mudariam de profissão.

Os resultados permitem concluir que os riscos laborais percecionados com maior importância quanto ao grau de exposição aos riscos específicos foram os ergonómicos, mecânicos ou de acidente, e biológicos. Quanto ao nível de preocupação com os riscos específicos, os riscos percecionados com maior importância foram os ergonómicos, físicos, mecânicos ou de acidente, e, psicossociais.

Relativamente à exposição a riscos específicos, os resultados obtidos permitiram-nos concluir as fontes de riscos percecionados com maior importância foram a movimentação manual de cargas, a contaminação biológica via aérea no atendimento ao público, e a permanência em pé por longos períodos. Também horários/ turnos desgastantes; conciliação trabalho-vida familiar; pequena margem de progressão na carreira; carga e ritmo de trabalho elevado; desgaste intelectual e psicológico, bem como stress e ansiedade, decorrente da tarefa de atendimento ao público, foram riscos que se destacaram a nível da exposição. Os resultados permitiram inferir que a exposição a climatização desadequada devido a impedimento de ligar os respetivos equipamentos é pouco prevalente. Os riscos químicos estarão sobretudo relacionados com a produção de medicamentos manipulados, tarefa realizada atualmente por um número diminuto de farmácias, daí o baixo nível de exposição verificado.

Quanto ao nível de preocupação com riscos específicos, concluiu-se que as fontes de riscos percecionados com maior importância são: movimentação manual de cargas, fadiga visual; desgaste intelectual, emocional e psicológico, stress ou até ansiedade decorrente do atendimento ao público; conflitos com clientes e falta de valorização pelos mesmos; carga e ritmo de trabalho excessivos; e exposição a situações de agressão verbal e/ou física (por exemplo assaltos). Também stress relacionado com o conflito “trabalho-vida pessoal”, permanência em pé durante longos períodos, e ainda pequena margem de progressão na carreira são alvos de níveis de preocupação relevante. Mais uma vez, os riscos químicos foram os que evidenciaram menor nível de preocupação.

Os riscos laborais percecionados com maior importância, e para as fontes percecionadas (exposição e preocupação) com maior relevo, possivelmente explicam o fato de a maioria dos farmacêuticos comunitários responder que mudaria de empresa e até de profissão.

Em relação aos determinantes, no que concerne à percepção de riscos específicos no âmbito da exposição concluiu-se que quanto mais (menos) os inquiridos concordam com os itens nos domínios da Ansiedade, do Conhecimento/ Novidade e da Memorização, maior (menor) é a sua percepção de exposição a riscos Ergonómicos, Psicossociais ou Físicos; e vice-versa. Quanto mais (menos) os inquiridos concordam com os itens nos domínios da Inércia, falta de tempo ou meios, da Memorização, e da Influência social, maior (menor) é a sua percepção de exposição a riscos Químicos e Psicossociais; e vice-versa. Quanto mais (menos) os inquiridos concordam com os itens nos domínios da Influência social, menor (maior) é a sua percepção de exposição a riscos Psicossociais; e vice-versa. No mesmo sentido, mas no âmbito da preocupação conclui-se que quanto mais (menos) os inquiridos concordam com os itens no domínio da Estimativa do risco, maior (menor) é o seu nível de preocupação com riscos Psicossociais e Agressão; e vice-versa.

Conclui-se também que a opinião declarada pelos inquiridos quanto à Impulsividade, à Severidade/Efeito imediato ou remoto e à Memorização, não exerce qualquer influencia na percepção de Exposição ao risco; e que a opinião no âmbito da Impulsividade, do Conhecimento/ Novidade, da Compensação do risco percebido, da Severidade/Efeito imediato ou remoto e da Memorização não é influenciada pelo nível de Preocupação dos inquiridos com riscos específicos.

Limitações do estudo

- Ausência de documentação específica sobre os perigos e riscos laborais, bem como de estudos e literatura específica na área da percepção de riscos em relação aos farmacêuticos comunitários em Portugal,
- Inexistência (aparente) de uma avaliação de riscos para a profissão, inclusive por parte de entidades oficiais e/ou que tutelam a profissão.
- Inexperiência do investigador com ambas as técnicas utilizadas (grupo focal e inquérito por questionário).
- Apesar da utilização de diferentes técnicas apresentar várias vantagens, podendo ser capaz de melhorar a qualidade dos resultados, trouxe uma grande dificuldade na gestão do tempo, dado a extensão da análise necessária, primeiro qualitativa e depois quantitativa.
- É importante referir que uma das limitações do estudo será a impossibilidade de impedir o preenchimento do inquérito por questionário por indivíduos que não sejam de fato farmacêuticos comunitários, embora, para minimizar esta questão, uma resposta

negativa à primeira pergunta “Trabalha como Farmacêutico Comunitário?”, termine automaticamente o questionário.

Propostas de estudos futuros

- Estudo similar de desenho similar, mas que incluía também outras categorias profissionais como técnicos auxiliares de farmácia (TAF), técnicos de farmácia (TF), assim como trabalhadores exclusivamente dedicados ao *BackOffice* e arrumação, exclusivamente dedicados a gestão de compras, entre outros, de modo a poder ser feita uma comparação mais abrangente entre as várias categorias profissionais e tarefas desempenhadas na farmácia comunitária.
- Estudo sobre perceção de riscos laborais que incluía não só os farmacêuticos comunitários, mas também outras áreas profissionais, nomeadamente farmácia hospitalar, indústria, distribuição e análises – análise e comparação da perceção de riscos das diversas áreas de exercício farmacêutico.
- Estudo de caso de uma farmácia comunitária em Portugal – Avaliação (matriz de risco) e gestão do risco (propostas de melhoria).
- Estudo dedicado exclusivamente aos riscos psicossociais no farmacêutico comunitário em Portugal, nomeadamente *stress* e *burnout*, via inquérito por questionário e/ou entrevistas semiestruturadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbinante, A. (2008). Riesgos y precauciones durante el manejo y dosificación de citostáticos. Informe Médico, 10(3), 139-143.
- Adams, J. & Thompson, M. (2002). Taking account of societal concerns about risk: framing the problem. Sudbury: HSE Books.
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2007). FACTS - Perigos e riscos associados à movimentação manual de cargas no local de trabalho. Disponível em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/73>
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2023a). Occupational safety and health in Europe: state and trends 2023. https://osha.europa.eu/sites/default/files/OSH_in_Europe_state_trends_report_2023_en.pdf
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2023b). Riscos psicossociais e stresse no trabalho. <https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-mental-health>
- Akerlof, A.; Shiller, J. (2009), O espírito animal: como a psicologia humana impulsiona a economia e a sua importância para o capitalismo global. Tradução Afonso Celso da Cunha Serra. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Alzoubi, K., Ayoub, N., Al-Sakaji, S., Al-Azzam, S., Mhaidat, N. & Masadeh M. (2009). Awareness of bacterial resistance among physicians, pharmacists and nurses. Int J Occup Med Environ Health, 22(4):363-72. Doi: 10.2478/v10001-009-0034-3.
- Álvares, M. (2021). Introdução à Investigação Quantitativa e Análise SPSS. <http://hdl.handle.net/10400.2/10529>
- Amarasekera, M., Rathnamalala, N., Samaraweera, S. & Jinadasa M. (2010). Prevalence of latex allergy among healthcare workers. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 23(4), 391- 396.
- Anunciação, L. (2021). Conceitos e análises estatísticas. Nila Press. <https://bookdown.org/luisfca/docs/>
- Areosa, J. (2007a). As percepções de riscos dos trabalhadores: conhecimento ou “iliteracia”? SHO 2007. Guimarães pp. 131-134. https://www.researchgate.net/publication/334466509_As_percepcoes_de_riscos_dos_trabalhadores_conhecimento_ou_iliteracia
- Areosa, J. (2007b). As Percepções de Riscos num Serviço de Imagiologia Hospitalar In Riscos Públicos e Industriais. C.Guedes Soares, A.P. Teixeira e P. Antão (Eds). Edições Salamandra, Lisboa. Pp. 1233-1248.

- Areosa, J. (2010). Riscos e sinistralidade laboral: um estudo de caso em contexto organizacional (Dissertação de Doutoramento, Instituto Universitário de Lisboa), Repositório do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10071/4422>
- Areosa, J., & Dwyer, T. (2010). Acidentes de trabalho: uma abordagem sociológica. *Configurações* n.7, 107-128.
- Areosa, J. (2011). Riscos ocupacionais da imagiologia, Estudo de caso num hospital português, *Tempo Social, revista de sociologia da USP* vol, 23, nº2 pp.297-318. <https://doi.org/10.1590/S0103-20702011000200012>
- Areosa, J. (2012a). As percepções dos riscos dos trabalhadores: qual a sua importância para a prevenção de acidentes de trabalho?, In H.V.Neto, J.Areosa, P.Arezes (Eds.) – *Impacto social dos acidentes de trabalho*, Vila do Conde: Civeri Publishing. Pp. 66-97. <https://www.researchgate.net/publication/331873968>
- Areosa, J. (2012b). A importância das percepções de riscos dos trabalhadores. *International Journal on Working Conditions*. https://ricot.com.pt/artigos/1/J.Areosa_pp.54.64.pdf
- Areosa, J. (2012c). O lado obscuro dos acidentes de trabalho. Um estudo de caso no setor ferroviário. Edições Húmus. <https://hdl.handle.net/1822/75067>
- Areosa, J. (2014a), As percepções de riscos ocupacionais no setor ferroviário, *Sociologia, Problemas e Práticas*, 75, pp. 83-107. DOI:10.7458/SPP2014753577
- Areosa, J. (2014b). Os efeitos do trabalho na saúde mental: uma análise a partir da psicodinâmica do trabalho. *Manual sobre riscos psicossociais no trabalho* pp. 49-72. Civeri Publishing. <https://hdl.handle.net/1822/29937>
- Areosa, J. (2021), “Do risco aos grandes acidentes: como construir a prevenção?”, em Adriana Augusta dos Santos, Adriane Reis de Araújo, Clarissa Ribeiro Schinestsck, Delaide Alves miranda Arantes, Maria Beatriz Theodoro & Sebastião Geraldo de Oliveira (Orgs.), *Grandes acidentes do trabalho no Brasil - Repercussões jurídicas e abordagem multidisciplinar*, Brasília, Editora RTM, pp. 154-186. <https://www.researchgate.net/publication/350411825>
- Associação de Farmácias do País Basco. (2015). *Guía de buenas prácticas en prevención de riesgos para trabajadores de farmácias*. <https://precoinprevencion.com/wp-content/uploads/2016/10/Manual-Buenas-Practicas-Prevencion-Farmacia.pdf>
- Associação Portuguesa para a Qualidade. (2018). *Gestão do risco - Linhas de orientação*. (NP ISO 31000:2018). https://storagewebsiteipq.blob.core.windows.net/website/Brochura_31000_abril_2018.pdf
- Autoridade para as Condições do Trabalho. (2022). *Prevenir os Riscos Ergonómicos*. [https://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/Publicacoes/Documents/AF_ergonomicos.pdf](https://www.act.gov.pt/(pt-PT)/Publicacoes/Documents/AF_ergonomicos.pdf)

- Barros, P. (2015). Uma revisão da literatura científica acerca das características epidemiológicas e clínicas próprias da classe médica. Repositório Digital da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/30678>
- Beck, U. (2015), Sociedade de Risco Mundial - Em Busca da Segurança Perdida, Lisboa, Edições 70.
- Cabral, F. (2011). Segurança e Saúde do Trabalho - Manual de Prevenção de Riscos Profissionais. Verlag Dashöfer. <http://id.bnportugal.gov.pt/bib/bibnacional/1819429>
- Canosa C., Boix P, & Garcia A. M., (2004), Why do workers behave unsafely at work? Determinants of safe work practices in industrial workers, *Occup Environ Med*, 61(3):239-46.
- Carlini-Cotrim, B. (1996). Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias, *Revista de Saúde Pública*, v. 30, n. 3, p. 285-293. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101996000300013>
- Chiara, I.G.D. (2005). Grupo de Foco. Org. Valentim, Marta Lígia Pomim. In: *Métodos Qualitativos de Pesquisa em Ciência da Informação*. São Paulo: Polis.
- Clabaugh, M., Newlon J., Kimberly S & Plake K. S I. (2021). Perceptions of working conditions and safety concerns in community pharmacy. *J Am Pharm Assoc*, 61(6):761-771. Doi: 10.1016/j.japh.2021.06.011
- Constans, J. (2001). Worry propensity and the perception of risk. *Behaviour Research and Therapy*, v. 39, pp. 721-729. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00037-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00037-1)
- Connely, D. (2021). Work-related stress: the hidden pandemic in pharmacy. *The Pharmaceutical Journal*. <https://pharmaceutical-journal.com/article/feature/work-related-stress-the-hidden-pandemic-in-pharmacy>
- Cooper, D. (2001). Improving Safety Culture: A practical Guide. Obtido de ResearchGate: https://www.researchgate.net/publication/284371696_Improving_Safety_Culture_A_Practical_Guide
- Cordeiro, R. (2002). Suggestion of an inverse relationship between perception of occupational risks and work-related injuries. *Cadernos de Saúde Pública*, v.18, nº1, pp. 45-54. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100005>
- Coutinho, C. (2007). Aspectos Metodológicos da Investigação em Tecnologia Educativa em Portugal. Repositório do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6497/1/>
- Dalfovo, M. S.; Lana, R. A. & Silveira, A., Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II.

2008. Disponível em Vista do MÉTODOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS: UM RESGATE TEÓRICO (animaeducacao.com.br)

- Davis, J., McLauchlan, R. & Connor, T. H. (2011). Exposure to hazardous drugs in healthcare: an issue that will not go away. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 17(1), 9- 13. DOI: 10.1177/1078155210388462
- Dejours, C. (2013). A sublimação, entre o sofrimento e prazer no trabalho. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 33(2), 9-28.
- Drebit, S. Shajari, S., Alamgir, H., Yu, S. & Keen, D. (2010). Occupational and environmental risk factors for falls among workers in the healthcare sector. *Ergonomics*, 53(4), 525- 536. Doi: 10.1080/00140130903528178
- Decreto de Lei nº134/2005 de 16 de Agosto. Diário da República nº156/2005 – I Série A. Ministério da Saúde. <https://files.dre.pt/1s/2005/08/156a00/47634765.pdf>
- Decreto de Lei nº307/2007 de 31 de Agosto. Diário da República nº 168/2007 – 1ª Série. Ministério da Saúde. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/307-2007-641148>
- Decreto de Lei nº131/2015 de 4 de Setembro. Diário da República nº173/2015 – 1ª Série. <https://files.dre.pt/1s/2015/09/17300/0701007048.pdf>
- Dias, C. A. (2000). GRUPO FOCAL: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. *Informação & Sociedade: Estudos*, 10(2). <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/330>
- Estryn-Behar M, Beatrice I, Heijden V. (2012). Effects of extended work shifts on employee fatigue, health satisfaction, work/ family balance and patient safety. *Work* 41. 2012, 4283-4290. Disponível em: <https://content.iospress.com/articles/work/wor0724>
- Fantinato, S., & Garcia, P. (2017). Estudo da Resistência à Mudança e sua Interferência na Implantação de um Sistema de Gestão da Qualidade. Obtido de SciELO: <https://www.scielo.br/pdf/rae/v41n2/v41n2a04>
- Feliciano, J.F. (2003), Poder e risco no trabalho da indústria petrolífera: A refinaria de Sines 1978 – 1997, Lisboa: DEEP/MSST.
- Fern, E.F. (2001). Advanced focus group research. California: Thousand Oaks. <https://doi.org/10.4135/9781412990028>
- Ferreira, L.O. (2020) Percepção do risco e dos comportamentos de segurança na construção civil. Dissertação de Mestrado em Segurança e Higiene no Trabalho. Setúbal: Instituto Politécnico Setúbal. <http://hdl.handle.net/10400.26/34542>
- Ferreira, P. (2003) – Condutas de Risco, Práticas Culturais e Atitudes Perante o Corpo. Resultados de Um Inquérito aos Jovens Portugueses em 2000. 1ª Edição. Celta editora. Oeiras. <http://hdl.handle.net/10400.20/25>

- Foddy, W. (1996). Como perguntar. Teoria e Prática da construção de perguntas para entrevistas e questionários. Oeiras: Celta Editora; pp. 200-208. Universidade Europeia - catálogo › Detalhes para: Como Perguntar, teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários (ipam.pt)
- Friese C, Mendelson-Victor K, Wen B, Sun D, Sutcliffe K & Yang J. (2015). DEFENS-Drug Exposure feedback and education for nurses safety: study protocol for a randomized controlled trial. BioMed Central., 16(171), 1-10. DOI: 10.1186/s13063-015-0674-5
- Geller, E. S. (2001). Working Safe. How to Help People Actively Care for Health and Safety. (Second Edition). Boca Raton, USA: CRC Press.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (2001). O inquérito: teoria e prática (4.a ed.). Celta editora
- Gil, A. C., (2007). Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6ª ed. São Paulo: Atlas. Disponível em: [gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf](#) (wordpress.com)
- Gondim, S. M. G. (2003). Grupos Focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos, Paidéia.
- Gopar-Nieto R, Juarez-Pérez C, Cabello-López A, Haro-Garcia L & Aguillar-Madrud G. (2015). Panorama de heridas por objetos punzocortantes en trabajadores intrahospitalarios, Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Volume 53 (3), 356-361. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8599123/>
- Government of Alberta. (2011). Handbook of Occupational Hazards and Controls for Pharmacy Workers. <https://open.alberta.ca/publications/handbook-of-occupational-hazards-and-controls-for-pharmacy-workers>
- Granjo, P. (2004), Trabalhamos sobre um barril de pólvora: homens e perigo na refinaria de Sines. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais. <https://doi.org/10.4000/etnografica.1701>
- Hill, M. & Hill, A. (2002). Investigação por Questionário (2ª Edição). Edições Sílabo: Lisboa.
- HSE. (2005). Five Steps to Risk Assessment. www.hse.gov.uk/pubns/indg163.pdf
- HSE. (2013). Leading health and safety at work. HSE: www.hse.gov.uk/
- HSG48. (1999). Reducing error and influencing behaviour, 2nd edition, HSE. <https://thecpi.org.uk/library/PDF/Public/health-safety/General/Human%20Factors/General%20Guidance/01%20HSG%2048%20-%20Reducing%20Error%20and%20Influencing%20Behaviour.pdf>
- Hubner, A., & Paese, J. (2014). A memória do risco na alta modernidade: dos pontos de tensão. Caderno eletrônico de Ciências Sociais, Vitória, v. 2, n. 1, 43-61.

- Krueger, R.A. & Casey, M.A. (2000). Focus groups. A practical guide for applied research. California: Thousands Oaks. Focus Groups | SAGE Publications Inc
- Infarmed. (2023) Farmácias. <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/licenciamentos/farmacias>
- International Organization for Standardization. Occupational health and safety management systems. (ISO 45001:2018). LIDEL
- Lakatos, E. M. & Marconi, M. A. (2003). Fundamentos de Metodologia Científica. 5ª Ed. São Paulo: Ed. Atlas. china-e-india (ifrn.edu.br)
- Lima, M.L. (1998), Psicologia, Vol. XII (1), PP. 11-28. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v12i1.570>
- Lima, M. L. (1999). Percepção de riscos e culturas de segurança nas organizações. In Psicologia. Revista da Associação Portuguesa de Psicologia, v.12, nº 2, pp.379-386. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v12i2.584>
- Luppe, M., & Fávero, L. (2012). Anchoring Heuristic and the Estimation of Accounting and Financial Indicators. International Journal of Finance and Accounting 1(5), 120-130. DOI:10.5923/j.ijfa.20120105.06
- Martin, L. (2003). Cultural Differences in Risk Perception: An Examination of USA and Ghanaian (Tese de Mestrado – Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University). VirginiaTech. <http://hdl.handle.net/10919/9984>
- Mendes, R., Fernandes, J., & Correia, M. (2016). Suporte à Elaboração de Inquéritos. MANUAL_SEI_FINAL.pdf (ulisboa.pt)
- Martins, J.M.C. (2008). Percepção do Risco de Desenvolvimento de Lesões Músculo-Esqueléticas em Atividades de Enfermagem (Dissertação de Mestrado em Engenharia Humana, Universidade do Minho). Repositório do Universidade do Minho <https://hdl.handle.net/1822/8169>
- Martins, G. A.; Domingues, O. (2014). Estatística Geral e Aplicada. 5ª ed., São Paulo: Atlas, pp. 123-176.
- Martins, P., Pereira, O., & Areosa, J. (2022), “Percepções de riscos ocupacionais: o caso dos Riggers”, Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Vol. XLIII, pp. 31-53. <https://doi.org/10.21747/08723419/soc43a2>
- Martins, P.T.R.B.C. (2021), Percepção dos riscos ocupacionais nos trabalhadores da indústria dos espetáculos e eventos ao vivo (Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Setúbal). <http://hdl.handle.net/10400.26/35623>

- Matos, D. & Rodrigues, E. (2019). Análise Fatorial. ANAP. <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4790/1/Livro%20An%C3%A1lise%20Fatorial.pdf>
- Mendes, Joana. (2014). Avaliação de Riscos em Restauração (Projeto Individual em Contexto Real de Trabalho. Instituto Politécnico de Setúbal). <http://hdl.handle.net/10400.26/7328>
- Menecz, D., Drabek, M. & Mościcka, A. (2009). Aggression at the workplace-psychological consequences of abusive encounter with coworkers and clients. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 22(3), 243- 260. Doi: 10.2478/v10001-009-0027-2
- Menzel, N. 2008. Underreporting of musculoskeletal disorders among health care workers. *AAOMN Journal*, 56(12), 487- 493. Doi: 10.3928/08910162-20081201-06.
- Ministério da Saúde. (2023). Manual Boas Práticas. Segurança dos Profissionais de Saúde, Higiene e Segurança no local de trabalho. 9. Manual Boas Práticas Segurança dos Profissionais - Saúde ocupacional e mapa de riscos 2023 USF NH V1.2023.pdf (min-saude.pt)
- Miranda, R.J.P. (2009). Qual a relação entre o pensamento crítico e a aprendizagem de conteúdos de ciências por via experimental? Um estudo no 1º ciclo. (Dissertação de Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências). Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/5489>
- Morgan, D. L. (1998). Planning focus group. Sage Publications, Inc. Sage Academic Books - Planning Focus Groups (sagepub.com)
- Motta, P. (2002). Ansiedade e medo no trabalho: a percepção do risco nas decisões administrativas. <https://www.researchgate.net/publication/308970746>
- Oginska-Bulit, N. (2008). Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 19(2), 113- 122. Doi: 10.2478/v10001-006-0016-7
- Organização Internacional do Trabalho (OIT). (2013). A prevenção das doenças profissionais. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_722439.pdf
- Organização Internacional do Trabalho (2013). Training Package on Workplace Risk Assessment and Management for Small and Medium-Sized Enterprises. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_215344.pdf

- Ordem dos Farmacêuticos. (2009). Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária. 3ª Edição. Boas Práticas de Farmácia (ordemfarmaceuticos.pt)
- Ordem dos Farmacêuticos. (2015) Norma geral sobre o farmacêutico e o pessoal de apoio.
https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/qualidade/norma_geral_sobre_o_farmaceutico_e_o_pessoal_de_apoio_5695580485ab147f4836e5.pdf
- Ordem dos Farmacêuticos. (2021). Orientações para a revisão da Medicação.
https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/editor2/2021/Documentos/orm_of.pdf
- Ordem dos Farmacêuticos. (2023a). A Farmácia Comunitária.
<https://ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/a-farmacia-comunitaria/>
- Ordem dos Farmacêuticos. (2023b). Desenvolvimento Profissional Contínuo.
<https://ordemfarmaceuticos.pt/pt/formacao-continua/desenvolvimento-profissional-continuo/>
- Ordem dos Farmacêuticos. (2023c). Referenciais de Qualidade em Farmácia Comunitária. <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/servicos/qualidade/referenciais-da-qualidade/farmacia-comunitaria/>
- Organização Internacional do Trabalho. (2023). Labour standards.
<https://www.ilo.org/global/standards/lang--en/index.htm>
- OSHA. (2023). Doenças relacionadas com o trabalho.
<https://osha.europa.eu/pt/themes/work-related-diseases>
- Pacheco, C. (2012). Perceção de Riscos e Comportamentos Seguros, qual o papel destes elementos enquanto componentes da cultura de segurança organizacional? (Dissertação de Mestrado em Segurança e Higiene no Trabalho. Instituto Politécnico Setúbal). Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/4222>
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2014). Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS (6ª Edição). Edições Sílabo: Lisboa.
- Pereira, M. (2010) – Questionário sobre perceções e atitudes face ao risco. Texto não publicado. Setúbal: Instituto Politécnico Setúbal.
- Pinhal H. (2016). Monitorização biológica da exposição a agentes químicos em estabelecimentos de saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge- Departamento de Saúde Ambiental- Unidade de AR e Saúde Ocupacional. RCAAP. Exposição profissional a agentes químicos: monitorização ambiental e monitorização biológica - INSA (min-saude.pt)

- Pita J.R., & Bell V. (2016). A farmácia em Portugal nos últimos 30 anos. Algumas reflexões sobre a farmácia de oficina ou comunitária. *Debater a Europa*. pp. 199. https://doi.org/10.14195/1647-6336_15_11
- Portela, G. (2014). Gerenciamento de riscos baseado em fatores humanos e cultura de segurança. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltd.
- Prieto-Muñoz, B. (2021). Evaluación del riesgo ergonómico del farmacéutico en oficina de farmacia con el método REBA. *Ergonomía, Investigación Y Desarrollo*, 3(3), 69–81. <https://doi.org/10.29393/EID3-26ERBP10026>
- Nixon, S. & Schulmeister, L. (2009). Safe handling of hazardous drugs: are you protected? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(4), 433-440. DOI: 10.1188/09.CJON.433-439
- Ramos, M. (2013). Métodos quantitativos e pesquisa em ciências sociais: lógica e utilidade do uso da quantificação nas explicações dos fenômenos sociais. *Mediações*, Londrina, v. 18, n. 1, p. 55-65. Repositório Digital. <http://hdl.handle.net/10183/132102>
- Ramsaran-Fowdar, R. (2007). Examining the role of institutional investors, selected variables on customer satisfaction and behavioural intentions. BAI International Conference on Business and Information. Tokyo. Examining the role of institutional investors' selected variables on customer satisfaction and behavioural intentions (cqu.edu.au)
- Realista, A. (2014). A percepção do risco na atividade dos Bombeiros (Dissertação de Mestrado em Segurança e Higiene no Trabalho, Instituto Politécnico Setúbal). <http://hdl.handle.net/10400.26/7157>
- Reason, J. (2016). *Organizational Accidents Revisited*. Ashgate Publishing Limited. *Organizational Accidents Revisited*. Ashgate Publishing Limited. Start reading today (perlego.com)
- Renn, O. (1992). Concepts of risk: A clarification. In Krinsky, S. and Golding, D. (Eds.) *Social Theories of Risk* Westport, (Chapter 3). CT: Praeger, pp. 53-79. DOI:10.18419/opus-7248
- Richardson, R. J. (2007). *Pesquisa social: métodos e técnicas* (3ª edição) São Paulo: Atlas. Texto - Pesquisa social.pdf (usp.br)
- Rippl, S. (2002). Cultural theory and risk perception: a proposal for a better measurement. *Journal of Risk Research* 5 (2), 147–165. DOI:10.1080/13669870110042598
- Rohrmann, B. (2004). *Risk Attitude Scales: Concepts and Questionnaires*. University of Melbourne/Australia. *Risk Attitude Scales: Concepts and Questionnaires* (researchgate.net)

- Rohrmann, B. (2008). Risk Perception, Risk Attitude, Risk Communication, Risk Management: A Conceptual Appraisal. Risk perception, risk attitude, risk communication, risk management: A conceptual appraisal (researchgate.net)
- Rundmo, T. (1996), "Association between risk perception and safety", Safety Science, nº 24, pp. 197-209. Disponível em 10.1080/03088839.2010.514954
- Rundmo, T. M. (2000). Safety Climate, Attitudes and Risk Perception in Norsk Hydro. Safety Science, 34, 47-59. Disponível em 10.1016/S0925-7535(00)00006-0
- Rundmo, T., Olstedal, S., Moen, B.-E., & Klempe, H. (2004). Explaining risk perception. An evaluation of cultural theory. c Rotunde publikasjoner.
- Rundmo, T., Sjöberg, L., & Moen, B.-E. (2004). Explaining risk perception. An evaluation of the psychometric paradigm in risk perception research. Norwegian University of Science and Technology C Rotunde publikasjoner. Disponível em: 10.4236/ojpm.2011.13019
- Sancho, V. (2019). Estudio de comparación de riesgos laborales en el farmacéutico comunitario, de salud pública y especialista en farmacia hospitalaria. Memoria de Trabajo Fin de Grado. Universitat Miguel Hernández. Elche, Spain. Disponível em: <http://dspace.umh.es/handle/11000/7045>
- Santos, E., & Fadul, É. (2008). As Sociedades Contemporâneas e a Gestão Pública do Risco. Obtido de SciELO: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-92302008000200015&script=sci_abstract
- Santos M & Almeida A (2016). Profissionais de Saúde: principais Riscos e Fatores de Risco, eventuais Doenças Profissionais e Medidas de Proteção recomendadas. Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional on line.2016, volume 2, s28-s52. Profissionais de Saúde: principais Riscos e Fatores de Risco, eventuais Doenças Profissionais e Medidas de Proteção recomendadas - RPSO - Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional
- Schmidt, M. (2004). Investigating risk perception: a short introduction. Em PhD Thesis. Disponível em: Intro_risk_perception (markusschmidt.eu)
- Silva, I. S., Veloso, A. L. & Keating, J. B. (2014) Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. Revista Lusófona de Educação, [S.l.], v. 26, n. 26, ISSN 1646-401X. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/32357>
- Sjöberg, L. & Drotz-Sjöberg, B. (1994). Radiation and Society: Comprehending radiation risk. Proceedings of International Conference on Radiation and Society: Comprehending radiation risk, Paris, 24-28 October. Disponível em 28063935.pdf (iaea.org)
- Sjöberg, L., Bjorg-Elin M., & Rundmo, T. (2004). Explaining risk perception. An evaluation of the psychometric paradigm in risk perception research. Norwegian University of Science

and Technology, C Rotunde, nº 84. Disponível em Journals - Scientific Research Publishing (scirp.org)

- Sindicato Nacional dos Farmacêuticos. (2009). Carreira Farmacêutica – Fundamentação e Linhas de Orientação. (Microsoft Word - fundamenta\347\343o carreira_acss.doc) (parlamento.pt)

- Slovic, P., Fischhoff, B., & Lichtenstein, S. (1982). Why Study Risk Perception? Risk Analysis, Vol 2, N.º2, 83-93. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.1982.tb01369.x>

- Slovic, P. (1987). Perception of Risk. Science, vol. 236: 280-285. Disponível em <http://socsci2.ucsd.edu/~aronatas/project/academic/risk%20slovic.pdf>

- Slovic, P., & Peters, E. (2006). Risk Perception and Affect. Current Directions in Psychological Science, volume 15, number 6, pp. 322-325. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00461.x>

- Slovic, P., & Weber, E. U. (2002). Perception of Risk Posed by Extreme Events. Risk Management strategies in an Uncertain World. New York. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/209805350>

- Schmidt, M. (2004). Investigating risk perception: a short introduction. Em PhD Thesis. (PDF) Investigating risk perception: a short introduction (researchgate.net)

- Slovic, P., & Peters, E. (2006). Risk Perception and Affect. Current Directions in Psychological Science, volume 15, number 6, pp. 322-325. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00461.x>

- Starr, C. (1969). Social benefit versus technological risk. Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000262&pid=S16454464201200020000300041&lng=pt

- Streiner, D., & Norman, G. (2008). Health and Measurement Scales. A Practical Guide for Their Development and Use (4ª Edição). Oxford: Oxford University Press.

- Triviños, Augusto N.S. (1987). Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação. (1ª ed.). São Paulo: Atlas.

- UGT (2020). Stress no local de trabalho: Riscos, Efeitos na Saúde e Prevenção – Tudo o que os trabalhadores devem saber. 6qkw5lae6qr9tlwapatzl4lwttic2baax1txdzoj.pdf (ugt.pt)

- Urban, J., & Scasny, M. (2007). Determinants of risk perception bias: an empirical study of economically active population of the CR. http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/determinants_of_risk_perception_bias-urbanscasny.pdf

- Weyman, A. & Kelly, C. (1999). Risk perception and risk communication: a review of the literature, Health and Safety Executive Contract Research Report No. 248/1999, United Kingdom: Health and Safety Executive (HSE).
- Williamson, J., & Weyman, A. (2005). Review of the Public Perception of Risk, and Stakeholder Engagement. Buxton: HSL. HSL/2005/16 - Review of the Public Perception of Risk, and Stakeholder Engagement (hse.gov.uk)
- Zaganelli, B. M., Nisenbaum, M. A., Alves, K. S. G., Marques, S. B., & Olinto, G. (2015). O Grupo Focal na Ciência da Informação. Inf. & Soc.: Est., João Pessoa, v.25, n.3, p. 37-47, set./dez. 2015. Disponível em: pdf_8f61ca1fe6_0000019389.pdf (brapci.inf.br)
- Zohar, D., & Erev, I. (2007). On the Difficulty of Promoting Workers' Safety Behavior: Overcoming the Underweighting of Routine Risks. International Journal of Risk Assessment & Measurement, 7, 122-136. <https://doi.org/10.1504/IJRAM.2007.011726>
- Zubioli, A. (2001) Farmacêutico: Novos tempos, novas exigências. Pharmacia Brasileira, pp24. <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/93186>

APÊNDICES

APÊNDICE I: Tabela de determinantes da percepção de riscos

CARACTERÍSTICAS DO RISCO	
Conhecimento (familiaridade e experiência) e Novidade	As nossas percepções de riscos laborais são profundamente influenciadas pelo tipo de trabalho desenvolvido, pela sua cadência (rotineira ou pontual) e pelas vivências passadas (experiências); são elas que nos oferecem referenciais para lidar com as situações do quotidiano laboral, permitindo identificar e perceber alguns riscos (Areosa, 2010; Areosa, 2012a). A familiaridade influencia as avaliações de risco e está associada à experiência, conhecimento e percepção de controlabilidade do risco (Weyman e Kelly, 1999), influenciando determinantes da percepção: gerando ilusão de controlo, e otimismo irrealista; ou ainda induzindo ou reduzindo os níveis de ansiedade (Williamson & Weyman, 2005). Quanto melhor um indivíduo conhecer um risco, menor será a ameaça percebida, favorecendo comportamentos menos seguros ou baixando os níveis de alerta (Geller, 2001). À escala laboral o conhecimento e familiaridade dos riscos podem conduzir a comportamentos de automatismo de rotina, com os consequentes riscos que daí advêm para o trabalhador (Areosa & Dwyer, 2010). A habituação ao risco, através da exposição continuada, pode dar origem à normalização do risco que reduz no imaginário dos trabalhadores a sua percepção e severidade (Areosa, 2010; Areosa, 2012a). A novidade perante o risco é encarada pelos indivíduos da mesma forma que o fator de familiaridade e experiência, ou seja, os riscos novos são encarados como de maior grandeza, relativamente aos antigos e familiares (Slovic, 1987).

Efeito imediato ou remoto	No que diz respeito à severidade e ao efeito imediato ou remoto, os indivíduos têm tendência a temer menos um risco com efeito remoto (a médio e longo prazo, como as doenças profissionais) e com uma menor severidade, do que com um efeito, imediato e uma severidade mais elevada. A percepção do risco parece ser mais reduzida quando os seus efeitos são pouco visíveis, lentos e desfasados no tempo (Areosa, 2012a; Silva, 2014). De facto, este conceito relaciona-se em especial com os efeitos imediatos de um acidente de trabalho, em contraste com o tempo que uma doença profissional se leva a manifestar (Areosa, 2012a). Ou seja, quando efeitos nocivos para a saúde dos trabalhadores, apenas surgem passado algum tempo, como acontece regra geral nos casos de doença profissional, a tendência é para o risco ser percecionado como que de severidade dissipada (Areosa, 2012a; 2012b). A importância do estudo deste determinante e da forma como ele é percecionado, relaciona-se com o facto de que embora os acidentes de trabalho e as doenças profissionais se manifestem de formas diferentes no tempo, ambos podem resultar em lesões graves (Areosa, 2012a). Este fator pode ainda ter efeitos a nível da tolerância da exposição ao risco ou voluntarismo.
Severidade	A severidade, ou as potenciais consequências associadas a um determinado risco, afetam a forma como as pessoas percecionam os riscos. Este é, de resto, um dos dois fatores dominantes apontados pelo paradigma psicométrico (Slovic, et al., 1982). O percecionar riscos inclui a avaliação subjetiva da probabilidade de este resultar em dano, bem como a extensão das suas consequências (Rundmo, et al., 2004). No entanto, a construção da percepção da severidade de um risco também é moderada por outros determinantes. A ilusão de controlo, voluntarismo, atração pelo risco (Williamson & Weyman, 2005) e recompensas ou benefício (Slovic & Peters, 2006), parecem ter um papel na determinação da percepção de severidade das consequências dos riscos. Embora pareça evidente que os riscos de maior severidade devam ser os mais temidos, não existe uma linearidade transversal a este nível (Slovic & Peters, 2006).

N.º de indivíduos afetados	Este fator é apontado na literatura como essencial na determinação de percepções, e alvo de especial relevância para o paradigma psicométrico. De forma geral, parece evidente que quanto maior for o número de indivíduos potencialmente afetados por determinado risco, maior será a sua percepção e valorização do risco (Sjoberg e Drotz-Sjoberg, 1994). As pessoas tendem a sobrevalorizar os riscos coletivos e a minimizar os seus próprios riscos (Rundmo, 2000; Rundmo, et al., 2004).
Confiança	Em questões de segurança quanto menos confiança existir nas autoridades responsáveis pelo risco, maior será o nível de preocupação demonstrado pelo público (Sjoberg e Drotz-Sjoberg, 1994). Ou seja, quanto menos confiança experimentarmos, maior será o nosso nível de preocupação com os riscos e o nosso estado de alerta e vice-versa (Ferreira, 2020).
Custo-benefício	Quando os benefícios obtidos são elevados (por ter de suportar a exposição a certos níveis de risco) a percepção da gravidade dos riscos tende a ser reduzida. Estudos apontam que os indivíduos estão disponíveis para correr níveis de risco superiores quando os benefícios ou compensações são também maiores (Starr, 1969). Os riscos são percebidos de forma diferente por cada observador, mediante, por exemplo, os benefícios que deles podem resultar (Areosa, 2010; Areosa, 2012a).
Destreza e controlo percebido	A destreza e controlo percebido constituem um importante fator a ter em consideração na compreensão da percepção do risco. Sempre que um determinado indivíduo sente que tem o controlo da situação, o risco percebido é mais baixo do que quando sente que não tem esse mesmo controlo (Lima, 1999). Assim pode assumir-se que, se o indivíduo sentir que tem algum controlo sobre o processo que determina o risco que enfrenta, naturalmente, não será visto como um risco tão grande quanto no caso em que não tenha nenhum controle sobre ele (Sjoberg e Drotz-Sjoberg., 1994; Lima, 1999).

Compensação do risco percebido	A compensação do risco percebido é um “fenômeno” aceite como real na literatura da especialidade, e com influência na percepção dos riscos. As pessoas ajustam o seu comportamento para compensar mudanças no risco percebido. Se um equipamento tem proteção ou se o trabalhador usa EPI é provável que reduza a sua percepção do risco e por essa razão realize comportamentos mais arriscados (Geller, 2001).
Estimativa do risco	Este determinante aparece na literatura associado a riscos desconhecidos e riscos conhecidos, e tem uma forte influência na construção da aceitabilidade dos riscos nas sociedades (Slovic, et al., 1982), bem como na definição de percepções dos indivíduos em relação aos riscos que enfrentam (Martins, 2021). Os riscos cujos efeitos ou magnitude são em parte desconhecidos são socialmente sobrevalorizados (Williamson & Weyman, 2005). Por outro lado, ao nível laboral, alguns autores defendem que os indivíduos não se reprimem perante os riscos de trabalho que enfrentam diariamente. Este fator parece estar associado a alguma dificuldade das pessoas em estimar danos resultantes dos riscos, em consequência da variabilidade dos cenários que enfrentam (Geller, 2001). Existe ainda um conjunto de evidências de que a estimativa do risco de determinados eventos desconhecidos poderá ser tendencialmente alterada pelo estado emocional do indivíduo. Em geral, a maior propensão para a preocupação está associada ao desenvolvimento de uma tendência para a percepção subjetiva do risco de eventos desconhecidos (Constans, 2001).

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS	
Experiência e Conhecimento	As vivências passadas em ambiente laboral desempenham um papel primordial na definição da percepção dos riscos, ao fornecer referenciais que permitem lidar com o cotidiano laboral, identificar e reconhecer alguns riscos (Areosa, 2012a; 2012b). A experiência acumulada afeta igualmente as capacidades de tomada de decisão dos indivíduos (Ramsaran-Fowdar, 2007). De certo modo este determinante também se relaciona com a familiaridade e percepção de severidade do risco. A exposição continuada a um risco sem ocorrência de incidentes, tende a reduzir as percepções associadas a esse risco, funcionando como uma recompensa que atua como reforço positivo de práticas e comportamentos (Areosa, 2012a; Realista, 2014), sejam estes seguros ou inseguros. Diversas abordagens empíricas identificam não só a experiência como fator determinante da percepção, mas também a forma como a informação é disponibilizada, bem como os processos de aprendizagem (Urban & Scasny, 2007). A informação, formação e a prática constituem os elementos do conhecimento, acabando estes por fazer parte das vivências e por inerência também da experiência. No entanto, novamente, as opiniões não são consensuais e alguns estudos sugerem que o conhecimento não é uma variável determinante da Percepção dos riscos: os indivíduos que aceitam correr certos tipos de riscos durante a sua atividade laboral não são necessariamente aqueles que têm um menor conhecimento sobre esses mesmos riscos (Areosa, 2010; Areosa, 2012a) e uma organização com elevados níveis de conhecimento não será necessariamente mais segura (Areosa, 2012a).
Acidentes passados	Indivíduos que viveram um acidente tendem a ter uma maior percepção do risco. Quando se observa um local de trabalho onde não existiram acidentes ou incidentes durante longos períodos, verifica-se uma forte crença, por parte dos trabalhadores, que o seu ambiente de trabalho é seguro (e isto pode atenuar o cumprimento das normas e procedimentos). Observou-se também que nos locais onde existem muitos incidentes ou acidentes os trabalhadores tendem a sentir-se menos seguros, apresentam níveis de interesse maiores sobre as questões de segurança e as suas percepções de riscos são maiores (Areosa, 2010; Areosa, 2012a; Realista, 2014). Este determinante está relacionado com a memorização: é através da memória que conseguimos ter presentes os riscos que originaram os acidentes anteriores, e isso é fundamental para a percepção de riscos em contexto laboral (Cordeiro, 2002).

Memorização	Parece haver uma forte ligação entre a memória e a construção da percepção dos riscos (Areosa, 2012a). Estudos revelaram que a capacidade de as pessoas perceberem os riscos no local de trabalho é influenciada pela facilidade que estes demonstram em recordar eventos passados (Cooper, 2001). A memorização tem assim um peso relevante, e pode influenciar as próprias atitudes face ao risco. A capacidade e a forma como as pessoas memorizam acontecimentos passados não são lineares entre indivíduos, e este espectro encontra explicação em diversos fatores de natureza psicossocial (Areosa, 2012a). Os acidentes tendem a ser lembrados, em especial os mais graves, sendo os riscos precursores desses acidentes os que normalmente permanecem na memória pessoal e coletiva dos trabalhadores (Areosa, 2014a). Para Geller (2001) as experiências passadas funcionam como um filtro que condiciona o entendimento do presente, fazendo com que a percepção dependa não só do que se conhece, como também da forma como as pessoas recordam as suas experiências.
Recompensa	As pessoas tendem a sentir-se menos ameaçadas pela exposição a um risco que tem as suas próprias recompensas. A percepção da gravidade dos riscos tende a ser fortemente influenciada pelo tipo de recompensa ou benefício obtido pela exposição a esse mesmo risco (Slovic, 1987; Areosa, 2010). As recompensas representam um dos níveis sociais que intervém no relacionamento entre trabalhador e empregador, estando relacionadas com a atribuição de incentivos para gerir a relação das pessoas com o trabalho. Esses incentivos, normalmente, tomam a forma de recompensas materiais ou financeiras, promoções ou prolongamento de contratos (Areosa & Dwyer, 2010). Mas nem sempre a recompensa vem na forma de um incentivo materializável: também é relevante conveniência, tempo economizado (Geller, 2001) e valorização do seu comportamento por parte de colegas e por vezes chefias. Este tipo de reforço positivo enquadra-se nas denominadas recompensas simbólicas, que se encontram ancoradas a dimensões culturais dos trabalhadores, como prestígio, estatuto social, estima, entre outros. Estas recompensas simbólicas podem degenerar na criação de círculos viciosos em que o comportamento de risco é reforçado positivamente (Areosa & Dwyer, 2010).

Ilusão do Controlo / Excesso de confiança	A ilusão de controlo ou otimismo irrealista (Rundmo, et al., 2004) relacionam-se com a perceção de controlo do risco que por sua vez é uma dimensão da personalidade. Este fator deve-se normalmente ao facto do trabalhador se considerar mais competente nas suas tarefas do que os seus colegas, levando-o a negligenciar o risco (Areosa, 2012a; 2012b). O excesso de confiança por sua vez (embora com efeitos idênticos à ilusão de controlo) diz respeito ao facto que indivíduos tendem a perceber, a si próprios, como melhores do que outros numa variedade de atributos desejáveis, o que causa avaliações positivas irreais de si próprio em uma ampla faixa de contextos sociais. O excesso de confiança dos indivíduos nas suas próprias habilidades, ou seja, a incapacidade de um indivíduo reconhecer os limites do seu conhecimento, é o viés mais comum, e com maior poder de catástrofe (Martin, 2003; Akerlof & Shiller, 2009). Em alguma da literatura ambos os conceitos partilham elementos comuns, que incluem a visão sobrestimada de conhecimentos e habilidades (Ramsaran-Fowdar, 2007), este tipo de visão normalmente conduz a que estes indivíduos subestimem as ameaças a que estão expostos (Urban & Scasny, 2007), ou sobrestimem a sua capacidade de as controlar, criando enviesamento percetivo (Areosa, 2012a). Existem vários fatores que podem contribuir para a formação deste tipo de enviesamentos percetivos, alguns deles por si só também fatores determinantes da perceção, em que a familiaridade do risco se apresenta como dos principais, podendo ainda se incluir o locus de controlo neste grupo. A ilusão de controlo produz também efeitos reconhecidos ao nível de outras dimensões, tal como o voluntarismo, por criar um enviesamento na noção do perigo percecionado (Williamson & Weyman, 2005).
---	--

Voluntarismo	Quando os trabalhadores têm controlo sobre as decisões que envolvem o seu trabalho tendem a sentir-se mais seguros. Este facto dá origem a que os trabalhadores acreditem (com ou sem fundamento) que podem aumentar os seus níveis de aceitação do risco e/ou os seus comportamentos de risco (Areosa, 2010; Areosa 2012b). Riscos que escolhemos são de fato percecionados como menores do que aqueles que nos são impostos (Geller, 2001). O facto de um individuo aceitar correr um risco voluntariamente afeta a sua sensação de controlo perante o risco, o que reduz a perceção da ameaça (Rundmo, et al., 2004). Por esta razão, o voluntarismo relaciona-se também com o controlo percecionado do risco. Schmidt (2004) e Slovic & Weber (2002) estabelecem uma relação entre voluntarismo, controlo do risco e conhecimento do risco. Ou seja, os riscos assumidos voluntariamente tendem a ser considerados controláveis e bem conhecidos, sendo esta relação uma das premissas do paradigma psicométrico da perceção do risco. Assim, a perceção de risco é atenuada se o risco é escolhido voluntariamente, mas amplificada se este for imposto (Renn, 1992; Ferreira, 2020).
Ancoragem / Supressão	Estas dimensões estão de certa forma ligadas à resistência e às experiências passadas, representando a indisponibilidade das pessoas para a mudança, por força das suas experiências do passado preconceberem as perceções do presente (Geller, 2001). A ancoragem ocorre quando uma pessoa no processo de decisão recorre a um valor de referência (âncora) para escolher um determinado rumo de ação, mesmo que os dados a contrariem (Ferreira, 2020). Embora possa haver ajustamentos posteriores, estes são normalmente insuficientes para evitar enviesamentos percetivos (Luppe & Fávero, 2012). A supressão envolve a tendência das pessoas em ignorar, seletivamente, determinada informação que não seja compatível com as suas ideias prévias; após a formação de uma dada crença sobre um risco é difícil substituí-la, mesmo que os dados a contrariem (Silva, 2014).
Negação do perigo	Dejours (2013) sugere que algumas tarefas seriam virtualmente impossíveis de executar sem a negação. Deste modo, os trabalhadores adotam comportamentos de desprezo pelo risco para fazer face aos desafios das suas tarefas, e num limite obter ganhos na sua eficiência. Este fenómeno não pode ser considerado fruto de desconhecimento do risco real, antes pelo contrário, este pressupõe conhecimento do risco, mas constitui uma estratégia defensiva para lidar com o medo (Silva, 2014).

Irrelevância de evitar o risco	Este determinante está associado ao indivíduo e à forma como este desvaloriza a necessidade de evitar um determinado risco. Este determinante parece estar dependente de outras dimensões como o locus de controlo ou a negação (Martins, 2021).
Reactância / Resistência	O conceito de resistência à mudança consiste em qualquer atitude intencional de um trabalhador para desacreditar, atrasar ou impedir a implementação de uma mudança no trabalho. A experiência mostra que as pessoas reagem de diferentes formas. Algumas pessoas veem apenas os benefícios e outras apenas os aspetos relacionados com os custos e dificuldades inerentes ao processo, originando assim, a resistência. Esta reação pode variar de reclamações e resistência passiva até ao absentismo, sabotagem e desaceleração no ritmo de trabalho (Silva, 2014; Ferreira, 2020).
Atração/aversão pelo risco	Esta dimensão é também denominada na literatura como atitude face ao risco, e pressupõe a orientação genérica de um indivíduo na decisão em como proceder face ao risco em situações de incerteza (Rohrmann, 2004). É provável que se possa estabelecer uma ligação direta entre perceção de riscos e propensão para aceitar enfrentar certos graus de risco. As pessoas que decidem enfrentar o risco mais facilmente revelam uma perceção reduzida desses riscos, pelo contrário, as pessoas que demonstram níveis mais elevados de aversão ao risco estão mais vulneráveis a apresentar perceções de riscos superiores (Areosa, 2010; Areosa, 2012a).
Procura de experiências	A procura de experiências difere da atração pelo risco na medida em que os indivíduos procuram estímulos que não serão necessariamente decorrentes dos riscos, e como tal não são considerados atitudes face ao risco (Rohrmann, 2004). Estão, antes sim, associados à necessidade de novidade, desafios ou situações complexas, podendo conduzir a comportamentos de maior tolerância ao risco na busca de ganhos secundários daí derivados (Silva, 2014). Este é usualmente considerado um traço da personalidade dos indivíduos (Rohrmann, 2004).

Locus do Controlo	O conceito do locus de controlo consiste numa perceção individual sobre a fonte do controlo dos eventos sendo interna ou externa. Se for interna refere-se ao indivíduo com as suas competências, esforço pessoal, motivação. No caso de ser externa é dada importância a um facto fora do indivíduo (outras pessoas, sorte) (Ferreira, 2020). Os indivíduos identificados com locus de controlo interno entendem os riscos como consequência das suas próprias ações e comportamentos. Os indivíduos com um forte Locus de Controlo Interno são mais propensos a um otimismo irrealista e à ilusão de invulnerabilidade (Ramsaran-Fowdar, 2007). No contexto da segurança e perante um acidente, o locus de controlo interno significa que a pessoa envolvida nesse acidente atribui a “culpa” a si mesmo, ao passo que o locus de controlo externo indicaria que o acidente aconteceria independentemente do que pudesse ser feito para o prevenir, já que não depende de si esse controlo (Martin, 2003). Estudos efetuados sugerem que o conceito se encontra intimamente relacionado com fatores de personalidade e fatores culturais.
-------------------	---

Influencia Social	As percepções de riscos dos trabalhadores não são aplicáveis apenas a aspetos individuais, elas manifestam-se também quando trabalhamos em equipa, ou seja, são socialmente construídas (Areosa, 2010; Areosa, 2012a). Areosa (2012a) e Martins (2021) consideram que as percepções dos riscos estão em articulação com as experiências vividas nos locais de trabalho, e são influenciadas pelos discursos e práticas produzidas em ambiente laboral, assim como por fatores políticos e ideológicos dos trabalhadores. Os relacionamentos interpessoais influenciam de modo acentuado os pensamentos, atitudes e ações das pessoas. Em diversos casos a aprovação de terceiros é a motivação dos comportamentos dos indivíduos (Geller, 2001), levando-os a aceitar riscos que normalmente rejeitariam (Areosa, 2012a). De facto, os indivíduos têm em conta as opiniões e as avaliações das pessoas que lhes estão mais próximas (Areosa, 2012a). Se existir um líder que seja respeitável perante os outros indivíduos, e assim, exercer por essa via algum tipo de autoridade (formal e informal), a tendência é de que todos os outros indivíduos aceitem a sua visão sobre os riscos. Os trabalhadores não cumprem as normas de segurança no trabalho, não apenas por desconhecimento dos riscos inerentes às suas tarefas, mas porque a sua subcultura profissional assim o impõe, ou seja, por vezes a exposição ao risco é uma forma de garantir a integração no grupo (Areosa, 2012a). De forma sucinta a vulnerabilidade à influência do grupo é vista como, quanto maior a necessidade de aceitação pelo grupo menor a resistência à pressão social (Realista, 2014). Pode existir uma influência normativa do grupo perante a conduta individual do trabalhador (Areosa, 2010; Areosa, 2012a). Por outro lado, alguns estudos concluíram que a coesão dos grupos parece favorecer os comportamentos seguros, resultando numa redução de incidência de acidentes, evidenciando que nos grupos coesos os indivíduos tendem a proteger-se entre si (Areosa & Dwyer, 2010).
-------------------	---

Ansiedade	A ansiedade também denominada em alguma literatura por angústia é, na verdade, o componente negativo da pressão. De forma genérica a pressão relaciona-se com o desempenho, na medida em que a pressão estimula o desempenho. Para baixos níveis de pressão correspondem baixos níveis de desempenho, ambas as grandezas crescem proporcionalmente até um nível ótimo de desempenho máximo. A partir desse ponto o aumento da pressão reduz o desempenho, e é nessa faixa de relacionamento, inversamente proporcional, que vamos encontrar a angústia (Geller, 2001). A percepção de riscos, o medo e a sua manifestação emocional – a ansiedade – são fontes de perturbações comportamentais que afetam a forma de a pessoa decidir. O processamento de informações é afetado por diversos fatores internos e externos à mente humana que alteram não só a percepção de dados externos como a forma de valorizá-los e utilizá-los no processo de escolher (Motta, 2002). Os trabalhadores com contratos precários executam normalmente tarefas mais perigosas, em piores condições, e recebem menos formação. Esta falta de estabilidade laboral e contratual pode aumentar os níveis de stresse e ansiedade do trabalhador. A carga de trabalho cada vez maior pode levar ao surgimento de problemas de saúde, tais como a ansiedade, depressão e stresse no trabalho, provocados pelo aumento da carga de trabalho em conjunto com as maiores exigências sobre um menor número de trabalhadores, o que vai desencadear consequências negativas na saúde e segurança dos trabalhadores (UGT,2020). Slovic e Peters (2006), concentram-se nas vertentes “medo” e “fúria” da ansiedade, em que estes sentimentos resultam em diferentes comportamentos com origens opostas. O medo tem origem na incerteza, acabando por resultar em sentimentos de ansiedade que normalmente contribuem para sobrevalorização dos riscos. A fúria por seu turno tem origem no controlo individual, e resulta em baixa perceção dos riscos, podendo estar associada a comportamentos de impulsividade. Williamson e Weyman (2005) apresentam a ansiedade como fator moderado pelo controlo percecionado, quanto menor a percepção de controlo de um trabalhador sobre um risco, maior a sua ansiedade o que pode contribuir para a sobrevalorização dos riscos.
Impulsividade	A impulsividade é uma componente da personalidade dos indivíduos que está associada às atitudes perante o risco (Rohrmann, 2004). HSE (2003), opõem a impulsividade ao autocontrolo, e incluem-na esta no grupo das grandes dimensões da personalidade. A impulsividade resulta em comportamentos não ponderados que conduz à redução da PR pelos indivíduos (Rohrmann, 2004).

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ORGANIZACIONAIS	
Sexo	Apesar de não ser um aspeto consensual na literatura alguns estudos têm demonstrado que as diferenças entre sexo podem conduzir a formas distintas de percepções de riscos. Os homens tendem a correr mais riscos que as mulheres, já que, as mulheres percecionam os riscos como mais elevados do que os homens (Silva, 2014), provavelmente devido ao sentimento de maior vulnerabilidade do género feminino, onde é revelado também um maior receio perante os perigos (Areosa 2010; Areosa 2012a). Os estudos revelam ainda que os indivíduos do sexo masculino sofrem mais acidentes do que os femininos, realizando as mesmas tarefas laborais (Realista, 2014).
Idade	A idade dos indivíduos é uma dimensão que desempenha um papel importante na construção da percepção dos riscos (Areosa, 2012b). As pessoas jovens, particularmente os homens jovens, têm tendência a avaliar o risco num nível inferior às pessoas com mais idade (Sjoberg e Drotz-Sjoberg, 1994). De igual modo, e de acordo com um estudo sobre comportamentos de risco levado a cabo com jovens, Ferreira (2003) verificou que os jovens mais envolvidos nos comportamentos de risco tendem a subestimar a sua perigosidade e as suas implicações em termos de saúde.
Nível de instrução	Algumas pesquisas apontam no sentido de as pessoas com níveis de formação reduzida apresentarem níveis superiores de percepção de riscos laborais, talvez por se sentirem mais vulneráveis ao risco e com menor capacidade para o enfrentar (Areosa 2010; Areosa 2012a). Todavia, estes resultados não se verificaram noutras pesquisas, nomeadamente Silva (2014), que defende que pessoas com níveis de instrução mais baixos tendem a subvalorizar mais o risco.

Inércia, falta de tempo ou meios; e carga de trabalho excessiva	A inércia pode ser vista como uma forma de apatia, correspondendo à supressão generalizada de conduta. Este fenómeno pode estar relacionado com controlo demasiado apertado dos trabalhadores, tendo influência negativa no seu empenho, compromisso e envolvimento com a segurança. Este fenómeno fica evidente quando os trabalhadores apenas cumprem os requisitos de segurança quando observados pelas chefias ou por receio de serem identificados em violação (Geller, 2001). As situações de falta de tempo e excesso de trabalho originam muitas vezes um nível de stress nos indivíduos. O stress é entendido como uma dificuldade no ajustamento entre as capacidades disponíveis e as exigências e solicitações no desenvolvimento do trabalho proposto conduzindo a um menor cuidado sobre a percepção do risco (Areosa, 2010). Segundo Rundmo (2000), a priorização de objetivos de produção pode gerar uma maior aceitabilidade da violação das regras de segurança, mostrando que há um efeito direto entre o compromisso da gestão de topo com a segurança e os comportamentos de segurança dos trabalhadores. Ou seja, numa organização onde não são afetados recursos suficientes à segurança ou em que a pressão dos objetivos produtivos é priorizada, é expectável que os trabalhadores aceitem e cometam mais violações de segurança.
Liderança	O compromisso e o envolvimento na segurança por parte das lideranças apresentam um forte relacionamento com as percepções dos riscos dos trabalhadores, influenciando os seus julgamentos sobre os riscos que os rodeiam (Rundmo, 2000). A teoria sociológica de Dwyer para os acidentes de trabalho coloca um foco especial no fator liderança na operacionalização da segurança. A forma como a liderança é exercida sobre os grupos pode ter influência nos comportamentos de segurança. O autor afirma que muitas vezes as estratégias de controlo dos empregadores para evitar a contestação dos trabalhadores, podem gerar contextos propícios ao acidente, como é o caso da desintegração do grupo de trabalho (Areosa & Dwyer, 2010). Esta dimensão apresenta clara associação à teoria da reactância/resistência.
Mudanças	As mudanças no local de trabalho trazem incertezas e turbulências nos ambientes organizacionais, forçando os trabalhadores a sair das suas zonas de conforto para encarar uma situação de certa novidade (Fantinato & Garcia, 2017); estas situações de novidade afetam os mecanismos de resposta dos indivíduos (Reason, 2016), e causam alguma resistência por parte de alguns trabalhadores. A resistência à mudança é resultado de uma característica dos indivíduos, ou de um grupo, que os coloca em oposição à introdução de alterações num determinado sistema (Fantinato & Garcia, 2017).

Cultura e clima de segurança organizacional	Alguns estudos têm demonstrado que quando existe uma forte <i>cultura de segurança</i> nas organizações os trabalhadores tendem a possuir níveis significativos de percepções de riscos, particularmente em ambientes de alto risco. Verificou-se que quando os trabalhadores percebem que existe um forte compromisso com a segurança por parte dos gestores, sentem mais dificuldade em violar as regras de segurança. O clima e a cultura de segurança das organizações podem resultar das preocupações com a segurança e com a prevenção de riscos. Verificou-se que as percepções de riscos dos trabalhadores influenciam a promoção da segurança organizacional, bem como o compromisso da gestão relativamente à segurança. Quando a gestão promove a segurança no trabalho é provável que os trabalhadores se sintam mais informados e atentos aos riscos do seu ambiente de trabalho. por outro lado, organizações onde a cultura de segurança é fraca os trabalhadores estão mais vulneráveis a ter de aceitar correr certos riscos (Areosa 2010; Areosa 2012a).
Riscos Específicos	Os riscos específicos de determinada atividade, são elementos do ambiente de trabalho, podendo por isso influir na percepção dos trabalhadores em relação a esses mesmos riscos, ou em relação outro tipo de riscos (Areosa & Dwyer, 2010). No entanto, por vezes os trabalhadores simplesmente valorizam mais uns riscos que outros, influenciando assim na forma como percecionam e aceitam esses riscos. De facto, os riscos tendem a ser profundamente heterogéneos se tivermos em conta a extraordinária diversidade de situações do mundo ocupacional. Cada profissão tem o seu próprio portfolio de riscos laborais, e estes mesmo riscos são percebidos, compreendidos e interpretados de formas diversificadas por parte dos trabalhadores. (Areosa, 2010). Deve reforçar-se o facto de que um determinado risco estar presente num qualquer local de trabalho não significa que esse mesmo risco seja percecionado, interpretado e compreendido de forma similar por todos os agentes sociais da organização. Existem diferentes tipos de racionalidade para interpretar os riscos e os acidentes de trabalho (Areosa, 2012a), sendo que problema dos acidentes de trabalho pode ser visto a partir de duas lógicas distintas: a lógica preventiva e a da reparação (Areosa & Dwyer, 2010).

APÊNDICE II: Procedimento do estudo

O procedimento para a realização deste trabalho dividiu-se nas seguintes etapas:

1. Seleção do tema – Perceção de Riscos Laborais;
2. Seleção da população em estudo – Farmacêuticos comunitários em Portugal;
3. Definição da questão de partida, objetivos principal e objetivos específicos;
4. Pedido formal à OF, SNF e ANF para divulgar o Inquérito na sua Newsletter mensal;
5. Pedido de cooperação à ACT;
6. Revisão da literatura e Análise Documental;
7. Solicitação de documentação/bibliografia sobre o setor em estudo à OF (Direção geral e CIM);
8. Caracterização do setor em estudo – a organização Farmácia Comunitária, características da profissão de farmacêutico comunitário e riscos laborais a que estão expostos;
9. Escolha da metodologia – Metodologia quantitativa e qualitativa;
10. Escolha das técnicas de recolha de informação para responder aos objetivos – Grupo Focal online e Inquérito por Questionário;
11. Seleção do Inquérito por Questionário a adaptar – Questionário Sobre Perceção e Atitudes Face a Riscos Profissionais (Pereira, 2010);
12. Elaboração do guião do Grupo Focal, de acordo com a literatura e legislação consultada;
13. Escolha da plataforma para a realização do Grupo Focal – Plataforma online *Teams*;
14. Planeamento do grupo focal – nº de elementos em cada grupo focal, seleção e convite dos peritos, e organização da reunião (online);
15. Pré-teste do grupo focal;
16. Envio dos convites para o grupo focal, via e-mail;
17. Execução da técnica de grupo focal – 2 grupos, a 16 e 21 de junho de 2023;
18. Transcrição e análise dos resultados dos grupos focais;
19. Elaboração de uma tabela de riscos para a profissão de farmacêutico comunitário em Portugal (decorrente dos resultados/conclusões do grupo focal, documentação e legislação específica da profissão e parecer da ACT);
20. Determinação dos riscos específicos a incluir no inquérito por questionário;

21. Adaptação do questionário – seleção dos determinantes a analisar, substituição dos riscos específicos e algumas alterações na caracterização sociodemográfica e profissional;
22. Seleção da plataforma para executar o inquérito – Google Forms
23. Realização do pré-teste do questionário por 5 Farmacêuticos Comunitários;
24. Reavaliação (alteração) do inquérito;
25. Divulgação eletrónica do link para o inquérito, sobretudo via Newsletter da OF, mas também através de grupos de Facebook (fechados) de profissionais de farmácia (Ciências farmacêuticas e Profissionais de Farmácia de Portugal; Ciências Farmacêuticas – UAlg; Farmacêuticos de corpo e alma; Profissionais de Farmácia em Portugal; Farmacêuticos Portugueses e Ouvido na Farmácia);
26. Seleção da técnica de tratamento e análise de dados – Análise estatística via SPSS para Windows, versão 25.0;
27. Seleção dos testes e variáveis estatísticas a analisar para responder aos objetivos;
28. Análise estatística dos resultados, via SPSS;
29. Análise e interpretação dos resultados – caracterização SD da amostra e identificação/quantificação dos determinantes da PR com maior influência na população em estudo;
30. Conclusões;
31. Limitações do estudo;
32. Proposta de estudos futuros.

APÊNDICE III: Guião do Grupo Focal

GUIÃO DA SESSÃO DE GRUPO FOCAL (*Focus Group*)

- **Objetivos**

1. Identificar os riscos específicos da profissão de Farmacêuticos Comunitários;
2. Perceber quais os riscos laborais a que os Farmacêuticos Comunitários se sentem mais expostos.
3. Perceber quais os riscos laborais que mais preocupam os Farmacêuticos Comunitários.
4. Compreender a importância e significado de cada risco para os Farmacêuticos Comunitários.

- **Questões focalizadoras**

1. Riscos Biológicos – Avaliar a exposição a agentes biológicos (vírus, bactérias, fungos e parasitas) e disponibilidade de EPIs.
2. Riscos Ergonómicos – Avaliar postura inadequada, desconforto e fadiga pela permanência em pé por longos períodos (postura estática), e manuseamento e transporte de cargas.
3. Riscos Psicossociais – Avaliar em que medida o ritmo de trabalho, grau de exigência, carga de trabalho, difícil conciliação família/trabalho, novas formas de contratação, sistemas de avaliação de desempenho e relações interpessoais se traduzem em riscos psicossociais, nomeadamente stress.
4. Riscos Mecânicos ou de Acidente – Determinar que situações podem levar a acidentes, como resultado das condições do local de trabalho.
5. Riscos Químicos – Avaliar a importância deste risco nos locais de trabalho em estudo, e em que situações tende a manifestar-se.
6. Riscos Físicos – Avaliar a importância deste risco nos locais de trabalho em estudo, e em que situações tende a manifestar-se.
7. Risco de Agressão – Determinar se há perigo relativamente à segurança, bem-estar e saúde do trabalhador, decorrente do risco de agressão. Avaliar este risco segundo o conceito de security (intensão propositada) e safety (situações inesperadas).

Etapa 1

Objetivo: Legitimar o debate e motivar os participantes.

Tempo: 10 minutos

Questão – Chave: Sensibilização dos presentes

Papel do moderador

- a) Apresentação do estudo: Percepção de riscos laborais nos Farmacêutico Comunitário em Portugal
- b) Informar os participantes sobre os objetivos do seu estudo e do grupo focal
 - Breve introdução aos riscos laborais dos Farmacêuticos Comunitários.
- c) Justificar a escolha dos participantes (legitimar o Grupo Focal)
- d) Consultar os participantes sobre a gravação das discussões, assegurando a não divulgação da gravação, que apenas servirá para análise de informação com a autorização dos mesmos, ou seja, para fins exclusivamente académicos.
- e) Destacar a importância da participação de todos no debate.
- f) Destacar que não há respostas certas.
- g) Explicar a importância de regras de funcionamento do grupo:
 - Só uma pessoa fala de cada vez;
 - Evitar discussões paralelas para que todos possam participar;
 - Ninguém deve dominar a discussão;
 - Importância da participação de todos;
 - Devem manter a atenção e a discussão na temática em questão.

Etapa 2

Objetivo: Determinar os riscos laborais a que estão expostos os farmacêuticos comunitários, bem como conhecer os seus sentidos e significados, no que respeita à identificação, exposição, importância relativa, e preocupação face aos mesmos.

Tempo: 45 minutos

<u>Objetivos específicos</u>	<u>Questões-Chave</u>	<u>Tópicos de questões a explorar no debate</u>
Identificar em que medida/em que situações os riscos Biológicos, Ergonómicos, Psicossociais, de Agressão, Mecânicos, Químicos e Físicos são identificados pelos farmacêuticos comunitários como riscos laborais da sua atividade; bem como conhecer os seus sentidos e significados, no que respeita à importância e preocupação face à exposição aos mesmos.	1. Riscos Biológicos Em que medida consideram que há exposição a riscos biológicos na vossa atividade? → Avaliar a exposição a agentes biológicos (vírus, bactérias, fungos e parasitas) e disponibilidade de EPIs.	- Em que situações/tarefas (administração de injetáveis, testes bioquímicos, atendimento ao público, serviço de troca de seringas, realização de testes Covid-19) consideram que este risco está mais presente? - Na vossa opinião, que riscos se enquadram neste âmbito (Picada accidental? Contaminação biológica via respiratória?)? - Dispõem dos EPIs adequados para estas tarefas? - As vossas instalações de trabalho dispõem de equipamentos de ventilação e climatização? Em bom estado de manutenção?
	2. Riscos Ergonómicos Como consideram a adaptação estrutural do vosso posto de trabalho e organização das vossas tarefas no vosso dia a dia? Influencia a vossa	- Como classificam a vossa postura durante o trabalho? Porquê? - Desempenham movimentos repetitivos ou movimentam cargas pesadas? - Já experienciaram ou costumam experienciar cansaço físico intenso, dores ou mesmo LMERT?

	segurança e produtividade? → Avaliar a postura inadequada, desconforto e fadiga pela permanência em pé por longos períodos de tempo (postura estática), e manuseamento e transporte de cargas.	- Que fatores identificam como causadores dos mesmos, ou simplesmente de desconforto? - Como classificam a posição/altura dos balcões e monitores de computador? E a adequação ergonômica das mesas e cadeiras?
	3. Riscos Psicossociais Relativamente aos riscos psicossociais, como consideram que estes estão presentes no vosso dia a dia? → Avaliar em que medida o ritmo de trabalho, grau de exigência, carga de trabalho, sistemas de avaliação de desempenho conciliação família/trabalho e novas formas de contratação se traduzem em riscos psicossociais, nomeadamente stress.	- Costumam sentir-se ansiosos no vosso local de trabalho? - Alguma tarefa vos faz sentir stressados? Qual? Porquê? - Como definem a relação com as chefias? - Trabalham por turnos, fazem trabalho noturno? Como vos impacta/que consecuencias sentem? - Como descrevem a gestão que tem que fazer da relação trabalho / vida familiar? - Como descrevem o vosso ritmo e carga de trabalho? - Consideram a vossa situação contratual “confortável”?
	4. Risco de Agressão Que opinião tem sobre o risco de agressão na vossa profissão? → Determinar se há perigo, explícito ou implícito, relativamente à segurança, bem-estar e saúde do trabalhador, decorrente do risco de agressão. Avaliar	- Consideram que pode ocorrer violência física no vosso local de trabalho? Em que situações? - Algumas vez foram agredidos ou sentiram que havia esse risco? - Já presenciaram a agressão de algum colega? Qual foi o motivo? - Qual a tarefa em que este risco é mais significativo (atendimento ao

este risco segundo o conceito de security (intensão propositada) e safety (situações inesperadas).	publico, serviço noturno, serviço de troca de seringas?)? - Quais os motivos que consideram mais relevantes, ou com maior probabilidade de culminar na concretização deste risco? (Roubo/assalto? Ou um utente psiquiátrico descompensado? Serviço de troca de seringas?)
5. Riscos Mecânicos ou de Acidente Em que medida sentem que há risco de risco acidente no vosso local de trabalho? → Determinar que situações que podem levar a acidentes, como resultado das condições do local de trabalho.	- Nesta questão, que fatores/situações consideram um exemplo relevante? Ou seja, que condições do vosso local de trabalho são fatores de risco para a ocorrência de um acidente? - Como classificam o vosso espaço de trabalho relativamente à adequação (ou não), organização, e zonas de circulação (seguras, ou obstruídas e/ou subdimensionadas?)? - Que acidentes podem mais facilmente acontecer (queda de objetos, queda em altura, queda ao mesmo nível, choques físicos com objetos)? - Já tiveram ou presenciaram algum acidente? O que o provocou?
6. Riscos Químicos Que opinião tem sobre a existência riscos químicos, no vosso dia a dia? Não só, mas sobretudo nas farmácias que produzem	- Já experienciaram alguma reação adversa devido a contato com produtos químicos tóxico? O que a originou? Podia ter sido evitada (derrame? Mau acondicionamento)? - Como enquadram utilização de desinfetantes e antissépticos,

	manipulados? Quais os que consideram mais relevantes? → Avaliar a importância deste risco nos locais de trabalho em estudo, e em que situações tendem a manifestar-se.	sobretudo a que aconteceu massivamente durante a pandemia Covid-19? - Na venda ou manipulação de produtos químicos tóxicos, há risco de exposição aos mesmos? Como (via derrame ou mau acondicionamento?)?
	7. Riscos Físicos Relativamente aos riscos físicos, como ruído, iluminação e exposição a radiação não ionizante (ecrãs), como avaliam a sua presença no vosso local de trabalho? → Avaliar a importância deste risco nos locais de trabalho em estudo, e em que situações tendem a manifestar-se.	- Trabalham com robot? Como classificam a vossa exposição ao seu ruído? - Passam muito tempo ao computador? - Como classificam a iluminação das vossas farmácias? Já experienciaram fadiga visual? - Como descrevem o ambiente, a nível da climatização?
Papel do moderador: a) Colocar nova questão para debate e procurar seguir o rumo natural das discussões; b) Garantir de novo a participação de todos; c) Facilitar o processo de discussão; d) Incentivar o debate de modo a abordar ou aprofundar os tópicos a explorar; e) Intervir apenas se algum participante se desviar do tema; f) Fazer uma síntese da discussão já efetuada.		

Etapa 3

Objetivo: Conhecer quais os riscos laborais a que Farmacêuticos Comunitários identificam estar expostos.

Tempo: 10 minutos

<u>Objetivos específicos</u>	<u>Questões-Chave</u>	<u>Tópicos de questões a explorar no debate</u>
Identificar os riscos laborais a que os FC consideram estar expostos, nomeadamente perceber o nível de gravidade e a probabilidade de ocorrência atribuída a cada risco.	A que riscos consideram estar mais expostos no dia a dia no vosso local de trabalho? Relativamente aos que falámos, ou outros? → Analisar quais os riscos a que os participantes atribuem maior probabilidade de ocorrência / exposição, e quais aqueles que os preocupam mais.	- Já alguma vez se sentiram em risco no vosso local de trabalho? - Em que situações já se sentiram em risco no vosso local de trabalho? - Que riscos são no vosso entender mais prováveis de acontecer? - Que riscos vos parecem mais importantes, pelo impacto e gravidade das consequências? - Já tiveram ou presenciaram algum acidente/incidente de trabalho?
Papel do moderador: a) Colocar a questão-chave inicial para debate; b) Garantir a participação de todos; c) Facilitar o processo de discussão; d) Estimular e incentivar a participação utilizando perguntas como “qual?”, “o quê?”, “como?”, “onde?”, “porquê?”; e) Incentivar o debate de modo a abordar ou aprofundar os tópicos a explorar; f) Intervir apenas se algum participante se desviar do tema; g) Explorar ao máximo o tópico antes que o grupo siga a discussão; h) Fazer uma síntese da discussão já efetuada.		

Etapa 4

Objetivo: Conhecer a opinião dos participantes sobre o evento.

Tempo: 1 minuto por participante

Questão – Chave: Avaliação da sessão pelos presentes

Papel do moderador

- a) Resumo de 2 a 3 minutos das questões-chave que emergiram da discussão.
- b) Solicitar um breve comentário de cada um dos participantes sobre um aspecto da autoavaliação da escola abordado na sessão que considerem importante. Que mencionem também outros possíveis pontos não abordados que considerem importantes.
- c) Agradecer a participação de todos enfatizando a importância da sua opinião para a investigação, e questionar se existe algum aspecto que gostariam de aprofundar.
- d) Referir que futuramente serão informados sobre o andamento da pesquisa.

APÊNDICE IV: Questionário Sobre os Riscos Profissionais (Percepção e Atitudes) Do Farmacêutico Comunitário em Portugal

- O presente questionário destina-se exclusivamente a recolher dados para um trabalho de investigação em Ciências Sociais, mais especificamente sobre Percepção de Riscos do Farmacêutico Comunitário em Portugal, no âmbito de uma tese de Mestrado em Higiene e Segurança no Trabalho, a apresentar no Instituto Politécnico de Setúbal.
- Este trabalho tem como objetivo identificar e analisar os riscos laborais específicos a que os farmacêuticos comunitários consideram estar expostos, bem como perceber em que medida é que algumas características/fatores individuais, sociodemográficos e organizacionais, e do próprio risco se relacionam com a percepção do risco.
- Este questionário pretende conhecer os seus pontos de vista relativamente à segurança no seu trabalho. Não existem respostas erradas ou certas. Leia com atenção e assinale a resposta que mais se aproxima da sua forma de pensar cada questão. Só poderá dar uma resposta para cada afirmação. Faça-o de forma espontânea e sincera, procurando demorar o menor tempo possível a assinalar cada uma das respostas. É essencial que responda a todas as questões indicadas (com exceção das "não aplicável").
- As afirmações estão no género masculino por uma questão prática, e aplicam-se igualmente aos dois sexos.
- **O questionário é totalmente anónimo e confidencial e com fins exclusivamente académicos.**
- O questionário está dividido em: **Dados Sociodemográficos, Caracterização profissional, Fatores Determinantes da Percepção de Risco; e Riscos Específicos.**
- Os **riscos específicos** foram divididos em **7 grupos**: riscos biológicos, riscos ergonómicos, riscos psicossociais, risco de agressão, riscos físicos, riscos químicos e riscos de acidente. Analisam-se quanto ao **Grau de Exposição**, e depois quanto ao **Nível de Preocupação**.

A sua resposta a este questionário significa que manifesta o seu consentimento informado e inequívoco, no âmbito do RGPD, quanto à utilização da informação nele constante, que se destina exclusivamente aos fins explicitados. Significa também que está informada/o e manifesta a sua concordância com os objetivos e o âmbito do estudo.

Para qualquer esclarecimento contacte: ines.santos.mestrado@gmail.com

Obrigado pela participação.

Dados Sociodemográficos:

Sexo:										
Masculino		Feminino								
Idade:										
22-27		28-32		33-37		38-42		43-47		48 ou mais
Categoria Profissional:										
Farmacêutico Diretor Técnico				Farmacêutico Grau III						
Farmacêutico Grau I				Farmacêutico Grau IV						
Farmacêutico Grau II										
Habilitações Literárias:										
Licenciatura				Mestrado Integrado						
Mestrado				Doutoramento						
Estado Civil:										
Solteiro				Casado						
União de Facto				Divorciado						
Viúvo										
Tem Filhos?										
Não		1		2		3		4 ou mais		
Caracterização Profissional:										
Trabalha por turnos / Horários rotativos?										
Sim			Não							
Faz trabalho noturno?										
Sim			Não							
Situação contratual:										
Contrato a termo incerto				Contrato a termo certo						
Contrato temporário				Contrato de experiência						
Contrato sem termo										
Cargo desempenhado atualmente:										
Farmacêutico										
Farmacêutico substituto										
Diretor Técnico										
Cargos já desempenhados:										
Farmacêutico										
Farmacêutico substituto										
Diretor Técnico										
Tem cargo de chefia?										
Sim			Não							
É proprietário da farmácia?										
Sim			Não							
Tipo de farmácia / empresa:										
Farmácia individual				Farmácia pertencente a um grupo						
Se pudesse deixaria a instituição onde trabalha?										
Sim			Não							
Se pudesse mudaria de profissão?										
Sim			Não							

Nº de anos de exercício profissional enquanto Farmacêutico Comunitário:			
0 - 3		4 - 6	
7 - 9		10 ou mais	
Nº de anos que trabalha na instituição atual:			
0 - 3		4 - 6	
7 - 9		10 ou mais	
Nº Médio de horas semanais de trabalho:			
35h ou menos			
40h ou menos			
Mais de 40h			

	<u>Determinantes da Percepção de Riscos</u> Responde às questões em função de uma escala de 1 a 7, em que: 1 – Significa Discordo Totalmente 7 – Significa Concordo Totalmente							
	Relativamente à segurança, considero que... Inércia, falta de tempo ou meios	1	2	3	4	5	6	7
1.	O pouco tempo que é dado para fazer as coisas leva-me, por vezes, a facilitar em termos de segurança.							
2.	A falta de equipamentos leva-me, por vezes, a arriscar em termos de segurança.							
	Relativamente à segurança, estou convicto que... Estimativa do Risco	1	2	3	4	5	6	7
3.	Não terei consequências graves dos riscos que corro.							
4.	O meu trabalho é, por vezes, muito arriscado.							
5.	O meu trabalho acarreta riscos para a saúde.							
6.	O meu trabalho é seguro.							
7.	Por vezes realizo tarefas perigosas.							
	Relativamente à segurança, parece-me que... Conhecimento/Novidade	1	2	3	4	5	6	7
8.	Tendo a facilitar mais, quando lido com situações que conheço do que quando são novas para mim.							
9.	Quando enfrento um perigo pela primeira vez tendo a tomar mais precauções, do que nas vezes seguintes.							
10.	Tenho mais receio dos riscos que conheço mal, do que daqueles a que já estou habituado.							
	Relativamente à segurança, parece-me que... Severidade/ Efeito imediato ou remoto	1	2	3	4	5	6	7
11.	Tenho mais cuidados com os riscos que podem causar problemas imediatos do que com aqueles que só podem causar doenças, passado muito tempo.							
12.	As consequências a longo prazo preocupam-me pouco.							

13.	São mais atemorizadores os riscos que podem conduzir a problemas imediatos do que aqueles que só o podem fazer a longo prazo.							
	Relativamente à segurança, eu sinto que... Ilusão do Controlo	1	2	3	4	5	6	7
14.	Conheço e domino bem os riscos relacionados com o meu trabalho.							
15.	Controlo bem os riscos associados ao meu trabalho.							
	Relativamente à segurança, parece-me que... Memorização	1	2	3	4	5	6	7
16.	Tenho mais cuidado face a riscos com que já tive um acidente ou estive quase a ter.							
17.	Os riscos que podem ter efeitos a longo prazo estão menos presentes na minha memória.							
18.	Tomo mais precauções sobre riscos cujas consequências estão mais presentes na minha memória.							
19.	Muitas vezes não utilizo equipamentos de segurança porque não me lembro deles.							
20.	Tendo a facilitar mais quando não tenho bem presente as possíveis consequências do risco.							
	Relativamente à segurança, muitas vezes sinto que... Compensação do risco percebido	1	2	3	4	5	6	7
21.	Quando uso equipamentos de proteção sinto-me mais seguro e por isso posso arriscar mais.							
22.	Muitas vezes sinto que o uso de EPI nos permite arriscar mais.							
23.	Por vezes, quando estou com equipamento de proteção faço coisas que envolvem mais risco.							
	Relativamente à segurança, muitas vezes sinto que... Influência social	1	2	3	4	5	6	7
24.	Para mim é importante ser aceite pelos outros.							
25.	Tendo a proceder de acordo com aquilo que o meu grupo de colegas pensa.							
26.	A opinião dos meus colegas é importante para mim.							
27.	Os meus colegas incentivam-me a correr riscos.							
28.	Estou mais forte quando os meus colegas apoiam o modo como lido com os riscos.							
	Relativamente à segurança, eu sinto que... Sobre confiança	1	2	3	4	5	6	7
29.	Sou mais confiante do que outros.							
30.	Sou uma pessoa muito capaz.							

31.	Sou mais independente do que a maioria das pessoas.							
32.	Posso influenciar os outros.							
	Na verdade... Impulsividade	1	2	3	4	5	6	7
33.	Sou uma pessoa impulsiva.							
34.	Tenho um temperamento explosivo.							
35.	Sinto-me furioso quando sou criticado.							
36.	Irrito-me com facilidade.							
37.	Costumo fazer coisas, no calor do momento, de que me venho arrepender.							
38.	Sou tão entusiasmado por novas ideias que não penso nas consequências.							
	Relativamente à segurança, eu sinto que que... Ansiedade	1	2	3	4	5	6	7
39.	Fico muitas vezes nervoso.							
40.	Sinto-me muitas vezes angustiado(a).							
41.	Sinto-me pouco tranquilo.							
42.	Sou "calmo e bem-disposto".							
43.	Sinto que as dificuldades se acumulam e não posso superá-las.							
44.	Sou feliz.							
45.	Falta-me a autoconfiança.							
	<u>Grau de exposição a riscos específicos:</u> De seguida pedimos que avalies o nível a que consideras estar exposto aos riscos descritos, no dia a dia de trabalho. Sendo: 1 – Nenhuma <u>exposição</u> ao risco descrito 7 – <u>Exposição</u> extrema ao risco descrito							
	Riscos Biológicos Grau de exposição a riscos específicos	1	2	3	4	5	6	7
46.	Contaminação biológica (bactérias , vírus) via aérea (Influenza, Covid-19, Tuberculose,...), na tarefa de atendimento ao público.							
47.	Risco de picada acidental (administração de vacinas e medicamentos injetáveis).							
48.	Contato/picada com materiais cortantes/perfurantes contaminados durante a realização de testes bioquímicos (glicémia, colesterol,...).							
49.	Contato com fluidos biológicos potencialmente contaminados, na administração de injetáveis e na realização de testes diversos (testes bioquímicos , testes Covid-19, teste de gravidez, teste infeção urinária,...).							

50.	Serviço “troca de seringas” - contaminação biológica, via picada ou contato com fluidos biológicos (sangue).							
51.	Risco devido a Equipamentos de Proteção Individual (luvas, máscaras,...) inadequados ou ausência dos mesmos.							
	Riscos Ergonómicos Grau de exposição a riscos específicos	1	2	3	4	5	6	7
52.	Balcões mal dimensionados (standard e não ajustáveis/adaptáveis á altura/ estrutura física de cada colaborador), com a posição do ecrã e/ou do teclado desadequada.							
53.	Permanência em pé durante longos períodos, sem meios para descanso/ pausas (bancos, cadeiras,...).							
54.	Movimentação manual de cargas (manuseamento/transporte de cargas pesadas: “banheiras” de encomendas, caixas de produtos para arrumação,...).							
55.	Secretárias / mesas de trabalho e cadeiras desadequadas e/ou desconfortáveis.							
56.	Espaço físico mal organizado, sem delimitação das “zonas de arrumação”, e vias de circulação obstruídas – por exemplo caixas/produtos/expositores em locais inadequados.							
	Riscos Psicossociais Grau de exposição a riscos específicos	1	2	3	4	5	6	7
57.	Horários/Turnos desgastantes e desajustados.							
58.	Solicitação execução de tarefas fora do horário de trabalho.							
59.	Falta de valorização pelos clientes.							
60.	Clientes mal educados e / ou agressivos verbalmente; conflitos com clientes.							
61.	O atendimento ao publico origina desgaste intelectual, emocional e psicológico, devido à diversidade dos utentes atendidos, em necessidades e exigências.							
62.	O atendimento ao publico origina stress até mesmo situações de ansiedade.							
63.	Avaliação de desempenho com pressão excessiva por parte das chefias, originando situações de stress.							
64.	“Pressão de vendas” inadequada e excessiva, com críticas e/ou represálias, provocando situações de stress, ansiedade e até sofrimento moral.							
65.	Conflitos / má comunicação com os colegas e/ou chefias.							

66.	Carga e ritmo de trabalho muito elevado – “Multitarefa”.							
67.	Solicitação da execução de tarefas fora do âmbito de competências.							
68.	Difícil conciliação do trabalho vs vida familiar/pessoal, provocando stress e frustração, ou até sofrimento emocional.							
69.	Pequena margem de progressão na carreira, com consequente desmotivação/insatisfação.							
70.	Tarefas/funções de liderança/coordenação, como gestão de pessoas, ou gestão económica da farmácia, originam stress ou mesmo ansiedade, devido à pressão e responsabilidade inerentes.							
71.	Trabalho noturno, com consequências físicas e metabólicas (como as alterações no sono), mas também intelectuais (memória, por exemplo) e psicológicas (ao nível do stress). *Responder apenas se realizar esta tarefa.							
	Riscos de Agressão Nível de preocupação com riscos específicos	1	2	3	4	5	6	7
72.	Risco de agressão física no atendimento de utentes portadores de doenças mentais “descompensados”.							
73.	Situações de assalto que possam originar agressão física.							
	Riscos Físicos Grau de exposição a riscos específicos	1	2	3	4	5	6	7
74.	Climatização inadequada (muito frio ou muito calor), por inexistência/ineficácia do ar condicionado.							
75.	Climatização desadequada e desconfortável (muito frio ou muito calor), devido a contenção dos gastos com a energia (impedimento de ligar os equipamentos de climatização).							
76.	Fadiga visual devido a muitas horas de exposição à radiação dos ecrãs dos computadores.							
77.	Fadiga visual devido a iluminação insuficiente ou inadequada.							
	Riscos Químicos Grau de exposição a riscos específicos	1	2	3	4	5	6	7
78.	Irritação cutânea, devido a derrame ou salpicos de produtos químicos irritantes para a pele, durante a preparação de medicamentos manipulados.							
79.	Hotte pouco eficiente/eficaz (ou inexistente) ou em mau estado de conservação/manutenção, na para a produção de medicamentos manipulados.							
	Riscos Mecânicos ou de Acidente	1	2	3	4	5	6	7

	Grau de exposição a riscos específicos							
80.	Trabalho em espaços desorganizados, sem delimitação das “zonas de arrumação” – caixas em locais inadequados, vias de circulação obstruídas – risco de choque físico com objetos.							
81.	Utilização frequente de escadas, escadotes, bancos, degraus – inadequados ou em mau estado de conservação – risco de queda em altura.							
82.	Trabalho em zonas expostas a queda de objetos - "Arrumação em altura" de produtos de forma instável/insegura ou em localização inadequada, e de difícil acesso.							
83.	Manuseamento/transporte inadequado de cargas demasiado pesadas sob esforço: “banheiras” de encomendas, caixas de produtos para arrumação,... ao ponto de poder provocar lesões musculoesqueléticas.							
84.	Risco de corte – Quebra de frascos de vidro (xaropes,...), ou material de laboratório de vidro (varetas, provetas,...) em mau estado de conservação.							
85.	Risco picada acidental (agulhas e outros materiais cortantes/perfurantes), nomeadamente nas tarefas de administração de medicamentos injetáveis e/ou realização de testes bioquímicos.							
	<u>Nível de preocupação com riscos específicos:</u> De seguida pedimos que avalies o nível a que consideras estar exposto aos riscos descritos, no dia a dia de trabalho. Sendo: 1 – Nenhuma <u>preocupação</u> ao risco descrito 7 – <u>Preocupação</u> extrema ao risco descrito							
	Riscos Biológicos Nível de preocupação com riscos específicos	1	2	3	4	5	6	7
86.	Contaminação biológica (bactérias , vírus) via aérea (Influenza, Covid-19, Tuberculose,...) na tarefa de atendimento ao público.							
87.	Risco de picada acidental (administração de vacinas e medicamentos injetáveis).							
88.	Contato/picada com materiais cortantes/perfurantes contaminados durante a realização de testes bioquímicos (glicémia, colesterol,...).							
89.	Contato com fluidos biológicos potencialmente contaminados, na administração de injetáveis e na realização de testes diversos (testes bioquímicos ,							

	testes Covid-19, teste de gravidez, teste infeção urinária,...).							
90.	Serviço “troca de seringas” - contaminação biológica, via picada ou contato com fluidos biológicos (sangue).							
91.	Equipamentos de Proteção Individual (luvas, máscaras,...) inadequados ou ausência dos mesmos.							
	Riscos Ergonómicos Nível de preocupação com riscos específicos	1	2	3	4	5	6	7
92.	Balcões mal dimensionados (standard e não ajustáveis/adaptáveis á altura/ estrutura física de cada colaborador), com a posição do ecrã e/ou do teclado desadequada.							
93.	Permanência em pé durante longos períodos, sem meios para descanso/ pausas (bancos, cadeiras,...).							
94.	Movimentação manual de cargas (manuseamento/transporte de cargas pesadas: “banheiras” de encomendas, caixas de produtos para arrumação,...).							
95.	Secretárias / mesas de trabalho e cadeiras desadequadas e/ou desconfortáveis.							
96.	Espaço físico mal organizado, sem delimitação das “zonas de arrumação”, e vias de circulação obstruídas – por exemplo caixas/produtos/expositores em locais inadequados.							
	Riscos Psicossociais Nível de preocupação com riscos específicos	1	2	3	4	5	6	7
97.	Horários/Turnos desgastantes e desajustados.							
98.	Solicitação execução de tarefas fora do horário de trabalho.							
99.	Falta de valorização pelos clientes.							
100.	Clientes mal educados e / ou agressivos verbalmente; conflitos com clientes.							
101.	O atendimento ao publico origina desgaste intelectual, emocional e psicológico, devido à diversidade dos utentes atendidos, em necessidades e exigências.							
102.	O atendimento ao publico origina stress até mesmo situações de ansiedade.							
103.	Avaliação de desempenho com pressão excessiva por parte das chefias, originando situações de stress.							
104.	“Pressão de vendas” inadequada e excessiva, com críticas e/ou represálias, provocando situações de stress, ansiedade e até sofrimento moral.							

105.	Conflitos / má comunicação com os colegas e/ou chefias.							
106.	Carga e ritmo de trabalho muito elevado – “Multitarefas”.							
107.	Solicitação da execução de tarefas fora do âmbito de competências.							
108.	Difícil conciliação do trabalho vs vida familiar/pessoal, provocando stress e frustração, ou até sofrimento emocional.							
109.	Pequena margem de progressão na carreira, com consequente desmotivação/insatisfação.							
110.	Tarefas/funções de liderança/coordenação, como gestão de pessoas, ou gestão económica da farmácia, originam stress ou mesmo ansiedade, devido à pressão e responsabilidade inerentes .							
111.	Trabalho noturno, com consequências físicas e metabólicas (como as alterações no sono), mas também intelectuais (memória, por exemplo) e psicológicas (ao nível do stress).							
	Riscos de Agressão Nível de preocupação com riscos específicos	1	2	3	4	5	6	7
112.	Risco de agressão física no atendimento de utentes portadores de doenças mentais “descompensados”.							
113.	Situações de assalto que possam originar agressão física.							
	Riscos Físicos Nível de preocupação com riscos específicos	1	2	3	4	5	6	7
114.	Climatização inadequada (muito frio ou muito calor), por inexistência/ineficácia do ar condicionado.							
115.	Climatização desadequada e desconfortável (muito frio ou muito calor), devido a contenção dos gastos com a energia (impedimento de ligar os equipamentos de climatização).							
116.	Fadiga visual devido a muitas horas de exposição à radiação dos ecrãs dos computadores.							
117.	Fadiga visual devido a iluminação insuficiente ou inadequada.							
	Riscos Químicos Nível de preocupação com riscos específicos	1	2	3	4	5	6	7
118.	Irritação cutânea, devido a derrame ou salpicos de produtos químicos irritantes para a pele, durante a preparação de medicamentos manipulados.							
119.	Hotte pouco eficiente/eficaz (ou inexistente) ou em mau estado de conservação/manutenção, na para a produção de medicamentos manipulados.							

	Riscos Mecânicos ou de Acidente	1	2	3	4	5	6	7
	Nível de preocupação com riscos específicos							
120.	Trabalho em espaços desorganizados, sem delimitação das “zonas de arrumação” – caixas em locais inadequados, vias de circulação obstruídas – risco de choque físico com objetos.							
121.	Utilização frequente de escadas, escadotes, bancos, degraus – inadequados ou em mau estado de conservação – risco de queda em altura.							
122.	Trabalho em zonas expostas a queda de objetos - "Arrumação em altura" de produtos de forma instável/insegura ou em localização inadequada, e de difícil acesso.							
123.	Manuseamento/transporte inadequado de cargas demasiado pesadas sob esforço: “banheiras” de encomendas, caixas de produtos para arrumação,... ao ponto de poder provocar lesões musculoesqueléticas.							
124.	Risco de corte – Quebra de frascos de vidro (xaropes,..), ou material de laboratório de vidro (varetas, provetas,...) em mau estado de conservação.							
125.	Risco picada acidental (agulhas e outros materiais cortantes/perfurantes), nomeadamente nas tarefas de administração de medicamentos injetáveis e/ou realização de testes bioquímicos.							

APÊNDICE V: Transcrição do Grupo Focal 1 – 16 de junho

Gravação áudio em anexo a este trabalho – Grupo Focal de 16 de junho.

Este grupo focal realizou-se a 16 de junho de 2023, contou com 5 participantes, cujas características se encontram na Tabela 23). Teve a duração de 1h e 52 minutos.

Tabela 23: Características dos entrevistados do Grupo Focal 1 (16 de junho)

	Idade	Nº de anos de experiência em farmácia comunitária	Nº de farmácias onde trabalhou	Região do país	Observações
E1	36	13	2	Algarve	Especialidade em farmácia comunitária; a frequentar doutoramento
E2	54	14	2	Lisboa	Doutorada, especialista em farmácia comunitária, atualmente prof. universitária
E3	29	6	1	Setúbal	Formação pós graduada em Marketing Farmacêutico; exerce funções também neste contexto
E4	26	3.5	2	Margem Sul	Exerce funções relacionadas com marketing e campanhas promocionais na farmácia
E5	30	4	1	Setúbal	Atualmente em farmácia hospitalar

APÊNDICE VI: Transcrição do Grupo Focal 2 – 23 de junho de 2023

Gravação áudio em anexo a este trabalho – Grupo Focal de 23 de junho.

Este grupo focal realizou-se a 21 de junho de 2023, contou com 4 participantes, cujas características se encontram na Tabela 24). Teve a duração de 1h e 38 minutos.

Tabela 24: Características dos entrevistados do Grupo Focal 2 (21 de junho)

	Idade	Nº de anos de experiência em farmácia comunitária	Nº de farmácias onde trabalhou	Região do país	Observações
E1	26	3.5	1	Porto	
E2	36	12	2	Algarve	Exerceu como FS
E3	36	12	2	Margem Sul	
E4	30	7	2	Coimbra	

APÊNDICE VII: Tabela de Identificação de Perigos e Riscos

TAREFA (rotina ou ocasional)	DESCRIÇÃO DA TAREFA	PERIGO	RISCO
Atendimento ao Público (balcão); Rotina	- Aconselhamento e dispensa de MSRM, MNSRM, DM, PSBE; medição da pressão arterial, ...); - Atendimento realizado ao balcão, com deslocação pelo espaço físico da farmácia.	Exposição biológica via aérea a vírus e bactérias – devido à proximidade física com utentes (que é ainda maior quando os balcões são pequenos) potencialmente infetados com agentes biológicos de transmissão aérea/respiratória (<i>Influenza</i> , Covid-19, Tuberculose, ...).	Contaminação com agentes biológicos de transmissão respiratória (bactérias, vírus) – possível desenvolvimento da infeção/doença
		Exposição biológica via Dérmica – devido à proximidade física com utentes potencialmente infetados com agentes biológicos de transmissão dérmica (nomeadamente fungos, ...).	Contaminação via cutânea a agentes biológicos (fungos, ...), com possível desenvolvimento de infeção
		Balcões mal dimensionados (standard e não ajustáveis/adaptáveis à altura/ estrutura física de cada colaborador), com a posição do ecrã e do teclado desadequada.	Postura desadequada com desgaste físico/fadiga e possíveis LMERT
		Permanência em pé durante longos períodos, sem meios de descanso / pausas; posição estática.	Cansaço físico, e consequências (mais ou menos imediatas) na saúde vascular
		Horários/Turnos desgastantes e desajustados	Fadiga física e/ou mental

		Dificuldade de conciliação trabalho vs vida familiar/pessoal, devido ao horário laboral.	Frustração e insatisfação; Stress, ansiedade e até sofrimento emocional
		Falta de valorização pelos clientes.	Desgaste emocional / sofrimento moral.
		Clientes mal-educados e / ou agressivos verbalmente / conflitos com clientes	Desgaste emocional e psicológico – stress / ansiedade
		Diversidade dos utentes atendidos, em necessidades e exigências.	Fadiga intelectual, emocional e psicológica
		Avaliação de desempenho / Pressão de vendas.	Stress e/ou ansiedade
		Avaliação de desempenho / Pressão de vendas excessiva e inadequada.	<i>Burnout</i> / Depressão
		Avaliação de desempenho / Pressão de vendas.	Conflitos com as chefias, com potencial insatisfação e stress
		Pressão de vendas.	Assédio moral – medo de represálias/criticas (sofrimento emocional, stress, ansiedade, ou outras disfunções psicossomáticas)
		Pressão de vendas.	Conflitos e /ou competitividade com os colegas – stress
		Pressão de vendas.	Conflitos éticos – sofrimento moral

		Carga e ritmo de trabalho muito elevado – “Multitarefa”.	Fadiga física e mental, ou mesmo <i>Burnout</i>
		Carga e ritmo de trabalho muito elevado – “Multitarefa”.	Stress e insatisfação
		Trabalho noturno.	Desgaste físico e mental – com consequências físicas e metabólicas (como as alterações no sono), mas também intelectuais (memória, por exemplo) e psicológicas (ao nível do stress).
		Atendimento de utentes portadores de doenças mentais descompensados.	Agressão física; desgaste psicológico
		Assalto.	Agressão física
		Assalto.	Medo, stress e ansiedade
		Assédio sexual.	Sentimento de medo; stress e ansiedade
		Radiações emitidas pelos ecrãs dos computadores.	Fadiga visual
		Equipamento ruidoso – Robot dispensador de medicamentos.	Ruido – lesões auditivas
		Quebra de frascos de vidro (xaropes,..)	Corte
		Módulos de gavetas deslizantes, com degrau de acesso – arrumação em altura.	Queda em altura – lesões variadas
		Módulos de gavetas deslizantes – arrumação em altura.	Posturas inadequadas e risco de LMERT

		Necessidade acesso a produtos arrumados “em altura”, em locais inapropriados, e de forma inadequada e instável.	Queda de objetos – lesões variadas
		Utilização frequente de escadas, escadotes, bancos, degraus – nem sempre adequados ou em bom estado de conservação.	Queda em altura – lesões de gravidade variável
		Desorganização do espaço, caixas em locais inadequados, vias de circulação obstruídas.	Queda ao mesmo nível – lesões de gravidade variável
		Desorganização do espaço, sem delimitação das “zonas de arrumação” – vias de circulação obstruídas, “banheiras” de encomendas, caixas de produtos para arrumação, expositores altos...	Choque físico com objetos – lesões variadas
Testes Bioquímicos	• Teste variados com recurso a amostra de sangue capilar;	Exposição (picada acidental) com materiais cortantes/perfurantes (lancetas,...) potencialmente contaminados por microrganismos como vírus ou bactérias ou fungos.	Contaminação com agentes biológicos (via percutânea) – potencial para desenvolver doença infectocontagiosa.
	• Tarefa realizada em gabinete.	Exposição (cutânea) a fluidos biológicos potencialmente contaminados com bactérias, vírus ou fungos.	Contaminação por agentes biológicos (via dérmica) – possível desenvolvimento de infeção
Testes de infeções	• Teste com recurso a amostra de urina	Vírus <i>Influenza</i> ou <i>Covid-19</i> – Exposição biológica via aérea.	Contaminação por agentes biológicas (vírus) – possível desenvolvimento de síndrome gripal ou infeção por Covid-19

	ou exsudado nasal (testes de como Influenza ou Covid-19).	Exposição a bactérias, vírus ou fungos, através de contato (cutâneo) com fluidos biológicos (urina ou exsudado nasal).	Contaminação por agentes biológicos (via dérmica) – possível desenvolvimento de infecção
Administração de vacinas e medicamentos injetáveis	- Tarefa realizada em gabinete. - Utilização de luvas e álcool.	Picada acidental – exposição a materiais perfurantes (agulhas) potencialmente contaminados (sangue), via percutânea.	Contaminação biológica (bactérias, vírus) – potencial para desenvolver doença infectocontagiosa
		Exposição a bactérias, vírus ou fungos, através de contato (cutâneo) com fluidos biológicos.	Contaminação biológica (via dérmica) – possível desenvolvimento de infecção
Serviço “Troca de seringas”; ocasional	- Tarefa realizada ao balcão ou em gabinete. - Utilização de luvas e contentor apropriado	Picada acidental com as seringas.	Contaminação biológica (bactérias, vírus) – risco de desenvolver infecção
		Utentes “descompensados” devido à privação química da substância aditiva.	Violência física (lesões variadas) ou ameaça com as seringas (contaminação biológica)
		Utentes “descompensados” devido à privação química da substância aditiva.	Roubo / Assalto - com (ou sem) agressão; situação de stress e ansiedade
Produção de medicamen-		Quebra de material de laboratório de vidro (varetas, provetas,...).	Corte

tos manipulados; ocasional	Tarefa realizada em laboratório com matérias-primas com graus e tipos de toxicidade variável.	Utilização de “banho de água termostatizado” ou “banho-maria”.	Contato térmico / Queimadura
		Utilização do <i>unguator</i> (instrumento para agitação mecânica de fórmulas manipuladas).	Lesões variadas
		Derrame ou salpicos de produtos químicos irritantes para a pele.	Irritação cutânea
		Derrame ou salpicos de produtos químicos tóxicos.	Lesão cutânea ou ocular
Trabalho de <i>BackOffice</i> ; ocasional	Receber fisicamente encomendas e receção das mesmas no sistema informático;	Arrumação de produtos “em altura”, de forma inadequada e instável.	Queda de objetos
		Utilização frequente de escadas, escadotes, bancos, degraus (para arrumação de produtos “em altura”) – nem sempre adequados ou em bom estado de conservação.	Queda em altura (a diferentes níveis)
	Arrumação dos produtos rececionados no armazém ou nos lineares;	Desorganização do espaço, sem delimitação das “zonas de arrumação”, com objetos variados (“banheiras” de encomendas, caixas de produtos para arrumação, expositores altos...) em locais inadequados.	Queda ao mesmo nível/ tropeçar em objetos
		Vias de circulação obstruídas, com objetos variados (“banheiras” de encomendas, caixas de produtos para arrumação, expositores altos...) em locais inadequados.	Choque físico com objetos imóveis
	Reposição de produtos em	Movimentação manual e transporte de cargas (“banheiras” de encomendas, caixas de produtos para arrumação, ...).	Movimentação manual inadequada e cansaço físico

	armazém nos lineares.	Movimentação manual e transporte de cargas (“banheiras” de encomendas, caixas de produtos para arrumação, ...).	Queda de objetos / produtos
	• Consideram-se também tarefas administrativas variadas, como fazer horários, fazer encomendas/compras, gestão de devoluções, stocks e validades, e outras tarefas de logística.	Manuseamento/transporte de forma inadequada de cargas pesadas sob esforço: “banheiras” de encomendas, caixas de produtos para arrumação...	Esforço físico excessivo e postura inadequada – risco de LMERT
		Radiações emitidas pelos ecrãs dos computadores.	Fadiga visual
		Equipamento ruidoso – robot dispensador de medicamentos	Ruido – lesões auditivas
		Secretárias / mesas de trabalho e cadeiras desadequadas (que não respeitam a ergonomia).	Postura desadequada, desgaste físico e possíveis LMERT
		Iluminação reduzida ou insuficiente no espaço de trabalho e/ou armazém.	Queda ao mesmo nível, queda por tropeçar ou choque ou com objetos imoveis, com possíveis LMERT de gravidade variável (fraturas, contusão, entorse, traumatismos,...)
	• Tarefas de marketing.	Pressão para trabalhar em casa.	Fadiga mental e psicológica; stress e ansiedade, ou mesmo risco de <i>Burnout</i>
Tarefas de liderança / coordenação	• Gestão e coordenação da	Avaliação de desempenho: Pressão relativa a lucro / crescimento económico da farmácia (quando não é o proprietário) decorrentes do escrutínio pela chefia.	Stress e ansiedade, ou mesmo <i>Burnout</i> / Depressão

(sobretudo FDT e FS); Rotina	equipa; avaliação de desempenho da mesma; Gestão, encomendas e acordos comerciais, entre outros.	Pressão e escrutínio pelos colegas – devido a horários, folgas, férias, distribuição de tarefas.	Stress e ansiedade
		Gestão de personalidades, relações e conflitos interpessoais na equipa de trabalho.	Fadiga mental e psicológica, ou mesmo stress e ansiedade
		Tarefas de gestão, como compras/encomendas, margens, parcerias e acordos comerciais diversos.	Fadiga mental/intelectual
		Secretárias / mesas de trabalho e cadeiras desadequadas (que não respeitam a ergonomia).	Postura desadequada, desgaste físico e possíveis LMERT
	Todas as tarefas estão sujeitas às situações referidas nesta secção	Conflitos / má comunicação com os colegas e/ou chefias.	Stress / ansiedade devido a relações interpessoais conflituosas
		Pequena margem de progressão na carreira.	Desmotivação / frustração – sofrimento emocional
		Situação contratual.	Stress / ansiedade
		Não cumprimentos das leis laborais pelas chefias.	Stress/ansiedade – desgaste emocional e medo de represálias
		Atividades de limpeza (ou desinfestações) das instalações, em que se recorre a produtos químicos de limpeza, muitas vezes abrasivos e de odor intenso.	Problemas respiratórios, podendo causar alergias e potenciar episódios de asma
		Má climatização.	Frio ou calor desconfortável (stress térmico) – mau estar físico

APÊNDICE VIII: Correlação e Alfa de Cronbach para os determinantes da percepção de riscos, 45 itens.

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Q21_determinante_inercia_1	173,04	594,548	,410	,812
Q22_determinante_inercia_2	173,73	598,599	,357	,813
Q23_determinante_estimativ a_risco_3	173,63	632,245	,022	,824
Q24_determinante_estimativ a_risco_4	172,75	620,349	,162	,819
Q25_determinante_estimativ a_risco_5	171,88	616,402	,220	,818
Q26_determinante_estimativ a_risco_6	172,71	648,847	-,174	,827
Q27_determinante_estimativ a_risco_7	172,70	621,277	,141	,820
Q28_determinante_conheci mento_novidade_8	171,94	597,584	,424	,812
Q29_determinante_conheci mento_novidade_9	171,52	607,784	,360	,814
Q30_determinante_conheci mento_novidade_10	171,55	613,094	,325	,815
Q31_determinante_severida de_11	173,38	589,590	,462	,810
Q32_determinante_severida de_12	174,06	620,042	,153	,820
Q33_determinante_severida de_13	173,81	603,848	,346	,814
Q34_determinante_ilusao_c ontrol_14	172,44	648,936	-,178	,827
Q35_determinante_ilusao_c ontrol_15	172,60	655,791	-,272	,829
Q36_determinante_memoriz acao_16	172,05	600,624	,412	,812
Q37_determinante_memoriz acao_17	173,25	595,770	,431	,811

Q38_determinante_memorizacao_18	172,07	596,859	,468	,811
Q39_determinante_memorizacao_19	174,57	602,446	,424	,812
Q40_determinante_memorizacao_20	172,98	587,962	,533	,808
Q41_determinante_compensacao_risco_percebido_21	173,90	594,285	,498	,810
Q42_determinante_compensacao_risco_percebido_22	174,00	592,951	,500	,810
Q43_determinante_compensacao_risco_percebido_23	173,69	594,012	,460	,810
Q44_determinante_influencia_social_24	172,25	610,851	,290	,816
Q45_determinante_influencia_social_25	173,78	606,142	,352	,814
Q46_determinante_influencia_social_26	172,19	619,268	,215	,818
Q47_determinante_influencia_social_27	175,08	614,906	,304	,815
Q48_determinante_influencia_social_28	172,80	607,223	,292	,816
Q49_determinante_confianca_29	173,46	622,688	,145	,820
Q50_determinante_confianca_30	171,63	638,207	-,030	,822
Q51_determinante_confianca_31	172,37	628,532	,092	,821
Q52_determinante_confianca_32	172,32	632,876	,040	,821
Q53_determinante_impulsividade_33	173,73	600,181	,404	,812
Q54_determinante_impulsividade_34	174,31	603,894	,368	,813
Q55_determinante_impulsividade_35	174,08	606,303	,374	,813
Q55_determinante_impulsividade_36	174,00	601,615	,421	,812
Q57_determinante_impulsividade_37	174,25	599,262	,481	,811

Q58_determinante_impulsividade_38	174,41	604,650	,424	,812
Q59_determinante_ansiedade_39	173,20	591,268	,502	,809
Q60_determinante_ansiedade_40	173,41	598,594	,395	,812
Q61_determinante_ansiedade_41	173,54	600,889	,385	,813
Q62_determinante_ansiedade_42	172,20	655,376	-,273	,828
Q63_determinante_ansiedade_43	173,93	608,486	,343	,814
Q64_determinante_ansiedade_44	172,01	650,157	-,191	,827
Q65_determinante_ansiedade_45	173,66	615,619	,201	,818

APÊNDICE IX: Teste de Esfericidade de Bartlett e Kaiser-Mayer Olkin

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.	,836
Teste de esfericidade de Aprox. Qui-quadrado	5250,503
Bartlett gl	496
Sig.	,000

APÊNDICE X: Correlação entre os fatores (fACP) – Correlação de Pearson

		Correlações							
		REGR factor score 1 for analysis 1	REGR factor score 2 for analysis 1	REGR factor score 3 for analysis 1	REGR factor score 4 for analysis 1	REGR factor score 5 for analysis 1	REGR factor score 6 for analysis 1	REGR factor score 7 for analysis 1	REGR factor score 8 for analysis 1
REGR factor score 1 for analysis 1	Correlação de Pearson	--							
	N	370							
REGR factor score 2 for analysis 1	Correlação de Pearson	,000	--						
	Sig. (2 extremidades)	1,000							
	N	370	370						
REGR factor score 3 for analysis 1	Correlação de Pearson	,000	,000	--					
	Sig. (2 extremidades)	1,000	1,000						
	N	370	370	370					
REGR factor score 4 for analysis 1	Correlação de Pearson	,000	,000	,000	--				
	Sig. (2 extremidades)	1,000	1,000	1,000					
	N	370	370	370	370				
REGR factor score 5 for analysis 1	Correlação de Pearson	,000	,000	,000	,000	--			
	Sig. (2 extremidades)	1,000	1,000	1,000	1,000				
	N	370	370	370	370	370			
REGR factor score 6 for analysis 1	Correlação de Pearson	,000	,000	,000	,000	,000	--		
	Sig. (2 extremidades)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000			
	N	370	370	370	370	370	370		
REGR factor score 7 for analysis 1	Correlação de Pearson	,000	,000	,000	,000	,000	,000	--	
	Sig. (2 extremidades)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000		
	N	370	370	370	370	370	370	370	
REGR factor score 8 for analysis 1	Correlação de Pearson	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	--
	Sig. (2 extremidades)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
	N	370	370	370	370	370	370	370	370

APÊNDICE XI: Significância das diferenças nas variáveis de caracterização socio demográfica e profissional em relação aos f(ACP) no nível de preocupação.

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de FAC1_1_riscos_preocupacao analise factorial é igual nas categorias de Q2_sexo.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,049	Rejeitar a hipótese nula.
2	A distribuição de FAC2_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q2_sexo.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,772	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de FAC3_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q2_sexo.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,168	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de FAC4_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q2_sexo.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,470	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de FAC5_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q2_sexo.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,862	Reter a hipótese nula.
6	A distribuição de FAC6_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q2_sexo.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,817	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de FAC7_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q2_sexo.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,044	Rejeitar a hipótese nula.
a. O nível de significância é ,050. b. A significância assintótica é exibida.				

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de FAC1_1_riscos_preocupacao analise factorial é igual nas categorias de Q13_cargo_chefia.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,028	Rejeitar a hipótese nula.
2	A distribuição de FAC2_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q13_cargo_chefia.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,029	Rejeitar a hipótese nula.
3	A distribuição de FAC3_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q13_cargo_chefia.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,643	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de FAC4_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q13_cargo_chefia.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,590	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de FAC5_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q13_cargo_chefia.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,000	Rejeitar a hipótese nula.
6	A distribuição de FAC6_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q13_cargo_chefia.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,021	Rejeitar a hipótese nula.
7	A distribuição de FAC7_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q13_cargo_chefia.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,953	Reter a hipótese nula.
a. O nível de significância é ,050. b. A significância assintótica é exibida.				

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de FAC1_1_riscos_preocupacao analise factorial é igual nas categorias de Q14_proprietario_farmacia.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,001	Rejeitar a hipótese nula.
2	A distribuição de FAC2_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q14_proprietario_farmacia.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,351	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de FAC3_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q14_proprietario_farmacia.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,215	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de FAC4_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q14_proprietario_farmacia.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,768	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de FAC5_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q14_proprietario_farmacia.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,000	Rejeitar a hipótese nula.
6	A distribuição de FAC6_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q14_proprietario_farmacia.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,000	Rejeitar a hipótese nula.
7	A distribuição de FAC7_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q14_proprietario_farmacia.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,104	Reter a hipótese nula.
a. O nível de significância é ,050.				
b. A significância assintótica é exibida.				

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de FAC1_1_riscos_preocupacao analise factorial é igual nas categorias de Q15_tipo_farmacia_empresa.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,024	Rejeitar a hipótese nula.
2	A distribuição de FAC2_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q15_tipo_farmacia_empresa.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,011	Rejeitar a hipótese nula.
3	A distribuição de FAC3_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q15_tipo_farmacia_empresa.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,334	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de FAC4_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q15_tipo_farmacia_empresa.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,513	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de FAC5_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q15_tipo_farmacia_empresa.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,563	Reter a hipótese nula.
6	A distribuição de FAC6_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q15_tipo_farmacia_empresa.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,614	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de FAC7_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q15_tipo_farmacia_empresa.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,675	Reter a hipótese nula.
a. O nível de significância é ,050.				
b. A significância assintótica é exibida.				

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de FAC1_1_riscos_preocupacao analise factorial é igual nas categorias de Q16_deixaria_instituicao_onde_t rabalha.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,303	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de FAC2_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q16_deixaria_instituicao_onde_t rabalha.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,000	Rejeitar a hipótese nula.
3	A distribuição de FAC3_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q16_deixaria_instituicao_onde_t rabalha.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,790	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de FAC4_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q16_deixaria_instituicao_onde_t rabalha.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,034	Rejeitar a hipótese nula.
5	A distribuição de FAC5_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q16_deixaria_instituicao_onde_t rabalha.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,000	Rejeitar a hipótese nula.
6	A distribuição de FAC6_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q16_deixaria_instituicao_onde_t rabalha.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,001	Rejeitar a hipótese nula.
7	A distribuição de FAC7_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q16_deixaria_instituicao_onde_t rabalha.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,552	Reter a hipótese nula.
a. O nível de significância é ,050.				
b. A significância assintótica é exibida.				

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de FAC1_1_riscos_preocupacao analise factorial é igual nas categorias de Q17_mudaria_de_profissao.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,616	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de FAC2_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q17_mudaria_de_profissao.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,001	Rejeitar a hipótese nula.
3	A distribuição de FAC3_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q17_mudaria_de_profissao.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,604	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de FAC4_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q17_mudaria_de_profissao.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,001	Rejeitar a hipótese nula.
5	A distribuição de FAC5_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q17_mudaria_de_profissao.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,000	Rejeitar a hipótese nula.
6	A distribuição de FAC6_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q17_mudaria_de_profissao.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,001	Rejeitar a hipótese nula.
7	A distribuição de FAC7_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q17_mudaria_de_profissao.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,744	Reter a hipótese nula.
a. O nível de significância é ,050.				
b. A significância assintótica é exibida.				

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de FAC1_1_riscos_preocupacao analise factorial é igual nas categorias de Q3_idade.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,755	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de FAC2_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q3_idade.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,244	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de FAC3_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q3_idade.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,438	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de FAC4_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q3_idade.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,057	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de FAC5_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q3_idade.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,076	Reter a hipótese nula.
6	A distribuição de FAC6_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q3_idade.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,642	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de FAC7_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q3_idade.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,496	Reter a hipótese nula.
a. O nível de significância é ,050.				
b. A significância assintótica é exibida.				

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de FAC2_1_riscos_exposicao é igual nas categorias de Q4_cat_profissional.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,965	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de FAC3_1_riscos_exposicao é igual nas categorias de Q4_cat_profissional.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,011	Rejeitar a hipótese nula.
3	A distribuição de FAC4_1_riscos_exposicao é igual nas categorias de Q4_cat_profissional.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,103	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de FAC5_1_riscos_exposicao é igual nas categorias de Q4_cat_profissional.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,005	Rejeitar a hipótese nula.
5	A distribuição de FAC6_1_riscos_exposicao é igual nas categorias de Q4_cat_profissional.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,000	Rejeitar a hipótese nula.
6	A distribuição de FAC7_1_riscos_exposicao é igual nas categorias de Q4_cat_profissional.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,235	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de FAC8_1_riscos_exposicao é igual nas categorias de Q4_cat_profissional.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,715	Reter a hipótese nula.
8	A distribuição de FAC9_1_riscos_exposicao é igual nas categorias de Q4_cat_profissional.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,940	Reter a hipótese nula.
a. O nível de significância é ,050.				
b. A significância assintótica é exibida.				

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de FAC1_1_riscos_preocupacao analise factorial é igual nas categorias de Q5_hab_literarias.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,139	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de FAC2_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q5_hab_literarias.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,072	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de FAC3_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q5_hab_literarias.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,081	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de FAC4_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q5_hab_literarias.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,036	Rejeitar a hipótese nula.
5	A distribuição de FAC5_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q5_hab_literarias.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,008	Rejeitar a hipótese nula.
6	A distribuição de FAC6_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q5_hab_literarias.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,804	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de FAC7_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q5_hab_literarias.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,344	Reter a hipótese nula.
a. O nível de significância é ,050.				
b. A significância assintótica é exibida.				

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de FAC1_1_riscos_preocupacao analise factorial é igual nas categorias de Q6_estado_civil.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,749	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de FAC2_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q6_estado_civil.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,078	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de FAC3_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q6_estado_civil.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,829	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de FAC4_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q6_estado_civil.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,356	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de FAC5_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q6_estado_civil.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,024	Rejeitar a hipótese nula.
6	A distribuição de FAC6_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q6_estado_civil.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,958	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de FAC7_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q6_estado_civil.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,396	Reter a hipótese nula.
a. O nível de significância é ,050.				
b. A significância assintótica é exibida.				

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de FAC1_1_riscos_preocupacao analise factorial é igual nas categorias de Q7_numero_filhos.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,269	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de FAC2_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q7_numero_filhos.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,747	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de FAC3_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q7_numero_filhos.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,188	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de FAC4_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q7_numero_filhos.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,084	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de FAC5_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q7_numero_filhos.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,068	Reter a hipótese nula.
6	A distribuição de FAC6_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q7_numero_filhos.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,130	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de FAC7_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q7_numero_filhos.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,639	Reter a hipótese nula.
a. O nível de significância é ,050.				
b. A significância assintótica é exibida.				

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de FAC1_1_riscos_preocupacao analise factorial é igual nas categorias de Q10_sit_contratual.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,503	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de FAC2_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q10_sit_contratual.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,479	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de FAC3_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q10_sit_contratual.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,350	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de FAC4_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q10_sit_contratual.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,124	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de FAC5_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q10_sit_contratual.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,775	Reter a hipótese nula.
6	A distribuição de FAC6_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q10_sit_contratual.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,241	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de FAC7_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q10_sit_contratual.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,604	Reter a hipótese nula.
a. O nível de significância é ,050.				
b. A significância assintótica é exibida.				

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de FAC1_1_riscos_preocupacao analise factorial é igual nas categorias de Q11_cargo_atual.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,043	Rejeitar a hipótese nula.
2	A distribuição de FAC2_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q11_cargo_atual.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,187	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de FAC3_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q11_cargo_atual.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,249	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de FAC4_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q11_cargo_atual.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,160	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de FAC5_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q11_cargo_atual.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,004	Rejeitar a hipótese nula.
6	A distribuição de FAC6_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q11_cargo_atual.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,433	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de FAC7_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q11_cargo_atual.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,041	Rejeitar a hipótese nula.
a. O nível de significância é ,050.				
b. A significância assintótica é exibida.				

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de FAC1_1_riscos_preocupacao analise factorial é igual nas categorias de Q12_cargos_ja_desempenhados.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,789	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de FAC2_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q12_cargos_ja_desempenhados.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,684	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de FAC3_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q12_cargos_ja_desempenhados.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,575	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de FAC4_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q12_cargos_ja_desempenhados.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,307	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de FAC5_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q12_cargos_ja_desempenhados.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,004	Rejeitar a hipótese nula.
6	A distribuição de FAC6_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q12_cargos_ja_desempenhados.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,982	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de FAC7_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q12_cargos_ja_desempenhados.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,025	Rejeitar a hipótese nula.
a. O nível de significância é ,050.				
b. A significância assintótica é exibida.				

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de FAC1_1_riscos_preocupacao analise factorial é igual nas categorias de Q12_cargos_ja_desempenhados.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,789	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de FAC2_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q12_cargos_ja_desempenhados.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,684	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de FAC3_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q12_cargos_ja_desempenhados.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,575	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de FAC4_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q12_cargos_ja_desempenhados.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,307	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de FAC5_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q12_cargos_ja_desempenhados.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,004	Rejeitar a hipótese nula.
6	A distribuição de FAC6_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q12_cargos_ja_desempenhados.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,982	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de FAC7_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q12_cargos_ja_desempenhados.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,025	Rejeitar a hipótese nula.
a. O nível de significância é ,050.				
b. A significância assintótica é exibida.				

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de FAC1_1_riscos_preocupacao analise factorial é igual nas categorias de Q18_numero_anos_como_farmaceutico_comunitario.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,378	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de FAC2_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q18_numero_anos_como_farmaceutico_comunitario.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,091	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de FAC3_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q18_numero_anos_como_farmaceutico_comunitario.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,959	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de FAC4_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q18_numero_anos_como_farmaceutico_comunitario.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,316	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de FAC5_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q18_numero_anos_como_farmaceutico_comunitario.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,259	Reter a hipótese nula.
6	A distribuição de FAC6_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q18_numero_anos_como_farmaceutico_comunitario.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,042	Rejeitar a hipótese nula.
7	A distribuição de FAC7_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q18_numero_anos_como_farmaceutico_comunitario.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,907	Reter a hipótese nula.
a. O nível de significância é ,050.				
b. A significância assintótica é exibida.				

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de FAC1_1_riscos_preocupacao analise factorial é igual nas categorias de Q19_numero_anos_inst_atual.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,338	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de FAC2_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q19_numero_anos_inst_atual.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,514	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de FAC3_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q19_numero_anos_inst_atual.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,501	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de FAC4_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q19_numero_anos_inst_atual.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,048	Rejeitar a hipótese nula.
5	A distribuição de FAC5_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q19_numero_anos_inst_atual.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,340	Reter a hipótese nula.
6	A distribuição de FAC6_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q19_numero_anos_inst_atual.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,081	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de FAC7_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q19_numero_anos_inst_atual.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,480	Reter a hipótese nula.
a. O nível de significância é ,050.				
b. A significância assintótica é exibida.				

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de FAC1_1_riscos_preocupacao analise factorial é igual nas categorias de Q20_numero_medio_horas_se_manais_trabalho.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,669	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de FAC2_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q20_numero_medio_horas_se_manais_trabalho.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,006	Rejeitar a hipótese nula.
3	A distribuição de FAC3_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q20_numero_medio_horas_se_manais_trabalho.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,633	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de FAC4_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q20_numero_medio_horas_se_manais_trabalho.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,384	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de FAC5_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q20_numero_medio_horas_se_manais_trabalho.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,014	Rejeitar a hipótese nula.
6	A distribuição de FAC6_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q20_numero_medio_horas_se_manais_trabalho.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,656	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de FAC7_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q20_numero_medio_horas_se_manais_trabalho.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,280	Reter a hipótese nula.
a. O nível de significância é ,050.				
b. A significância assintótica é exibida.				

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de FAC1_1_riscos_preocupacao analise factorial é igual nas categorias de Q8_trabalho_turnos_horarios_rotativos.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,339	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de FAC2_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q8_trabalho_turnos_horarios_rotativos.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,710	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de FAC3_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q8_trabalho_turnos_horarios_rotativos.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,278	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de FAC4_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q8_trabalho_turnos_horarios_rotativos.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,202	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de FAC5_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q8_trabalho_turnos_horarios_rotativos.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,000	Rejeitar a hipótese nula.
6	A distribuição de FAC6_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q8_trabalho_turnos_horarios_rotativos.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,122	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de FAC7_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q8_trabalho_turnos_horarios_rotativos.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,498	Reter a hipótese nula.
a. O nível de significância é ,050.				
b. A significância assintótica é exibida.				

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de FAC1_1_riscos_preocupacao analise factorial é igual nas categorias de Q9_trabalho_noturno.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,830	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de FAC2_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q9_trabalho_noturno.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,016	Rejeitar a hipótese nula.
3	A distribuição de FAC3_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q9_trabalho_noturno.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,126	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de FAC4_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q9_trabalho_noturno.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,421	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de FAC5_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q9_trabalho_noturno.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,000	Rejeitar a hipótese nula.
6	A distribuição de FAC6_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q9_trabalho_noturno.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,007	Rejeitar a hipótese nula.
7	A distribuição de FAC7_1_riscos_preocupacao é igual nas categorias de Q9_trabalho_noturno.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,189	Reter a hipótese nula.
a. O nível de significância é ,050.				
b. A significância assintótica é exibida.				

APÊNDICE XII: Correlação de Pearson relativamente aos fatores (fACP) dos determinantes com os (fACP) da exposição.

		Correlações																
		FAC1_1_dete rminantes análise factorial	FAC2_1_dete rminantes	FAC3_1_dete rminantes	FAC4_1_dete rminantes	FAC5_1_dete rminantes	FAC6_1_dete rminantes	FAC7_1_dete rminantes	FAC8_1_dete rminantes	FAC1_1_risc os_exposica o análise factorial	FAC2_1_risc os_exposica o	FAC3_1_risc os_exposica o	FAC4_1_risc os_exposica o	FAC5_1_risc os_exposica o	FAC6_1_risc os_exposica o	FAC7_1_risc os_exposica o	FAC8_1_risc os_exposica o	FAC9_1_risc os_exposica o
FAC1_1_determinantes análise factorial	Correlação de Pearson	1	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,037	-,029	-,016	,048	,158*	,119	,072	-,046	,039
	Sig. (2 extremidades)		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	,597	,678	,820	,495	,025	,094	,311	,519	,582
	N	370	370	370	370	370	370	370	370	201	201	201	201	201	201	201	201	201
FAC2_1_determinantes	Correlação de Pearson	,000	1	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,021	,033	,159*	,182**	,069	,319**	,022	,059	,144*
	Sig. (2 extremidades)	1,000		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	,772	,643	,025	,010	,331	,000	,753	,405	,041
	N	370	370	370	370	370	370	370	370	201	201	201	201	201	201	201	201	201
FAC3_1_determinantes	Correlação de Pearson	,000	,000	1	,000	,000	,000	,000	,000	,049	,070	,120	,254**	-,059	,011	-,071	,023	-,006
	Sig. (2 extremidades)	1,000	1,000		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	,493	,325	,089	,000	,408	,879	,316	,749	,929
	N	370	370	370	370	370	370	370	370	201	201	201	201	201	201	201	201	201
FAC4_1_determinantes	Correlação de Pearson	,000	,000	,000	1	,000	,000	,000	,000	,091	,170*	-,010	,001	,091	-,057	-,111	,024	,114
	Sig. (2 extremidades)	1,000	1,000	1,000		1,000	1,000	1,000	1,000	,199	,016	,885	,991	,201	,419	,117	,731	,108
	N	370	370	370	370	370	370	370	370	201	201	201	201	201	201	201	201	201
FAC5_1_determinantes	Correlação de Pearson	,000	,000	,000	,000	1	,000	,000	,000	,060	-,005	-,022	-,061	,066	-,030	,070	,031	-,017
	Sig. (2 extremidades)	1,000	1,000	1,000	1,000		1,000	1,000	1,000	,398	,948	,759	,389	,348	,675	,325	,667	,813
	N	370	370	370	370	370	370	370	370	201	201	201	201	201	201	201	201	201
FAC6_1_determinantes	Correlação de Pearson	,000	,000	,000	,000	,000	1	,000	,000	-,019	-,006	,086	,099	-,238**	,050	,001	-,136	,040
	Sig. (2 extremidades)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000		1,000	1,000	,788	,936	,225	,163	,001	,479	,987	,054	,572
	N	370	370	370	370	370	370	370	370	201	201	201	201	201	201	201	201	201
FAC7_1_determinantes	Correlação de Pearson	,000	,000	,000	,000	,000	,000	1	,000	,226**	,168*	,162*	,003	,089	,094	,087	,212**	,205**
	Sig. (2 extremidades)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000		1,000	,001	,017	,022	,962	,207	,183	,222	,003	,003
	N	370	370	370	370	370	370	370	370	201	201	201	201	201	201	201	201	201
FAC8_1_determinantes	Correlação de Pearson	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	1	,129	,217**	,165*	,223**	,125	,147*	,180*	,112	-,097
	Sig. (2 extremidades)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000		,067	,002	,019	,001	,078	,037	,011	,114	,169
	N	370	370	370	370	370	370	370	370	201	201	201	201	201	201	201	201	201
FAC1_1_riscos_exposica o análise factorial	Correlação de Pearson	,037	,021	,049	,091	,060	-,019	,226**	,129	1	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	Sig. (2 extremidades)	,597	,772	,493	,199	,398	,788	,001	,067		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	N	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201
FAC2_1_riscos_exposica o	Correlação de Pearson	-,029	,033	,070	,170*	-,005	-,006	,168*	,217**	,000	1	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	Sig. (2 extremidades)	,678	,643	,325	,016	,948	,936	,017	,002	1,000		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	N	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201
FAC3_1_riscos_exposica o	Correlação de Pearson	-,016	,159*	,120	-,010	-,022	,086	,162*	,165*	,000	,000	1	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	Sig. (2 extremidades)	,820	,025	,089	,885	,759	,225	,022	,019	1,000	1,000		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	N	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201
FAC4_1_riscos_exposica o	Correlação de Pearson	,048	,182**	,254**	,001	-,061	,099	,003	,223**	,000	,000	,000	1	,000	,000	,000	,000	,000
	Sig. (2 extremidades)	,495	,010	,000	,991	,389	,163	,962	,001	1,000	1,000	1,000		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	N	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201
FAC5_1_riscos_exposica o	Correlação de Pearson	,158*	,069	-,059	,091	,066	-,238**	,089	,125	,000	,000	,000	,000	1	,000	,000	,000	,000
	Sig. (2 extremidades)	,025	,331	,408	,201	,348	,001	,207	,078	1,000	1,000	1,000	1,000		1,000	1,000	1,000	1,000
	N	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201
FAC6_1_riscos_exposica o	Correlação de Pearson	,119	,319*	,011	-,057	-,030	,050	,094	,147*	,000	,000	,000	,000	,000	1	,000	,000	,000
	Sig. (2 extremidades)	,094	,000	,879	,419	,675	,479	,183	,037	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000		1,000	1,000	1,000
	N	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201
FAC7_1_riscos_exposica o	Correlação de Pearson	,072	,022	-,071	-,111	,070	,001	,087	,180*	,000	,000	,000	,000	,000	,000	1	,000	,000
	Sig. (2 extremidades)	,311	,753	,316	,117	,325	,987	,222	,011	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000		1,000	1,000
	N	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201
FAC8_1_riscos_exposica o	Correlação de Pearson	-,046	,059	,023	,024	,031	-,136	,212**	,112	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	1	,000
	Sig. (2 extremidades)	,519	,405	,749	,731	,667	,054	,003	,114	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000		1,000
	N	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201
FAC9_1_riscos_exposica o	Correlação de Pearson	,039	,144*	-,006	,114	-,017	,040	,205**	-,097	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	1
	Sig. (2 extremidades)	,582	,041	,929	,108	,813	,572	,003	,169	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
	N	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

APÊNDICE XIII: Correlação de Pearson relativamente aos fatores (fACP) dos determinantes com os (fACP) da preocupação.

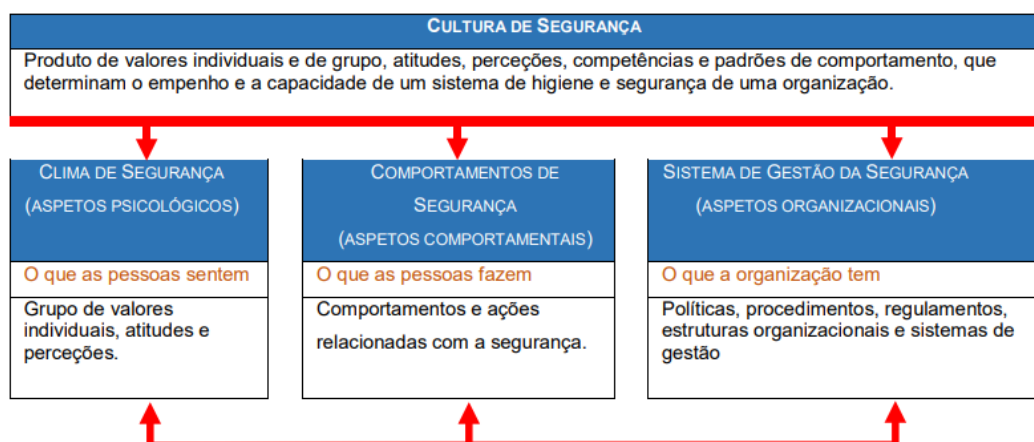
		Correlações														
		FAC1_1_dete rminantes análise factorial	FAC2_1_dete rminantes	FAC3_1_dete rminantes	FAC4_1_dete rminantes	FAC5_1_dete rminantes	FAC6_1_dete rminantes	FAC7_1_dete rminantes	FAC8_1_dete rminantes	FAC1_1_risc os_preocupa cao análise factorial	FAC2_1_risc os_preocupa cao	FAC3_1_risc os_preocupa cao	FAC4_1_risc os_preocupa cao	FAC5_1_risc os_preocupa cao	FAC6_1_risc os_preocupa cao	FAC7_1_risc os_preocupa cao
FAC1_1_determinantes análise factorial	Correlação de Pearson	1	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,090	,100	-,039	,061	,063	-,005	-,037
	Sig. (2 extremidades)		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	,117	,080	,494	,284	,274	,935	,517
	N	370	370	370	370	370	370	370	370	370	307	307	307	307	307	307
FAC2_1_determinantes	Correlação de Pearson	,000	1	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,028	,211**	,001	,142*	,213**	,069	-,140*
	Sig. (2 extremidades)	1,000		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	,621	,000	,993	,012	,000	,231	,014
	N	370	370	370	370	370	370	370	370	307	307	307	307	307	307	307
FAC3_1_determinantes	Correlação de Pearson	,000	,000	1	,000	,000	,000	,000	,000	-,013	,099	,085	,050	,087	,064	-,091
	Sig. (2 extremidades)	1,000	1,000		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	,815	,082	,139	,382	,127	,264	,110
	N	370	370	370	370	370	370	370	370	307	307	307	307	307	307	307
FAC4_1_determinantes	Correlação de Pearson	,000	,000	,000	1	,000	,000	,000	,000	,071	,060	,055	-,090	,037	-,099	,025
	Sig. (2 extremidades)	1,000	1,000	1,000		1,000	1,000	1,000	1,000	,212	,293	,341	,117	,518	,084	,659
	N	370	370	370	370	370	370	370	370	307	307	307	307	307	307	307
FAC5_1_determinantes	Correlação de Pearson	,000	,000	,000	,000	1	,000	,000	,000	,070	,047	-,076	-,053	,009	-,073	-,030
	Sig. (2 extremidades)	1,000	1,000	1,000	1,000		1,000	1,000	1,000	,222	,408	,183	,358	,870	,203	,604
	N	370	370	370	370	370	370	370	370	307	307	307	307	307	307	307
FAC6_1_determinantes	Correlação de Pearson	,000	,000	,000	,000	,000	1	,000	,000	-,004	-,042	-,037	,116*	,102	,081	-,065
	Sig. (2 extremidades)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000		1,000	1,000	,943	,465	,518	,043	,073	,155	,256
	N	370	370	370	370	370	370	370	370	307	307	307	307	307	307	307
FAC7_1_determinantes	Correlação de Pearson	,000	,000	,000	,000	,000	,000	1	,000	,241**	,189**	,069	-,003	,066	,096	,145*
	Sig. (2 extremidades)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000		1,000	,000	,001	,228	,958	,250	,093	,011
	N	370	370	370	370	370	370	370	370	307	307	307	307	307	307	307
FAC8_1_determinantes	Correlação de Pearson	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	1	,160**	,083	,234**	,252**	,170**	,044	,071
	Sig. (2 extremidades)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000		,005	,148	,000	,000	,003	,444	,215
	N	370	370	370	370	370	370	370	370	307	307	307	307	307	307	307
FAC1_1_riscos_preocup acao análise factorial	Correlação de Pearson	,090	,028	-,013	,071	,070	-,004	,241**	,160**	1	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	Sig. (2 extremidades)	,117	,621	,815	,212	,222	,943	,000	,005		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	N	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307
FAC2_1_riscos_preocup acao	Correlação de Pearson	,100	,211**	,099	,060	,047	-,042	,189**	,083	,000	1	,000	,000	,000	,000	,000
	Sig. (2 extremidades)	,080	,000	,082	,293	,408	,465	,001	,148	1,000		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	N	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307
FAC3_1_riscos_preocup acao	Correlação de Pearson	-,039	,001	,085	,055	-,076	-,037	,069	,234**	,000	,000	1	,000	,000	,000	,000
	Sig. (2 extremidades)	,494	,993	,139	,341	,183	,518	,228	,000	1,000	1,000		1,000	1,000	1,000	1,000
	N	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307
FAC4_1_riscos_preocup acao	Correlação de Pearson	,061	,142*	,050	-,090	-,053	,116*	-,003	,252**	,000	,000	,000	1	,000	,000	,000
	Sig. (2 extremidades)	,284	,012	,382	,117	,358	,043	,958	,000	1,000	1,000	1,000		1,000	1,000	1,000
	N	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307
FAC5_1_riscos_preocup acao	Correlação de Pearson	,063	,213**	,087	,037	,009	,102	,066	,170**	,000	,000	,000	,000	1	,000	,000
	Sig. (2 extremidades)	,274	,000	,127	,518	,870	,073	,250	,003	1,000	1,000	1,000	1,000		1,000	1,000
	N	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307
FAC6_1_riscos_preocup acao	Correlação de Pearson	-,005	,069	,064	-,099	-,073	,081	,096	,044	,000	,000	,000	,000	,000	1	,000
	Sig. (2 extremidades)	,935	,231	,264	,084	,203	,155	,093	,444	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000		1,000
	N	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307
FAC7_1_riscos_preocup acao	Correlação de Pearson	-,037	-,140*	-,091	,025	-,030	-,065	,145*	,071	,000	,000	,000	,000	,000	,000	1
	Sig. (2 extremidades)	,517	,014	,110	,659	,604	,256	,011	,215	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
	N	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307	307

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

ANEXOS

ANEXO I: Modelo Cultura de Segurança



Fonte: Martins (2021), *cit in* HSE (2005)

ANEXO II: Fatores geralmente utilizados para explicar a percepção do risco.

FACTORES RELACIONADOS AO TIPO DE PERIGO

Catástrofe potencial	Capaz de causar alto número de mortos/lesionados no tempo, ou em relação com um só evento, em comparação com os riscos normais.
Aceitação voluntária	Involuntário
Grau de controlo	Incontrolável
Conhecimento	Pouco conhecido para o indivíduo
Incerteza científica	Pouco conhecido ou desconhecido cientificamente
Controvérsia	Incerta, existem distintas opiniões sobre o risco
Medo	Terrível, medo pelo tipo de consequências
História	Recorrente, ocorrência prévia de acidentes
Surgimento dos efeitos	Repentina, falta de advertências prévias ou importantes efeitos imediatos
Reversibilidade	Irreversível, as consequências não podem ser reguladas ou remediadas

FACTORES RELACIONADOS AO CONTEXTO SOCIAL

Equidade	Baseada em uma injusta distribuição de riscos e benefícios
Benefícios	Incerteza no que respeita a benefícios
Confiança	Estimada por técnicos inexperientes ou não confiáveis
Meios de comunicação	Altamente exposto e apresentado emocionalmente nos meios de comunicação
Crianças envolvidas	Envolvendo crianças ou fetos
Gerações futuras	Afecta as futuras gerações de forma injusta ou irrevogável
Identidade da vítima	Causa dano a alguém conhecido ou querido

FACTORES RELACIONADOS COM O CONTEXTO DAS OPINIÕES SOBRE O RISCO OU SOBRE AS PONDERAÇÕES

Grupo de risco	Ponderações de risco para outros e não para um só
Definição de risco	Ênfase sobre as consequências em contraste com as probabilidades
Marco contextual	Estreitamente relacionado no tempo com uma experiência pessoal negativa

FACTORES RELACIONADOS COM CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS

Género	As mulheres expressam mais alta percepção do risco do que os homens
Educação	Pessoas com menor educação emitem geralmente estimativas mais altas
Idade	As pessoas mais velhas geralmente emitem estimativas mais altas
Habilitações	As pessoas com menores habilitações geralmente emitem estimativas mais altas
Sensibilidade psicológica	As pessoas mais ansiosas geralmente emitem estimativas mais altas

Fonte: adaptado de Sjöberg e Drotz-Sjöberg (1994)

ANEXO III: Questionário sobre Percepção de Risco e atitudes face aos Riscos Profissionais

Questionário Sobre Percepção e Atitudes Face a Riscos Profissionais (Pereira, 2010)

Este questionário pretende conhecer os teus pontos de vista relativamente à segurança no teu trabalho.

Não existem respostas erradas ou certas. Lê com atenção e assinala a resposta que mais se aproxima da tua forma de pensar cada questão.

As afirmações estão no género masculino por uma questão prática, e aplicam-se igualmente aos dois sexos. O questionário é totalmente anónimo e confidencial.

Obrigado pela participação

**No questionário estão assinaladas notas em relação aos itens excluídos durante a primeira fase de tratamento de dados. Estão também discriminados para cada grupo de itens o fator determinante da Percepção correspondente. Nos riscos específicos deve se ter em conta que os dados foram tratados em 5 grupos: Riscos específicos (geral), e grupos de riscos físicos, químicos, ergonómicos e de acidente. Estes grupos estão devidamente assinalados pelas cores conforme legenda correspondente.*

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Preencha, por favor, os seguintes dados de modo a permitir-nos caracterizar esta obra.

Relembramos que será garantido, em absoluto, o anonimato e a confidencialidade das suas respostas.

1. Nacionalidade: _____ 2. Sexo: _____ 3. Idade: _____
4. Estado Civil: _____ 5. Nº de Pessoas que compõem o Agregado familiar: _____
5. Habilitações Escolares: _____ 6. Profissão: _____
7. Empresa: Empregador Geral ☐ Subempregador ☐ Trabalho Temporário ☐
8. Antiguidade na empresa: _____ 9. Há quanto tempo trabalha na atual função: _____
10. Qual a atividade/função nesta empreitada? _____
11. O seu contrato de trabalho é: Permanente ☐ Temporário ☐
12. Já sofreu acidentes de trabalho? Sim ☐ Não ☐
13. Se sim, esse acidente foi: Ligeiro ☐ Grave ☐ Muito Grave ☐
14. Já presenciou acidentes de trabalho com gravidade? Sim ☐ Não ☐

	Responde as questões em função de uma escala de 1 a 7, em que: 1 - Significa discordo totalmente 7 – Significa concordo totalmente							
	Relativamente à segurança, eu sinto que... Procura de experiências	1	2	3	4	5	6	7
1.	Quando corro riscos experimento sensações agradáveis.							
2.	Ao correr riscos melhoro a minha autoconfiança.							
3.	Correr riscos é uma oportunidade de testar os meus limites.							
4.	Quando arrisco isso dá-me alguma satisfação.							
	Relativamente à segurança, considero que... Inercia, falta de tempo ou meios	1	2	3	4	5	6	7
5.	Cuidados acrescidos em termos de segurança exige demasiado esforço. <i>(item excluído)</i>							
6.	O pouco tempo que é dado para fazer as coisas leva-me, por vezes, a facilitar em termos de segurança.							
7.	A falta de equipamentos leva-me, por vezes, a arriscar em termos de segurança.							
8.	Por vezes, não uso o equipamento de proteção porque isso me incomoda. <i>(item excluído)</i>							
	Relativamente à segurança, estou convicto que... Estimativa do risco	1	2	3	4	5	6	7
9.	Não terei consequências graves dos riscos que corro. <i>(item excluído)</i>							
10.	Os riscos com que trabalho podem afetar muitas pessoas.							
11.	O meu trabalho é, por vezes, muito arriscado.							
12.	O meu trabalho acarreta riscos para a saúde.							
13.	O meu trabalho é seguro. <i>(item excluído)</i>							
14.	Por vezes realizo tarefas perigosas.							
15.	Os riscos com que lido só me poderão afetar a mim. <i>(item excluído)</i>							
	Relativamente à segurança, tendo a... Voluntarismo	1	2	3	4	5	6	7
16.	Ter menos receio dos riscos que decido enfrentar do que daqueles a que sou obrigado. <i>(item excluído)</i>							

17.	Quando sou eu a controlar o risco, arrisco-me mais do que quando são outros.							
18.	Aventurar-me mais quando sou eu a escolher os riscos que vou correr.							
	Relativamente à segurança, parece-me que... Conhecimento/Novidade	1	2	3	4	5	6	7
19.	Tendo a facilitar mais, quando lido com situações que conheço, do que quando são novas para mim.							
20.	Quando enfrento um perigo pela primeira vez tendo a tomar mais precauções, do que nas vezes seguintes.							
21.	Tenho mais receio dos riscos que conheço mal, do que daqueles a que já estou habituado. <i>(item excluído)</i>							
	Relativamente à segurança, eu sinto que... Ilusão de controlo	1	2	3	4	5	6	7
22.	Conheço e domino muito bem os riscos relacionados com o meu trabalho.							
23.	Arrisco porque sei que domino bem a situação. <i>(item excluído)</i>							
24.	Controlo bem os riscos associados ao meu trabalho.							
	Relativamente à segurança, considero que... Número de indivíduos afetados	1	2	3	4	5	6	7
25.	Tomo mais precauções quando os riscos podem afetar também outras pessoas.							
26.	Tenho mais receio dos perigos que podem afetar mais pessoas do que daqueles que só me podem afetar a mim.							
27.	Tomo mais cautelas quando lido com perigos que podem afetar mais pessoas.							
	Relativamente à segurança, eu sinto que... Severidade/efeito imediato ou remoto	1	2	3	4	5	6	7
28.	Tenho mais cuidados com os riscos que podem causar problemas imediatos do que com aqueles que só podem causar doenças, passado muito tempo.							
29.	As consequências a longo prazo preocupam-me pouco.							
30.	São mais atemorizadores os riscos que podem conduzir a problemas imediatos do que aqueles que só o podem fazer a longo prazo.							
	Relativamente à segurança, parece-me que...	1	2	3	4	5	6	7

	Memorização							
31.	Tenho mais cuidado face a riscos com que já tive um acidente ou estive quase a ter.							
32.	Os riscos que podem ter efeitos a longo prazo estão menos presentes na minha memória.							
33.	Tomo mais precauções sobre riscos cujas consequências estão mais presentes na minha memória.							
34.	Muitas vezes não utilizo equipamentos de segurança porque não me lembro deles.							
35.	Tendo a facilitar mais quando não tenho bem presente as possíveis consequências do risco.							
	Relativamente à segurança, eu sei que... Ancoragem/Supressão	1	2	3	4	5	6	7
36.	Quando estou convicto sobre como devo proceder face a determinado perigo, dificilmente mudo de opinião. (item excluído)							
37.	Tendo a ignorar informação sobre riscos em que acredito pouco.							
38.	Só presto atenção aos perigos que me convencem.							
39.	Depois de ter criado uma ideia do risco que corro é difícil modificá-la.							
	Relativamente à segurança, eu sou de opinião que... Negação	1	2	3	4	5	6	7
40.	Tendo a dar pouca importância a riscos que não posso controlar.							
41.	Não vale a pena preocupar-nos com os riscos que dependem dos outros.							
42.	Vale mais estar descontraído do que preocupado com eventualidades. (item excluído)							
	Relativamente à segurança, cá para mim... Irrelevância de evitar o risco	1	2	3	4	5	6	7
43.	O futuro é demasiado obscuro para que eu me preocupe muito com a minha vida.							
44.	A minha saúde e segurança não são importantes.							
45.	Estou pouco preocupado com o que me possa acontecer.							

	Relativamente à segurança, tenho a sensação que...	1	2	3	4	5	6	7
	Retrospectiva							
46.	Às vezes quando, me lembro de alguns acontecimentos sinto que corri um risco maior do que pensava na altura.							
47.	Quando olho para trás verifico que corri riscos de trabalho que não devia.							
48.	Em muitas alturas poderia ter procedido com mais segurança. (item excluído)							
	Relativamente à segurança, creio que...	1	2	3	4	5	6	7
	Recompensas							
49.	Sinto-me melhor quando decido correr riscos para evitar situações menos confortáveis.							
50.	Há pessoas que valorizam o risco que corro. (item excluído)							
51.	Agrada-me correr alguns riscos e sentir que me dão apreço por isso.							
52.	Corro riscos no trabalho porque para mim é a forma mais fácil de fazer as coisas.							
	Relativamente à segurança, muitas vezes sinto que...	1	2	3	4	5	6	7
	Compensação do risco percebido							
53.	Quando uso equipamentos de proteção sinto-me mais seguro e por isso posso arriscar mais.							
54.	Muitas vezes sinto que o uso de EPI nos permite arriscar mais.							
55.	Por vezes, quando estou com equipamento de proteção faço coisas que envolvem mais risco.							
56.	Com equipamentos de proteção podemos ter comportamentos mais destemidos. (item excluído)							
	Relativamente à segurança, tenho a sensação que...	1	2	3	4	5	6	7
	Teoria da reatância/Resistência							
57.	Tendo a cumprir mais as regras de segurança quando estou a ser observado.							
58.	Não cumprir com algumas regras de segurança dá-me um sentimento de maior liberdade.							

59.	Em questões de segurança gosto de me guiar pela minha cabeça e não por aquilo que me querem impor. (item excluído)							
60.	Tendo a usar mais o vestuário de proteção quando estou a ser observado.							
	Relativamente à segurança, eu sinto que... Influência social	1	2	3	4	5	6	7
61.	Para mim é importante ser aceite pelos outros.							
62.	Tendo a proceder de acordo com aquilo que o meu grupo de colegas pensa.							
63.	A opinião dos meus colegas é importante para mim.							
64.	Os meus colegas me incentivam a correr riscos.							
65.	Quero ser igual aos meus colegas.							
66.	Não quero ser visto como um covarde.							
67.	Estou mais forte quando os meus colegas apoiam o modo como lido com os riscos.							
	Relativamente à segurança, eu sinto que... Sobre confiança	1	2	3	4	5	6	7
68.	Sou mais confiante do que outros.							
69.	Sou uma pessoa muito capaz.							
70.	Sou mais independente que a maioria das pessoas.							
71.	Gosto de impressionar os outros. (item excluído)							
72.	Tenho mais capacidade de controlo que a maioria.							
73.	Posso influenciar os outros.							
	Estou convencido que... Atração pelo risco	1	2	3	4	5	6	7
74.	Tenho corrido riscos nos tempos livres (por exemplo, subir a locais perigosos, mergulhar).							
75.	Tenho corrido riscos para a saúde (por exemplo, tabaco, má alimentação, consumo de álcool elevado).							
76.	Tenho corrido riscos financeiros (por exemplo, compras arriscadas, jogos de azar).							
77.	Tenho corrido riscos de segurança (por exemplo, conduzir a alta velocidade, usar bicicleta sem travões).							
78.	Tenho corrido riscos sociais (por exemplo, desafiando publicamente regras ou decisões).							
79.	De uma forma geral, estou muito disposto/a a assumir riscos.							

80.	Gosto de correr riscos quando estou a trabalhar.						
81.	Aqueles que me conhecem dizem que eu corro riscos muitas vezes.						
82.	Às vezes eu gosto de fazer coisas que metem um bocado de medo.						
	Relativamente à segurança, do meu ponto de vista...	1	2	3	4	5	6
	Locus de controlo						
83.	Muito do que me acontece é, provavelmente, uma questão de sorte.						
84.	O que acontece comigo depende de mim próprio.						
85.	Quando eu faço planos, sei que os posso executar.						
86.	Sou eu que determino o meu destino.						
87.	Parece-me que aquilo que tiver que acontecer, acontecerá, tomemos nós as precauções que tomarmos.						
88.	Os acidentes acontecem consoante estamos numa maré de sorte ou azar.						
89.	Não importa preocupar-nos com os acidentes, porque o que tiver que acontecer acontece mesmo.						
	Cá para mim...	1	2	3	4	5	6
	Mudanças						
90.	As alterações são sempre negativas.						
91.	Raramente mudo a forma como vejo as coisas.						
92.	Quando sou informado de mudanças de planos, fico um pouco tenso.						
93.	As mudanças são um verdadeiro aborrecimento para mim.						
94.	Eu não mudo facilmente o meu modo de pensar.						
	Na verdade...	1	2	3	4	5	6
	Impulsividade						
95.	Sou uma pessoa impulsiva.						
96.	Conheci pessoas que me forçaram tanto, que chegámos a vias de facto.						
97.	Tenho um temperamento explosivo.						
98.	Costumo pensar cuidadosamente antes de fazer qualquer coisa. (item excluído)						
99.	Sinto-me furioso quando sou criticado.						
100.	Tendo a perder o controlo.						

101	Sou uma pessoa de cabeça quente.						
102	Irrito-me com facilidade.						
103	Costumo fazer coisas, no calor do momento, de que me venho a arrepender.						
104	Sou tão entusiasmado por ideias novas, que não penso nas consequências.						
	Relativamente à segurança, eu sinto que...	1	2	3	4	5	6
	Ansiedade						
105	Fico muitas vezes nervoso.						
106	Sinto-me muitas vezes angustiado(a).						
107	Sinto-me pouco tranquilo.						
108	Sou "calmo e bem-disposto".						
109	Sinto que as dificuldades se acumulam e não posso superá-las.						
110	Sou feliz.						
111	Falta-me a autoconfiança.						
112	Há pensamentos que atravessam a minha mente e me incomodam.						
113	As deceções abatem-me. (item excluído)						

Grau de exposição a riscos específicos

De seguida pedimos que avalies o nível a que consideras estar exposto aos riscos descritos, no dia a dia de trabalho.

Sendo:

1 - Nenhuma exposição ao risco descrito

7 – Exposição extrema ao risco descrito

Nota: Não são apresentados os riscos específicos porque não tem qualquer relação com os do trabalho em estudo.

Nível de preocupação com riscos específicos

De seguida pedimos que avalies a forma como te preocupam os riscos descritos, no teu dia a dia de trabalho.

Sendo:

1 - Nenhuma preocupação com o risco descrito

7 – Preocupação extrema com o risco descrito

Grata pela sua colaboração!

Fonte: Adaptado de Pereira (2010).

ANEXO IV: Resultados do estudo “Perceptions of working conditions and safety concerns in community pharmacy”

- Apenas 27,9% dos entrevistados concordaram que estavam satisfeitos com a sua posição atual. Apenas 36,9% dos entrevistados concordaram que ainda escolheriam ser farmacêutico se pudessem fazer tudo de novo, embora 97,2% concordaram que gostariam de ser farmacêuticos se pudessem exercer num ambiente ideal.
- Os entrevistados identificaram preocupações de segurança tanto a nível organizacional como extra organizacional. As preocupações de segurança identificadas pelos farmacêuticos incluíam domínios centrais do ponto de vista estrutural e organizacional, (1) liderança e (2) estrutura organizacional; e domínios de processo (1) desenho do trabalho, (2) ênfase na qualidade, (3) supervisão e (4) relações interpessoais. Surgiram dois temas adicionais que não se enquadravam dentro do modelo integrativo adaptado. Esses temas foram de natureza extra organizacional e incluiu: (1) expectativas e 2) remuneração.
- Apesar de muitos entrevistados indicarem que o volume e o ritmo de trabalho não eram seguros, abordar questões com liderança não era visto como uma opção devido ao medo de perder o emprego.
- Os entrevistados também perceberam que a gestão corporativa/empresarial apresentava valores alinhados apenas com as finanças crescimento e produtividade.
- Os entrevistados consideraram que a rapidez era mais importante para a gestão do que o aconselhamento e a avaliação da adequação do uso de medicamentos.
- Muitos entrevistados relataram que a comunicação da gestão corporativa era feita por meio de teleconferências que aconteciam durante o período de folga, pelo quais eles não eram remunerados; ou durante o horário de trabalho, exigindo várias tarefas em simultâneo.
- Os participantes sentiram que a carga de trabalho era demasiado exigente. Os entrevistados também indicaram que não tinham tempo ou pessoal adequado para concluir todas as tarefas atribuídas. Muitos também identificaram longas horas de trabalho, abuso verbal dos utentes, pressão constante para atuar em um nível inatingível, e a falta de pausas são tão negativamente afetando a segurança dos funcionários.
- Os participantes sentiram que não são reconhecidos pelos seus superiores pela qualidade do trabalho que realizam, mas apenas criticados quando ficam aquém das expectativas.

- Os entrevistados sentiram que o público não tinha expectativas razoáveis em relação aos serviços de farmácia. Muitos sentiram os utentes acreditam que os processos farmacêuticos devem ser semelhantes ao modo como funcionam restaurantes de *fast food*.
- No geral, os farmacêuticos comunitários tiveram percepções negativas das suas condições de trabalho. A maioria dos farmacêuticos entrevistados temia ser disciplinado direta ou indiretamente para abordar questões de segurança com a gestão. Alguns entrevistados temiam perder o emprego se trouxessem preocupações sobre as condições de trabalho.
- O reembolso/salário e expectativas pouco claras ou irrealistas, podem estar a contribuir para a percepção de stress no trabalho entre farmacêuticos comunitários.
- Os gestores e os farmacêuticos podem ter expectativas diferentes relativamente ao papel principal das farmácias comunitárias; olhar as farmácias comunitárias apenas como um negócio, em vez do que um local para prestação de cuidados de saúde pode impactar o clima da empresa e as condições de trabalho.
- Os problemas mais comuns e urgentes contribuindo para más condições de trabalho e preocupações de segurança estavam dentro do domínio do processo, incluindo aqueles relacionados a volume de prescrição, interrupções e distrações, multitarefa e nível de responsabilidade. Além da carga de trabalho, os entrevistados indicaram que o layout físico da farmácia os tornava vulnerável a distrações de técnicos e utentes, bem como colocaram em risco a sua própria segurança ao expô-los a potenciais roubos nas farmácias.
- Apesar da maioria dos farmacêuticos inquiridos (72,1%) não estando satisfeitos com sua posição atual, a maioria (97,2%) gostaria de ser farmacêutico se pudesse exercer a profissão em um cenário ideal. As percepções são em grande parte devidas às condições de trabalho e não a própria profissão.
- Os farmacêuticos que deixaram a farmácia comunitária nos últimos 6 meses estão significativamente mais satisfeitos com sua nova posição do que aqueles que ainda praticam no ambiente comunitário no momento da conclusão da pesquisa (Clabaugh, Beal & Plake, 2021).

ANEXO V: Tarefas e Competências do Farmacêutico Comunitário

(Ordem dos Farmacêuticos, 2020, A Farmácia Comunitária; Lei n.º 131/2015 de 4 de setembro; Orientações para a Revisão da Medicação, 2021; Boas Práticas de Farmácia Comunitária, 2015)

- Gestão e otimização da terapêutica periódica e enquadrada num plano contínuo com vista ao alcance de objetivos terapêuticos, identificação e resolução ou prevenção de problemas relacionados com medicamentos, passando assim a denominar-se cuidados farmacêuticos ou acompanhamento farmacoterapêutico. Este é um serviço de elevada complexidade e que pressupõe uma corresponsabilidade do farmacêutico, do médico e da pessoa com doença pela obtenção dos melhores resultados para a saúde deste último. São processos estruturados que, de acordo com a farmácia, se poderão organizar de uma forma mais direcionada para pessoas com terapêuticas crónicas em geral, ou para grupos específicos de patologias, nomeadamente a diabetes, asma/doença pulmonar obstrutiva crónica ou hipertensão/dislipidémia.

- Revisão da medicação, a qual poderá ser feita de forma isolada recorrendo unicamente ao histórico farmacoterapêutico da farmácia, ou articulada com a medicação proveniente de outras fontes, favorecendo-se nesse caso a entrada para outro serviço, que é o da reconciliação da terapêutica. Este último revela-se particularmente útil em pessoas que transitam entre diferentes níveis de cuidados, nomeadamente o hospital e os cuidados continuados.

- Promoção da utilização de medicamentos genéricos, a qual atualmente se encontra igualmente cofinanciada pelo SNS, tendo um papel importante na promoção da adesão à terapêutica quando a não adesão se relaciona com questões económico-financeiras, bem como um papel determinante no acesso à inovação pelo facto de permitir poupanças importantes ao SNS.

- Promoção do autocuidado e a orientação do cidadão na utilização de medicamentos que recorrem a dispositivos médicos para uma correta administração, tarefa determinante para a otimização da terapêutica.

- Encaminhamento do doente para diversos programas de adesão à terapêutica, disponíveis em vários formatos, desde o envio de alertas (via SMS, por exemplo) até à preparação individualizada da medicação.

- Na área da Saúde Pública, é relevante o contributo dos farmacêuticos na preservação do ambiente, através da participação em diversos programas de reciclagem (e.g. campanha de recolha de radiografias) ou de gestão de resíduos (e.g. recolha de medicamentos fora de uso), bem como a participação em programas que versam os

comportamentos aditivos e dependências e o envolvimento em programas de minimização de danos. Desde 2017 que este serviço começou a ser remunerado pelo SNS.

A prevenção da doença e suas complicações passa pela identificação de fatores de risco e referenciação atempada para cuidados médicos especializados e adequados à situação em causa, para que, se pertinente, possa haver instituição de terapêutica. Praticamente em todas as farmácias portuguesas, os cidadãos podem a qualquer hora do dia entrar e sem marcação fazer a determinação da sua pressão arterial, glicémia, colesterol, índice de massa corporal, débito expiratório máximo instantâneo ou calcular o seu risco cardiovascular, entre muitos outros testes mais recentes que têm vindo progressivamente a ser implementados. O incentivo à adoção de comportamentos mais saudáveis tem também sido uma área cada vez mais abraçada pelos farmacêuticos, começando já a ser frequentes as farmácias que dispõem do serviço de cessação tabágica, por exemplo. As farmácias e os farmacêuticos comunitários estão empenhados em disponibilizar cada vez mais serviços essenciais à saúde do utente, quer na vertente preventiva quer na vertente terapêutica. Os farmacêuticos têm de fato como responsabilidade profissional assegurar que os doentes retiram o maior benefício terapêutico dos seus tratamentos pelo uso de medicamentos Lei n.º 131/2015 de 4 de setembro; Orientações para a Revisão da Medicação, 2021; Boas Práticas de Farmácia Comunitária, 2015).

Aos farmacêuticos comunitários está imputado o conceito de DPC (Desenvolvimento Profissional Contínuo, que pode ser definido como a responsabilidade individual dos farmacêuticos com a atualização permanente e o desenvolvimento sistemático de conhecimentos, competências e aptidões ao longo da sua vida ativa. Em linha com as recomendações de organizações internacionais, designadamente da Federação Internacional Farmacêutica (FIP), a Ordem dos Farmacêuticos desenvolveu um modelo de Desenvolvimento Profissional Contínuo que transfere para cada farmacêutico a responsabilidade profissional para com a atualização de conhecimentos e formação contínua, respondendo assim às necessidades em saúde, em constante mutação, dos doentes e dos cidadãos em geral (Ordem dos farmacêuticos, 2020, Desenvolvimento Profissional Contínuo).

ANEXO VI: Repercussões do Stress a nível individual e organizacional

A nível Individual	A nível organizacional
Dores de cabeça	Aumento da taxa de rotação de pessoal
Perturbações do sono	Aumento da taxa de absentismo
Irritabilidade e instabilidade emocional	Menor rendimento e produtividade
Cansaço e insónias	Maior número de acidentes de trabalho
Hipertensão arterial	Incumprimentos de horários
Desmotivação e menor desempenho	Desempenho reduzido
Dificuldades de memória e concentração	Insatisfação profissional
Consumo de substâncias psicoativas	Aumento dos custos relacionados com a prestação de cuidados de saúde
Isolamento social	Dificuldade na tomada de decisões
Absentismo	Aumento de baixas médicas
Insegurança e Ansiedade	Reformas antecipadas
Depressão e Tristeza	Custos relativos à substituição de trabalhadores
Perturbações gástricas e Cardiovasculares	
Perturbações alimentares	
Falta de autocontrolo, Violência e Suicídio	

Fonte: Adaptado UGT (2020)

ANEXO VII: Fatores indutores do stress no trabalho

Caraterísticas do trabalho	Fatores de risco
Conteúdo do Trabalho	Falta de variedade, trabalho repetitivo, com ritmos curtos e acelerados, que exige elevada precisão e provoca posturas desadequadas. Subutilização de competências e baixa valorização das tarefas. Recursos insuficientes.
Sobrecarga e ritmo de trabalho	Volume de trabalho excessivo ou reduzido. Elevados níveis de pressão impostos pelos prazos definidos para as tarefas. Realização de tarefas de difícil execução num tempo reduzido, tarefas que requerem um elevado grau de especialização ou um elevado grau de atenção. Exigências excessivas com respeito aos conhecimentos, competências e capacidades do trabalhador.
Subcarga de trabalho	Volume de trabalho insuficiente. Não ter nada para fazer. Deficiente utilização das capacidades do trabalhador e grau de exigência das tarefas muito inferior às suas capacidades e conhecimentos.
Horário de trabalho	Trabalho por turnos, trabalho noturno, horários inflexíveis, imprevisíveis e/ou longos. Trabalho isolado.
Autonomia/Controlo	Até que ponto pode exercer influência sobre o seu trabalho. Fraca participação na tomada de decisões e no controlo de ritmos. Falta de autonomia e ausência de controlo sobre o trabalho.
Equipamentos de trabalho	Equipamentos inadequados, sem manutenção ou falta de recursos.
Cultura organizacional	Falta de definição de políticas, objetivos e recursos. Estrutura da organização com fraca liderança, deficiente comunicação. Falta de definição ou de consenso sobre objetivos.
Relações interpessoais no trabalho	Isolamento físico ou social, fraco relacionamento com as chefias e os colegas, falta de apoio social. Conflitos interpessoais e exposição à violência, incluindo a existência de situações de assédio moral;
Papel na organização	Ambiguidade de papéis e funções, tipo de responsabilidades das pessoas, imprecisão na definição de responsabilidades, sobrecarga/insuficiência de funções, orientações contraditórias.
Responsabilidades	
Desenvolvimento profissional	Estagnação ou incerteza na carreira, falta de progressão, insegurança, reduzido valor social do trabalho. Salários baixos, precariedade.
Conciliação trabalho-família	Conflito entre atividades profissionais e não profissionais, reduzido suporte família. Incompatibilidade das exigências trabalho/vida privada. Trabalho feminino com reduzido apoio em casa. Desvalorização da componente familiar.
Novas formas de contratação	Caraterizam-se pelo surgimento de contratos muito precários, subcontratação e insegurança relativamente à manutenção do posto de trabalho.
Intensificação do trabalho	Carga de trabalho cada vez maior e uma pressão crescente no âmbito laboral, altos níveis de competitividade no trabalho. Compensação inadequada.
Ambiente físico	Ambiente de trabalho com ruído, fumos, produtos químicos, temperaturas altas ou baixas, deficiente iluminação. Posto de trabalho sem conforto.

Fonte: UGT, 2020

