

Emiliana Alexandra Vale Araújo

Síndrome de *Burnout* em Farmacêuticos

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, Junho 2014

Emiliana Alexandra Vale Araújo

Síndrome de *Burnout* em Farmacêuticos

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, Junho 2014

Emiliana Alexandra Vale Araújo

Síndrome de *Burnout* em Farmacêuticos

Assinatura:

(Emiliana Alexandra Vale Araújo)

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para a obtenção do
grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

Orientadora:

Professora Doutora Conceição Manso

Universidade Fernando Pessoa

Porto, Junho 2014

Resumo

A síndrome de *burnout* encontra-se definida como um nível elevado de exaustão física e emocional que se caracteriza pela presença de três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Os profissionais que sofrem de *burnout* apresentam índices elevados de exaustão emocional e despersonalização e níveis baixos de realização pessoal, sendo que a presença desta síndrome se traduz numa consequente e progressiva diminuição da capacidade de trabalho, interesse e aumento de dificuldades ao nível do relacionamento profissional e pessoal. O objetivo principal deste trabalho foi caracterizar a síndrome de burnout (as suas três dimensões) em farmacêuticos.

Foi realizado um estudo de tipologia observacional transversal, por aplicação de um inquérito constituído por uma parte sociodemográfica e de contexto profissional e outra pela escala designada Inventário de Burnout de Maslach e Jackson (Maslach & Jackson, 1986, adaptado por Cruz & Melo, 1996), a um grupo de farmacêuticos.

Os resultados demonstraram que na amostra em estudo (constituída por 53 farmacêuticos, idade média de $37,4 \pm 13,1$ anos, 86,8% de mulheres, 60,4% casados, 20,8% com cargo diretivo, 84,9% a trabalhar por conta própria, 54,7% com contrato sem termo, que exercem esta profissão há $12,6 \pm 11,9$ anos e trabalham em média $8,2 \pm 0,8$ horas/dia) nenhum farmacêutico apresentava simultaneamente níveis altos de Exaustão Emocional, de Despersonalização e baixos de Realização Pessoal, pelo que nenhum apresentava *burnout*. Dois (3,8%) apresentaram alto nível de Exaustão emocional, um (1,9%) alto nível de Despersonalização e 9 (17%) baixo nível de Realização Pessoal. A Exaustão Emocional difere significativamente por número de filhos ($p=0,002$). A Despersonalização difere significativamente com ter filhos ($p=0,049$) e com o tipo de contrato ($p=0,006$) do farmacêutico. Já a Realização Pessoal difere por género ($p=0,007$), estado civil ($p=0,006$), com ter filhos ($p=0,033$), e número de filhos ($p=0,005$), tipo de contrato ($p=0,024$), e trabalhar ao fim de semana e/ou feriado ($p=0,049$).

Neste contexto, embora os resultados não tenham sido expressivos, permitem chamar à atenção para a necessidade de contemplar estes profissionais de farmácia em estudos sobre a *burnout*.

Palavras-chave: farmacêutico; exaustão emocional; despersonalização; realização pessoal; *burnout*.

Abstract

The *burnout* syndrome is defined as a high level of physical and emotional exhaustion that is characterized by the presence of three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment. Professionals who suffer from *burnout* exhibit high levels of emotional exhaustion and depersonalization and low personal accomplishment, and the presence of this syndrome results in a consistent and progressive decrease in work ability, interest and increase the difficulty level and professional relationship personnel. The main objective of this work was to characterize the *Burnout* Syndrome (its three dimensions) in pharmaceuticals.

A cross-sectional observational typology was performed by applying a survey consisting of a socio-demographic part and professional context and another by the designated scale of the Maslach Burnout Inventory and Jackson (Maslach & Jackson, 1986, adapted by Cross & Melo 1996), to a group of pharmaceuticals.

The results showed that in the sample (consisting of 53 pharmacists, mean age 37.4 ± 13.1 years, 86.8 % women, 60.4 % were married, 20.8 % with administrative duties, 84.9 % to be self-employed, 54.7 % with permanent contracts, engaged in this profession for 12.6 ± 11.9 years and work on average 8.2 ± 0.8 hours/day) no pharmacist had both high levels Emotional Exhaustion, Depersonalization, and low Personal Accomplishment, so none suffer from *burnout*. Two (3.8 %) showed high level of emotional exhaustion, one (1.9 %) high level of depersonalization and 9 (17 %) low level of personal accomplishment. Emotional Exhaustion differs significantly by number of children ($p = 0.002$). The Depersonalization differs significantly with having children ($p = 0.049$) and the type of contract ($p = 0.006$) of the pharmacist. Have a Personal Fulfillment differs by gender ($p = 0.007$), marital status ($p = 0.006$), having children ($p = 0.033$), and number of children ($p = 0.005$), type of contract ($p = 0.024$), and work at the weekend and / or holiday ($p = 0.049$).

In this context, although the results have not been expressive, but let us draw attention to the need to consider the pharmacy professionals in studies on *burnout*.

Key words: pharmacist; emotional exhaustion, depersonalization, personal accomplishment; burnout.

Agradecimentos

À Professora Doutora Conceição Manso pela compreensão, paciência, disponibilidade e dedicação demonstrada ao longo destes últimos meses que foram fundamentais para a realização da tese.

A todos os restantes Professores da Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Fernando Pessoa, uma vez que foram responsáveis pelo meu percurso educativo durante cinco anos e pelo crescimento pessoal e científico.

Ao meu marido Fernando e à minha amiga Mónica pela sua paciência e colaboração na formatação e arranjo informático deste trabalho que foi extremamente importante.

Aos meus pais e irmã, pela sua compreensão, incentivo e apoio demonstrado ao longo destes meses, aqui ficam os meus sinceros agradecimentos pois de alguma forma contribuíram para a concretização desta etapa da minha vida.

Índice

I - Introdução.....	5
II- Desenvolvimento.....	8
1) Novos contextos profissionais: novos desafios.....	8
1.1) O Trabalho do Farmacêutico	9
1.2) O Farmacêutico e o Atendimento do Paciente.....	13
2) <i>Stress</i> Profissional.....	15
2.1) <i>Burnout</i> : o conceito.....	21
2.2) Síndrome de <i>Burnout</i>	24
3) <i>Burnout</i> nos Profissionais de Saúde.....	28
4) Instrumento de medição - <i>Malasch Burnout Inventory (MBI)</i>	32
Tabela 1. Índices Comparativos de <i>Burnout</i> por Sub-Escala.....	34
5) Objetivos do Estudo.....	35
6. Estudo Empírico.....	36
6.1) Metodologia	36
6.1.1) Apresentação da Metodologia.....	36
6.2) Procedimentos.....	36
6.2.1) Questionário Sócio Demográfico.....	36
6.2.2) <i>Malasch Burnout Inventory (MBI)</i>	37
6.3) Análise de dados	37
7) Resultados.....	39
7.1) Caracterização da Amostra	39
Tabela 2. Caracterização da amostra relativamente a variáveis socio-demograficas.....	39
Tabela 3. Caracterização da amostra relativamente a variáveis relacionadas com trabalho ...	40
7.2) Caracterização da Amostra – Dimensões do MBI.....	41
Tabela 4. Resultados globais obtidos em cada uma das 22 questões do Maslach Burnout Inventory (MBI – HSS, 1986).....	42
Tabela 5. Prevalência das dimensões de <i>Burnout</i> por nível.	43
Tabela 6. Estatísticas relativas às dimensões de <i>Burnout</i>	43
7.2.1) Comparação entre Grupos.....	44
Tabela 7. Estatísticas relativas à dimensão Exaustão Emocional e comparação com diversas variáveis.	44
Tabela 8. Estatísticas relativas à dimensão Despersonalização e comparação com diversas variáveis.	45
Tabela 9. Estatísticas relativas à dimensão Realização Pessoal e comparação com diversas variáveis.	46

Síndrome de *Burnout* em Farmacêuticos

Tabela 10. Associação entre variáveis temporais (Idade, Tempo de serviço e Horas de trabalho diário) com as três dimensões de <i>Burnout</i> , usando o coeficiente de correlação de Spearman (r_s).....	47
8) Discussão	48
III. Conclusão	51
Bibliografia	56

I - Introdução

Existe, atualmente, uma preocupação crescente com a saúde física e mental dos profissionais que exercem a sua função na área da saúde. Muitas vezes estes profissionais estão sujeitos a um *stress* ocupacional maior do que a população em geral o que se repercute diretamente no seu bem-estar. De entre vários fatores de *stress* ocupacional, podemos citar longas horas de trabalho, o número muitas vezes insuficiente de pessoal, a falta de reconhecimento profissional bem como o contacto quase constante com a dor e o sofrimento, fatores estes com os quais os farmacêuticos se relacionam.

Hoje em dia, o *stress* atinge toda a sociedade tanto a nível financeiro, como social o que tem como consequência reações psicológicas, fisiológicas e comportamentais (Frasquilho, 2005).

Considera-se então que a síndrome de *burnout* se desenvolve de forma gradual e contínua ao longo do tempo, colocando as pessoas numa espiral descendente da qual, sem ajuda, é difícil escapar (Maslach & Leiter, 1997). Centrando-nos no indivíduo, podemos afirmar que os profissionais de saúde resistem bastante a síndromes depressivas, contudo sabemos que como qualquer ser humano não estão totalmente salvaguardados. A sua atenção dirige-se ao paciente, descentraliza-se do seu próprio ser e por isso o seu estado de esgotamento é muitas vezes negligenciado pelo próprio, podendo complicar abruptamente.

O farmacêutico, pela convivência diária com vários sinais e sintomas, tende a menosprezar os seus (também pela despersonalização em si, como forma de lidar com os fatores de risco para *burnout*), podendo, em última instância, talvez questionar o colega do lado sobre os seus sintomas. De acordo com Schaufeli *et al.* (1998) e Malach *et al.* (2001) existem padrões de personalidade que colocam um indivíduo em risco maior ou menos para a síndrome de *burnout*. Pessoas perfeccionistas e hipercríticas mostram tendência para serem bastante exigentes consigo próprias e para com os outros, pessoas pessimistas que preveem constante insucesso e pessoas impacientes, com baixa tolerância a adversidades ou pessoas de personalidade passiva, mostram maiores tendências para sofrer desta síndrome.

Delbrouck (2006), agrupou sinais e sintomas que ocorrem no processo de desenvolvimento da síndrome de *burnout* num conjunto de fases evolutivas, as quais incluem exaustão profissional, despersonalização e sentimento de incompetência, destacando ainda a necessidade de um diagnóstico psiquiátrico para reduzir o risco de esta síndrome evoluir para uma depressão patológica.

Para Maslach & Leiter (1997) os estádios da síndrome têm denominação ligeiramente diferente: esgotamento, cinismo e incompetência. Contudo parecem concordar que estas são fases imperativas no desenvolvimento de *burnout*. Assim, o esgotamento ou exaustão profissional, parece ocorrer quando tanto física como emocionalmente o profissional atinge o limite das suas capacidades, mostrando-se incapaz de descontrair e recuperar. A fase seguinte, cinismo ou despersonalização, consideram os autores, que os profissionais se tornam frios e distantes na sua atitude de trabalho e no seu relacionamento com o doente ou colegas. Por fim, o sentimento de incompetência, em que existe um sentimento de desadequação, tudo parece esmagadoramente estranho, difícil ou insuperável. Existe perda de auto-confiança. Delbrouck (2006) descreve mesmo esta fase como um conjunto de sentimentos de insucesso profissional ou diminuição da realização profissional, em que existe auto-desvalorização, culpabilização e desmotivação. Toda esta situação é acompanhada por sinais e sintomas físicos, como por exemplo alterações cardiovasculares, cefaleias crónicas ou enxaquecas, problemas gastrointestinais, perda de peso, entre outros (Curiel-García *et al.*, 2006).

É necessário estar atento, pois para lidar com o algumas pessoas alteram hábitos, aumento o consumo de café ou chás, começam a abusar de álcool ou drogas (Maslach & Leiter, 1997), que como se sabe são de fácil alcance para qualquer Farmacêutico. Desta forma, não se pode vulgarizar a síndrome de *burnout*, é necessário estar atento e pronto a intervir. Esta intervenção pode ser por parte de alguém, como também pode partir do próprio indivíduo, pois existem formas de prevenção individuais também.

Como problema de saúde pública, as consequências negativas recaem sobre toda a sociedade. No caso do farmacêutico, geralmente a convivência com colegas na Farmácia é algo comum, pelo que estes últimos devem prestar atenção, inclusive a pequenas mudanças, seja de humor, forma de trato ao paciente ou ao colega ou ainda na alteração de hábitos.

Devem ser ainda aplicadas no trabalho, medidas preventivas, como por exemplo a aplicação do inquérito de *Maslach Burnout Inventory*, para detecção precoce de alterações pelo empregador ou pelo próprio profissional. A sobrecarga quantitativa e qualitativa de trabalho deve ser evitada, reestruturando tarefas, possibilitando e promovendo a entreajuda, reduzindo o número de horas de trabalho, entre outras medidas, que reduzam o *stress* organizacional. Isto é um investimento, no local de trabalho e nos trabalhadores, que deve ser contínuo e que acaba por promover o envolvimento no trabalho.

A nível individual a identificação é possível, se o Farmacêutico tiver consciência de si próprio e se “auto-seguir”, tendo conhecimento desta síndrome, poderá reconhecer em si, sinais e sintomas. Uma forma será um diário escrito no final do dia de trabalho, em que se anota pensamentos, sensações e contrariedades no seu dia, bem como as reações perante as mesmas, garantindo desta forma o registo da frequência com que sucedem sinais e sintomas de exaustão.

Na literatura não se encontram estudos sobre a síndrome de *burnout* em Farmacêuticos. Dessa forma, os resultados obtidos no questionário de *Maslach Burnout Inventory* aos Farmacêuticos, serão os primeiros obtidos neste grupo profissional.

O objetivo desta tese é caracterizar a Síndrome de *Burnout* (as suas três dimensões) em Farmacêuticos, assim como dar ao Farmacêutico, não só um conhecimento um pouco mais abrangente sobre o problema da síndrome de *burnout* enquanto profissional de saúde na sua categoria, como também para lhe dar a possibilidade de se enquadrar no seu contexto profissional. Ajudando desta forma a um diagnóstico precoce e/ou reconhecimento de um problema, sabendo que isto levará a um tratamento mais interventivo, imediato e eficaz.

II- Desenvolvimento

1) Novos contextos profissionais: novos desafios

Nos últimos 50 anos, o mercado de trabalho tem vindo a sofrer alterações crescentes, seja em termos de colocação de profissionais no mercado de trabalho, seja mesmo em termos de oferta profissional que tem vindo a diminuir, ao mesmo tempo que o consumo das famílias tem vindo a diminuir tendo em consideração a crise económica que tem vindo a viver-se nos últimos anos da União Europeia e desde 2011 de forma mais fulgurante em Portugal.

De acordo com dados da Pordata (www.pordata.pt) no ano de 2012 a taxa de desempregado encontrava-se nos 14%, sendo que no ano de 2001 esta estava 10 pontos percentuais abaixo (4%). Já em 2013, o Jornal de Notícias¹ (Maio) publicava que a taxa de desemprego atingiu máximos históricos, chegando aos 17,7% encontrando-se muito acima da média europeia, sendo que só é ultrapassado por países em situação económica similar como é o caso da Grécia ou Espanha. Esta taxa de desemprego afeta sobretudo as camadas mais jovens, com escolaridade de nível superior. Relativamente a Portugal, o Eurostat estima que em Abril, o número de desempregados tenha subido para os 945 mil e o número de desempregados jovens subiu para os 172 mil.

No entanto, nem todos os sectores parecem ser afetados por esta taxa de desemprego que afeta Portugal. Embora o artigo não possa ser considerado muito recente, o Diário de Notícias² (Aguiar,2010) refere que apenas seis sectores de atividade económica no nosso país escapam à crise económica e à colocação no mercado de trabalho, sendo que um desses sectores é a área química e farmacêutica, que têm vindo mesmo a apresentar um certo crescimento no que concerne à colocação de profissionais no mercado, dado que se apresenta como uma atividade profissional de valor acrescentado.

A Ordem dos Farmacêuticos, no seu Observatório da Empregabilidade, apresentou os últimos dados sobre a taxa de empregabilidade dos farmacêuticos em

¹¹ Portugal mantém a maior taxa de Desemprego da OCDE. Publicado no Jornal de Notícias, 6 de Maio de 2013, consultado in de http://www.jn.pt/PaginaInicial/Economia/Interior.aspx?content_id=3265397

² Aguiar, C. (2010). *Só seis sectores escapam ao desemprego*. In http://www.dn.pt/bolsa/emprego/interior.aspx?content_id=1697873m, publicado a 29 de Outubro de 2010, consultado online a 2 de Janeiro de 2014.

Portugal no Boletim nº6 ³ que haviam concluído o seu ciclo de estudos no ano letivo 2011/2012. Dos inquiridos, a sua grande maioria (75,6%) tinham contrato de trabalho, 21% sem termo, 49,7% a termo certo e 4,9% a termo incerto. Manifestaram ainda que alcançaram os seus empregos através de candidatura espontânea (26%) ou de resposta a anúncio (24%), sendo que o estágio curricular (17%), o estágio profissional (11%) e a recorrência a amigos ou colegas da faculdade (10%) foram as outras formas mais comuns para o encontrar de emprego.

É neste contexto de crise económica que o papel do farmacêutico tem vindo a sofrer alterações, quer em termos da sua integração profissional, quer mesmo no papel que este tem vindo a desempenhar, enfrentando cada vez mais novos desafios, quer em termos de atendimento ao cliente da farmácia, quer em termos do próprio contexto de trabalho que tem vindo a estar sujeito a condições de *stress* que não antes pareciam ser levadas em consideração ou que pareciam não influenciar tanto o trabalho do farmacêutico. Assim sendo, será a partir desta mudança que se tem verificado no contexto profissional e as próprias condições stressantes, que iremos explorar de que forma a profissão de farmacêutico tem vindo a sofrer alterações e como as mesmas se repercutem no seu desempenho procurando verificar até que ponto essas mesmas alterações se traduzem em alterações comportamentais que influenciam de forma negativa o seu desempenho profissional.

1.1) O Trabalho do Farmacêutico

Os farmacêuticos nem sempre aparecem na história com esta denominação, sendo que o seu processo evolutivo e de construção enquanto profissional responsável pela preparação, conceção, estudo e investigação de medicamentos levou alguns anos a ser reconhecido. O farmacêutico apresenta-se como o profissional de saúde, já com uma tradição milenar, que segundo os dados recolhidos e brevemente apresentados, descendem dos antigos boticários e apotecários, que seriam os peritos no uso de fármacos e medicamentos, bem como quais as suas consequências negativas e positivas para o organismo humano ou animal. De uma forma muito geral a abrangente, o

³ Informação retirada e consultado diretamente do site www.ordemdosfarmaceuticos.pt, através do link http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc7873.pdf a 31 de Março de 2014.

farmacêutico pode desenvolver a sua profissão nos mais diversos contextos: numa farmácia, num hospital, na indústria, em laboratórios de análises, em laboratórios de cosméticos, produtos agrícolas, prevenção de pragas, ou mesmo distribuição, transporte e desenvolvimento de medicamentos.

Os primeiros boticários surgem em Portugal por volta do século XIII, sendo que embora pudessem existir já outros profissionais que exercessem esta profissão, até esta data não existiam dados concretos sobre quais aqueles que comercializavam os seus produtos e preparavam medicamentos para o consumo público (http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebStd_1/defaultCategoryViewOne.asp?categoryID=1900). Esta questão levanta-se dado que Portugal esteve sobre influência árabe durante grande parte da sua história, que deixou marcada na sua história as suas influências no que diz respeito às profissões mais associadas à saúde. Salienta-se que o boticário não era um especieiro, mas que ambos coexistiram durante algum tempo, sendo que o primeiro diploma respeitante à profissão farmacêutica que se conhece em Portugal data de 1338 que determina a obrigatoriedade de serem examinados pelos médicos do rei todos os que exerciam os ofícios de médico, cirurgião e boticário da cidade de Lisboa (Santos, 1993).

No site da Ordem dos Farmacêuticos (www.ordemdosfarmaceuticos.pt) existem dados que após este primeiro diploma, foi promovida a vinda do Mestre Anania e de outros boticários de Ceuta, da qual resultou a famosa carta de 1449 que atribuiu aos boticários vários privilégios e isenções aos boticários, surgindo aqui a primeira separação entre as profissões médica e farmacêutica, que veio a ser regulamentada em 1461, em que as questões relativas ao exercício da profissão estavam sobre a alada do físico mor do reino, enquanto que a administração das questões sanitárias relacionadas com epidemias e salubridade estava atribuída ao Provedor mor da Saúde.

No período quinhentista apresentou-se como um dos mais ricos da história da farmácia portuguesa. No início do século XV verificou-se um aumento no número de boticários portugueses no Oriente, alguns dos quais responsáveis de missões de grandes responsabilidades. Em 1563 no Colóquio dos Simples e Drogas e Coisas Medicinais da Índica, o médico Garcia de Orta faz a primeira descrição rigorosa das características botânicas, origem e propriedades terapêuticas de muitas das plantas medicinais apresentadas que, apesar de conhecidas anteriormente na Europa, não eram utilizadas

em todas as suas propriedades ou então de uma forma errada ou incompleta (http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebStd_1/defaultCategoryViewOne.asp?categoryID=1900).

É neste contexto de mudança e de separação da profissão de médico da de boticário, que nos surge aqui aquilo que será a evolução da profissão de boticário até aquele que hoje conhecemos: o farmacêutico. Recuando até ao ano de 1521, partindo da legislação imposta pelo Físico Mor do Reino que estabelecia que quem quisesse ter uma botica aberta teria que ser boticário, sendo que este título só poderia ser passado pelo próprio Físico Mor. É aqui que se nota que ainda não havia dissociação entre a propriedade de estabelecimento e exercício profissional, sendo que o boticário era o detentor da propriedade da botica e simultaneamente o profissional que preparava os medicamentos. É só altura na Primeira Guerra Mundial que surgem as verdadeiras alterações na profissão de boticário, dado que ocorre a industrialização do medicamento e a necessidade de realizar uma maior inspeção aos que exerciam a profissão de elaborar medicamentos que permitissem tratar as maleitas do corpo (Pita, s/d).

De acordo com Pita (2000), o processo de industrialização dos medicamentos originado pela Primeira Grande Guerra traduziu-se naquilo que seria a primeira grande transformação da indústria farmacêutica e consequente desenvolvimento do papel do farmacêutico, passando a ser reconhecido como um profissional, modificando para isso hábitos e comportamentos. Neste sentido, a indústria farmacêutica passa a ganhar terreno, procurando ganhar controlo na produção de medicamentos, que antes se encontrava sobre a alçada de pequenas oficinas dos boticários.

O que se verificou foi que *“as modificações operadas no século XX modificaram a farmácia, não só na vertente técnica, mas também científica e sócio profissional (Pita, 2000, p. 242)”*, ou seja, a farmácia passa a assumir-se como uma indústria que assume um papel central na preparação de medicamentos e no receituário do médico o formulário passou a dar lugar a um nome comercial atribuído ao medicamento, sendo que as oficinas gradualmente passaram a funcionar como locais de preparação e dispensa de medicamentos para locais de cedência de medicamento.

A verdade é que a industrialização da farmácia e dos produtos farmacêuticos apresentou-se como um aspeto positivo, não apenas no sentido de uniformizar a

constituição e manipulação de medicamentos, mas também diminuiu a quantidade de pessoas que abriam estes espaços sem habilitações para isso, pondo em perigo em saúde pública, ao mesmo tempo que colocou limites à abertura de farmácias, que mesmo pertencendo a farmacêuticos, gerava casos de concorrência desleal entre estes, que por sua vez se traduziam em atos menos próprios da atividade (Pita, s/d).

Só em 1929, através do decreto nº 17636 que se regula o exercício da profissão de farmacêutico: *“preparação de medicamentos era da competência das farmácias e o aviamento das receitas e a venda ao público de medicamentos só poderia ser efetuada exclusivamente pelas mesmas (Sequeira, 2011, p.6)”*, e o decreto nº 23422 *“estabelece-se que a propriedade de farmácia está restrita a farmacêuticos, como se pode comprovar através do artigo 1º onde se diz que “nenhuma farmácia pode estar aberta ao público sem que o farmacêutico, seu diretor técnico seja proprietários no todo ou em parte, por associação com outro ou outros farmacêuticos (Sequeira, 2011, p.6)”*.

Mais tarde, em 1924, através de mais um decreto, o nº 9431, a questão relativamente à direção técnica passou a ser inquestionável, passando a ser exclusiva do farmacêutico, sendo que este não deveria ter outras atividades em paralelo, ao mesmo tempo que introduz, pela primeira vez, a possibilidade de existirem nas farmácias os ajudantes técnicos de farmácia, que deveriam estar sobre a alçada, acompanhamento e orientação profissional do farmacêutico (Sequeira, 2011).

O farmacêutico não começou a ser conhecido como tal, passando a sua profissão, tal como muitas outras, por diversas fases de desenvolvimento e que lhe permitiram assumir-se como um elemento importante no contexto da saúde pública e privada. Neste processo, assumiu-se sempre como aquele que tinha o conhecimento técnico e a prática para o desenvolvimento dos medicamentos ou dos produtos que permitissem complementar a prática médica no tratamento das doenças, criando para isso as boticas e oficinas, nas quais desenvolviam os seus medicamentos no momento ou sobre encomenda. Com a entrada na Primeira Guerra Mundial, aquela que ainda se apresentava como uma pequena indústria viu-se na necessidade de evoluir por forma a dar resposta às necessidades geradas pela guerra, não só pelo crescente número de feridos, mas também pelas doenças geradas pela mesma. É aqui que ocorre a industrialização da farmácia e podemos mesmo dizer que da profissão de farmacêutico (Pita, 2000).

1.2) O Farmacêutico e o Atendimento do Paciente

Com a entrada no século XX, a farmácia, a indústria farmacêutica e o papel do farmacêutico têm sofrido várias alterações que se traduziram em mudanças significativas não só na forma como estes são vistos, mas também no modo como organizam a sua prática profissional, que nunca deixou de apresentar um carácter assistencial

De acordo com Angonesi (2008), a farmácia convive na dualidade entre o comércio de medicamentos e a assistência farmacêutica, ou seja, parece que o farmacêutico passou a ser mais um comerciante de medicamentos já preparados e não um prestador de assistência, de cuidados aqueles que procuram os serviços da farmácia. Também Sequeira (2011) chama atenção para o facto do farmacêutico se encontrar no meio de uma grave crise de identidade profissional devido ao *“aparecimento da indústria farmacêutica como principal produto de medicamentos, passou a partir dos finais dos anos 70 gradualmente a dar mais atenção à problemática do utente, ao seu aconselhamento e bem estar... passa a ser direccionado ao utente, com a preocupação de que os riscos inerentes à sua utilização sejam menores possíveis (Sequeira, 2011, p. 7)”*.

A industrialização dos produtos farmacêuticos não veio apenas modificara profissão do farmacêutico, veio também mudar o modo como os medicamentos eram vistos: um instrumento para alcançar um resultado, fosse este preventivo, paliativo ou curativo, em que a Organização Mundial da Saúde (OMS) refere a necessidade a utilização racional dos medicamentos, ao mesmo tempo que se introduz, pela primeira vez, o conceito de medicamentos essenciais (Laing et al., 2003). Assim, a farmácia deixa de funcionar como um local de produção e manipulação de medicamentos, passando a ser definida como um espaço importante no sistema de saúde que funciona como um elemento de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde (Sequeira, 2011).

Esta ligação que a farmácia estabelece entre a comunidade e o sistema de saúde entra no conceito de assistência farmacêutica que se pauta pela necessidade de qualidade neste processo de atendimento, dado que deve existir uma preocupação com os medicamentos, com as reacções que estes podem causar, com as preocupações eu os

próprios pacientes podem trazer sobre os medicamentos e de que modo estes podem diminuir ou aumentar a qualidade de vida do paciente (Helpler & Strand, 1990), uma vez que o papel do farmacêutico é ser um prestador de serviços, capaz de tomar decisões, comunicador, líder, gerente de recursos e informação, aprendiz para a vida e educador (OMS, 1997).

É neste contexto da prática farmacêutica que se centra no bem-estar do paciente, que é importante referir qual o papel que o farmacêutico deverá exercer no processo de ligação entre o paciente e a comunidade: acompanhamento e educação do e para o paciente; avaliação dos seus fatores de risco; prevenção da saúde; promoção da saúde e vigilância das doenças (James & Rovers, 2003).

Contudo, nos últimos anos, o que se verifica é que apesar de continuar a funcionar como um elo de ligação entre a comunidade e o sistema de saúde, parece que a função do farmacêutico veio a transformar-se naquilo que Angonesi (2008) refere como a assunção de um papel mais de comerciante do que propriamente de cuidador assistencial, parecendo existir quase que uma quebra de laços que antes pareciam existir e que dificilmente anteriormente eram quebrados.

Sequeira (2011) refere que Portugal, na sua farmácia comunitária, tem vindo a apresentar uma certa dualidade criando-se duas realidades no seu contexto: uma de missão social e a outra de espaço comercial, ao mesmo tempo que a nova legislação acarretou consigo uma nova realidade, a concorrência. Por outras palavras, o que acontece é que é impossível dissociar a farmácia comunitária do espaço comercial, dado que esta é um sector económico de significativa expansão, tal como mencionamos no ponto anterior, revelando-se como o sector com uma elevada taxa de empregabilidade no país.

Por seu turno, mantém a sua missão social, que passa por promover a saúde e não para a mera dispensa de medicamentos, sendo que se verifica que, grande parte das farmácias dão crédito aos seus clientes, asseguram a continuidade terapêutica dos seus doentes quando estes não conseguem ter consulta médica, participam na recolha de medicamentos fora de prazo, desenvolvem e apoiam a utilização de medicamentos genéricos. Por outras palavras, a farmácia procura a *“criação de condições de saúde para a comunidade, constituindo-se como um espaço de saúde ao serviço do utente, sendo assim o*

farmacêutico um educador para a saúde. Este papel do farmacêutico como um agente da saúde pública foi alargado e reforçado em 2007, com a possibilidade das farmácias poderem prestar...apoio domiciliário; administração de primeiros socorros; administração de medicamentos; utilização de meios auxiliares de diagnósticos e terapêutica; administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação; programa de cuidados farmacêuticos; campanhas de informação; programas de educação para a saúde (Sequeira, 2011, p. 9)''.

2) Stress Profissional

No decorrer do tempo, o profissional de farmácia foi-se deparando com dificuldades no exercício da sua profissão, chegando ao ponto de não saber qual o papel que este deve desempenhar nos dias de hoje. Tal como acontece nas demais profissões, também este se encontra sujeito a fatores que podem influenciar negativamente o seu desempenho ou mesmo o seu estado de saúde mental e psicológico. Estamos a referir-nos ao *stress* profissional. Assim como referimos a importância dos recursos humanos e do processo de formação, recrutamento e seleção de formação dos profissionais de farmácia, também é importante ter em consideração quais os fatores responsáveis pelo desenvolvimento de situações de *stress* e a forma de minorar o impacto desses mesmos fatores no seu desempenho profissional de modo a que não afete o cliente.

O *stress* pode ser definido como uma resposta a um ataque, resposta psicológica que se segue à incapacidade de lidar com os problemas ou dificuldades que surgem num determinado momento, funcionando este como uma resposta às agressões e alterações verificadas no meio ambiente (Stranks, 2005). Trata-se de uma reação adversa do indivíduo à pressão excessiva à qual ele se encontra sujeito, podendo esta pressão vir do trabalho, que por vezes o ajuda a ficar motivado, mas que em doses excessivas irá dificultar o seu processo de trabalho e gerar *stress*, que irá traduzir-se numa diminuição da sua capacidade de trabalho e que com o tempo se traduz num estado de doença mental cada vez mais generalizado. O *stress* profissional é definido como uma resposta física e emocional agressiva que ocorre quando os requisitos do trabalho não correspondem às capacidades, recursos e necessidades do trabalhador, o que irá originar uma desarmonia entre as exigências do trabalho e as capacidades e os recursos que o trabalhador tem disponíveis para o exercício da sua profissão (Niosh, 2006).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2004), o *stress* constitui-se como uma verdadeira epidemia mundial, que “*representa elevados cursos em termos*

individuais, familiares, organizacionais, comunitários e sociopolíticos (OMS, 2002)”. É neste contexto que o stress no trabalho é reconhecido e entendido como um dos maiores desafios à saúde dos trabalhadores nos dias de hoje, uma vez que apresenta consequências quer na sua capacidade de produção, quer na competitividade das organizações. Neste sentido, reconhece-se desde já que os trabalhadores que apresentam níveis mais elevados de stress são aqueles que apresentam problemas de maior vulnerabilidade ao aparecimento de doenças, diminuição na produção e qualidade do trabalho, com diminuição da motivação e demonstram sentimentos de insegurança face ao seu trabalho e mesmo face ao seu desempenho (OMS, 2004).

O *stress* no trabalho apresenta-se como um elemento importante na vida de um indivíduo, dado que desde dos primórdios da humanidade que o indivíduo interage com o trabalho e necessita do mesmo para manter o seu papel ativo na sociedade, sendo por isso que Maslach, Schaufeli & Leiter (2001) têm vindo preocupar-se com o conceito que parece ter assumido especial relevância a partir dos anos 70, apresentando-se desde então como um fenómeno significativo na sociedade moderna.

Contudo, apesar de se apresentar como um fenómeno significativo na sociedade moderna, não se pode dizer que o *stress* profissional afeta todos os trabalhadores da mesma forma, dado que nem todos o experienciam da mesma forma, pela própria existência de diferenças individuais, ao mesmo tempo que existem diferentes processos de *coping* que os indivíduos utilizam para resolver as suas questões relacionadas com o trabalho, bem como a própria relação que se estabelece entre *stress* e saúde. Com isto pretende-se dizer que *“as pessoas diferem na perceção das exigências da sua atividade profissional, na capacidade de lidar com essas exigências, na perceção das suas capacidades e no controlo que possuem e também que percecionam. Diferem igualmente em relação à sua necessidade de suporte social disponível (...) a vulnerabilidade ao stress está relacionada com fatores biológicos, psicológicos, de personalidade e sociais (Leite & Uva, 2006, p. 31)”*

De acordo com Serra (1999), o *stress* no local de trabalho irá resultar da interação que se estabelece entre o indivíduo, tarefa atribuída e empresa, em que algumas das características da tarefa podem ter repercussões negativas sobre o indivíduo, tais como a sobrecarga/ subcarga de trabalho, pouca capacidade de decisão, a presença de conflitos, a ambiguidade de papéis, dificuldades de comunicação dentro da empresa, más condições físicas no trabalho e alguns aspetos relacionados com a própria

carreira profissional, mais concretamente, a progressão podem ser fatores potenciadores e *stress*.

Neste contexto, não se podem resumir as causas do *stress* a meia dúzia de situações, dado que o contexto pode ser diversificado e duas pessoas não irão responder da mesma forma aos mesmos agentes stressores, sendo que o que funciona como fonte de *stress* para um determinado elemento, poderá funcionar como fator de motivação para outro, ou seja, *“os agentes ou circunstâncias indutoras de reações de stress podem ser de natureza psicossocial e também de outras naturezas, tais como física, química e biológica. Relativamente a alguns agentes de natureza não psicossocial, o medo associado às possíveis consequências de uma exposição a determinado agente existente no ambiente de trabalho poderá ser responsável pela experiência de stress (Leite & Uva, 2006)”*.

Consideram-se também como fatores de risco de *stress* profissional os de natureza não psicossocial, percebidos como uma ameaça pelo trabalhador, que os irá associar à experiência de *stress*, ou seja, estes irão funcionar como elementos adversos à saúde do trabalhador e que, consequentemente, poderão interagir com os fatores de ordem psicossocial numa relação entre fatores de risco, *stress* e efeitos na saúde. Cox e Griffiths (1995) definiram quais os fatores de risco de natureza psicossocial que juntamente com os aspetos da organização, gestão, contexto social, ambiente de trabalho e atividade profissional têm capacidade para causar efeitos adversos físicos ou psicológicos na saúde dos profissionais, gerando *stress*, sendo eles:

- ✓ Aspetos relacionados com a própria cultura organizacional e com a função (e.g. comunicação deficiente, nível baixo de suporte para a resolução de problemas e para o desenvolvimento pessoal; falta de definição de objetivos);
- ✓ Estilo de liderança dos gestores/ supervisores;
- ✓ Ambiguidades de papéis;
- ✓ Conflito de papéis (e.g. quando um funcionário tem que realizar tarefas que vão contra ou entram em conflito com os seus valores pessoais ou quando tem que exercer vários papéis que se apresentam como incompatíveis uns com os outros, como será o caso de gestor com o de pai ou marido);
- ✓ Funções atribuídas insuficientes, em que a organização não utiliza as capacidades ou competências do trabalhador na sua totalidade;

Síndrome de *Burnout* em Farmacêuticos

- ✓ Ser o responsável por outras pessoas pode causar exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal;
- ✓ Insegurança no local de trabalho relacionado com progressão na carreira, injustiça profissional/ salarial, insatisfação profissional;
- ✓ Pouca participação nos processos de tomada de decisão relativamente ao planeamento do próprio trabalho, controlo da quantidade de trabalho e relativo às decisões face aos problemas considerados prioritários;
- ✓ Dificuldades ou relações interpessoais deficientes com os superiores, subordinados ou colegas de trabalho;
- ✓ Exposição a situações de violência no trabalho;
- ✓ Má coordenação entre casa-trabalho e trabalho-casa, com dificuldades em conciliar papéis (profissional vs. família), e;
- ✓ Trabalho por turnos.

Ainda neste contexto do trabalho, as próprias condições de trabalho parecem influenciar de forma negativa o trabalhador e consequentemente apresentam-se como propícias ao desenvolvimento de *stress* profissional. Por exemplo, Estryn-Behar et al. (1990) ao estudarem as relações entre as condições de trabalho e aspetos relacionados com a saúde mental, como o caso da fadiga, alterações no sono, uso de antidepressivos ou indutores do sono, problemas de ordem psicológica ou psiquiátrica, em trabalhadores hospitalares (enfermeiros e auxiliares) verificaram que havia uma associação entre as alterações do sono com o trabalho por turnos e níveis mais elevados de *stress* relacionado com o trabalho. Encontraram esta mesma relação com a sobrecarga mental e a pressão de tempo para a realização das tarefas, em que o próprio conteúdo das tarefas parecia estar a funcionar como um fator de risco de natureza psicossocial e associado à própria atividade (e.g. tarefas repetitivas, monótonas, falta de oportunidade de aprender e graus de exigência elevados face às tarefas).

Peckar (1999) verificou, por exemplo, que em alguns grupos profissionais mais associados à saúde, como médicos, farmacêuticos e enfermeiros, que podem trabalhar muitas horas semanais e por turnos, com exigências de quantidade de trabalho muito elevada, apresentam uma correlação direta entre o número de horas de trabalho e os

níveis de *stress*, apesar de os mesmos apresentarem níveis elevados de suporte social no ambiente hospitalar.

Nesta perspectiva das condições de trabalho, Kasl (1991), sistematiza as principais condições de trabalho mais stressoras como:

- ✓ **Tempo de trabalho:** trabalho por turnos, horas extra, dois empregos, pagamentos à peça, pressão de tempo para resposta
- ✓ **Conteúdo do trabalho:** fragmentado, monótono, repetitivo, grau de autonomia, solicitações pouco precisas, recursos insuficientes para a realização das tarefas/ atividades;
- ✓ **Relações interpessoais no grupo:** suporte social, assédio, interação entre trabalhadores;
- ✓ **Relações interpessoais com os gestores/ supervisores:** participação no processo de decisão, reconhecimento pelo trabalho, suporte social;
- ✓ **Condições da organização:** dimensão da empresa, estrutura organizacional.

Assim sendo, o que se verifica é que existem inúmeros fatores que podem gerar *stress* profissional no indivíduo, sendo que este *stress* irá influenciar o seu desempenho profissional e a própria estrutura organizacional em si mesma, que acaba por sofrer com o mau desempenho do seu profissional. É importante ter em consideração que o profissional, quando entra numa determinada organização profissional, procura não só manter-se ativo, mas também obter satisfação, sendo que essa satisfação não dependerá apenas do ordenado, mas das condições em que este trabalho, da sua progressão na carreira, das relações que estabelece e da conjugação que ele irá estabelecer entre os diferentes papéis que ele exerce na sua vida diária.

Neste sentido, o que se verifica é que a presença de *stress* em contexto profissional apresenta-se como um fator negativo para o indivíduo em termos emocionais, mas também em termos profissionais, dado que a “*experiência de stress pode influenciar o modo como um indivíduo sente, pensa e se comporta e ainda induzir alterações na sua função fisiológica. A maioria destas alterações é facilmente reversível, representando apenas uma ligeira disfunção e algum desconforto associado (Leite & Uva, 2006, p. 36)*”.

De acordo com Devereux et al. (1999) em condições particularmente stressantes, intensas e prolongadas de *stress*, podem surgir sintomas físicos, emocionais, intelectuais e comportamentais que irão afetar o desempenho profissional e por sua vez gerar problemas de ordem física e disfunções de ordem social e problemas psicológicos. De entre as consequências psicológicas encontram-se alterações nas funções preceptivas e cognição; labilidade emocional e comportamental, muitas vezes associadas com a tentativa de lida com a situação percebida como uma ameaça. Juntamente, pode-se verificar redução ou aumento da prática de desporto; dieta desequilibrada, aumento do consumo de álcool/ tabaco ou mesmo consumo de substâncias psicoativas. Fisicamente, verifica-se uma maior propensão para dificuldades de ordem respiratória, problemas cardíacos e cardiovasculares. A nível social encontram-se dificuldades na manutenção das relações; deterioração de relações interpessoais, redução da disponibilidade do suporte social, irritabilidade, alterações na memória e atenção.

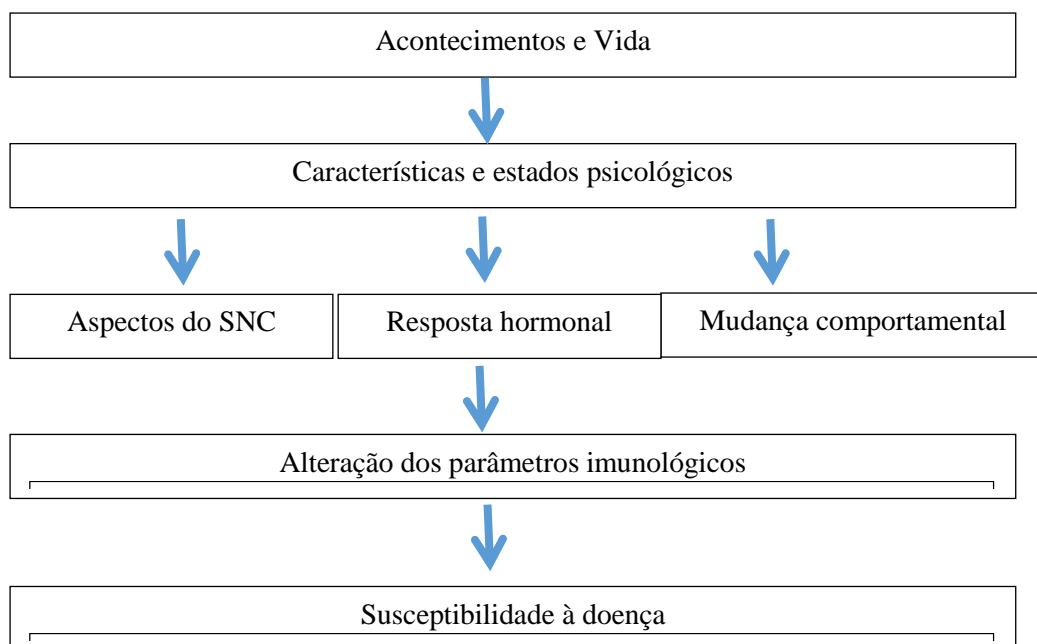


Figura 1. Relação entre acontecimento de vida e *stress* (adaptado de Cohen & Herbert, 1996)

Com base no modelo apresentado por Herbert e Cohen (1996) (figura 1), os autores defendem que os acontecimentos de vida serão interpretados pelos indivíduos de acordo com as suas características e estados psicológicos, que por sua vez irão alterar o seu estado de alerta ou de prevenção face às doenças ou fatores externos, aumentando

assim sua susceptibilidade à doença. Neste contexto, a susceptibilidade à doença é o aumento da susceptibilidade aos fatores potenciadores de *stress* profissional, dado que os mesmos acabam por demonstrar dificuldades em lidar com fatores externos a si e psicossociais, dificultando assim o seu desempenho profissional e aumentando por consequência os seus níveis de *stress*. É neste contexto que os investigadores desenvolveram um novo conceito, com o qual procuraram demonstrar que o *stress* profissional pode evoluir para um quadro ainda mais grave: *burnout*.

2.1) *Burnout*: o conceito

O *stress* profissional começou por se apresentar como o conceito mais associado ao desenvolvimento de patologias de ansiedade associadas ao contexto profissional dos indivíduos, sendo que só a partir dos anos 70 é que os investigadores começaram a concentrar a sua atenção nas diferenças que pudessem existir entre o *stress* profissional propriamente dito e os casos de profissionais que apresentavam níveis de exaustão tão elevados que não se enquadravam em nenhum dos perfis apresentados até aquela data.

Só a partir dos anos 70, é que os diferentes investigadores começaram a concentrar a sua atenção nos modelos teóricos e no desenvolvimento de instrumentos de medida e de avaliação que fossem capazes de registar, compreender e aceder ao sentimento de desânimo, apatia e despersonalização crónica que alguns trabalhadores pareciam exibir no seu processo de trabalho. Ao verificarem a presença destes sintomas, os investigadores começaram a verificar que estes não se enquadravam no contexto de *stress* profissional, mas pareciam sim definir uma nova patologia, uma síndrome que afeta, na maioria, os trabalhadores com tarefas associadas ao cuidar (*caregivers*), sendo que o definiram como *burnout*: “*é uma síndrome através da qual o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho, de forma que as coisas já não o importam mais e qualquer esforço lhe parece ser inútil... afeta principalmente profissionais na área de serviços quando em contacto direto com os seus usuários (Menezes & Codo, s/d, p. 3)*”.

O conceito de *burnout* surgiu na década de 70 em artigos lançados por Freudenberg e Maslach, sendo caracterizado por esgotamento emocional, perda de motivação e comprometimento profissional (Freudenberger HJ, 1974; Freudenberger HJ, 1975; Maslach C, 1976; Tamayo MR, Tróccoli BT, 2009). A palavra *Burnout* foi

originalmente usado por Freudenberger, que baseou a sua pesquisa em profissionais que trabalham na área da saúde e que experimentaram esgotamento emocional e perda de motivação (Freudenberger HJ, 1975). Posteriormente Maslach terá definido *Burnout* como uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal que pode ocorrer em indivíduos que desempenham profissões em que contactam com outras pessoas (Maslach & Jackson, 1982). Segundo estes autores, este síndrome deve ser entendido como um prolongamento de *stress* emocional, resultando de uma exposição a uma condição de longa duração em que o trabalhador sente não ter forma de lidar com a exigência da situação (Maslach & Schaufeli, 1993).

Freudenberger (1974) foi um dos primeiros autores a descrever a exaustão mental e física com base nas horas excessivas de trabalho ou mesmo pela sobrecarga ou intensidade laboral, definindo-se como um estado emocional mais ou menos persistente e permanente que irá traduzir-se na exaustão física, emocional e psicológica. Neste sentido, o *burnout* profissional pode manifestar-se sobre três formas distintas: exaustão emocional, despersonalização e falta de sentido de realização. Neste sentido, apresenta-se como uma síndrome que afeta os profissionais, sobretudo nas áreas da saúde e da educação, ou todos aqueles que têm por base o contacto direto com as outras pessoas ou prestar cuidados aos outros, dado que estes estão sujeitos a situações nas quais se vêm cada vez mais com a impossibilidade de realização da tarefa e contradições sociais e pessoais com as quais se podem deparar no decurso da sua profissão.

Este termo surgiu como uma espécie de metáfora para exprimir o sentimento que os profissionais de saúde, que trabalhavam sobretudo com pessoas dependentes de substâncias, sentiam face às suas funções e ao *stress* que experienciavam no decorrer do exercício das suas funções. Freudenberger (1974), partindo de uma investigação com profissionais que prestam cuidados no tratamento de toxicodependentes, revelou que ao fim de alguns meses deste trabalho, os profissionais apresentavam entre si sintomas que já haviam sido observados e estudados, mas de forma individual, como era o caso do sofrimento, ou mesmo o reclamar dos pacientes como pessoas que já não precisavam de cuidados especiais dado que não havia esforço da parte destes para melhorar. Salientou ainda que os profissionais revelaram que se sentiam muito exaustos que nem sempre tinham vontade de acordar ou ir para o trabalho, ou mesmo apresentavam dificuldades em atingir os objetivos propostos que haviam imaginado ou proposto para si.

Este estudo, um dos primeiros na área de *burnout*, evidenciou ainda que os profissionais se sentiam incapazes de modificar o seu estatuto profissional, exibindo e apresentando sentimentos de derrota e desistência. Ao analisar os sintomas em conjunto, Freudenberg (1974) atribuiu o nome de *burnout*, como uma espécie de estado limite, que significa queimar de dentro para fora e que se irá pautar pela exaustão emocional, despersonalização e falta de sentido de realização.

Segundo os autores, esta síndrome deve ser entendida como um prolongamento de *stress* emocional, resultando de uma exposição a uma condição de longa duração em que o trabalhador sente não ter forma de lidar com a exigência da situação (Maslach & Schaufeli WB, 1993). De forma sucinta, *burnout* (esgotamento profissional) é portanto definida como uma síndrome psicológica decorrente da tensão emocional crônica no trabalho. Trata-se de uma experiência subjetiva interna que gera sentimentos e atitudes negativas no relacionamento do indivíduo com o seu trabalho (insatisfação, desgaste, perda do comprometimento), minando o seu desempenho profissional e trazendo consequências indesejáveis para a organização (absenteísmo, abandono do emprego, baixa produtividade). A *burnout* é caracterizado pelas dimensões exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal (Tamayo & Tróccoli, 2002).

Diversas investigações detectaram que a exaustão é o principal sintoma de *burnout* e a mais óbvia manifestação deste complexo síndrome, e que tal ocorre quando as exigências emocionais do seu trabalho se tornam tão severas que a pessoa sente que já não é capaz de responder a tais exigências. A despersonalização que ocorre é pois uma tentativa por parte da pessoa de se distanciar emocionalmente do seu trabalho. A exaustão e a despersonalização, em conjunto, podem conduzir a um sentimento de incompetência no trabalho. (McInerney, Rowan & Lawlor, 2012).

De facto, o que se verifica na literatura é que o termo *burnout*, embora já surja como o nível mais elevado de *stress* profissional, a sua definição não é consensual e consequentemente não há uma única definição do conceito, mas é certo que dentro dos estudos realizados até à data que o *stress* profissional crónico não deve ser confundido com *stress* profissional, dado que o primeiro diz respeito a uma série de comportamentos e atitudes negativas em relação aos clientes, usuários, organização e trabalho, sendo uma experiência subjetiva que engloba sentimentos e atitudes que acarretam problemas de ordem emocional quer ao trabalhador, quer à organização. Por

seu turno, o *stress* não engloba em si mesmo essas atitudes e condutas, mas é mais uma espécie de esgotamento que irá interferir com a vida do indivíduo e não necessariamente com a sua relação no trabalho. É aqui neste contexto que se torna necessário separar o *stress* de *burnout*, surgindo desta forma a teoria que sugere que *burnout* ocorre quando certos recursos pessoais são perdidos ou são inadequados para dar resposta às necessidades laborais, não sendo o profissional capaz de as enfrentar de forma positiva, entrando numa espécie de espiral que aumentará ainda mais os níveis de *burnout* (Rita, Patrão & Sampaio, 2010).

2.2) Síndrome de *Burnout*

Foi neste contexto de separação dos conceitos de *stress* profissional e de *burnout*, que se torna necessário abordar o conceito em toda a sua extensão, apresentando em que consiste esta síndrome, antes darmos início ao ponto central da temática: a forma como o *burnout* afeta os profissionais na área da saúde.

É na interação entre o indivíduo e o trabalho que surgem as dificuldades associadas ao *burnout*, apresentando-se estas dificuldades como um fenómeno crescente na sociedade moderna, tendo sido dada especial relevância a partir dos anos 70. Partindo dos trabalhos iniciais de Freudenberger (1974) que procurou descrever de que forma a exaustão mental e física causada pelas horas excessivas de trabalho, pela sobrecarga e intensidade laboral afetavam o indivíduo, Malasch, Schaufeli & Leiter (2001) demonstraram que *burnout* profissional pode ser entendido como um estado emocional persistente e permanente, que irá conduzir não apenas à exaustão física, mas também emocional e psicológica do profissional, podendo o mesmo manifestar-se de três formas distintas: exaustão emocional, despersonalização e falta de sentido de realização, ou seja, *burnout* deverá ser entendido como uma experiência individual e específica que ocorre dentro do contexto de trabalho.

Malasch & Jackson (1981) apresentam a síndrome de *burnout* como uma reação à tensão emocional crónica gerada com a partir do contacto direto e excessivo com outros seres humanos, sobretudo nos casos em que estes estão preocupados ou com problemas. Neste sentido, referem que cuidar exige tensão emocional constante e atenção, o que implica que tenham em si acopladas grandes responsabilidades para os

profissionais nas suas respectivas funções. Neste contexto, referem mesmo que o trabalhador quando não consegue separar-se afectivamente dos seus clientes ou do seu trabalho, desgasta-se emocionalmente, sendo que em casos extremos, desiste, não aguenta mais a pressão e conseqüentemente entra em *burnout*.

Para Malasch & Jackson (1981), a síndrome de *burnout* deve ser entendida como um conceito multidimensional que envolve três conceitos ou componentes:

1. **Exaustão emocional:** situação na qual os trabalhadores sentem que não podem dar mais de si a nível afetivo, percebendo a sua energia emocional como esgotada e sem recursos emocionais próprios para lidar com as situações problemas com as quais se deparam diariamente;
2. **Despersonalização:** desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas, cinismo ou mesmo ignorância face às pessoas às quais de destina ou que são objeto do seu trabalho (usuários/ clientes), pautado por comportamentos de endurecimento afetivo e coisificação/ desumanização da relação;
3. **Falta de envolvimento pessoal no trabalho:** tendência para uma evolução negativa no contexto profissional, que se traduz na afetação da capacidade para a realização das atividades diárias, atendimento, contacto com as outras pessoas, clientes, usuários e mesmo organização do trabalho.

A teoria de *burnout* tem como objetivo principal dispor e compreender quais as contradições que existem na área de prestação de serviços, ou seja, nas diferentes profissões, ao mesmo tempo que procura demonstrar que *stress* profissional não é a mesma coisa que a síndrome que os autores acima apresentam. Trata-se então do síndrome do final do século, em que a contribuição do seu estudo irá contribuir para entender o porquê de determinadas profissões ou sectores profissionais apresentarem níveis mais elevados de exaustão emocional, despersonalização e falta de envolvimento pessoal no trabalho, dado que surge em profissionais de todas as áreas: saúde, educação, entre outras profissões em que os profissionais são chamados para ocupar cada vez mais funções, realizar tarefas em menos espaço de tempo, com grandes contradições sociais e entre os valores pessoais do indivíduo, que por sua vez entra em *burnout*.

O problema é que não existe uma definição consensual sobre o conceito de *burnout* ou mesmo sobre o que é a síndrome de *burnout*. Pode-se dizer então que não existe uma definição consensual do conceito de *burnout*, sendo que na literatura internacional verifica-se que nos estudos realizados até aos dias de hoje salienta-se a ideia que é uma resposta ao *stress* laboral crónica mas que não pode ser confundido com *stress*, dado que *burnout* diz respeito à atitudes e condutas negativas em relação aos usuários, clientes, organização e trabalho, sendo uma experiência subjetiva, que por sua vez envolve atitudes e sentimentos que trazem consigo problemas de ordem prática e emocional ao profissional e à organização. Por seu turno, o *stress* profissional não tem implícito a presença de atitudes e condutas, funcionando mais como uma espécie de esgotamento pessoal, que por sua vez irá interferir de forma negativa na vida do indivíduo e não necessariamente na sua relação com o trabalho (Malasch et al., 2001).

Freudenberger (1974) define a síndrome de *burnout* é um estado de exaustão emocional que tem por base o trabalho em excesso, fazendo com que o trabalho influencie de forma negativa as suas próprias necessidades pessoais. Já Malasch & Jackson (1981) partem de uma perspectiva mais social e psicológica, referindo que a sua origem é o *stress* profissional que leva a que o cliente seja tratado de forma mecânica, sendo que mais tarde desenvolve um estado de *burnout* que é a reação à tensão emocional crónica gerada através do contacto direto e excessivo com os outros indivíduos, em que a atenção constante exigida por estes origina tensão emocional constante, em que o trabalhador nunca pode descurar das suas responsabilidades para com o cliente, mas como não pode desistir, aguenta e entra em *burnout*. Salientam ainda que esta síndrome se encontra mais presente em profissionais de saúde e educação.

Cherniss (1980), partindo mais da perspectiva organizacional, refere que os sintomas que fazem parte do síndrome de *burnout* apresentam-se como respostas possíveis a um trabalho stressante, frustrante ou mesmo monótono, sendo que a maior diferença é a alienação, que por sua vez diminui a liberdade do indivíduo para levar até ao final a tarefa pela qual são responsáveis, mas aqui ele age sobre uma tarefa impossível de realizar. Farber (1991) revela, nos seus estudos, que *burnout* surge mesmo em trabalhadores altamente motivados, que vão reagindo ao *stress* profissional trabalhando ainda mais até ao ponto em que entram num verdadeiro estado de colapso. Assim, parece passível de se afirmar que *burnout* é a discrepância entre o que o trabalhador dá de si no seu local de trabalho, o seu investimento, e aquilo que ele recebe

deste, seja o reconhecimento de superiores, colegas, bons resultados no seu desempenho profissional ou mesmo recompensa em termos salariais. Desta forma, *burnout* será a discrepância da percepção do indivíduo sobre o seu esforço e consequência desse mesmo esforço.

Farber (1999) partindo da análise do trabalho dos professores, salientou que será a presença de tensão entre a necessidade de estabelecimento de um vínculo afetivo e a impossibilidade de o concretizar que leva a que os trabalhos gerem *burnout* e implica que os profissionais sintam a necessidade de apresentarem comportamentos de um maior cuidado face às funções que desempenham. Desta forma, o desgaste do vínculo afetivo conduz a um sentimento de exaustão emocional, representado pela situação na qual os trabalhadores, mesmo querendo exercer as suas funções, já não conseguem e não podem dar mais de si afectivamente. Trata-se então de uma situação de total esgotamento de energia física ou mental.

Este total esgotamento físico e emocional poderá traduzir-se num baixo envolvimento pessoal no trabalho e entendido como uma baixa realização profissional, ocorrendo progressivamente um desinvestimento afetivo. O não conseguir atingir os objetivos aos quais se propôs trás ao profissional, neste caso concreto, ao professor, sentimentos de impotência, de incapacidade pessoal para realizar algo que sempre projetou, o que cria um conflito interno entre o que sente e o que realmente deve fazer (Farber, 1999).

O que acontece é que o trabalhador que entra em *burnout* assume uma posição de frieza face aos seus clientes, não se envolvendo com os seus problemas e dificuldades. Corta com as relações interpessoais, como se estabelecesse um contrato apenas com objetos, transformando a sua relação com o cliente desprovida de calor humor. Aqui soma-se a irritabilidade excessiva, dificuldades no estabelecimento de relações empáticas, ansiedade elevada, melancolia, baixa auto-estima, sentimento de exaustão física e emocional.

Assim sendo, aliando-se ao desenvolvimento de características individuais no profissional, também existem características do contexto que se podem apresentar como negativas para o desenvolvimento desta síndrome. As pesquisas realizadas salientam aspetos como problemas de disciplina, violência, falta de segurança, administração

insensível aos problemas do trabalhador, burocracia excessiva, transferências involuntárias, críticas públicas, salários inadequados, perspectivas de ascensão na carreira furadas, isolamento em relação a outros funcionários ou falta de uma rede social de apoio como fatores que funcionam como potenciadores de *burnout* (Tamayo & Troccoli, 2009).

3) *Burnout* nos Profissionais de Saúde

No contexto de globalização crescente, verifica-se que o trabalho não se encontra propriamente vinculado á ideia de prazer, reconhecimento e crescimento profissional. Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento exponencial de sentimentos por parte dos trabalhadores de sofrimento, dificuldades emocionais e doença, em muito associado à sua dificuldade em modificar as suas atividades no sentido de as tornar mais adequadas às suas necessidades fisiológicas e emocionais (Klimnik, 1998).

A síndrome de *burnout* deve ser entendida como uma condição na qual o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho, não atribuindo tanta importância às coisas e parecendo que as mesmas não fazem grande sentido, não aplicando grandes esforços para alcançar resultados (Codo & Menezes, 2002). De acordo com Maslach & Jackson (1981), esta síndrome aparece como resposta a uma tensão emocional crónica que tem por base o contacto direto e excessivo com outros seres humanos, sobretudo quando estes estão preocupados com problemas, envolvendo três componentes centrais: a exaustão emocional; a despersonalização e a falta de envolvimento pessoal no trabalho.

As investigações realizadas vêm a demonstrar que os profissionais na área da saúde estão mais facilmente expostos a stressores ocupacionais e que irão afetar de forma direta o seu bem-estar. De entre esses stressores, destacam-se jornadas prolongadas de trabalho, o número insuficiente de profissionais para dar resposta às necessidades; a falta de reconhecimento profissional; a exposição do profissional a riscos químicos e físicos; o contacto constante com o sofrimento, a dor e, muitas vezes, com a morte dos outros (Rosa & Carlotto, 2005).

Benevides & Pereira (2002) referem mesmo que o desempenho dos profissionais de saúde implica uma série de atividades que envolvem um grande esforço mental e emocional, que não se encontra em outras profissões, uma vez que eles estão em contacto permanente com doentes em estado grave e devem saber compartilhar com este e com os seus familiares os momentos de angústia, dor, depressão e o próprio medo de virem a padecer da mesma dificuldade. De facto, os estudos sugerem que o *burnout* incide sobretudo sobre os profissionais que exercem funções assistenciais ou que são responsáveis pelo desenvolvimento ou cuidado dos outros.

Para Lautert (1997), a explicação para o desenvolvimento da síndrome em profissionais de saúde estaria diretamente relacionado com o rápido desenvolvimento tecnológico, a divisão e expansão das especialidades médicas que transformam o hospital num sistema complexo de divisão de trabalho, com níveis de hierarquia e autoridade, que por sua vez recorrem a canais de comunicação formais, detentores de regras e normas de funcionamento que raramente podem ser transportadas (e.g. rígidas). O profissional de saúde passa então a “viver” entre duas linhas paralelas de autoridade: administrativa e profissional, entre as quais surgem conflitos pela presença de diferentes conjuntos de valores. O aparecimento do conflito gera ansiedade e *stress*, que por sua vez irá contribuir para níveis mais baixos de motivação.

Assim sendo, de entre as causas do *burnout* nos profissionais de saúde encontram-se aspetos como o facto de o seu tempo ser utilizado na realização de atividades que implicam o contacto direto com outras pessoas, pacientes e familiares, sendo que não pode ser ignorado que a relação interpessoal está associada a sentimentos de tensão, ansiedade, medo e, mesmo, hostilidade encoberta (Rodríguez-Marín, 1995).

Tucunduva (2006) num estudo realizado com médicos, também procurou avaliar as três dimensões, mas classificando-as como baixas, moderadas e altas. Verificaram que os médicos que trabalhavam nas UTI apresentavam níveis mais elevados de síndrome, sobretudo na dimensão exaustão emocional; os médicos residentes do Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Uberlândia também apresentavam índices elevados de exaustão emocional, sendo que os oncologistas eram aqueles nos quais esta mais se destacava.

Ramalho, Nogueira & Martins (2007), num estudo, com diferentes profissionais, no qual contemplava um farmacêutico que exercia funções numa clínica de oncologia, identificaram que estes referiam como maiores fontes de *stress* profissional a dificuldade na organização do trabalho, as características da doença, o tratamento e a morte, sobretudo nas crianças. Silva e Menezes (2008) realizaram um estudo com profissionais de saúde das unidades básicas com o objetivo de medir as dimensões de *burnout*: exaustão e emocional, despersonalização e baixa realização pessoal. Os seus resultados demonstraram que a maioria dos inquiridos apresentava sintomas de exaustão emocional. Fogaça et al. (2008) na realização de uma revisão bibliográfica sobre o *stress* ocupacional e *burnout* em médicos e enfermeiros que exerciam funções numa unidade de terapia pediátrica, verificaram que estes apresentavam níveis mais elevados de *stress* profissional e *burnout*, resultados estes que vão ao encontro dos estudos realizados por Feliciano, Kovacs & Sarino (2005) que ao analisarem os sentimentos dos profissionais em serviços de urgência pediátrica já haviam encontrado resultados semelhantes.

Grunfeld & Tahelan (2000) realizaram um estudo no qual incluíram na sua amostra enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de farmácia, assistentes sociais, dentistas, técnicos de laboratórios e funcionários administrativos dos principais centros hospitalares de Ontário com o objetivo de acederem os níveis de *burnout* destes profissionais. Identificaram prevalência alta de *burnout* e morbidez psicológica em mais de um terço da amostra, ou seja, apresentaram um nível alto de exaustão emocional, em que a classe médica era a mais atingida. Os investigadores explicaram estes resultados através do aumento das horas de trabalho atribuídas aos médicos e à tensão a que estão sujeitos.

Ferreira (2004) realizou um estudo sobre o *burnout* profissional, mais concretamente centrada na realidade do laboratório do Hospital Santo António. Embora não tenha recorrido a um instrumento direto para avaliação dos níveis de *burnout*, a sua amostra contemplou um grupo de farmacêuticos. Os seus resultados demonstraram, que a desorganização de tarefas profissionais nas equipas é referido com uma das principais fontes de *stress*, mas que os farmacêuticos revelaram que as principais fontes de *stress* seriam a sobrecarga de trabalho e a desorganização na distribuição das tarefas.

Rothmann et al. (2002) num estudo em que procuraram analisar a relação que se estabelecia entre as variáveis individuais e os níveis de *burnout* no local de trabalho, verificaram que no caso dos farmacêuticos, estes apresentavam níveis de exaustão emocional e despersonalização baixo, contudo uma resultado elevado no que diz respeito à realização pessoal, o que indicava que não revelavam grandes riscos para sofrerem da doença.

Yokaichiya (2004) realizou um estudo com o objetivo de identificar quais os fatores de *stress* nos farmacêuticos, tendo chegado a conclusões interessantes. Numa primeira análise, identificou a necessidade de desenvolver um espaço para a reflexão sobre o processo de trabalho em saúde desenvolvido nas farmácias para determinados grupos de risco (neste caso concreto, SIDA) por forma a desenvolverem mais atividades e menos stressantes, por forma a obterem uma maior satisfação no trabalho e humanização nos serviços. A autora encontrou ainda dados que demonstram que as maiores preocupações dos farmacêuticos passavam por mudanças para melhores condições de trabalho e a necessidade de reorganização dos serviços, chamando à atenção para a necessidade de trabalharem em equipa multidisciplinar.

Teixeira e Sousa (2011), no âmbito da sua dissertação de mestrado, embora não tenha concentrado a sua atenção sobre o *burnout*, procuraram medir e comparar a satisfação profissional entre técnicos de farmácia e farmacêuticos e entre a Farmácia Hospitalar e de Oficina do Norte de Portugal. Esta autora verificou que existe uma relação entre a satisfação profissional e a idade, género, grau de formação, experiência profissional (em anos) e experiência profissional no local de trabalho (em anos). Grande parte dos profissionais apresentava níveis de satisfação positivos, excepto no que concerne à satisfação com o superior hierárquico direto e satisfação com os procedimentos de trabalho e comunicação na organização. Os níveis de satisfação foram mais elevados em Técnicos de Farmácia do que em Farmacêuticos.

Ao comparar a satisfação profissional entre os Farmacêuticos e os Técnicos de Farmácia, a autora verificou a presença de diferenças estatisticamente significativas, quer para a satisfação profissional global, quer para as todas as dimensões que dela fazem par, sendo que os Farmacêuticos são aqueles que apresentam níveis de satisfação mais elevados, no entanto no que concerne à satisfação global com o trabalho são os Técnicos de Farmácia que apresentam os níveis mais elevados. Os resultados revelaram

ainda que Os resultados revelam que para os Técnicos de Farmácia e para os Farmacêuticos, a satisfação com os colegas e com a atividade profissional são as dimensões com que se encontram mais satisfeitos e a Satisfação com o superior hierárquico direto e a Satisfação Medição da Satisfação Profissional dos Técnicos de Farmácia e Farmacêuticos do Norte de Portugal (Teixeira e Sousa, 2011).

Teixeira e Sousa (2011) encontraram ainda dados que confirmaram que as mulheres apresentam índices de satisfação superiores aos dos homens, independentemente do grupo ao qual pertenciam, assim como verificou a presença de uma relação positivamente significativa entre a idade e a experiência profissional com a satisfação profissional em ambos os grupos em análise.

Santos (2012) num estudo em que procurou analisar a prevalência de *burnout* em diferentes profissionais de saúde, amostra da qual constavam farmacêuticos, verificou uma baixa prevalência de *burnout* na amostra, sendo que a dimensão mais relevante foi a despersonalização. No que diz respeito à idade, verificou que esta não apresenta relações com as dimensões exaustão emocional e realização profissional, mas no fator despersonalização identificou diferenças estatisticamente significativas relacionadas com a idade, sobretudo naqueles que se encontram entre os 18 e os 30 anos e os que se encontram acima dos 50 anos.

4) Instrumento de medição - *Maslach Burnout Inventory (MBI)*

O *Maslach Burnout Inventory (MBI)* foi elaborado em 1981 por Christina Maslach, nos Estados Unidos, com o objetivo de avaliar os vários aspetos da síndrome de *burnout*. Para a sua elaboração, numa primeira fase, recorreu-se a uma série de estudos exploratórios, tendo sido a versão inicial aplicada a amostra de profissionais que se exerciam funções de contacto direto com outras pessoas. O objetivo passava por conseguir identificar quais os sentimentos e atitudes que caracterizavam esses trabalhadores em *burnout*. Partindo desta primeira fase, foram escritos os itens sobre a forma de afirmações, que englobam sentimentos pessoais ou atitudes, sendo que a resposta se encontra organizada numa escala de tipo Lickert de 0 (nunca) a 6 (todos os dias) (Maslach & Jackson, 1996).

A primeira versão do MBI era composta por 47 itens, que quando sujeitos a uma análise factorial foram agrupados em 10 fatores, ficando a versão final com 22 itens, divididos em 3 subescalas que contemplam as três dimensões de *burnout*: exaustão emocional, despersonalização e a realização pessoal. A sub escalas exaustão emocional é composta por 9 itens (itens nº 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, e 20) que descrevem os sentimentos de esgotamento emocional do indivíduo causados pelo seu trabalho. A subescala despersonalização é constituída por 5 itens (itens nº 5, 10, 11, 15 e 22) que descrevem a ausência de sentimentos e o desenvolvimento de atitudes impessoais e indiferença face às pessoas a quem presta apoio, tratamento ou serviços. Para ambas as dimensões, as pontuações médias elevadas irão corresponder a níveis elevados de *burnout* (Maslach & Jackson, 1996).

Por fim, a subescala realização pessoal é constituída por 8 itens (itens 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) e avaliar os sentimentos de competência e sucesso no trabalho com pessoas. Contrariamente às duas dimensões anteriores, quanto mais elevadas forem as pontuações nesta escala, maior será o sentimento de realização pessoal, o que significa que pontuações médias baixas indicam índices elevados de *burnout* (Maslach & Jackson, 1996).

Para avaliar e validar o presente estudo utilizou-se o referido inventário - MBI (Maslach Burnout Inventory), Inventário de Burnout de Maslach e Jackson (1986) adaptado por Cruz e Melo (1996). O questionário é composto por 22 itens, numa escala tipo likert de 7 pontos ou níveis de resposta que variam desde 0 (Nunca) a 6 (Todos os dias). Os 22 itens encontram-se repartidos por 3 sub escalas, nomeadamente: exaustão emocional e um resultado máximo de 54 pontos, despersonalização e um resultado máximo de 30 pontos, e por último, realização profissional e um resultado de 48 pontos.

É importante ainda referir que o MBI por si só não produz uma medida de *burnout* única, pelo que se torna necessário analisar as relações que se estabelecem entre as três subescalas e a sua variação é compreendida entre baixo, moderado e elevado. São considerados elevados níveis de *burnout* se os resultados encontrados se situam no terço superior da distribuição normativa; médios se estão situados no terço médio da mesma e baixos se descem ao terço inferior da distribuição normativa.

Tabela 1. Índices Comparativos de Burnout por Sub-Escala (Fonte: Illinois Periodicals Online, 2002)

Índices de Burnout por Dimensão			
	Baixo	Moderado	alto
Exaustão emocional	0-16	17-26	27 +
Despersonalização	0-6	7-12	13 +
Realização pessoal	39 +	32-38	0-31

5) Objetivos do Estudo

Tendo em consideração o trabalho de pesquisa efetuado, verificou-se a ausência, melhor dizendo, a escassez de estudos no âmbito de *burnout* em profissionais de farmácia. Os estudos encontrados sugerem que os profissionais de saúde, como enfermeiros, médicos, psicólogos e cuidados formais e informais, são aqueles que apresentam índices mais elevados desta síndrome. Contudo, não se encontrou informação que permitisse entender se estes profissionais se encontram sujeitos a níveis elevados de exaustão emocional.

Neste sentido e tendo em consideração a revisão bibliográfica efetuada que salienta que os profissionais em contacto direto com os clientes apresentam probabilidade superior de virem a apresentar síndrome de *burnout*, considerou-se pertinente abordar esta síndrome do ponto de vista dos farmacêuticos, que diariamente se deparam com a presença do contacto direto com os clientes/ pacientes, deparando-se com as suas necessidades/ dificuldades, que nem sempre conseguem resolver. A ausência de respostas dificulta o trabalho do farmacêutico, que em muitos casos, trabalha por turnos, horas em excesso e com pouco descanso.

O objetivo primário desta tese é caracterizar a Síndrome de *Burnout* (as suas três dimensões) em farmacêuticos.

Partindo deste objetivo primário, considerou-se então relevante analisar o *burnout* sobre o ponto de vista dos farmacêuticos, levantando-se as seguintes questões:

1. Os farmacêuticos, em estudo, apresentam níveis mais elevados na dimensão exaustão emocional do que despersonalização?
2. Os farmacêuticos apresentam níveis baixos de realização pessoal?
3. Existe relação entre as dimensões de *burnout* com as variáveis sociodemográficas (Idade, Género, Estado civil, Tem filhos, Quantos filhos,) e relativas ao trabalho efetuado (Cargo diretivo, Conta própria, Tipo de contrato, Trabalha FS e feriados, anos de serviço e horário de trabalho)?

6. Estudo Empírico

6.1) Metodologia

6.1.1) Apresentação da Metodologia

Este estudo é de tipologia observacional e transversal, e pretende medir de forma objetiva os níveis de *burnout* em profissionais de farmácia.

A recolha dos dados quantitativos foi feita através do Malasch Burnout Inventory (MBI), juntamente com um breve questionário sociodemográfico, no qual se procuraram recolher dados sobre variáveis como a idade, género, tempo de serviço, entre outras, que funcionam, posteriormente, como variáveis de comparação com os resultados obtidos no MBI:

Escolheu-se esta técnica de análise por permitir estabelecer deduções, ou seja, parte do geral para o particular, orientada para os resultados e esses resultados são generalizáveis. Salienta-se ainda que o recurso a esta metodologia permite a obtenção de dados mais concretos.

6.2) Procedimentos

A investigação seguiu dois momentos essenciais: um primeiro momento, os questionários (Anexo 1) foram distribuídos pelos participantes para preenchimento, sendo pedido o seu consentimento para o tratamento posterior dos dados recolhidos, comprometendo-se com a confidencialidade dos mesmos. Nesta primeira fase foram explicados os objetivos em estudo, assim como dadas as instruções sobre o preenchimento do *MBI*.

Num segundo momento, procedeu-se à recolha dos questionários, seguindo-se a introdução dos dados obtidos e respectiva análise estatística dos mesmos.

6.2.1) Questionário Sócio Demográfico

Foi construído para o efeito um questionário sócio demográfico, que foi em anexo ao *MBI* com o objetivo de recolher informações sobre os participantes no estudo. Este questionário era composto por questões de resposta aberta curta ou escolha

múltipla, contemplando áreas como: idade, género, tempo de serviço, funções exercidas, turnos efetuados estado civil, naturalidade, vínculo contratual e carga horária.

6.2.2) *Malasch Burnout Inventory (MBI)*

No presente estudo utilizou-se o inventário - MBI (Maslach Burnout Inventory), Inventário de Burnout de Maslach e Jackson (1986) adaptado por Cruz e Melo (1996). O questionário é composto por 22 itens, numa escala tipo likert de 7 pontos ou níveis de resposta que variam desde 0 (Nunca) a 6 (Todos os dias). Os 22 itens encontram-se repartidos por 3 sub escalas, nomeadamente: exaustão emocional e um resultado máximo de 54 pontos, despersonalização e um resultado máximo de 30 pontos, e por último, realização profissional e um resultado de 48 pontos.

É importante ainda referir que o MBI por si só não produz uma medida de *burnout* única, sendo necessário analisar as relações que se estabelecem entre as três subescalas ou dimensões e a sua variação é compreendida entre baixo, moderado e elevado.

6.3) Análise de dados

Para o tratamento dos dados, recorreu-se ao *software* IBM© SPSS© Statistics (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.0.

A análise de confiabilidade dos 22 itens do Inventário de Burnout de Maslach e Jackson (MBI) foi realizada recorrendo ao coeficiente alfa de Cronbach.

As variáveis quantitativas foram apresentadas usando as estatísticas média e desvio padrão, mediana e respectivos percentis 25 e 75 (porque na sua grande maioria não apresentam um comportamento/distribuição normal) e mínimo e máximo. As variáveis qualitativas nominais ou ordinais foram apresentadas através de frequências (contagens e percentagens).

A comparação da medida de tendência central para as três dimensões de *Burnout* foi realizada através de testes não paramétricos, teste de Mann-Whitney (2 grupos independentes) ou do teste de Kruskal-Wallis (mais de 2 grupos). A análise de associação destas três variáveis com idade do inquirido, tempo de serviço e horas de trabalho diário foi realizada com o coeficiente de correlação de Spearman, dada a não

existência de normalidade em algumas destas variáveis e a inexistência de relação linear entre elas).

Consideraram-se diferenças significativas ou associações significativas sempre que $p < 0,05$. A indicação de diferenças significativas entre medianas dos valores das dimensões do MBI foi realizada através de letras, sendo que letras diferentes indicam diferenças significativas entre grupos, com o “a” a apresentar valor significativamente superior, “b” o seguinte, etc..

7) Resultados

7.1) Caracterização da Amostra

Tabela 2. Caracterização da amostra relativamente a variáveis socio-demográficas

(resultados apresentados representam n (%) a não ser que outra indicação seja dada)

Variável	Categoria	Estatísticas
Género	Feminino,	46 (86,8%)
	Masculino	7 (13,2%)
Idade (anos)	Média (\pm DP)	37,4 (\pm 13,1)
	Me (P25-P75)	32 (27-49)
	Min-Max	24-68
Estado civil	Solteiro	19 (35,8%)
	Divorciado	2 (3,8%)
	Casado	32 (60,4%)
Tem Filhos	Sim	28 (52,8%)
	Não	25 (47,2%)
Quantos filhos	0	25 (47,2%)
	1	15 (28,3%)
	2	8 (15,1%)
	3	5 (9,4%)

A amostra é constituída por 53 farmacêuticos com idades compreendidas entre os 24 anos (idade mínima) e os 68 anos (idade máxima), com idade média de $37,4 \pm 13,1$ anos. É constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino (n= 46; 86,8%) e casados (60,4%) (Tabela 2).

No que diz respeito ao local de trabalho, verifica-se que a amostra se distribuiu por dois concelhos, Braga e Porto, como se pode analisar na Tabela 3.

Tabela 3. Caracterização da amostra relativamente a variáveis relacionadas com trabalho (resultados apresentados representam n (%) a não ser que outra indicação seja dada)

Variável	Categoria	Estatísticas
Natural	Braga	13 (24,5%)
	França	1 (1,9%)
	Porto	4 (7,5%)
	Portugal	1 (1,9%)
	Portuguesa	26 (49,1%)
	Póvoa de Varzim	3 (5,7%)
	Vieira do Minho	2 (3,8%)
Cidade/Local onde trabalha	Braga	37 (69,8%)
	Penafiel	2 (3,8%)
	Ponte de Lima	2 (3,8%)
	Porto	10 (18,9%)
	Póvoa de Varzim	2 (3,8%)
Tempo de serviço (anos)	Média (\pm DP)	12,6 (\pm 11,9)
	Me (P25-P75)	6 (4-23,5)
	Min-Max	0,5-43
Cargo diretivo	Sim	11 (20,8%)
	Não	42 (79,2%)
Conta própria	Sim	8 (15,1%)
	Não	45 (84,9%)
Tipo de contrato	Termo certo	12 (22,6%)
	Termo incerto	6 (11,3%)
	Sem termo	29 (54,7%)
	não respondeu	6 (11,3%)
Trabalha nos fim de semana e feriados	Sim	22 (41,5%)
	Não	30 (56,6%)
	não respondeu	1 (1,9%)
Numero de horas de trabalho/dia	Média (\pm DP)	8,2 (\pm 0,8)
	Me (P25-P75)	8 (8-8)
	Min-Max	6-11

A maioria dos inquiridos exerce funções no concelho de Braga (73,6%), seguindo-se os restantes no concelho do Porto (17,4%). Salienta-se que foi questionado aos inquiridos qual a sua naturalidade numa tentativa de analisar a correspondência entre local de trabalho e local de residência, contudo foi verificada alguma confusão conceptual, dado que parte dos inquiridos colocou nacionalidade (Portugal ou Português) o que impediu o tipo de análise pretendida.

No que diz respeito ao tempo de serviço, este também se apresenta muito diverso: o profissional que exerce funções há menos tempo encontra-se no cargo há seis

meses e o que se encontra há mais tempo na função já a exerce há 43 anos. Na sua maioria, cerca de 22,6% (n= 12) exercem a função há 4 anos. A média de tempo de serviço é de 12,6 anos \pm 11,9 anos (Tabela 3).

Esta amostra apresenta um número diminuto de profissionais em cargo diretivo, que ainda assim corresponde a 20,8% (n= 11). Para além disso, 84,9% (n= 45) trabalham por conta de outrem, sendo que apenas 15,1% (n= 8) é que trabalham por conta própria (Tabela 3).

Seis inquiridos não responderam qual o tipo de contrato que tinham com o local de trabalho e não se pode estabelecer o paralelismo com aqueles que trabalham por conta própria, dado que o número de elementos é inferior. No entanto, verifica-se que a grande parte dos profissionais, 61,7% (n= 29), tem um contrato sem termo, seguindo-se 22,5% (n= 12) com contrato a termo certo e 12,8% (n= 6) com contrato a termo incerto (Tabela 3).

As horas de trabalho diário variam entre um mínimo de 6 horas e um máximo de 11 horas, sendo em média de 8,2 horas \pm 0.8 (Tabela 3). A maioria dos inquiridos, 64,2% (n= 34), trabalha cerca de 8 horas por dia, seguindo-se uma percentagem mínima que trabalha abaixo das 8 horas, cerca de 9,5% (n= 5) e 20,8% (n= 11) trabalha mais do que as 8 horas diárias. Na sua grande maioria, 56,6% (n= 30) não trabalham aos fins de semanas e feriados, mas 41,5% (n= 22) que trabalham fins de semanas e feriados.

7.2) Caracterização da Amostra – Dimensões do MBI

A confiabilidade do Inventário de Burnout de Maslach e Jackson nesta amostra é relativamente elevada (alfa de Cronbach = 0,669).

Tabela 4. Resultados globais obtidos em cada uma das 22 questões do Maslach Burnout Inventory (MBI – HSS, 1986).

	Questões Maslach Burnout Inventory (MBI – HSS, 1986)	Nunca	Algumas vezes por ano	Todos os meses	Algumas vezes por mês	Todas as semanas	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1	Sinto-me emocionalmente vazio devido ao meu trabalho	21 (39.6%)	23 (43.4%)	3 (5.7%)	4 (7.5%)	2 (3.8%)	-	-
2	Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho	4 (7.5%)	27 (50.9%)	4 (7.5%)	12 (22.6%)	5 (9.4%)	-	1 (1.9%)
3	Sinto-me cansado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho	7 (13.2%)	26 (49.1%)	-	13 (24.5%)	2 (3.8%)	4 (7.5%)	1 (1.9%)
4	Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem	-	2 (3.8%)	2 (3.8%)	7 (13.2%)	8 (15.1%)	5 (9.4%)	29 (54.7%)
5	Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objetos	37 (69.8%)	12 (22.6%)	2 (3.8%)	2 (3.8%)	-	-	-
6	Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço	8 (15.1%)	13 (24.5%)	12 (22.6%)	6 (11.3%)	2 (3.8%)	4 (7.5%)	8 (15.1%)
7	Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes	2 (3.8%)	-	2 (3.8%)	-	2 (3.8%)	8 (15.1%)	39 (73.6%)
8	Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho	10 (18.9%)	20 (37.7%)	5 (9.4%)	10 (18.9%)	4 (7.5%)	4 (7.5%)	-
9	Tenho a sensação de, com o meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas	2 (3.8%)	-	4 (7.5%)	11 (20.8%)	5 (9.4%)	11 (20.8%)	20 (37.7%)
10	Tornei-me insensível às pessoas desde que tenho este trabalho	32 (60.4%)	18 (34%)	1 (1.9%)	2 (3.8%)	-	-	-
11	Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro	19 (35.8%)	19 (35.8%)	4 (7.5%)	6 (11.3%)	1 (1.9%)	3 (5.7%)	1 (1.9%)
12	Sinto-me cheio de energia	10 (18.9%)	12 (22.6%)	-	-	7 (13.2%)	14 (26.4%)	10 (18.9%)
13	Sinto-me frustrado pelo meu trabalho	22 (41.5%)	22 (41.5%)	4 (7.5%)	2 (3.8%)	1 (1.9%)	2 (3.8%)	-
14	Sinto que o meu trabalho é demasiado árduo	12 (22.6%)	30 (56.6%)	1 (1.9%)	7 (13.2%)	-	3 (5.7%)	-
15	Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes	30 (56.6%)	16 (30.2%)	3 (5.7%)	3 (5.7%)	-	-	-
16	Trabalhar diretamente com o público stressa-me demasiado	8 (15.1%)	18 (34%)	4 (7.5%)	12 (22.6%)	4 (7.5%)	2 (3.8%)	5 (9.4%)
17	Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes	2 (3.8%)	-	-	5 (9.4%)	4 (7.5%)	9 (17%)	33 (62.3%)
18	Sinto-me rejuvenescido quando consigo estabelecer uma relação própria com os doentes no meu percurso profissional	1 (1.9%)	-	4 (7.5%)	5 (9.4%)	8 (15.1%)	12 (22.6%)	23 (43.4%)
19	Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho	3 (5.7%)	-	5 (9.4%)	6 (11.3%)	7 (13.2%)	18 (34%)	14 (26.4%)
20	Sinto que esgotei todos os meus recursos	29 (54.7%)	17 (32.1%)	1 (1.9%)	2 (3.8%)	2 (3.8%)	2 (3.8%)	-
21	No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma	2 (3.8%)	4 (7.5%)	2 (3.8%)	13 (24.5%)	9 (17%)	6 (11.3%)	17 (32.1%)
22	Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas	36 (67.9%)	10 (18.9%)	-	3 (5.7%)	1 (1.9%)	2 (3.8%)	1 (1.9%)

A maior parte dos inquiridos responde aos níveis mais baixos das questões colocadas com exceção de questões de realização pessoal em que as respostas mais frequentemente obtidas são de maior frequência (Tabela 4).

Para melhor interpretação dos dados obtidos, recorreu-se à informação contida na tabela 1 sobre os índices de *burnout* por sub-escala: baixo, moderado e alto. Na tabela 5 encontram-se a os valores de prevalência do nível de *Burnout* pelos profissionais (nas três dimensões avaliadas pelo MBI).

Tabela 5. Prevalência das dimensões de *Burnout* por nível.

Dimensão	Nível	Estatísticas
Exaustão emocional	Baixo	34 (64,2%)
	Moderado	17 (32,1%)
	Alto	2 (3,8%)
Despersonalização	Baixo	43 (81,1%)
	Moderado	9 (17%)
	Alto	1 (1,9%)
Realização pessoal	Baixo	9 (17,0%)
	Moderado	24 (45,3%)
	Alto	20 (37,7%)

Um dos inquiridos que apresenta alto nível de exaustão emocional também apresenta alto nível de despersonalização, no entanto apresenta elevada realização pessoal. O outro apresenta níveis moderados de despersonalização e de realização pessoal. Todos os nove inquiridos com baixa realização pessoal apresentam baixo nível de exaustão emocional e de despersonalização.

Tabela 6. Estatísticas relativas às dimensões de *Burnout*

Dimensão	Média (\pm DP)	Me (P25-P75)	Min-Max
Exaustão emocional Varia potencialmente entre 0 e 54	14,3 (\pm 7,9)	14 (9-20,5)	0-42
Despersonalização Varia potencialmente entre 0 e 30	3,7 (\pm 3,6)	3 (1-6)	0-18
Realização pessoal Varia potencialmente entre 0 e 48	32,6 (\pm 6,6)	34 (29-37)	16-42

De acordo com os dados presentes na tabela 6, verificou-se que a amostra apresenta um índice médio de exaustão emocional baixo (14,3 \pm 7,9 pontos), despersonalização baixo (3,7 \pm 3,6 pontos) e alto de realização pessoal (32,6 \pm 6,6 pontos). Estes resultados demonstram à partida que a nossa amostra não evidencia a presença de níveis de *burnout* elevados, dado que a dimensão exaustão emocional e

despersonalização apresentam valores baixos e a realização pessoal apresenta valores elevados. De acordo com as normas de interpretação do MBI; a presença de *burnout* pauta-se por índices elevados nas dimensões exaustão emocional e despersonalização e baixo na dimensão realização pessoal, aspeto este que não se verifica na nossa amostra.

7.2.1) Comparação entre Grupos

Tabela 7. Estatísticas relativas à dimensão Exaustão Emocional e comparação com diversas variáveis.

		Exaustão Emocional				
		n (%)	Média (±DP)	Me (P25-P75)	Min-Max	p
Género	Feminino	46 (86,8%)	14,5 (±7,7)	13 (9-20,3)	0-42	0,874
	Masculino	7 (13,2%)	12,9 (±9,7)	16 (1-22)	0-24	
Estado civil	Solteiro	19 (35,8%)	14 (±5,7)	14 (10-19)	6-25	0,876
	Divorciado	2 (3,8%)	19,5 (±2,1)	19,5 (18-0)	18-21	
	Casado	32 (60,4%)	14,2 (±9,2)	12 (9-21)	0-42	
Filhos	Sim	28 (52,8%)	14,8 (±9,6)	15,5 (9-21,8)	0-42	0,649
	Não	25 (47,2%)	13,7 (±5,5)	12 (9-18,5)	6-25	
Número de filhos	0	25 (47,2%)	13,7 (±5,5)	12 ^b (9-18,5)	6-25	0,002
	1	15 (28,3%)	9,6 (±7,1)	11 ^b (3-15)	0-24	
	2	8 (15,1%)	21,8 (±3,9)	22 ^a (18,8-23,5)	16-29	
	3	5 (9,4%)	19,4 (±14)	18 ^{ab} (8-31,5)	6-42	
Cargo diretivo	Sim	11 (20,8%)	14 (±13,5)	9 (3-24)	0-42	0,385
	Não	42 (79,2%)	14,4 (±5,9)	14 (10,8-19,3)	1-25	
Conta própria	Conta própria	8 (15,1%)	18,9 (±12,6)	16 (9-27,8)	6-42	0,397
	Conta de outrem	45 (84,9%)	13,5 (±6,6)	14 (9-18,5)	0-25	
Tipo de contrato	Termo certo	12 (25,5%)	14 (±7,2)	17 (10,5-18)	0-22	0,914
	Termo incerto	6 (12,8%)	13,8 (±3,6)	12 (12-15,8)	12-21	
	Sem termo	29 (61,7%)	14 (±7,5)	12 (7,5-21)	1-29	
Trabalha FS e feriados	Sim	22 (42,3%)	15 (±6)	14 (21-6,2)	25-9	0,436
	Não	30 (57,7%)	13,6 (±0)	12 (18,3-9)	42-8,5	

^{a,b} – letras diferentes indicam diferenças significativas na medida de tendência central (mediana), de acordo com o teste de Mann-Whitney.

Relativamente a Exaustão Emocional (Tabela 7) verifica-se que não se detectam diferenças significativas por nenhuma situação/variável sociodemográfica ($p>0,05$) com exceção do número de filhos ($p=0,002$). Assim, relativamente ao número de filhos, detetaram-se que quem tem dois filhos apresenta uma exaustão emocional significativamente superior à dos inquiridos com menor número de filhos ($p\leq 0,001$, várias comparações) mas que, no entanto, não difere significativamente de quem tem 3

filhos ($p=0,238$, comparação entre 2 e 3 filhos). Por outro lado, a Exaustão Emocional não difere significativamente entre os inquiridos com zero, um ou três filhos ($p>0,084$). Este estranho padrão de inversão de Exaustão com maior número de filhos pode explicar o resultado observado de não haver diferenças significativas para a questão ter filhos (sim/não).

Tabela 8. Estatísticas relativas à dimensão Despersonalização e comparação com diversas variáveis.

		Despersonalização				p
		n (%)	Média (\pm DP)	Me (P25-P75)	Min-Max	
Género	Feminino	46 (86,8%)	3,5 (\pm 3,7)	3 (1-5,3)	0-18	0,360
	Masculino	7 (13,2%)	4,4 (\pm 3,3)	4 (2-6)	0-10	
Estado civil	Solteiro	19 (35,8%)	3,5 (\pm 2,5)	3 (1-5)	0-8	0,370
	Divorciado	2 (3,8%)	10 (\pm 0)	10 (10-10)	10-10	
	Casado	32 (60,4%)	3,4 (\pm 4)	2 (0,3-5,5)	0-18	
Filhos	Sim	28 (52,8%)	3,2 (\pm 4,2)	1,5 ^b (0-5,5)	0-18	0,049
	Não	25 (47,2%)	4,2 (\pm 2,9)	3 ^a (2-6,5)	0-10	
Número de filhos	0	25 (47,2%)	4,2 (\pm 2,9)	3 (2-6,5)	0-10	0,057
	1	15 (28,3%)	2,1 (\pm 3,1)	1 (0-2)	0-10	
	2	8 (15,1%)	4 (\pm 3,2)	3 (1,3-6)	1-10	
	3	5 (9,4%)	5,2 (\pm 7,4)	4 (0-11)	0-18	
Cargo diretivo	Sim	11 (20,8%)	4,2 (\pm 6,1)	1 (0-10)	0-18	0,303
	Não	42 (79,2%)	3,5 (\pm 2,8)	3 (1-5,3)	0-10	
Conta própria	Conta própria	8 (15,1%)	5,8 (\pm 6,5)	3,5 (0,3-10)	0-18	0,625
	Conta de outrem	45 (84,9%)	3,3 (\pm 2,8)	3 (1-5)	0-10	
Tipo de contrato	Termo certo	12 (25,5%)	3,8 (\pm 3,3)	3,5 ^b (1-6)	0-10	0,006
	Termo incerto	6 (12,8%)	7,3 (\pm 2,3)	8 ^a (6-8,5)	3-10	
	Sem termo	29 (61,7%)	2,6 (\pm 2,2)	2 ^b (1-4)	0-10	
Trabalha FS e feriados	Sim	22 (42,3%)	3,1 (\pm 0)	3 (4-1,9)	8-2	0,620
	Não	30 (57,7%)	3,8 (\pm 0)	1 (7-4,4)	18-0,75	

^{a,b} – letras diferentes indicam diferenças significativas na medida de tendência central (mediana), de acordo com o teste de Mann-Whitney.

Relativamente à Despersonalização (Tabela 8) não se detectam diferenças significativas por nenhuma situação/variável sociodemográfica (p não significativo) com exceção de ter filhos ($p=0,049$) e do tipo de contrato ($p=0,006$). Assim, os níveis de Despersonalização são significativamente mais elevados para quem tem contrato a termo incerto face aos 2 outros tipos de contrato ($p<0,021$), que não apresentam níveis de despersonalização significativamente diferentes entre si ($p=0,324$). Quanto à questão ter filhos, observa-se que quem não tem filhos apresenta um nível significativamente

mais elevado de Despersonalização ($p=0,049$). O nível de Despersonalização por número de filhos não é significativamente diferente ($p>0,05$), mas observa-se uma tendência de quem tem três filhos ter valores medianos de Despersonalização mais elevados do que os restantes grupos, sendo que é para este (três filhos) que também se observa uma maior variabilidade nos valores de Despersonalização medidos (adicionalmente, o diminuto número de pessoas em cada um destes grupos pode condicionar a análise levando a que não seja possível detectar diferenças significativas quando elas existem na realidade (Erro Tipo II).

Tabela 9. Estatísticas relativas à dimensão Realização Pessoal e comparação com diversas variáveis.

		Realização Pessoal				p
		n (%)	Média (\pm DP)	Me (P25-P75)	Min-Max	
Género	Feminino	46 (86,8%)	31,8 (\pm 6,6)	32 ^b (29-37)	16-42	0,007
	Masculino	7 (13,2%)	38,3 (\pm 3,9)	37 ^a (36-42)	32-42	
Estado civil	Solteiro	19 (35,8%)	30 (\pm 6)	31 ^b (27-34)	18-40	0,006
	Divorciado	2 (3,8%)	29 (\pm 7,1)	29 ^b (24-0)	24-34	
	Casado	32 (60,4%)	34,4 (\pm 6,6)	36 ^a (31,3-38)	16-42	
Filhos	Sim	28 (52,8%)	34,2 (\pm 6,5)	36 ^a (31,3-37,8)	16-42	0,033
	Não	25 (47,2%)	30,9 (\pm 6,5)	31 ^b (26,5-34)	18-42	
Número de filhos	0	25 (47,2%)	30,9 (\pm 6,5)	31 ^b (26,5-34)	18-42	0,005
	1	15 (28,3%)	36,8 (\pm 4,3)	37 ^a (32-41)	29-42	
	2	8 (15,1%)	34,6 (\pm 2,6)	35 ^{ab} (32,5-37)	30-37	
	3	5 (9,4%)	25,6 (\pm 9,3)	29 ^b (16-33,5)	16-37	
Cargo diretivo	Sim	11 (20,8%)	33,4 (\pm 9,4)	36 (30-41)	16-42	0,253
	Não	42 (79,2%)	32,4 (\pm 5,9)	33 (29-37)	18-42	
Conta própria	Conta própria	8 (15,1%)	30,3 (\pm 9,2)	34 (19,5-37,5)	16-38	0,645
	Conta de outrem	45 (84,9%)	33 (\pm 6,1)	34 (29-37)	18-42	
Tipo de contrato	Termo certo	12 (25,5%)	36,7 (\pm 3,7)	36,5 ^a (34-40,8)	32-42	0,024
	Termo incerto	6 (12,8%)	30,2 (\pm 4,9)	32,5 ^b (24-34)	24-34	
	Sem termo	29 (61,7%)	32,2 (\pm 6,4)	32 ^b (29-37,5)	18-42	
Trabalha FS e feriados	Sim	22 (42,3%)	31,3 (\pm 18)	31 ^b (37-5,8)	42-28,5	0,049
	Não	30 (57,7%)	33,9 (\pm 16)	34,5 ^a (38,5-7)	42-31,75	

^{a,b} – letras diferentes indicam diferenças significativas na medida de tendência central (mediana), de acordo com o teste de Mann-Whitney.

Relativamente à Realização Pessoal (Tabela 9) detectam-se diferenças significativas em quase todas as comparações com exceção de Cargo Diretivo e Conta Própria ($p>0,05$).

A Realização Pessoal é significativamente mais elevada nos homens ($p=0,007$), nos casados ($p<0,006$) face aos restantes (solteiro ou divorciado, $p=0,904$), para os que têm filhos ($p=0,033$), para quem tem um ou dois filhos, para quem tem contrato a termo ($p<0,021$), e na situação de não trabalhar ao fim de semana e/ou feriado ($p=0,049$).

Tabela 10. Associação entre variáveis temporais (Idade, Tempo de serviço e Horas de trabalho diário) com as três dimensões de *Burnout*, usando o coeficiente de correlação de Spearman (r_s).

		Exaustão emocional	Despersonalização	Realização pessoal
Idade (anos) n=53	r_s	-0,002	-0,113	0,287
	p	0,987	0,422	0,037
Tempo de serviço (anos) n=53	r_s	0,082	0,063	0,219
	p	0,558	0,654	0,115
Horas de trabalho diário n=50	r_s	0,202	0,315	-0,096
	p	0,160	0,026	0,507

Verifica-se (Tabela 10) ainda que o aumento da idade dos inquiridos está positivamente e razoavelmente significativamente associado a maiores níveis de realização pessoal ($r_s=0,287$; $p=0,037$), e que o aumento de número de horas de trabalho diárias também está positivamente e razoavelmente significativamente associado a maiores níveis de despersonalização ($r_s=0,315$; $p=0,026$). Não se observa relação significativa entre a idade dos inquiridos e a Exaustão Emocional ou a Despersonalização, entre o tempo de serviço (anos) e as três componentes de *Burnout*, e entre o tempo de trabalho diário (horas) e a Exaustão Emocional ou a Realização Pessoal ($p>0,05$).

8) Discussão

A síndrome de *burnout* apresenta-se como uma das maiores dificuldades associadas aos profissionais de saúde, sendo que nos últimos anos os estudos realizados sobre esta área sugerem que os profissionais de saúde são afetados sobretudo pelas horas de trabalho e que níveis elevados de exaustão emocional e despersonalização, juntamente com níveis baixos de realização pessoal no MBI sugerem a presença de *burnout*.

Numa primeira análise, tendo em consideração as três dimensões de *burnout* para a amostra em estudo, concluímos que se está perante um grupo que não apresenta índices elevados de *burnout*, sendo que os dados são mesmo condicentes com a ausência de perturbação. Verificou-se ainda que estamos perante uma amostra que exhibe índices elevados de realização pessoal e índices baixos de exaustão emocional e despersonalização. No que concerne a diferenças entre géneros, embora as mesmas existam, encontramos apenas diferenças estatisticamente significativas na dimensão despersonalização, que se apresenta como mais elevada nos homens do que nas mulheres, mas mesmo assim não existem dados que demonstrem a presença da síndrome no grupo em estudo.

Burke & Grennlass (1989), verificaram que a síndrome se apresentava como invariável em género, mas que as mulheres apresentavam uma tendência mais elevada para a exaustão emocional e os homens para a despersonalização, sendo que aqui verificamos que os homens apresentam, embora não significativo ou indicador de síndrome, níveis mais elevados de despersonalização e as mulheres, níveis mais elevados de exaustão emocional.

Estes resultados parecem ir ao encontro dos obtidos por Rothmann et al. (2002) que verificaram que os apresentavam níveis de exaustão emocional e despersonalização baixo, e um resultado elevado no que diz respeito à realização pessoal, o que indicava que não revelavam grandes riscos para sofrerem da doença.

Yokaichiya (2004) realizou um estudo com o objetivo de identificar quais os fatores de *stress* nos farmacêuticos e identificou a necessidade de desenvolver um espaço para a reflexão sobre o processo de trabalho em saúde desenvolvido nas farmácias para determinados grupos de risco (neste caso concreto, SIDA) por forma a

desenvolverem mais atividades e menos stressantes, e obterem uma maior satisfação no trabalho e humanização nos serviços. Mais uma vez, aqui não existem dados que comprovem a presença de níveis elevados de *stress* nos profissionais de farmácia.

No que diz respeito às diferentes dimensões e variáveis sociodemográficas, encontrou-se relações moderadamente significativas entre exaustão emocional género e idade, o que parece sugerir que a idade poderá influenciar os níveis de exaustão emocional, sendo que o mesmo poderá não acontecer quanto ao género. Por seu turno, as horas de trabalho parecem não exercer qualquer influência ao nível da exaustão emocional.

Os resultados revelam que relativamente à Exaustão Emocional não se detectam diferenças significativas por nenhuma situação/variável sociodemográfica com exceção do número de filhos ($p=0,002$). Assim, relativamente ao número de filhos, detetaram-se que quem tem dois filhos apresenta uma exaustão emocional significativamente superior à dos inquiridos com menor número de filhos mas que, no entanto, não difere significativamente de quem tem 3 filhos. Ainda neste contexto, verifica-se que a Exaustão Emocional não difere de forma significativa entre os inquiridos com ou sem filhos, sendo que este padrão de inversão Exaustão vs Maior número de filhos poderá explicar o resultado observado de não se encontrarem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao facto de terem ou não terem filhos.

Na dimensão despersonalização, encontrou-se uma relação moderadamente significativa com as variáveis idade e género, não surgindo qualquer índice de relação com as horas de trabalho, sendo que esta relação é negativa com a dimensão realização pessoal.

De uma forma mais concreta, verificou que não existem diferenças significativas por nenhuma situação/variável sociodemográfica com exceção de ter e do tipo de contrato. Assim, os níveis de Despersonalização são significativamente mais elevados para quem tem contrato a termo incerto face aos 2 outros tipos de contrato que não apresentam níveis de despersonalização significativamente diferentes entre si.

Já Teixeira e Sousa (2011), no âmbito da sua dissertação de mestrado, verificaram que existe uma relação entre a satisfação profissional e a idade, género, grau de formação, experiência profissional (em anos) e experiência profissional no local de trabalho (em anos), em que grande parte dos profissionais apresentava níveis de satisfação positivos, excepto no que concerne à satisfação com o superior hierárquico direto e satisfação com os procedimentos de trabalho e comunicação na organização.

Os dados obtidos também vão em encontro dos alcançados por Santos (2012) que na sua amostra de farmacêuticos encontrou uma baixa prevalência de *burnout*, sendo que a dimensão mais relevante foi a despersonalização. No que diz respeito à idade, verificou que esta não apresenta relações com as dimensões exaustão emocional e realização profissional, mas no fator despersonalização identificou diferenças estatisticamente significativas relacionadas com a idade. Por fim, no que concerne à dimensão Realização Pessoal encontraram-se diferenças significativas em quase todas as comparações com exceção de Cargo Diretivo e Conta Própria. A Realização Pessoal é significativamente mais elevada nos homens, nos casados face aos restantes estados civis (solteiro ou divorciado), assim como difere para os que têm filhos para quem tem um ou dois filhos, para quem tem contrato a termo e na situação de não trabalhar ao fim de semana e/ou feriado.

Verificou-se ainda que o aumento da idade e número de horas de trabalho dos inquiridos está positivamente associada com níveis mais elevados de realização pessoal, mas não se encontrou qualquer relação entre a idade e a Exaustão Emocional ou Despersonalização, mesmo no que concerne a variáveis como tempo de serviço e horas de trabalho diário.

Em suma, devido à escassez de estudos no âmbito da farmácia, torna-se difícil fazer comparação com os dados previamente obtidos na área, no entanto os nossos resultados parecem ir ao encontro dos anteriormente obtidos que sugerem a ausência de *burnout* nos profissionais de farmácia, sendo que as variáveis idade, género ou horas de trabalho não se apresentam como relevantes para esta avaliação.

III. Conclusão

A maturidade emocional necessária para lidar com este tipo de situações é geralmente maior do que noutras profissões (Benevides-Pereira, 2002), estando este tipo de profissionais num patamar de maior risco para *stress* ocupacional que pode consequentemente levar à Síndrome de *Burnout*.

Foi durante a década de 70 do século XX o termo *burnout* foi usado pela primeira vez por Freudenberger, que o definiu com um desgaste devido a exigências físicas de força, energia ou recursos, observando-se ainda desgastes ao nível do humor e motivação, sendo que a Psicologia de Saúde Ocupacional se centrou mais nesta síndrome em trabalhadores de indústria, negligenciando-se de certa forma os trabalhadores da área da saúde (Kristensen, et al., 2005).

É nos anos 80 que a síndrome de *burnout* se torna de natureza quantitativa e se torna analisada de forma sistemática através de inquéritos a amostras populacionais cada vez mais abrangentes, surgindo ainda o inquérito Maslach Burnout Inventory como principal instrumento de medida (Maslach e Jackson, 1981).

Hoje em dia, esta síndrome ganhou ênfase nas profissões dos serviços humanos, onde se considera que o atendimento ao doente pode levar a um conflito entre a profissão desempenhada, a satisfação ocupacional e a responsabilidade que lhes é atribuída. (Richardsen e Burke, 1995).

Segundo Carlotto e Gobbi (1999), a definição de *burnout* mais aceite e usada na comunidade científica é fundamentada na perspetiva sociopsicológica e entendida como um processo constituído por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional (Maslach & Jackson, 1981). Contudo, vários autores referem ainda que a síndrome de *burnout* pode ser classificada como uma síndrome de exaustão, cinismo e ineficácia no trabalho. A síndrome de *burnout* é, então, uma resposta ao *stress* crónico no trabalho, que integra além de atitudes e sentimentos negativos em relação às pessoas com as quais trabalhamos, também ao próprio profissional, pelo facto de se encontrar emocionalmente esgotado.

O local de trabalho, bem como os relacionamentos que ali se criam, o desempenho profissional e a motivação nesse mesmo local é de forma surpreende

subestimado pela grande maioria, sendo que empregos passam a ser apenas meras competências e resultados, onde os sentimentos passam a ser irrelevantes, ou até mesmo encargos capazes de interferir com o trabalho. No entanto, erroneamente, uma vez que no contexto social, como o vivido pelos farmacêuticos, as emoções moldam a resposta e a reação do profissional para com o doente atendido. Assim sendo, são as emoções que por diversas vezes nos dão explicação para o desajuste entre o trabalhador e o trabalho, fator de risco de grande importância na síndrome de *burnout* (Maslach & Leiter, 1997).

Porém, esta exaustão emocional pode ter início muito antes de se encontrar emprego. Hoje em dia, a classe profissional dos farmacêuticos, começa a encontrar-se sobrelotada, ou melhor, existe um risco quanto ao futuro profissional, sendo que é imposto, de forma quase imediata, um *stress* psicológico devido à exigência a nível de competência para que mais tarde se venha a ser bem sucedido na busca de emprego, o que coloca o profissional em risco, ainda antes do contacto com a vida profissional propriamente dita.

No contexto social, as expectativas e a representação social são um grande fator de *stress*. O farmacêutico não é visto como Médico, mas é sobre ele que muitas vezes caí a responsabilidade de alertar o doente, ou é a ele que o doente muitas vezes responsabiliza por algumas reações adversas ou mesmo falha no tratamento. Trabalhar com o sofrimento de outras pessoas é extremamente fatigante (Frasquilho, 2005). Isto tudo, remete-nos para o facto de que abraçar um desafio profissional na área da saúde é desafiante e que apesar de sabermos ser recompensador, coloca estes profissionais em risco para a síndrome de *burnout*.

Os resultados deste estudo demonstraram, numa primeira análise, que a amostra em estudo não apresenta níveis elevados de *burnout*, inclusive não se encontraram dados que demonstrassem a presença da síndrome quer em homens, quer em mulheres, dado que se observou índices baixos na dimensão exaustão emocional e despersonalização e índices altos na dimensão realização pessoal. Neste contexto, consideramos não só a ausência de *burnout* nos profissionais de farmácia, como também verificamos que estes encontram índices elevados de realização pessoal, o que parece sugerir que se encontram satisfeitos com a sua profissão e tarefas que esta acarreta.

Os resultados agora apresentados foram ao encontro dos obtidos previamente por Burke & Grennlass (1989), Rothmann et al (2002) e Yokaichiya (2004) que demonstraram que os profissionais de farmácia apresentam níveis baixos de *burnout* e níveis elevados de realização pessoal, sendo que os homens apresentavam tendência para níveis mais elevados na dimensão despersonalização e as mulheres na dimensão exaustão emocional.

Considerou-se ainda como objetivo de estudo as variáveis sociodemográficas como idade, género e horas de trabalho como influenciadoras dos índices de *burnout* nos profissionais de farmácia. Neste contexto, encontramos mais uma vez dificuldade em comprovar que existe uma relação entre as dimensões avaliadas pelo MBI e as variáveis em estudo, dado que não se encontraram relações estatisticamente significativas entre estas.

De facto, os nossos resultados parecem demonstrar que a idade poderá influenciar os níveis de exaustão emocional, sendo que o mesmo poderá não acontecer quanto ao género. Por seu turno, as horas de trabalho parecem não exercer qualquer influência ao nível da exaustão emocional. Na dimensão despersonalização, a idade, género e horas de trabalho não parecem influenciar as perceções dos farmacêuticos, sendo que o mesmo acontece quanto à dimensão realização pessoal.

Estes resultados foram ao encontro dos obtidos por Teixeira e Sousa (2011) e Santos (2012) que demonstraram que existia uma relação entre a satisfação profissional e a idade, género, grau de formação, experiência profissional (em anos) e experiência profissional no local de trabalho (em anos), em que grande parte dos profissionais apresentavam níveis de satisfação positivos e uma baixa prevalência de *burnout* na, sendo que a dimensão mais relevante foi a despersonalização. Aqui, na idade verificou-se que esta não apresenta relações com as dimensões exaustão emocional e realização profissional, mas que a dimensão despersonalização apresenta diferenças estatisticamente significativas associadas com esta.

Ora, neste contexto, considera-se que o estudo se apresenta relevante na medida em que se concentrou num grupo de profissionais, que tal como outros profissionais na área da saúde, se encontram em contacto com o público e prestam um serviço a grupos de risco, que podem vir a influenciar a forma como os mesmos se sentem perante a

profissão e as funções que exercem. Os farmacêuticos exercem funções em farmácia de rua e em farmácia hospitalar, mas o facto é que os estudos realizados no âmbito de *burnout* parecem concentrar-se mais nos enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais, descurando assim a importância que este grupo terá neste âmbito. Afirma-se, então, que este estudo, embora não tenha demonstrado a presença de *burnout* na sua amostra, se apresenta como relevante neste contexto, uma vez que se concentra num grupo específico de profissionais, que também ele se encontra sujeito a *stress* elevado devido às suas condições de trabalho e ao contacto direto com o público, alvo de problemas de saúde e que muitas vezes recorrem ao farmacêutico em busca de uma resposta que tarda em surgir.

No entanto, apesar da sua relevância, considera-se que o mesmo apresenta uma série de limitações que devem ser ressaltadas. Em primeiro lugar, a dimensão da amostra, embora seja razoável, deveria ter contemplado um número maior de elementos, procurando, sobretudo, obter alguma homogeneidade no que concerne à variável género, por forma a verificar se existem ou não diferenças significativas nas perceções que possam ser atribuídas a esta variável. Ainda relativamente à amostra, considera-se relevante que em estudos futuros, esta deva contemplar outros grupos dentro dos farmacêuticos, como será o caso de técnicos de farmácia (para os quais não fizemos distinção), assim como consideramos relevante verificar se as perceções são similares em profissionais de farmácia de rua e farmácia hospitalar, dado que a profissão, embora a mesma, as funções divergem.

Considera-se ainda limitativo o facto de se utilizar apenas um instrumento de recolha de dados, o MBI. Embora a consistência interna deste instrumento seja elevada e estar aferido para população portuguesa seja uma mais-valia, o facto é que se poderia ter completado este estudo com o recurso a um inventário de satisfação ou mesmo qualidade de vida no trabalho, alargando mais o campo de análise e investigação.

Considera-se ainda que o estudo permitiu caracterizar a síndrome de *burnout* (nas suas três dimensões) em Farmacêuticos, mas tal não nos permite afirmar que estes apresentam índices de Exaustão Emocional e Despersonalização elevados e Realização Pessoal baixos, uma vez que apenas recorremos ao MBI como instrumento de recolha de informação, o que não nos permite realizar uma análise comparativa entre as três dimensões avaliadas.

Convém ainda referir que este estudo se apresenta como um possível ponto de partida para estudos posteriores na área de farmácia e *burnout* ou *stress* profissional em farmacêuticos, chamando à atenção para a necessidade de contemplar outros profissionais de saúde que não os habitualmente utilizados em estudos nesta área.

Por fim, apesar das limitações encontradas, conclui-se que o *burnout* se apresenta como uma síndrome do século XXI, que por uma série de constrangimentos sócio culturais e demográficos poderá apresentar uma tendência de crescimento, sendo por isso relevante identificar quais as classes profissionais mais afetadas e quais as estratégias de prevenção e atuação que podem ser desenvolvidas no âmbito de minimizar os impactos negativos na vida profissional e pessoal do indivíduo que sofre de *burnout*.

Sendo assim, consideramos que o presente estudo cumpre, de certa forma, o objetivo central de dar resposta ao aprofundamento do conhecimento do Farmacêutico sobre esta problemática dentro da sua categoria profissional, chamando-o à atenção para aspetos que podem não considerar como relevantes no seu comportamento e que são indicadores da presença desta síndrome, levando-os assim ao reconhecimento precoce de um problema, em que a intervenção antecipada minimizará os seus impactos negativos quer em contexto profissional, quer no contexto pessoal.

Bibliografia

Angonesi, A. (2008). Dispensação farmacêutica: Uma análise de diferentes conceitos e modelos. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 13, p. 629-640.

Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). Burnout: O processo de adoecer pelo trabalho. In Benevides-Pereira (Org.), *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador* (pp. 21-91). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Chievenato, I. (2004). *Recurso Humanos: O capital humano das organizações*. São Paulo: Atlas.

Codo, W & Menezes, I. V. (2002). O que é burnout? In: Wanderley, Codo. (Org.). *Educação: Carinho e Trabalho* (3ª ed). Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, p. 237-254.

Decreto nº 9432 de 1924

Decreto nº 17636 de 1929

Dias, J. P. S. História da Farmácia em Portugal. Disponível em <http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebStd_1/defaultCategoryViewOne.asp?categoryID=1900>. [consultado online a 15 de Dezembro de 2013]

Feliciano, K. V. O., Kovacs, M. H. & Sarinho, S. W. (2005) Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto socorro pediátrico: reflexões sobre o Burnout: *Revista Brasileira de Saúde e Maternidade Infantil*, Vol. 5, nº 3, p.319-328.

Ferreira, S. (2004). Burnout Profissional – Uma realidade no laboratório. *Bioanálise*, Ano I, nº 1, Julho/ Dezembro, p. 30-39.

Fogaça, M. C.; Carvalho, W.B.; Citero, V. A. & Nogueira-Martins, L.A. (2008). Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Vol. 20, nº 3, p. 261-266.

Freudenberger, H. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 1, 159–64.

Grunfeld, E. & Tehelan, J. T. (2000). Cancer Care Workers in Ontariao: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ, Jun*, vol. 25, nº 163, p. 166-169.

Hepler, C. D. & Strand, L. M. (1999). Oportunidade y Responsabilidades en atencion farmacêutica. *Pharmaceutical Care España, 1 (1)*, p. 35-47

James, J. A. & Rovers, J. P. (2003). Wellness and .health promotion, in Rovers, J. P. et al. *A practical guide to pharmaceutical care*. Washington, American Pharmaceutical Association, p. 183-200.

Laing, R. et al. (2003). 25 years of the WHO essential medicines lists: Progresso and challenges. *The Lancet, 361 (Maio)*, p. 1723-1729.

Kilimnik, Z. M. (1998) Trabalhar em tempos de fim dos empregos: mudanças na trajetória de carreira de profissionais de Recursos Humanos. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v.18, n. 2, p. 34-35.

Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99–113.

Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M. (1996). *The Maslach Burnout Inventory*, (3ª ed). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Reviews of Psychology*, 52, 397-422.

Pita, J. R. (2000). *História da Farmácia*. Coimbra: Minerva.

Pita, J. R. (s/d). *Breve história da propriedade de farmácia de oficina em Portugal*, disponível em <http://www.plural.pt/portals/farbeira/documentos/HistProFarmPlural109%20Rui%20Pita.pdf> [consultado online a 15 de Dezembro de 2013]

Rodriguez-Marín, J. (1995). *Psicologia Social de la Salud*. Madrid: Sínteses.

Rosa, C. & Carlotto, M. S. (2005). Síndrome de Burnout e a satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista SBPHV, Vol. 8, nº 2, Rio de Janeiro*.

Rothmann S, Scholtz PE, Rothmann JC & Fourie M. (2002) *The relationship between individual variables and work-related outcomes*; Disponível em <<http://www.content.apa.org/journals/fsh>> [Consultado a 12 de Dezembro de 2013]

Santos, M. T. F. (2012). *Avaliação de Burnout em Trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS da Região de Borborema*, Trabalho Acadêmico para a obtenção do título de especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial junto do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Paraíba.

Sequeira, C. F. P. R. C. (2011). *O novo paradigma da Farmácia em Portugal e os actuais desafios colocados à sua gestão*. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do Grau de Licenciatura em Ciências Farmacêuticas.

Tamayo MR & Tróccoli BT (2009). Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do *Burnout* (ECB) *Estudos de Psicologia (Natal)*; 14 (3)

Tamayo MR, Tróccoli BT (2007). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7 (1).

Teixeira e Sousa, J. M. (2011). *A Medição da Satisfação Profissional dos Técnicos de Farmácia e Farmacêuticos do Norte de Portugal*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Aconselhamento e Informação em Farmácia, Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Instituto Politécnico do Porto.

Tucunduva, L.T.C. (2006). A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Revista da Associação Médica Brasileira*, Vol, 52, nº 2, p.108-112.

WHO (1997). The role of the Pharmacist in the Health Care System, disponível em www.who.com, consultado a 15 de Dezembro de 2013.

Anexo 1

Questionário de Dados Sociodemográficos e Profissionais

Dados Pessoais

Iniciais do nome: _____

Endereço*: _____

Correio eletrónico*: _____

Género: ☐ Feminino ☐ Masculino

Idade: _____

Estado Civil: _____

Tem filhos? _____ Quantos? _____

Naturalidade: _____

Cidade/Local onde trabalha: _____

(*resposta opcional)

Dados Profissionais

Há quanto tempo trabalha como Farmacêutico: _____ anos _____ meses

Exerce cargo diretivo? Sim ☐ Não ☐

Qual o seu vínculo contratual? ☐ Por conta própria ☐ Por conta de outrem

Se trabalha por conta de outrem, qual o seu tipo de contrato?

☐ Termo certo ☐ Termo incerto ☐ Sem termo

Quantas horas trabalha em média, por dia? _____

Tem atividade profissional durante o fim-de-semana e/ou feriados? ☐ Sim ☐ Não

Questionário Maslach Burnout Inventory (MBI)

Maslach Burnout Inventory (MBI – HSS, 1986)

	Por favor, leia atentamente cada uma das seguintes afirmações e assinale com um “X” a resposta que lhe parece mais sincera e não a resposta que lhe pareça socialmente aceitável	Nunca	Algumas vezes por ano	Todos os meses	Algumas vezes por mês	Todas as semanas	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1	Sinto-me emocionalmente vazio devido ao meu trabalho							
2	Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho							
3	Sinto-me cansado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho							
4	Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem							
5	Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objetos							
6	Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço							
7	Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes							
8	Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho							
9	Tenho a sensação de, com o meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas							
10	Tornei-me insensível às pessoas desde que tenho este trabalho							
11	Receio que este trabalho me torne emocionalmente mas duro							
12	Sinto-me cheio de energia							
13	Sinto-me frustrado pelo meu trabalho							
14	Sinto que o meu trabalho é demasiado árduo							
15	Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes							
16	Trabalhar diretamente com o público stressa-me demasiado							
17	Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes							
18	Sinto-me rejuvenescido quando consigo estabelecer uma relação própria com os doentes no meu percurso profissional							
19	Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho							
20	Sinto que esgotei todos os meus recursos							
21	No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma							
22	Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas							