

Burnout syndrome: prevalence in health professionals working in the area of oncology

Juliana Pereira Franceschini*
Ilka Lopes Santoro**

Abstract

Healthcare professionals who work in the area of caregiving are responsible for the ongoing care of patients and therefore are more vulnerable to burnout. The objective of this study is to evaluate the levels of stress in health professionals, and to analyze the quality of life, and the level of anxiety and depression among these individuals. A cross-sectional study was carried out with professionals working in the oncology unit, both men and women, over 18 years of age, who agreed to participate in the study and signed an informed consent form. Participants completed the evaluation form and completed the SF-36 Quality of Life, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Maslach Burnout Inventory (MBI) questionnaire. We evaluated 54 professionals, predominantly female and young. When comparing quality of life and level of anxiety or depression among the different subgroups of employees, it was possible to observe that, in the dimensions of emotional exhaustion and low professional achievement, individuals with higher stress had worse quality of life and higher level of anxiety and depression. For the dimension of depersonalization, only anxiety was higher in subjects with moderate stress. This study demonstrated that many professionals have moderate or high degree of professional stress and that this was associated with greater anxiety and depression and poorer quality of life. These results may provide useful insights to improve the physical and mental health of health care professionals.

Keywords: Worker's Health. Professional Exhaustion. Stress. Oncology

INTRODUCTION

Burnout syndrome can be defined as a condition of fatigue or frustration produced by dedication to a cause that is expected to give positive results and that creates conflict with the reality that does not correspond to the expectations of the professional¹. Although burnout syndrome has been studied in several professions, it is of paramount importance to study it among health professionals because of its prevalence in these workers and the high social cost that this represents^{2,3}.

This syndrome is characterized by three basic aspects: emotional exhaustion, related to absence or lack of energy and enthusiasm due to the exhaustion of resources; depersonalization, in the sense of dehumanization, that occurs when the professional starts to treat the patient, client or friends in a distant and impersonal way; and low achievement at work, observed by

the worker's tendency to evaluate themselves negatively⁴.

The hospital institution is an environment of potential risk to occupational health, since the work developed requires that all professionals have enough clinical experience and maturity to face and make difficult decisions, usually with ethical and moral implications^{5,6}.

Healthcare professionals who work in the caregiving area are responsible for the ongoing care of patients and therefore are more vulnerable to burnout. The main conflicting situations that are part of the routine include contact with pain, illness and the proximity of death, which are maximized by the anguish and anxiety of patients and families. Moreover, the situation may be exacerbated by the scarcity of material and human resources, low remuneration for the level of training, and the

DOI: 10.15343/0104-7809.201740A447460

* Centro Universitário São Camilo, São Paulo – SP, Brasil.

** Department of Medicine, Paulista School of Medicine - Unifesp, São Paulo - SP, Brazil.

E-mail: juliana.franceschini@prof.saocamilo-sp.br

type of work they do^{7,8}.

Professionals working in the care of cancer patients should receive special attention, due to the high number of vulnerable patients involved as well as the lack of experienced and skilled professionals, who are often overburdened⁹.

Although caring for terminal patients is an integral part of clinical oncology, professionals in this area view death as the end of bonding, of coexistence and of the affective relationship created with the patient, which can trigger burnout syndrome. Suffering in the face of death may also be related to the organizational environment, since it is not always possible to rely on specialized help to cope with these situations, and professionals often do not feel prepared to deal with terminality^{9,10}.

In this scenario, health professionals working in oncology are susceptible to high levels of stress that can lead to physical illness and emotional exhaustion. This is due to the stress experienced in everyday situations, which triggers physiological and adaptive reactions that lead to exhaustion and, consequently, to professional burnout syndrome⁸.

Thus, this article aims to evaluate the professional stress levels related to the Maslach Burnout Inventory dimensions (depersonalization, emotional exhaustion, and low professional achievement) in the health professionals of a hospital oncology unit, and to analyze the quality of life and the level of anxiety and depression among these individuals.

METHODS

The study had a prospective cross-sectional design. We evaluated the health professionals who work in the care area of an oncology unit, in a hospital in the city of São Paulo. This study was approved by the Research Ethics Committee (CEP) of the said hospital.

Individuals of both sexes, over 18 years of age, and who agreed to participate in the study and previously signed an informed consent form were included.

Participants completed the evaluation form, composed of personal and professional data, and then answered the SF-36 Quality of

Life, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Maslach Burnout Inventory (MBI) questionnaire.

The SF-36 questionnaire consists of 11 questions with 36 possible answers. The number of possibilities for answers varies according to each question. It covers eight domains and each of them is composed of different issues. The questionnaire presents a final score of 0 to 100, in which zero corresponds to the worst general health condition and 100 to the best state of health. The total score and the score of each of its 8 domains were then analyzed.

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) has 14 items, of which the seven odd-numbered questions are focused on anxiety (HADS-A) and the seven even-numbered questions for depression (HADS-D). Each item can be scored from zero to three, which makes up a maximum score of 21 points for each scale. The HADS score was divided according to the cut-off levels described by Price et al.¹¹, with 0 to 7 points for unlikely diagnosis, 8 to 11 points for possible diagnosis, and 12 to 21 points for probable diagnosis.

The MBI has a total of 22 items with answers based on the Likert-5 scale, distributed in three dimensions: 1 - emotional exhaustion (9 items); 2 - low professional achievement (8 items); and 3 - depersonalization (5 items). The scores of each of the 3 dimensions were analyzed, with scores above 26 in the first dimension, above 12 in the second dimension, and below 38 in the third dimension together identifying the presence of burnout syndrome¹²⁻¹⁴. MBI scores were categorized into subgroups identified as low (L), moderate (M) and high (H) levels.

For the statistical analysis of the results, the Student's t-test was used, in the comparison between two sub-samples of professionals, categorized by dichotomous variables (sex - male x female; hobbies - yes x no; number of employment ties - one x more than one; shift - day x night, practice of physical activity - yes x no). The analysis of variance (ANOVA), with Bonferroni's complementary test, was also used to compare three or more sub-samples of professionals, stratified by categorical variables (profession and low, moderate or high MBI scores).

For all analyzes, the significance level adopted

was 5%, thus a type I error of <0.05. The analysis was performed through the program "Statistical

Package for the Social Sciences - for Windows" IBM version 19.0.

RESULTS

Fifty-four health professionals were evaluated, with a predominance of female and young people. Demographic data of the studied population are shown in table 1.

As for the number of employment ties, individuals with a single tie predominated, and only one person interviewed had three ties. In relation to hobbies, the most cited were reading, cinema, dancing and walking, but 14 individuals reported having no hobby. The practice of regular physical activity was reported by only

18 participants.

Regarding the SF-36 domains, those with the lowest average values were vitality, pain, physical aspects, and general health status. In the results obtained in the HADS it was observed that the anxiety average was greater than the average of depression, although both presented relatively low values. On the MBI scale, greater values were found for the emotional exhaustion dimension in relation to depersonalization (table 2).

Table 1 – Demographic data of the study population. São Paulo / SP, 2015.

Variables	n=54
Average age (years)(SD)	33.2 (8.6)
Gender n (%)	
Female	45 (83.3)
Male	9 (16.7)
Marital status n (%)	
Not married	28 (51.9)
Married	19 (35.2)
Divorced	7 (13.0)
Religion n (%)	
Catholic	32 (59.3)
Evangelical	12 (22.2)
Others	10 (18.5)
Hobbies	
Yes	30 (74.1)
No	14 (25.9)
Occupation n (%)	
Nursing Technician	28 (51.9)
Nurse	15 (27.8)
Physiotherapist	5 (9.3)
Others	6 (11.1)

to be continued...

...continuation - Table 1

Professional activity in the evaluated institution	
Single tie n (%)	37 (68.5)
Average daily load (SD)	7.2 (2.2)
Shift n (%)	
Morning	13 (20.1)
Afternoon	22 (40.7)
Night	8 (14.8)
Fulltime	11 (20.4)
Sector n (%)	
Internment	40 (70.1)
Ambulatory	14 (25.9)
Time of performance in the area (years) Mean (SD)	8.9 (6.9)
Smoking	
Active smoker n (%)	7 (13.0)
Tobacco load (years.packs) Mean (SD)	34 (12.4)
Practice physical activity n (%)	18 (33.3)

Table 2 – Tendency measurements for the SF-36 total score, anxiety and depression (HADS) domains and MBI domains. São Paulo / SP, 2015.

	Média	DP	Mediana
SF-36			
Functional capacity	80.3	19.3	85
Physical aspects	69.9	33.1	75
Pain	65.8	22.1	72
General health status	72.6	15.5	72
Vitality	60.6	20.5	70
Social aspects	74.4	21.1	75
Emotional Aspects	75.9	31.3	100
Mental health	75.7	17.2	76
Total	71.5	15.0	74
HADS			
Anxiety	5.9	3.4	6
Depression	4.2	3.2	4
MBI			
Depersonalization	8.4	2.8	8
Emocional Exhaustion	19.4	5.1	20
Low Professional Performance	33.1	3.9	33

Regarding MBI, it was also observed that in the three dimensions, the majority of participants fell in the moderate level, but some individuals presented a high score in one dimension alone. There was no participant with a congruently high score for the 3 dimensions (table 3).

Regarding the gender, there was no significant difference regarding the results of the SF-36, HADS and MBI scales. As for the single tie, no statistically significant difference was observed in relation to the SF-36 and MBI domains. However, the mean for the anxiety score was higher in the group of employees with more than one employment tie ($p = 0.046$), that being 6.3 (SD = 3.7), compared to 4.88 (SD = 2.2) of those in the group that only had one tie.

In relation to the shift, profession and practice

of physical activity, there were no statistically significant differences for any domain of the SF-36, HADS and MBI scales.

When comparing the quality of life and the level of anxiety or depression among the different subgroups of employees, stratified by the degree presented in each of the dimensions of MBI, it was possible to observe that in the dimensions of emotional exhaustion and low professional achievement, the individuals with higher stress had a poorer quality of life and a higher level of anxiety and depression when compared with individuals with a lower degree of stress.

For the depersonalization dimension, only anxiety was higher in subjects with moderate stress (Table 4).

Table 3 – Burnout level by MBI subscale and its congruity. São Paulo / SP, 2015.

MBI	Low	Moderate	High
Depersonalization	15 (27.8)	36 (66.7)	3 (5.6)
Emotional Exhaustion	18 (33.3)	31 (57.4)	5 (9.3)
Low Professional Achievement	5 (9.3)	34 (63.0)	15 (27.8)
Congruity in the 3 domains	4 (7.4)	16 (29.6)	0

Table 4 – Mean values of the SF-36 total score and the Anxiety and Depression scores (HADS) for the different degrees of scoring (low, moderate or high) in the three dimensions of MBI. São Paulo / SP, 2015.

Questionnaires	MBI				Low Professional Achievement							
	Depersonalization				Emotional Exhaustion				Professional Achievement			
	L	M	H	p	L	M	H	p	L	M	H	p
SF-36 total score	77.2	68.1	72.3	ns	80.0	68.9	59.7	0.018	81.2	74.2	62.0	0.008
HADS												
Anxiety	4.3	6.9	4.8	0.019	3.7	6.6	8.3	0.006	3.8	5.1	8.3	0.002
Depression	3.3	4.8	3.6	ns	2.3	4.7	8.3	0.002	1.6	3.4	6.9	<0.001

MBI: Maslach Burnout Inventory, L: low, M: moderate, H: high

ANOVA with complementary Bonferroni test - Depersonalization: Anxiety $L \neq M$, $L \neq H$; Emotional Exhaustion: SF-36 total score $L \neq M$, Anxiety $L \neq M$, Depression $L \neq M$, $L \neq H$; Low Professional Achievement: SF-36 total score $L \neq H$, $M \neq H$; Anxiety $L \neq H$, $M \neq H$, Depression $L \neq H$, $M \neq H$.

DISCUSSION

This study aimed to evaluate the levels of professional stress related to depersonalization, emotional exhaustion and low professional achievement in health professionals of a hospital oncology unit.

Among the professionals interviewed, a large number of individuals had moderate or high levels of stress in one or more dimensions assessed by MBI. Although no individual with a high level of stress in the three dimensions studied was observed, approximately 30% of the evaluated professionals showed a combined effect of the three dimensions which produced a moderate level of stress.

The high number of health professionals with a moderate level of burnout has been reported by other authors^{6,10,15,16}. This fact is probably due to the hospital environment itself, which exposes the worker to occupational stressors associated with ethical and moral factors. Pain and suffering, especially in the contact with cancer patients, generate impotence and dissatisfaction in the professional.

It is worth mentioning that a moderate level of occupational stress should serve as an alert to both the health professional and the management professional, because it is at this stage that prevention measures can have a positive effect, avoiding an increase in the number of professionals with a high level of occupational stress and, consequently, the need for removal or modification with a deviation of function from the end activity.

Regarding the characteristics of our sample, there was no difference in the prevalence of different levels of stress among the sexes, age, marital status, number of ties or profession, and these characteristics have been described in the literature as factors that may influence the level of stress presented by the employee^{8,15,17,18}. In our study, this fact may be related to the greater homogeneity of the sample, which predominantly included female professionals in the nursing area and with only one employment relationship. When analyzing the existence of possible associations between the different burnout levels in each dimension and the anxiety and/or depression, it was verified that two dimensions of burnout, emotional

exhaustion and low professional achievement showed a statistically significant association with anxiety and depression. In addition, individuals with moderate levels of depersonalization had a higher degree of anxiety. These results are consistent with findings from other studies, in which depression, anxiety, and disease vulnerability are significantly related to emotional exhaustion and depersonalization¹⁹⁻²¹.

The quality of life, evaluated by the SF-36 total score, was also associated with emotional exhaustion and low professional achievement, and individuals with a low level of stress for these dimensions had a better quality of life. The impact of professional stress on the quality of life of health professionals may be aggravated by the area where the individuals, evaluated in this study, work. The diversity of the clinical situations in which oncology professionals perform their tasks, as well as the diversity of knowledge required for patient management, often makes the care strategy more complex²².

This study has some limitations. The study recruited health professionals in a single oncology sector of a hospital. Thus, the conclusions of this study cannot be generalized for professionals working in other sectors of the hospital or in general hospitals. In addition, although the study was open to all health professionals, nursing professionals predominated. In the future, the recruitment of a larger number of each professional category involved in multidisciplinary oncology care may contribute to a greater understanding of professional stress in this area of caregiving²³.

CONCLUSION

Thus, this study demonstrated that many professionals have a moderate or high degree of professional stress and that this was associated with higher levels of anxiety and depression, and poorer quality of life.

The results of this study may provide useful insights to assist in the planning of preventive measures to improve the physical and mental health of health professionals from the perspective of professional quality of life. With the complexity of the care system in the oncology area, the balance of physical and mental health of health professionals is crucial to improving high-quality care in clinical settings.

REFERENCES

1. Glasberg J, Horiuti L, Novais M, Canavezzi A, Miranda V, Chicoli F et al. Prevalence of the burnout syndrome among Brazilian medical oncologists. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2007;53(1):85-89.
2. Ferreira Bortoletti F, Teresa Benevides-Pereira A, Vasconcellos E, Siqueira J, Araujo Júnior E, Nardoza L et al. Triggering Risk Factors of the Burnout Syndrome in Ob/Gyn Physicians from a Reference Public University of Brazil. *ISRN Obstetrics and Gynecology*. 2012;2012:1-6.
3. Ozkula G, Durukan E. Burnout syndrome among physicians: the role of socio-demographic characteristics. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2017;136-144.
4. Silva R, Goulart C, Lopes L, Serrano P, Costa A, de Azevedo Guido L. Hardy personality and burnout syndrome among nursing students in three Brazilian universities—an analytic study. *BMC Nursing*. 2014;13(1).
5. Adriaenssens J, Hamelink A, Bogaert P. Predictors of occupational stress and well-being in First-Line Nurse Managers: A cross-sectional survey study. *International Journal of Nursing Studies*. 2017;73:85-92.
6. Ilic I, Arandjelovic M, Jovanovic J, Nešic M. Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout – Questionnaire survey among emergency physicians and nurses. *Medycyna Pracy*. 2017; 68(2):167–178.
7. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaszewski-Barlem JG, Silveira RS, Dalmolin GL. Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21:79-87.
8. Akkus Y, Yasemin K, Göker H, Aksu S. Determination of burnout levels of nurses working in stem cell transplantation units in Turkey. *Nursing and Health Sciences*. 2010;12:444-449.
9. Duarte J, Pinto-Gouveia J. The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *Eur J Oncol Nurs*. 2017;28:114-121.
10. Kutluturkan S, Sozeri E, Uysal N, Bay F. Resilience and burnout status among nurses working in oncology. *Ann Gen Psychiatry*. 2016;15:33.
11. Price MA, Butow PN, Costa DS, King MT, Aldridge LJ, Fardell JE et al. Prevalence and predictors of anxiety and depression in women with invasive ovarian cancer and their caregivers. *Med J Aust*. 2010;193:S52-57.
12. Tamayo RM. Relação entre a síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade de Brasília. 1997.
13. Benevides-Pereira AMT. MBI - Maslach Burnout Inventory e suas adaptações para o Brasil. In: *Anais da 32ª Reunião Anual de Psicologia*, 2001:84-85.
14. Carlotto MS, Camara SG. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. *Estud psicol*. 2007;24(3):325-332.
15. Mcmillan K, Butow P, Turner J, Yates P, White K, Lambert S et al. Burnout and the provision of psychosocial care amongst Australian cancer nurses. *Eur J Oncol Nurs*. 2016;22:37-45.
16. Flarity, K., Gentry, J. E., & Mesnikoff, N. (2013). The effectiveness of an educational program on preventing and treating compassion fatigue in emergency nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*. 2013;35(3):247–258.
17. Carlotto MS. Síndrome de burnout em professores: prevalência e fatores associados. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília. 2011;27(4):403-410.
18. Torales, LP, Celedonio FGM, Vásquez MTH, Zamora MIY. Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental*. 2009;32(5):399-404.
19. Papatasiou, IV, Damigos D, Mavreas V. Higher levels of psychiatric symptomatology reported by health professionals working in medical settings in Greece. *Ann Gen Psychiatry*. 2011;10(1):28.
20. Jeanneau, M, K. Armelius. Self-Image and Burnout in Psychiatric Staff. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2000;7: 399–406.
21. Papatasiou IV, Tsaras K, Kleisiaris CF, Fradelos EC, Tsaloglidou A, Damigos D. Anxiety and Depression in Staff of Mental Units: The Role of Burnout *Adv Exp Med Biol*. 2017;987:185-197.
22. Fu CY, Yang MS, Leung W, Liu YY, Huang HW, Wang RH. Associations of professional quality of life and social support with health in clinical nurses. *J Nurs Manag*. 2017. [Epub ahead of print]
23. Linzitto JP, Grance G. Health professionals' quality of life in relation to end of life care. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2017. [Epub ahead of print]

Síndrome de *burnout*: prevalência em profissionais da saúde que atuam na área de oncologia

Juliana Pereira Franceschini*
Ilka Lopes Santoro**

Resumo

Os profissionais da saúde que atuam na área de assistência são responsáveis pelo cuidado contínuo dos pacientes e, por isso, estão mais vulneráveis ao burnout. O objetivo deste estudo foi avaliar os níveis de estresse em profissionais da saúde e analisar a qualidade de vida e o nível de ansiedade e depressão entre esses indivíduos. Foi realizado estudo transversal, com profissionais que atuam na área assistencial de unidade de oncologia, de ambos os sexos, maiores de 18 anos e que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os participantes preencheram ficha de avaliação e responderam ao questionário de qualidade de vida SF-36, à Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e ao Inventário de Burnout de Maslach (MBI). Foram avaliados 54 profissionais, predominando sexo feminino e faixa etária jovem. Ao comparar qualidade de vida e nível de ansiedade ou depressão entre os diferentes subgrupos de funcionários, foi possível observar que nas dimensões de exaustão emocional e baixa realização profissional os indivíduos com maior grau de estresse apresentaram pior qualidade de vida e maior nível de ansiedade e depressão. Para a dimensão de despersonalização, apenas a ansiedade se mostrou maior nos indivíduos com grau moderado de estresse. Este estudo demonstrou que muitos profissionais possuem grau moderado ou alto de estresse profissional e que isso se associou com maior ansiedade e depressão e pior qualidade de vida. Esses resultados podem fornecer conhecimentos úteis para melhorar a saúde física e mental dos profissionais da área da saúde.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Esgotamento Profissional. Estresse. Oncologia.

INTRODUÇÃO

A síndrome de burnout pode ser definida como condição de fadiga ou frustração produzida pela dedicação a uma causa que se espera que dê resultados positivos e que gera conflito com a realidade que não corresponde às expectativas do profissional¹.

Embora a síndrome de burnout tenha sido estudada em diversas profissões, é de suma importância estudá-la entre os profissionais da área da saúde devido a sua prevalência nesses trabalhadores e ao alto custo social que isso representa^{2,3}.

Essa síndrome é caracterizada por três aspectos básicos: exaustão emocional, relacionada à falta ou carência de energia e entusiasmo em razão do esgotamento dos recursos; a despersonalização, no sentido de desumanização, que ocorre quando o profissional passa a tratar o paciente, cliente

ou amigos de forma distante e impessoal, e a baixa realização no trabalho, observada pela tendência do trabalhador de se avaliar de forma negativa⁴.

A instituição hospitalar é um ambiente de potencial risco à saúde ocupacional, uma vez que o trabalho desenvolvido requer que todos os profissionais tenham suficiente experiência clínica e maturidade que permitam enfrentar e tomar decisões difíceis, geralmente com implicações éticas e morais^{5,6}.

Os profissionais da saúde que atuam na área de assistência são responsáveis pelo cuidado contínuo dos pacientes e, por isso, estão mais vulneráveis ao burnout. As principais situações conflituosas que fazem parte da rotina incluem o contato com a dor, com a doença e com a proximidade da morte, que são maximizados pela angústia e ansiedade de pacientes e

* Centro Universitário São Camilo, São Paulo – SP, Brasil.

** Departamento de Medicina, Escola Paulista de Medicina – Unifesp, São Paulo – SP, Brasil.

E-mail: juliana.franceschini@prof.saocamilo-sp.br

familiares. Além disso, a situação pode ser agravada pela escassez de recursos materiais e humanos, baixa remuneração diante do nível de formação e o tipo de trabalho que realizam^{7,8}.

Os profissionais que atuam na assistência a pacientes oncológicos devem receber atenção especial, justamente pelo elevado número de pacientes vulneráveis envolvidos bem como pela carência de profissionais experientes e habilidosos, que muitas vezes estão sobrecarregados⁹.

Embora cuidar de pacientes terminais seja parte integral da oncologia clínica, os profissionais desta área encaram a morte como o término do vínculo, da convivência e da relação afetiva criados com o paciente, o que pode desencadear a síndrome de burnout. O sofrimento diante da morte também pode estar relacionado ao ambiente organizacional, uma vez que nem sempre pode-se contar com a ajuda especializada para o enfrentamento dessas situações e os profissionais muitas vezes não se sentem preparados para lidar com a terminalidade^{9,10}.

Nesse cenário, os profissionais da saúde que atuam na oncologia estão suscetíveis a altos níveis de estresse que podem levar a doenças físicas e esgotamento emocional. Isso decorre do estresse vivenciado nas situações do dia a dia, o que desencadeia reações fisiológicas e adaptativas que leva a desgaste e consequentemente à síndrome de burnout ou síndrome do esgotamento profissional⁸.

Assim, este artigo se propõe a avaliar os níveis de estresse profissional relacionados às dimensões do Inventário de Burnout de Maslach (despersonalização, exaustão emocional e baixa realização profissional) em profissionais da saúde de uma unidade hospitalar de oncologia e analisar a qualidade de vida e o nível de ansiedade e depressão entre esses indivíduos.

MÉTODOS

O estudo teve delineamento prospectivo do tipo transversal. Foram avaliados os profissionais da saúde que atuam na área assistencial de uma unidade de oncologia, em um hospital na cidade de São Paulo. Esse estudo foi aprovado pelo CEP do referido hospital.

Foram incluídos indivíduos de ambos os sexos, maiores de 18 anos e que aceitaram participar da pesquisa e assinaram, previamente, o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os participantes preencheram ficha de avaliação, composta por dados pessoais e profissionais e em seguida responderam ao questionário de qualidade de vida SF-36, à Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e ao Inventário de Burnout de Maslach (MBI).

O questionário SF-36 consta de 11 questões com 36 possibilidades de resposta. O número de possibilidades de respostas varia de acordo com cada questão. Abrange oito domínios e cada um deles é composto por questões distintas. Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde. Foi analisado em relação a pontuação total e a pontuação de cada um de seus 8 domínios.

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) possui 14 itens, dos quais as sete questões ímpares são voltadas para a ansiedade (HADS-A) e as sete questões pares para a depressão (HADS-D). Cada item pode ser pontuado de zero a três, o que compõe uma pontuação máxima de 21 pontos, para cada escala. A pontuação da HADS foi dividida de acordo com os níveis de corte descritos por Price e colaboradores¹¹, sendo 0 a 7 pontos para diagnóstico improvável, 8 a 11 pontos para diagnóstico possível e 12 a 21 pontos para diagnóstico provável.

O MBI totaliza 22 itens com respostas baseadas na escala Likert-5, distribuídos em três dimensões: 1 - exaustão emocional (9 itens); 2 - baixa realização profissional (8 itens); e 3 - despersonalização (5 itens). Foi analisado em relação aos escores de cada uma das 3 dimensões, sendo que pontuações acima de 26 na primeira dimensão, acima de 12 na segunda dimensão e abaixo de 38 na terceira dimensão identificaram a presença da síndrome de burnout¹²⁻¹⁴. As pontuações de MBI foram categorizadas em subgrupos identificados como níveis: baixo (B), moderado (M) e alto (A).

Para análise estatística dos resultados foi utilizado o teste t de student, na comparação entre duas sub amostras de profissionais, categorizados por variáveis dicotômicas (sexo

- masculino x feminino; hobbies - sim x não; número de vínculos empregatícios - um x mais de um; turno - diurno x noturno; prática de atividade física - sim x não).

Também foi utilizada a análise de variância (Anova), com teste complementar de Bonferroni, para comparação entre três ou mais sub amostras de profissionais, estratificados por

variáveis categóricas (profissão e graus baixo, moderado ou alto de pontuação nas dimensões do MBI).

Para todas as análises o nível de significância adotado foi de 5%, portanto erro do tipo I <0,05. A análise foi realizada por meio do programa "Statistical Package for the Social Sciences - for Windows" versão IBM 19.0.

RESULTADOS

Foram avaliados 54 profissionais da saúde, nos quais houve predomínio de pessoas do sexo feminino e de faixa etária jovem. Os dados demográficos da população estudada estão representados na tabela 1.

Quanto ao número de vínculos empregatícios, predominaram indivíduos com vínculo único, sendo que apenas uma pessoa entrevistada possuía três vínculos. Em relação aos hobbies, os mais citados foram leitura, cinema, dança e caminhada, porém 14 indivíduos relataram não possuir nenhum

hobby. Prática de atividade física regular foi relatada por apenas 18 participantes.

Com relação aos domínios do SF-36, os que apresentaram menores valores médios foram vitalidade, dor, aspectos físicos e estado geral de saúde. Nos resultados obtidos na HADS observou-se que a média da ansiedade foi maior que a da depressão, apesar de ambas apresentarem valores relativamente baixos. Na escala de MBI foram encontrados valores maiores para a dimensão exaustão emocional em relação à despersonalização (tabela 2).

Tabela 1 – Dados demográficos da população estudada. São Paulo / SP, 2015.

Variáveis	n=54
Idade (anos) Média (DP)	33,2 (8,6)
Gênero n (%)	
Feminino	45 (83,3)
Masculino	9 (16,7)
Estado civil n (%)	
Solteiro	28 (51,9)
Casado	19 (35,2)
Divorciado	7 (13,0)
Religião n (%)	
Católica	32 (59,3)
Evangélica	12 (22,2)
Outras	10 (18,5)
Hobbies n (%)	
Sim	30 (74,1)
Não	14 (25,9)
Profissão n (%)	
Técnico de enfermagem	28 (51,9)
Enfermeiro	15 (27,8)

continua...

...continuação - Tabela 1

Fisioterapeuta	5 (9,3)
Outros	6 (11,1)
Atividade profissional na instituição avaliada	
Vínculo único n (%)	37 (68,5)
Carga horária diária Média (DP)	7,2 (2,2)
Turno n (%)	
Manhã	13 (20,1)
Tarde	22 (40,7)
Noite	8 (14,8)
Integral	11 (20,4)
Setor n (%)	
Internação	40 (70,1)
Ambulatorial	14 (25,9)
Tempo de atuação na área (anos) Média (DP)	8,9 (6,9)
Tabagismo	
Fumante ativo n (%)	7 (13,0)
Carga tabagística (anos.maço) Média (DP)	34 (12,4)
Prática de atividade física n (%)	18 (33,3)

Tabela 2 – Medidas de tendência para os domínios e escore total do SF-36, ansiedade de depressão (HADS) e domínios do MBI. São Paulo / SP, 2015.

	Média	DP	Mediana
SF-36			
Capacidade funcional	80,3	19,3	85
Aspectos físicos	69,9	33,1	75
Dor	65,8	22,1	72
Estado geral de saúde	72,6	15,5	72
Vitalidade	60,6	20,5	70
Aspectos sociais	74,4	21,1	75
Aspectos emocionais	75,9	31,3	100
Saúde mental	75,7	17,2	76
Total	71,5	15,0	74
HADS			
Ansiedade	5,9	3,4	6
Depressão	4,2	3,2	4
MBI			
Despersonalização	8,4	2,8	8
Exaustão Emocional	19,4	5,1	20
Baixa Realização Profissional	33,1	3,9	33

Quanto ao MBI, também foi observado que nas três dimensões a maioria dos participantes se enquadraram no nível moderado, porém alguns indivíduos apresentaram escore alto em uma das dimensões isoladamente. Não houve nenhum participante com congruidade de escore alto para as 3 dimensões (tabela 3).

Em relação ao gênero não houve diferença significativa quanto aos resultados das escalas SF-36, HADS e MBI. Quanto ao vínculo único, também não foi observada diferença estatisticamente significativa em relação aos domínios do SF-36 e do MBI. Contudo, a média para o escore de ansiedade foi maior no grupo de funcionários com mais de um vínculo empregatício ($p=0,046$), sendo de 4,88 (DP=2,2) no grupo que possui somente um vínculo contra 6,3 (DP=3,7) no grupo com mais

de um vínculo. Em relação ao turno, profissão e prática de atividade física, não houve diferenças estatisticamente significativas para nenhum domínio das escalas SF-36, HADS e MBI.

Ao comparar a qualidade de vida e o nível de ansiedade ou depressão entre os diferentes subgrupos de funcionários, estratificados pelo grau apresentado em cada uma das dimensões do MBI, foi possível observar que nas dimensões de exaustão emocional e baixa realização profissional, de forma geral, os indivíduos com maior grau de estresse apresentaram pior qualidade de vida e maior nível de ansiedade e depressão, quando comparados com os indivíduos com menor grau de estresse. Para a dimensão de despersonalização, apenas a ansiedade se mostrou maior nos indivíduos com grau moderado de estresse (Tabela 4).

Tabela 3 – Nível de burnout por subescala do MBI e respectiva congruidade. São Paulo / SP, 2015.

MBI	Baixo	Moderado	Alto
Despersonalização	15 (27,8)	36 (66,7)	3 (5,6)
Exaustão Emocional	18 (33,3)	31 (57,4)	5 (9,3)
Baixa Realização Profissional	5 (9,3)	34 (63,0)	15 (27,8)
Congruidade nos 3 domínios	4 (7,4)	16 (29,6)	0

Tabela 4 – Valores médios do escore total do SF-36 e dos escores de Ansiedade e Depressão (HADS) para os diferentes graus de pontuação (baixo, moderado ou alto) nas três dimensões do MBI. São Paulo / SP, 2015.

Questionários	MBI				Exaustão Emocional				Baixa Realização Profissional			
	B	M	A	p	B	M	A	p	B	M	A	p
SF-36 escore total	77,2	68,1	72,3	ns	80,0	68,9	59,7	0,018	81,2	74,2	62,0	0,008
HADS												
Ansiedade	4,3	6,9	4,8	0,019	3,7	6,6	8,3	0,006	3,8	5,1	8,3	0,002
Depressão	3,3	4,8	3,6	ns	2,3	4,7	8,3	0,002	1,6	3,4	6,9	<0,001

MBI: Maslack Burnout Inventory, B: baixo, M: moderado, A: alto

Anova com teste complementar de Bonferroni – Despersonalização: Ansiedade B≠M, B≠A; Exaustão Emocional: SF-36 escore total B≠M, Ansiedade B≠M, Depressão B≠M, B≠A; Baixa Realização Profissional: SF-36 escore total B≠A, M≠A; Ansiedade B≠A, M≠A, Depressão B≠A, M≠A.

DISCUSSÃO

Este estudo se propôs avaliar os níveis de estresse profissional relacionados à despersonalização, exaustão emocional e baixa realização profissional em profissionais da saúde de uma unidade hospitalar de oncologia.

Dentre os profissionais entrevistados, um número elevado de indivíduos apresentou nível moderado ou alto de estresse em uma ou mais dimensões avaliadas pelo MBI. Embora não tenha sido observado, nesse estudo, nenhum indivíduo com nível elevado de estresse nas três dimensões estudadas, aproximadamente 30% dos profissionais avaliados apresentaram congruidade das três dimensões para o nível moderado de estresse.

O elevado número de profissionais da área da saúde com nível moderado de burnout vem sendo relatado por outros autores.^{6,10,15,16} Esse fato provavelmente se dá pelo próprio ambiente hospitalar, que expõe o trabalhador a estressores ocupacionais, associados a fatores éticos e morais. A dor e o sofrimento, principalmente no contato com pacientes oncológicos, geram impotência e insatisfação ao profissional.

Vale ressaltar que nível moderado de estresse ocupacional deve servir de alerta, tanto ao profissional da saúde como ao profissional de gestão, pois é nessa fase que as medidas de prevenção podem ter um efeito positivo, evitando o aumento do número de profissionais com nível alto de estresse ocupacional e, conseqüente, a necessidade de afastamento ou modificação com desvio de função da atividade fim.

Com relação às características de nossa amostra, não houve diferença na prevalência dos diferentes níveis de estresse entre os sexos, idade, estado civil, número de vínculos ou profissão, apesar dessas características terem sido descritas na literatura como fatores que podem influenciar no nível de estresse apresentado pelo funcionário^{8,15,17,18}. Em nosso estudo, esse fato pode estar relacionado a maior homogeneidade da amostra, que contou com predomínio de profissionais do sexo feminino, da área da enfermagem e com apenas um vínculo empregatício.

Ao analisar a existência de possíveis associações entre os diferentes níveis de burnout em cada dimensão e a ansiedade e/ou depressão, verificou-se que duas dimensões de burnout, exaustão emocional e baixa realização profissional, mostraram associação estatisticamente significativa com ansiedade e depressão.

Além disso, indivíduos com nível moderado de despersonalização apresentaram maior grau de ansiedade. Esses resultados são consistentes com os achados de outros estudos, em que depressão, ansiedade e vulnerabilidade à doença são significativamente relacionados ao esgotamento emocional e à despersonalização¹⁹⁻²¹.

A qualidade de vida, avaliada pelo escore total do SF-36, também se associou à exaustão emocional e baixa realização profissional, sendo que os indivíduos com baixo grau de estresse para essas dimensões apresentaram melhor qualidade de vida.

O impacto do estresse profissional na qualidade de vida de profissionais da área da saúde pode ser agravado pela área de atuação dos indivíduos avaliados neste estudo. A diversidade das situações clínicas em que os profissionais da área de oncologia desempenham suas tarefas, bem como a diversidade de conhecimentos necessários para o manejo dos pacientes muitas vezes torna a estratégia de cuidado mais complexa²².

Este estudo tem algumas limitações. O estudo recrutou profissionais da saúde em um único setor de oncologia de um hospital. Sendo assim, as conclusões deste estudo não podem ser generalizadas para profissionais que trabalhem em outros setores do hospital ou em hospitais gerais.

Além disso, apesar do estudo ser aberto a todos os profissionais da área da saúde, predominaram os profissionais da área de enfermagem. No futuro, o recrutamento de número maior de cada categoria profissional envolvida no cuidado multidisciplinar em oncologia poderá contribuir para maior entendimento do estresse profissional nessa área de cuidado²³.

CONCLUSÃO

Assim, este estudo demonstrou que muitos profissionais possuem grau moderado ou alto de estresse profissional e que isso se associou com maiores níveis de ansiedade e depressão e pior qualidade de vida. Os resultados deste estudo podem fornecer conhecimentos úteis para ajudar no planejamento de medidas de caráter preventivo no sentido de melhorar a

saúde física e mental dos profissionais da área da saúde, sob a perspectiva da qualidade de vida profissional.

Com a complexidade do sistema de cuidado na área oncológica, o equilíbrio da saúde física e mental dos profissionais da saúde é crucial para aprimorar os cuidados de alta qualidade em contextos clínicos.

REFERÊNCIAS

1. Glasberg J, Horiuti L, Novais M, Canavezzi A, Miranda V, Chicoli F et al. Prevalence of the burnout syndrome among Brazilian medical oncologists. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2007;53(1):85-89.
2. Ferreira Bortoletti F, Teresa Benevides-Pereira A, Vasconcellos E, Siqueira J, Araujo Júnior E, Nardozza L et al. Triggering Risk Factors of the Burnout Syndrome in Ob/Gyn Physicians from a Reference Public University of Brazil. *ISRN Obstetrics and Gynecology*. 2012;2012:1-6.
3. Ozkula G, Durukan E. Burnout syndrome among physicians: the role of socio-demographic characteristics. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2017;136-144.
4. Silva R, Goulart C, Lopes L, Serrano P, Costa A, de Azevedo Guido L. Hardy personality and burnout syndrome among nursing students in three Brazilian universities—an analytic study. *BMC Nursing*. 2014;13(1).
5. Adriaenssens J, Hamelink A, Bogaert P. Predictors of occupational stress and well-being in First-Line Nurse Managers: A cross-sectional survey study. *International Journal of Nursing Studies*. 2017;73:85-92.
6. Ilic I, Arandjelovic M, Jovanovic J, Nešic M. Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout – Questionnaire survey among emergency physicians and nurses. *Medycyna Pracy*. 2017; 68(2):167–178.
7. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Silveira RS, Dalmolin GL. Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21:79-87.
8. Akkus Y, Yasemin K, Göker H, Aksu S. Determination of burnout levels of nurses working in stem cell transplantation units in Turkey. *Nursing and Health Sciences*. 2010;12:444-449.
9. Duarte J, Pinto-Gouveia J. The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *Eur J Oncol Nurs*. 2017;28:114-121.
10. Kutluturkan S, Sozeri E, Uysal N, Bay F. Resilience and burnout status among nurses working in oncology. *Ann Gen Psychiatry*. 2016;15:33.
11. Price MA, Butow PN, Costa DS, King MT, Aldridge LJ, Fardell JE et al. Prevalence and predictors of anxiety and depression in women with invasive ovarian cancer and their caregivers. *Med J Aust*. 2010;193:552-57.
12. Tamayo RM. Relação entre a síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade de Brasília. 1997.
13. Benevides-Pereira AMT. MBI - Maslach Burnout Inventory e suas adaptações para o Brasil. In: *Anais da 32ª Reunião Anual de Psicologia*, 2001:84-85.
14. Carlotto MS, Camara SG. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. *Estud psicol*. 2007;24(3):325-332.
15. Mcmillan K, Butow P, Turner J, Yates P, White K, Lambert S et al. Burnout and the provision of psychosocial care amongst Australian cancer nurses. *Eur J Oncol Nurs*. 2016;22:37-45.
16. Flarity, K., Gentry, J. E., & Mesnikoff, N. (2013). The effectiveness of an educational program on preventing and treating compassion fatigue in emergency nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*. 2013;35(3):247–258.
17. Carlotto MS. Síndrome de burnout em professores: prevalência e fatores associados. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília. 2011;27(4):403-410.
18. Torales LP, Celedonio FGM, Vásquez MTH, Zamora MIY. Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental*. 2009;32(5):399-404.
19. Papatthanasious, IV, Damigos D, Mavreas V. Higher levels of psychiatric symptomatology reported by health professionals working in medical settings in Greece. *Ann Gen Psychiatry*. 2011;10(1):28.
20. Jeanneau, M, K. Armelius. Self-Image and Burnout in Psychiatric Staff. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2000;7: 399–406.
21. Papatthanasious IV, Tsaras K, Kleisaris CF, Fradelos EC, Tsaloglidou A, Damigos D. Anxiety and Depression in Staff of Mental Units: The Role of Burnout. *Adv Exp Med Biol*. 2017;987:185-197.
22. Fu CY, Yang MS, Leung W, Liu YY, Huang HW, Wang RH. Associations of professional quality of life and social support with health in clinical nurses. *J Nurs Manag*. 2017. [Epub ahead of print]
23. Linzitto JP, Grance G. Health professionals' quality of life in relation to end of life care. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2017. [Epub ahead of print]