

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE CONSTRUÇÃO CIVIL
ESPECIALIZAÇÃO EM SEGURANÇA DO TRABALHO

PAULO CESAR TIOSSI

**ANÁLISE DO NÍVEL DE ESTRESSE EM TRABALHADORES DE UM CALL CENTER DA
REGIÃO DE CURITIBA**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

CURITIBA

2018

PAULO CESAR TIOSSI

**ANÁLISE DO NÍVEL DE ESTRESSE EM TRABALHADORES DE UM CALL CENTER DA
REGIÃO DE CURITIBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Engenharia de Segurança do Trabalho.

Orientador: Prof. Dr. Adalberto Matoski

CURITIBA

2018

PAULO CESAR TIOSSI

**ANÁLISE DO NÍVEL DE ESTRESSE EM TRABALHADORES DE UM
CALL CENTER DA REGIÃO DE CURITIBA**

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Especialista no Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Segurança do Trabalho, Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR, pela comissão formada pelos professores:

Banca:

Prof. Dr. Rodrigo Eduardo Catai
Departamento Acadêmico de Construção Civil, UTFPR – Câmpus Curitiba.

Prof. Dr. Adalberto Matoski (orientador)
Departamento Acadêmico de Construção Civil, UTFPR – Câmpus Curitiba.

Prof. M.Eng. Massayuki Mário Hara
Departamento Acadêmico de Construção Civil, UTFPR – Câmpus Curitiba.

Curitiba
2018

“O termo de aprovação assinado encontra-se na Coordenação do Curso”

RESUMO

TIOSSI, Paulo Cesar. **Análise do nível de estresse em trabalhadores de um call center da região de Curitiba**. 2018. 40 f. Monografia (Especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba, 2018

O objetivo desse trabalho foi avaliar e analisar o nível de estresse de trabalhadores de um *call center* da região de Curitiba-PR. Para a avaliação dos dados foi utilizado o Levantamento de Sintomas de Estresse, do Centro Psicológico de Controle de Estresse de São Paulo, distribuído de forma eletrônica. O teste é dividido em três etapas de acordo com o nível de estresse (alerta, resistência e exaustão). Para que o resultado seja positivo, o indivíduo deve responder “sim” para um número mínimo de questões, sendo sete questões ou mais na fase de alerta, quatro ou mais na fase de resistência e nove ou mais respostas na fase de exaustão. Conclui-se que 48% dos entrevistados encontram-se em fase inicial de estresse (alerta), 79,62% a fase 02 (resistência) e 44,44% apresentaram resultado positivo para a fase 03 (exaustão). Entre os sintomas mais comuns, tensão muscular e sensação de desgaste físico constante são os mais relatados. Foram propostas soluções de prevenção e controle, como o acompanhamento psicológico dentro da empresa, assim como técnicas de ginástica laboral, soluções estas que podem resultar em maior qualidade de vida aos teleatendentes.

Palavras-chave: Call center. Telemarketing. Estresse

ABSTRACT

TIOSSI, Paulo Cesar. **Stress level analysis of a call center in Curitiba.** 2018. 40 f. Monograph (Specialization in Work Safety Engineering) - Federal Technological University of Paraná. Curitiba, 2018

The objective of this study was to evaluate and analyze the stress level of workers in a call center in Curitiba, state of Paraná. In order to evaluate the data, the standardized test "Stress Symptoms Survey" from São Paulo Psychological Stress Control Center was electronically distributed to the workers. The test is divided into stages according to the level of stress (alert, resistance and exhaustion). In consonance the result to be considered positive, the worker must answer "yes" to a minimum number of questions, with seven questions or more in the alert phase, four or more in the resistance phase and nine or more responses in the exhaustion phase. It was concluded that 48% of the interviewees are in the early stage of stress (alert), 79.62% in phase 02 (resistance) and 44.44% presented a positive result for phase 03 (exhaustion). Among the most common symptoms, muscle tension and constant fatigue are the most commonly reported. Preventive and control solutions were proposed, such as psychological counseling within the company, as well as workout techniques, which may result in higher quality of life for telemarketing operators.

Keywords: **Call** **center.** **Telemarketing.** **Stress**

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Tempo de empresa	20
Figura 2 Escolaridade	22
Figura 3 Tensão muscular (dor nas costas, pescoço, ombros)	23
Figura 4 Aperto na mandíbula/ranger de dentes, ou roer as unhas ou ponta de caneta.	23
Figura 5 Mudança de apetite (comer bastante ou ter falta de apetite)	24
Figura 6 Problemas com a memória, esquecimento	25
Figura 7 Sensação de desgaste físico constante	26
Figura 8 Mudança de apetite	26
Figura 9 Irritabilidade excessiva	27
Figura 10 Porcentagem de pessoas com insônia no último mês	28
Figura 11 Irritabilidade sem causa aparente	30

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	9
2.1 Call center.....	9
2.2 Regime de Trabalho no Call Center	11
2.3 LER/DORT.....	12
2.4 Doença profissional do trabalho <i>versus</i> doença relacionada ao trabalho.....	13
2.5 Estresse.....	13
2.5.1 Fase 01 ou alarme	14
2.5.2 Fase 02 ou alerta	14
2.5.3 Fase 03 ou exaustão.....	15
2.5.4 <i>Burn out</i>	15
2.6 Depressão	18
3. METODOLOGIA.....	20
3.1 Caracterização da Pesquisa	20
3.2 Instrumento e Processo de Coleta de Dados	20
3.3 Mecanismos de Análise dos Dados.....	20
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	22
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICES.....	40

1. INTRODUÇÃO

Apesar de o trabalho ser dignificante e necessário desde os primórdios da existência do ser humano, a forma como ele é processado sofreu grandes alterações ao longo dos anos. Os trabalhadores do século XXI já utilizam muito menos a força braçal, sendo esta substituída por máquinas, assim como o surgimento de novas modalidades, como o trabalho informatizado. Contudo, é preciso reforçar que junto com a evolução, novos problemas de saúde tem se manifestado na massa trabalhista.

O interesse pelo estudo do estresse no trabalho tem sido crescente na literatura científica, particularmente nos últimos anos. Uma razão para o aumento de pesquisas sobre este tema deve-se ao impacto negativo do estresse ocupacional na saúde e no bem-estar dos empregados e, conseqüentemente, no funcionamento e na efetividade das organizações (PASCHOAL & TAMAYO, 2004).

De acordo com SELYE (1959), citado por FILGUEIRAS & HIPPERT (1999), o estresse é um elemento inerente a toda doença, que produz certas modificações na estrutura e na composição química do corpo, as quais podem ser observadas e mensuradas. O estresse é o estado que se manifesta através da chamada Síndrome Geral de Adaptação (SGA). Esta compreende: dilatação do córtex da suprarrenal, atrofia dos órgãos linfáticos e úlceras gastrointestinais, além de perda de peso e outras alterações.

O setor de *call center* empregou mais de 1,5 milhão de pessoas em 2016, sendo que a idade média desses trabalhadores é de 27 anos. Mesmo com a redução da carga horária prevista em lei, a penosidade da função é de conhecimento geral: atendentes devem seguir scripts de atendimento, possuem metas de tempo de atendimento (duração de chamadas) e tem que lidar com diferentes tipos de pessoas a cada ligação. Verifica-se então a necessidade e importância da medição e monitoramento do estresse dentro deste tipo de ambiente de trabalho, de modo a prevenir e/ou identificar indivíduos com sintomas de estresse devido a carga de trabalho.

O objetivo geral deste trabalho foi identificar níveis de estresse de trabalhadores de um call center na cidade de Curitiba-PR e:

- Quantificar trabalhadores com estresse nas fases de alarme, alerta ou exaustão;
- Identificar sintomas mais comuns dentro de cada fase;
- Propor soluções para melhora dos níveis de estresse dentro do ambiente de trabalho do *contact center*.

O presente trabalho possui um capítulo com a revisão bibliográfica referente ao tema do *call center*, explicando seu funcionamento e características deste tipo de trabalho. Também será abordada a definição de estresse, assim como suas fases e a definição de outra doença de grande importância atualmente, a depressão.

O próximo capítulo explica sobre a metodologia utilizada no levantamento de sintomas e como foi aplicado aos colaboradores que participaram desta pesquisa.

Por último, temos a análise dos dados e sugestões de controle de níveis de estresse dentro do ambiente de trabalho.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Call center

Atualmente, o setor de teleatendimento apresenta um crescimento na oferta de postos de trabalho, consolidando-se como um dos grandes empregadores nacionais, empregando 1,4 milhão de funcionários no Brasil. Por serem esparsas as possibilidades de inserção no mercado de trabalho para jovens, este segmento da economia se torna uma efetiva entrada em um emprego formal, com acesso aos direitos sociais que lhe são intrínsecos. Por esse motivo, esses trabalhadores são prioritariamente jovens, com idade entre 18 e 25 anos, e mulheres (VENCO, 2008, citado por SOUZA, 2012).

De acordo com MARINHO-SILVA (2004), esse setor econômico incorporou dezenas de milhares de trabalhadores nos últimos anos em grandes estruturas de atendimento ao público, baseadas no trabalho contínuo de teleatendentes em interface telefônico-informática (telemática), tornando-se a principal forma de contato e negócios entre a grande maioria das empresas privadas e públicas e seus clientes e/ou usuários, em ramos críticos da economia, como telefonia, serviços de utilidade pública, bancos, grandes indústrias, grande comércio, entre outros.

Segundo SILVA (2004) teleatendimento no Brasil desenvolveu-se de forma exponencial nos últimos anos utilizando um contexto econômico e estrutural extremamente favorável à atividade e exploração capitalista, que incorpora altos índices de desemprego, mão de obra jovem qualificada e disponível e possibilidade de pagar salários próximos ao mínimo legal.

O mesmo autor cita a descrição da função de teleatendente, com base no Código Brasileiro de Ocupações (CBO), versão 2002:

Agrupar e classificar as ocupações de teleatendimento sob o termo "Operadores de telemarketing" com a seguinte descrição de atividade: "Descrição sumária: Atendem usuários, oferecem serviços e produtos, prestam serviços técnicos especializados, realizam pesquisas, fazem serviços de cobrança e cadastramento de clientes, sempre via teleatendimento..." (BRASIL, MTE, 2002). Aspectos típicos da função são considerados de uma certa forma "inerentes" à atividade e colocados nas descrições da classificação sobre condições gerais de exercício dessas tarefas, tais como "...É comum o trabalho sob pressão quando as

filas de espera de atendimento aumentam.” Ressalta-se na descrição a necessária e contínua utilização do telefone, a variedade de formas de trabalho, a necessidade de relacionamento com os usuários e a organização do trabalho baseada em “roteiros e *scripts* planejados e controlados para captar, reter ou recuperar clientes...” (idem). Segundo o mesmo Código, são requeridas diversas “Competências pessoais”: “qualidade vocal (...) saber ouvir (...) expressão em língua estrangeira (...) precisão (...) paciência (...) autocontrole (...) poder de persuasão (...) objetividade (...) administrar conflitos (...) capacidade de trabalhar sob pressão (...) agilidade (atendimento e digitação) (...) aptidão à informática (...) ética...”. (SILVA, 2004)

Conforme VENCO (2008), O setor de teleatendimento tem apresentado crescimento na oferta de postos de trabalho, consolidando-se como um dos grandes empregadores nacionais. A previsão é que haveria 1 milhão desses trabalhadores até 2010, no Brasil. Em um contexto marcado por esparsas possibilidades de inserção no mercado de trabalho para jovens, este segmento da economia configura-se como efetiva entrada em um emprego formal, com acesso aos direitos sociais que lhe são intrínsecos. Este mesmo autor também comenta sobre a idade dos trabalhadores, que são em sua maioria, jovens, com idade entre 18 e 25 anos, e mulheres, com escolaridade equivalente ao ensino médio completo, requisito mínimo para ingresso nesse tipo de trabalho. Essa categoria profissional é predominantemente feminina, pois os empregadores valorizam qualidades ditas femininas, aqui compreendidas como uma ‘construção social’ que redundava na ocupação de postos de trabalho de baixo prestígio, com remuneração inferior à masculina.

O desenvolvimento do teleatendimento ocorreu pela fusão da informática e das telecomunicações. Todo o atendimento é feito por telefone, e pode ser resumido em três tipos: o receptivo, destinado ao atendimento de clientes; o ativo, quando o atendente realiza a ligação para o cliente, caracterizado principalmente como a efetivação de vendas a distância; o terceiro tipo é o híbrido, que associa os dois tipos anteriores e demanda concentração e flexibilidade superiores em relação aos demais. Uma tecnologia avançada ajuda na organização das chamadas, distribuindo e ou efetuando-as, de forma a encaminhá-las aos operadores que estejam disponíveis há mais tempo. (VENCO, 2008).

Além das características destacadas acima, vale salientar que o operador de call center tem pouca liberdade discursiva, sendo que são utilizados “scripts” durante o processo de atendimento, com o intuito de padronizar o relacionamento com o cliente. Segundo FERNANDES et al. (2002), o controle rígido imposto assemelha-se ao tipo de controle característico do já citado modelo de gestão taylorista, que se mostra presente também no alto nível de padronização das condutas (“scripts”) exigidas na execução das tarefas, sempre na finalidade de manter alta qualidade, medida, na prática, quase unicamente pelos tempos e não pelo conteúdo do serviço.

Existe também a escuta em tempo real e/ou a gravação dos diálogos, (o chamado “monitoramento”), por parte dos supervisores e monitores de qualidade, em que o conteúdo das conversas entre os operadores e os clientes é avaliado quanto ao cumprimento das regras e procedimentos pré-determinados (os *scripts*), incluindo cortesia e qualidade de atendimento prestado. É proibido ao operador irritar-se ou responder com descortesia ao cliente, trazendo constantemente o trabalho sob condições estressantes, o que segundo a literatura, pode resultar em adoecimento, tanto físico quanto mental (PERES, 2006).

Observa-se forma homogênea de organização do trabalho entre as empresas, com uso de softwares que resultam em intenso monitoramento de atividades, critérios de avaliação de desempenho conflitantes entre si e ambiguidade de tarefas. As metas de trabalho demandam esforço para serem cumpridas, inclusão de artifícios para aumento de produtividade, como prêmios por produção e competição entre equipes de trabalho. Existe grande quantidade de queixas de adoecimentos, além de discriminação de trabalhadores que não atinjam suas metas, alocados em “células de rejeitados”. Outro grave problema nos *call centers* são relacionados às pausas. Estas são restritas ao mínimo permitido em lei, e portanto, impedindo que esses trabalhadores descansem o suficiente para atendimento das necessidades fisiológica e mental (PERES, 2006).

2.2 Regime de Trabalho no Call Center

A redução da carga de trabalho dos teleatendentes está amparada desde 1944, conforme decreto Lei 6353, devido a sua “natureza esgotante”, conforme citado também por PERES (2003):

Art. 227—Nas empresas que explorem o serviço de telefonia, telegrafia submarina ou subfluvial, de radiotelegrafia ou de radiotelefonia, fica estabelecida para os respectivos operadores a duração máxima de seis horas contínuas de trabalho por dia ou 36 (trinta e seis) horas semanais.

A redução de carga horária se justifica na natureza de trabalho do atendente de *call center*, que passa de 85% a 90% de sua jornada diária de trabalho sentado e com a atenção voltada ao microcomputador, teclado e *headset*, conforme SEGNINI (1999), citado por SOUZA (2012). Além disso, há uma constante cobrança pelo aumento de produtividade por parte do supervisor, o que normalmente poderá levar o operador a contrair mais rapidamente a algumas doenças ocupacionais.

2.3 LER/DORT

Ao final da década de 1990, simultaneamente aos programas de inspeções nos estados, o crescimento do número de doenças ocupacionais relacionadas à intensificação do ritmo de trabalho e à precarização das relações de emprego, aliado às pressões de diferentes setores (Ministério Público do Trabalho, Previdência Social, Sindicatos) para que se incentivasse a fiscalização e aplicação da NR-17 na prática, levou o Ministério do Trabalho e Emprego a implementar uma coordenação das ações em ergonomia no âmbito de suas competências a nível nacional, sendo estruturada a Comissão Nacional de Ergonomia (CNE) (PERES, 2006). De acordo com MENDES (1995), as lesões por esforços repetitivos – LER, chamadas atualmente de distúrbios osteo musculares relacionados ao trabalho – DORT, constituem problemas relacionados às doenças do trabalho, e sua incidência caracteriza “um fenômeno universal de grandes proporções e em franco crescimento”. COELHO et al. (2006) destaca que o trabalho inadequado e a falta de ergonomia em uma determinada empresa podem propiciar o desenvolvimento das LER/DORT, assim como de alterações psicossociais atribuídas ao trabalho, por existir a relação com o uso excessivo das estruturas osteo musculares em situações inadequadas.

2.4 Doença profissional do trabalho *versus* doença relacionada ao trabalho

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os distúrbios de saúde ou doenças relacionados ao trabalho dividem-se em duas categorias: doença profissional do trabalho e doença do trabalho ou relacionada ao trabalho. Conforme artigo 20 da Lei 8.213, doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I desta mesma lei (BRASIL, 1991). As doenças profissionais correspondem a doenças inerentes às atividades laborais, ou seja, ocorrem em razão da exposição a determinados agentes, enquanto as doenças relacionadas ao trabalho se identificam vários agentes causais, entre eles os laborais. Um exemplo de doença relacionada ao trabalho é a LER ou lesão por esforço repetitivo. (BRASIL, 2001)

2.5 Estresse

Para Kalimo (1980) Abud Rocha & Debert-Ribeiro (2001) o estresse pode ser definido como uma relação de desequilíbrio entre o ambiente e o indivíduo; os fatores do ambiente são denominados fatores de estresse ou estressores, e a resposta do indivíduo é caracterizada pelo termo geral de "uma relação de desequilíbrio entre o ambiente e o indivíduo; os fatores do ambiente são denominados fatores de estresse ou estressores, e a resposta do indivíduo é caracterizada pelo termo geral de reação de estresse". De acordo com esta definição, o estresse não é visto somente como resultado de fatores exógenos e também não só relacionados ao trabalho, mas como um produto da combinação particular entre a situação do ambiente físico e social e o indivíduo, sua personalidade, seu padrão de comportamento e as circunstâncias de sua vida (Rocha & Debert-Ribeiro, 2001).

O estresse é porta de entrada para outras doenças, como por exemplo, as relativas ao sistema coronário. O aumento dramático da ocorrência de transtornos agudos e crônicos do sistema cardiocirculatório na população faz com que as relações das doenças com o trabalho mereçam maior atenção. Observa-se, por

exemplo, que a literatura médica e a mídia têm dado destaque às relações entre a ocorrência de infarto agudo do miocárdio, doença coronariana crônica e hipertensão arterial, com situações de estresse e a condição de desemprego, entre outras (BRASIL, 2001, p.181).

De acordo com MENDES (1995), as lesões por esforços repetitivos – LER, atualmente renomeadas de distúrbios osteo musculares relacionados ao trabalho – DORT, constituem problemas relacionados às patologias do trabalho. Sua incidência configura “um fenômeno universal de grandes proporções e em franco crescimento”. No Brasil as LER/DORT tiveram aumento significativo nas estatísticas das doenças ocupacionais a partir de 1986 (ROSA et al., 2000).

2.5.1 Fase 01 ou alarme

Nessa fase, o organismo entra em estado de alerta a fim de proteger-se do perigo percebido. Dá, então, prioridade aos órgãos de defesa, ataque ou fuga. Os sintomas recatados são: dilatação das pupilas; estimulação do coração; aceleração dos batimentos cardíacos; respiração alterada; dilatação dos brônquios; redistribuição da reserva sanguínea da pele e das vísceras para os músculos e cérebro; frieza nas mãos e pés; tensão nos músculos; inibição da digestão e da produção de saliva. O estresse pode ou não avançar para outras fases, seja por eliminação do fator estressor, seja por adaptação do organismo aos estímulos gerados. Esta adaptação recebe o nome de homeostase. (LIPP, 1998 p. 13)

2.5.2 Fase 02 ou alerta

Havendo persistência da fase de alerta, o organismo altera seus parâmetros de normalidade e concentra a reação interna em um determinado órgão-alvo, desencadeando a Síndrome de Adaptação Local (SAL). Nessa fase, ocorre a manifestação de sintomas da esfera psicossocial, como ansiedade, medo, isolamento social, roer unhas, oscilação do apetite, impotência sexual e outros. De acordo com GOULART e LIPP (2008), se a reserva de energia adaptativa for suficiente, a pessoa pode se recuperar e sair do processo de estresse. Contudo, se

o estressor exige mais esforço de adaptação do que é possível para aquele indivíduo, então o organismo se enfraquece e torna-se vulnerável a doenças.

2.5.3 Fase 03 ou exaustão

A fase de exaustão inicia-se logo após a fase de alerta, caso a resistência do indivíduo não seja suficiente para lidar com a fonte de estresse ou se houver a ocorrência de outros estressores simultaneamente, dar-se-á a evolução do processo de estresse. De acordo com GOULART e LIPP (2008), haverá aumento das estruturas do sistema linfático, assim como poderá ocorrer a exaustão psicológica e a depressão. A exaustão física se manifestará e desta forma, a pessoa poderá desenvolver outras doenças.

Na literatura também podemos encontrar uma nova fase, caracterizando então quatro fases ao invés das três propostas por SELYE. Ramiro et. al, citado por GEREMIAS (2017), comenta sobre a fase chamada de quase-exaustão (período compreendido entre as fases de resistência e exaustão, em que o indivíduo apresenta sintomas clínicos relevantes, porém, sem ter atingido a exaustão completa).

2.5.4 *Burn out*

O termo *Burn Out* é de origem inglesa, composta por duas palavras: *Burn*, que significa “queimar” e *Out* que quer dizer “fora”, “exterior”. Em tradução literal significa “queimar para fora” ou “consumir-se de dentro para fora”, podendo também ser definido como “combustão completa”, que se inicia com os aspectos psicológicos e culmina em problemas físicos, comprometendo todo o desempenho do indivíduo (JBEILI, 2008). De acordo com MASLACH & JACKSON, citado por CARDOSO et al., (2017), a síndrome de *burnout* pode ser considerada uma resposta crônica aos estressores interpessoais originados da situação laboral, uma vez que tanto o ambiente de trabalho quanto a sua organização podem ser responsáveis pelo sofrimento e desgaste que prejudicam os colaboradores. Este

mesmo autor também informa que o *burnout* é constituído por três dimensões, que são: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho.

A associação do termo *burnout* ao estado de estafa por estresse crônico só aconteceu em 1974, quando o psiquiatra Herbert Freudenberg publicou um artigo científico no *Journal of Social Issues*, um tipo de mídia impressa direcionada aos “temas sociais”. O artigo do Dr. Freudenberg foi inspirado em suas observações aos estudantes do último ano de medicina e, em especial, aos médicos residentes que ele supervisionava. Este psiquiatra batizou o fenômeno de esgotamento físico com exaustão emocional de *staff burnout* (JBEILI, 2008). Ele observou que normalmente esse processo durava em torno de um ano, e era acompanhado de sintomas físicos e psíquicos que denotavam um característico estado de estar “exausto” (GUIMARÃES & CARDOSO, 2002). No Brasil, a primeira publicação relacionada ao tema ocorreu em 1987, em que França (1987), comenta sobre A síndrome de *Burnout*, na Revista Brasileira de Medicina. A temática *burnout* apresenta um histórico de mais quatro décadas de investigação científica (CARDOSO et al., 2017). A previdência social reconheceu a síndrome de *burnout* como doença ocupacional a partir de 1999 (BENEVIDES-PEREIRA, 2003)

GUIMARÃES & CARDOSO (2002) e Abud CHERNISS, (1980) afirmam que o conceito surgiu devido ao fato de que existe uma tendência individual na sociedade moderna a incrementar tanto a pressão quanto o estresse ocupacional, principalmente nos serviços de natureza social. Desta forma, os profissionais ligados ao atendimento de pessoas doentes, necessidade ou carência material deveriam solucionar mais problemas e assim, se produziria neles um conflito entre a mística profissional, a satisfação do trabalho e a responsabilidade frente ao cliente. CARDOSO et al., (2017), analisando a literatura nacional relacionada ao *burnout* no período de 2006 a 2015 concluiu que diversos estudos já foram realizados, sendo percebido que o referido fenômeno tende a ser mais investigado em públicos ligados a ocupações da área da saúde, docência, esportes, bem como estudantes. BENEVIDES-PEREIRA (2003) comenta que mesmo sendo um mal conhecido desde a década de 60, muitas vezes em função do despreparo dos profissionais, a pessoa em *burnout* é tratada como se estivesse com outras doenças, por exemplo, estresse ou depressão. Esta confusão no diagnóstico não a beneficia, uma vez que a causa

principal do problema não é tratada. Além disso, atribui-se que os sintomas foram gerados por razões pessoais.

BENEVIDES-PEREIRA (2003) ressalta a dificuldade em reunir todo o material bibliográfico a respeito do *Burnout*, devido a fatores como a própria dificuldade do conceito e dos sinônimos utilizados. Ele também comenta sobre a extensão geográfica como fator agravante, além do fato que em alguns casos encontramos estudos sobre estresse em que o autor em determinado momento aborda também o *burnout*, mas sem que esta síndrome seja o objetivo da investigação.

Moreno-Gimenez et. Al (2002) descrevem que o estudo do *burnout* se apresenta como um elemento de alta importância no contexto da prevenção de riscos laborais e da análise das condições de trabalho devido às diferentes sentenças europeias. Ele explica que estas sentenças reconhecem que as psicopatologias podem ter uma causa do tipo ocupacional, apesar de não figurarem no quadro de doenças profissionais habituais dos países europeus. No Brasil, a doença é estudada como mais um dos diversos problemas relacionados ao trabalho, a exemplo do esgotamento, do estresse, a falta de repouso e de lazer, assim como adversidades no modo de vida, sendo que a mesma está classificada sob o código Z73, no Código Internacional de Doenças (CID-10) (JBEILI, 2008)

Conforme MASLACH (2001), citado por GUIMARÃES & CARDOSO, a Síndrome de *Burnout* estaria composta por três dimensões:

1-O cansaço emocional ou esgotamento emocional: Refere-se às sensações de sobre-esforço e fastio emocional que se produz como consequência das contínuas interações que os colaboradores devem manter, tanto entre eles quanto com seus clientes.

2-A despersonalização. É definida como o desenvolvimento de atitudes cínicas com relação às pessoas a quem os colaboradores prestam serviços.

3-Realização pessoal reduzida. Esta dimensão levaria à perda de confiança na realização pessoal e à presença de um autoconceito negativo.

GUIMARÃES & CARDOSO ainda cita outro trecho de MASLACH (2001), onde o mesmo assinala que o esgotamento emocional representa a dimensão de tensão essencial da Síndrome de *Burnout*, a despersonalização expressa o contexto

interpessoal onde se desenvolve o trabalho do sujeito, e a diminuição das conquistas de natureza pessoal, representa a auto avaliação que o sujeito realiza de seu desempenho ocupacional e pessoal (GUIMARÃES & CARDOSO, 2002).

CABALLERO e MILLÁN (1999), citados por GUIMARÃES & CARDOSO descrevem os sintomas do *burnout* em quatro tópicos, conforme abaixo:

Fisiológica: falta de apetite, cansaço, insônia, dor cervical, úlceras.

2. Psicológica: irritabilidade ocasional ou instantânea, gritos, ansiedade, depressão, frustração, respostas rígidas e inflexíveis.

3. De conduta: expressões de hostilidade ou irritabilidade, incapacidade para poder concentrar-se no trabalho, aumento das relações conflitivas com os demais colegas, chegar tarde ao trabalho ou sair mais cedo, estar com frequência fora da área de trabalho e fazer longas pausas.

4. Outros: aumento do absenteísmo, apatia face à organização, isolamento, empobrecimento da qualidade do trabalho, atitude cínica e fadiga emocional, aumento do consumo de café, álcool e outros.

2.6 Depressão

O termo depressão, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s) (DEL PORTO, 1999). A depressão caracteriza-se por um estado de tristeza profunda, pela perda de interesse em atividades usualmente sentidas como agradáveis e pelo cansaço fácil ou ausência de energia (TEIXEIRA et al., 2016). A depressão pode atingir todas as faixas etárias. Podemos encontrar trabalhos voltados à análise da doença no público idoso (ALMEIDA e ALMEIDA, 1999), assim como em crianças (LIEBERKNECHT, DELL'AGLIO e BANDEIRA, 2008)

Enquanto sintoma, a depressão pode surgir nos mais variados quadros clínicos, entre os quais: transtorno de estresse pós-traumático, alcoolismo etc. Pode

ainda ocorrer como resposta a situações estressantes, ou a situações sociais e econômicas desfavoráveis.

CHEIK et al. (2003) salienta que sintomas depressivos podem aparecer em decorrência de diversas patologias, em razão do uso de diversos medicamentos, ou após o início de outras doenças psiquiátricas, como por exemplo: transtorno obsessivo-compulsivo, síndrome do pânico, entre outras. O autor explica que por este motivo, ocorreu uma classificação dicotômica das depressões: primária *versus* secundária, essa última ocorrendo após outras doenças.

3. METODOLOGIA

3.1 Caracterização da Pesquisa

Para o desenvolvimento do trabalho em questão, foi feito o levantamento de dados quantitativos e qualitativos em um Call Center localizado na cidade de Curitiba, Paraná. A célula de atendimento avaliada possui em torno de 200 atendentes, sendo que o funcionamento é ininterrupto, ou seja, 24 horas por dia, sete dias por semana. Nesta central, são realizados atendimentos do tipo receptivo (serviço de atendimento ao consumidor, via 0800 e meios eletrônicos) e atendimento ativo (vendas, contato técnico com os clientes etc.).

3.2 Instrumento e Processo de Coleta de Dados

A coleta de dados foi feita com base no Levantamento de Sintomas de Estresse do Centro Psicológico de Controle de Estresse de São Paulo (Inventário de Sintomas de Stress –ISS), validado por Lipp (1994). Este questionário apresenta questões sobre variados sintomas que podem ser sentidos pelos entrevistados, e é dividido em três etapas de acordo com o nível de estresse (alerta, resistência e exaustão). A fase de alerta apresenta os sintomas enfrentados nas últimas 24 horas, a segunda parte avalia os sintomas que foram percebidos na última semana (fase de resistência) e, por fim, a parte 03, relativa aos sintomas do último mês (fase de exaustão).

3.3 Mecanismos de Análise dos Dados

Para que o indivíduo apresente resultado positivo para estresse, ele precisa marcar sim para um mínimo de sintomas em cada fase, conforme podemos verificar na tabela 01.

Tabela 1 - Esquema de classificação das fases de estresse

Quadro 1 – 7 (sete) sintomas ou mais Fase de alerta
Quadro 2 – 4 (quatro) sintomas ou mais Fase de resistência
Quadro 3 – 9 (nove) sintomas ou mais Fase de exaustão

Fonte: CREPALDI, 2013

Foram verificados os sintomas que mais se destacaram individualmente, assim como a contagem de respostas para cada sintoma. Também foi feita a contagem de pessoas que apresentaram todas as fases de estresse.

No Início do questionário, foram acrescentadas questões sócio demográficas (idade, sexo, escolaridade) e uma questão sobre o tempo de trabalho dentro da empresa.

O questionário foi distribuído de forma eletrônica (Google formulários) e os trabalhadores foram orientados a respondê-lo. As respostas foram coletadas sem nenhuma identificação no formulário eletrônico (sem identificação por e-mail, telefone etc.), a fim de garantir sigilo ao entrevistado. A análise foi feita com base nas respostas obtidas pelos 108 funcionários que aderiram à pesquisa.

Importante destacar que cada pergunta do teste de estresse deveria ser obrigatoriamente respondida com sim ou não (sendo que sim indica que o colaborador percebeu aquele sintoma dentro do espaço de tempo pesquisado).

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na amostra em questão, percebemos que o tempo de trabalho no call center em questão é superior a um ano, entretanto 39,8% dos atendentes tem menos de 12 meses de empresa, conforme figura 1. Esta característica é comum neste ramo de trabalho, devido a uma série de fatores, como baixo salário, primeiro emprego, e natureza estressante do mesmo. OLIVEIRA et al. (2005), num estudo com amostragem de 125.806 empregados em 103 organizações relatou que a taxa de demissão anual foi de 38,6% no setor. Segundo ele, o tempo médio de permanência de um atendente de call center é de 2,4 anos, sendo que 12,7% tem mais de 5 anos de casa.

1. Há quanto tempo você trabalha como tele atendente?

108 responses

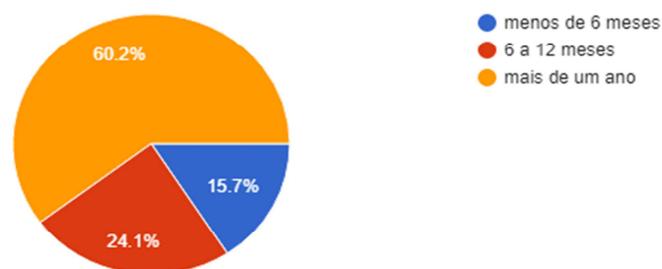


Figura 1: Tempo de empresa

Fonte: o autor (2018)

A maior parte dos funcionários de um SAC é do sexo feminino (66,7% do total), conforme podemos ver na figura 2. OLIVEIRA et al. (2005) relatou que 76,2% dos teleatendentes analisados em seu estudo são mulheres, tanto nos *call centers* próprios quanto terceirizados. Segundo ele, a presença feminina só aparece em menor percentual nos setores de *help desk*, representando 57,2%. Segundo VENCO (2008) essa categoria profissional (teleatendentes) é eminentemente feminina, pois os empregadores valorizam qualidades ditas femininas, aqui compreendidas como uma 'construção social' que redunde na ocupação de postos de trabalho de baixo prestígio social, com remuneração inferior à masculina.

2. Sexo

108 responses

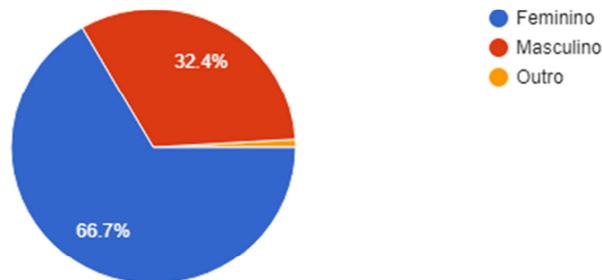


Figura 2: Sexo dos entrevistados

Fonte: o autor (2018)

Sobre a idade, os funcionários possuem de 18 a 62 anos, sendo que a maioria são jovens (64 % está na faixa dos 18 aos 27 anos de idade). Esta característica é comum neste campo de trabalho, pois a maioria dos funcionários está em seu primeiro emprego e buscam um emprego com carga horária reduzida para que possam conciliar o restante do tempo com estudos, conforme mostra a Figura 03, que é relativa à questão 04. Em um estudo sobre satisfação com o sistema de pausas utilizadas em um call center, PERES (2003) constatou que 80% dos trabalhadores de um call center no estado do Rio Grande do Sul estão na faixa etária de 18 a 29 anos, sendo a idade média dos atendentes de 25,3 anos. Este autor também comenta sobre a maioria do corpo de trabalho ser do sexo feminino (75,29% do total).

4. Escolaridade

108 responses

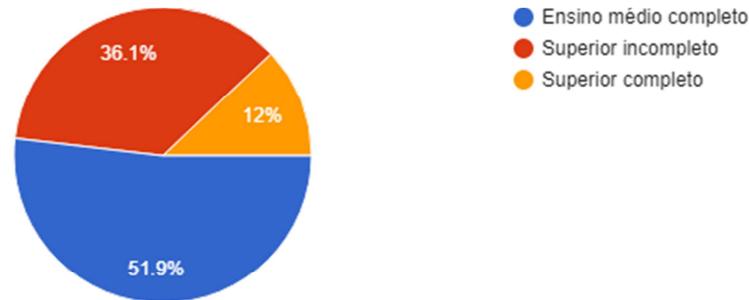


Figura 3: Escolaridade

Fonte: o autor (2018)

Após as perguntas de natureza sócio demográfica, foi solicitado que os entrevistados respondessem a 15 questões, relativas a sintomas percebidos nas últimas 24 horas, que compõem a parte 1 do questionário de sintomas de estresse. Os sintomas mais relevantes foram:

– Tensão muscular (dor nas costas, pescoço, ombros), conforme a figura quatro, 81,3 % dos entrevistados responderam sim, sendo o sintoma mais apontado nesta pesquisa. Em estudo sobre distúrbios osteo musculares em bancários de Pelotas e região, BRANDÃO, HORTA e TOMASI (2005) concluíram que 43% dos entrevistados apresentaram dor musculoesquelética nos últimos 7 dias, sendo que os trabalhadores que permaneciam em suas atividades sentados na maior parte do expediente apresentavam 30% mais sintomas de distúrbios osteo musculares que os demais.

– Aperto na mandíbula/ranger de dentes, ou roer as unhas ou ponta de caneta, ilustrada na figura 05. Conforme DANTAS-NETA et. Al (2014), o bruxismo é uma atividade muscular repetitiva caracterizada por apertar ou triturar os dentes antagonistas e / ou a propulsão da mandíbula. Para LAVIGNE et al.(2008), citado por DANTAS-NETA et. Al (2014), o bruxismo está associado a ansiedade e estresse, sendo estes considerados fatores de risco para seu surgimento.

– Mudança de apetite (comer bastante ou ter falta de apetite), conforme figura 06, apresentou 60,2 % de respostas positivas. DEL PORTO (1999) comenta sobre as alterações de apetite como um sintoma fisiológico do quadro de depressão, fazendo com que um indivíduo nesta situação tenham perda de apetite a ponto de esforçar-se a comer ou ser ajudada por terceiros a se alimentar. Este autor salienta também que algumas formas de depressão podem provocar desejo exacerbado pelo consumo de doces e carboidratos no geral.

Tensão muscular (dor nas costas, pescoço, ombros)
107 responses

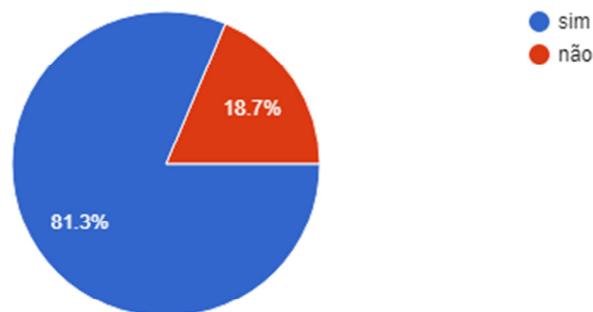


Figura 4: Tensão muscular (dor nas costas, pescoço, ombros)

Fonte: o autor (2018)

Aperto na mandíbula/ranger de dentes, ou roer as unhas ou ponta de caneta
108 responses

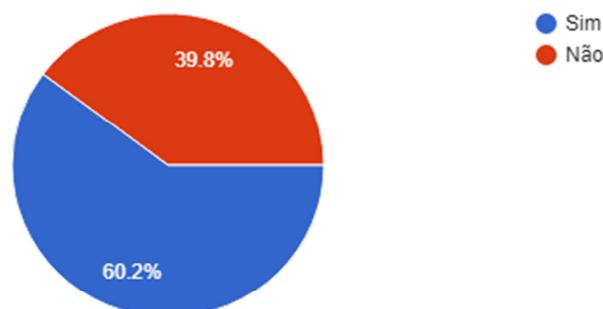


Figura 5: Aperto na mandíbula/ranger de dentes, ou roer as unhas ou ponta de caneta.

Fonte: o autor (2018)

Mudança de apetite (comer bastante ou ter falta de apetite)

108 respostas

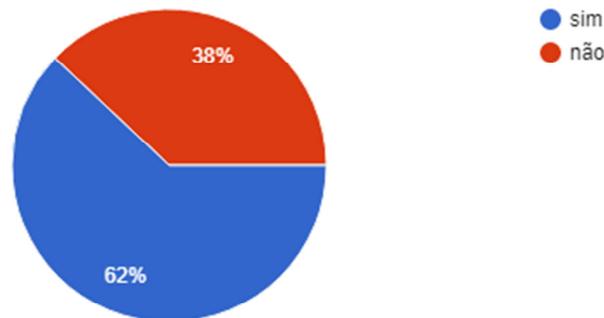


Figura 6: Mudança de apetite (comer bastante ou ter falta de apetite)

Fonte: o autor (2018)

A próxima etapa do teste avalia a segunda fase de estresse a que alguns indivíduos podem estar acometidos, sendo que é composta por mais 15 questões, desta vez com sintomas apresentados nos últimos 7 dias. Os sintomas que se destacaram nesta fase foram:

– Problemas com a memória, esquecimento – 57,4 % dos entrevistados relataram problemas de memória nos últimos sete dias, conforme mostra a figura 07. Em um trabalho de avaliação de níveis de estresse em trabalhadores da construção civil, CREPALDI (2013) constatou que 78,57% dos entrevistados relataram problemas com a memória. ARMARIO (2006), citado por PALMA (2013), informa que o hormônio cortisol tem a função de auxiliar o organismo em situações de estresse, induzindo a uma série de adaptações fisiológicas que tem por função dar condições ao organismo de enfrentar o agente estressor. PALMA (2013) comenta que alguns estudos sugerem que indivíduos idosos com níveis elevados de cortisol durante o tempo em que foram avaliados mostraram-se mais suscetíveis a apresentar *déficits* cognitivos, sugerindo que o efeito cumulativo da exposição a altos níveis de glicocorticoides é prejudicial. Esta autora então conclui que eventos de curta duração não provocam subida do cortisol a níveis que provoquem *déficit* de memória, e sim eventos a longo prazo, como o estresse crônico. PERGHER et al.

(2006) destaca que o estresse influi de maneira positiva ou negativa sobre a memória, dependendo do patamar. Após certo ponto, os efeitos prejudiciais se intensificariam, provocando uma piora nas lembranças, possivelmente relacionada à fragmentação das mesmas.

Problemas com a memória, esquecimento

108 responses

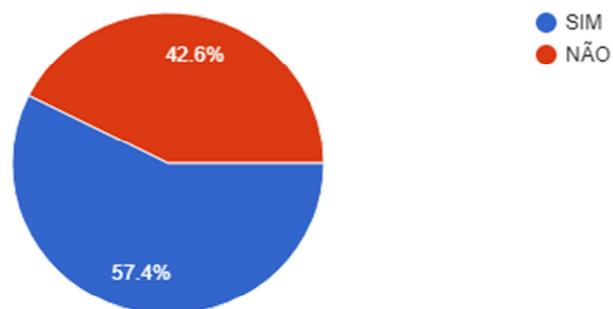


Figura 7: Problemas com a memória, esquecimento

Fonte: o autor (2018)

– 66,7% dos colaboradores apresentaram sensação de desgaste físico constante (Figura 08). DEL PORTO (1999) descreve a fadiga como um dos sintomas psíquicos da depressão. Segundo ele, a pessoa pode relatar fadiga persistente, mesmo sem esforço físico, e as tarefas mais leves parecem exigir esforço substancial, além de serem feitas de forma mais lenta. THARR (1995), citado por PERES (2003), concluiu que para reduzir o esgotamento e descontentamento, os empregados deveriam ser mantidos informados sobre as condições e eventos que impactam seus empregos, além de mais controle sobre procedimentos relativos à sua rotina de trabalho.

Sensação de desgaste físico constante

108 responses

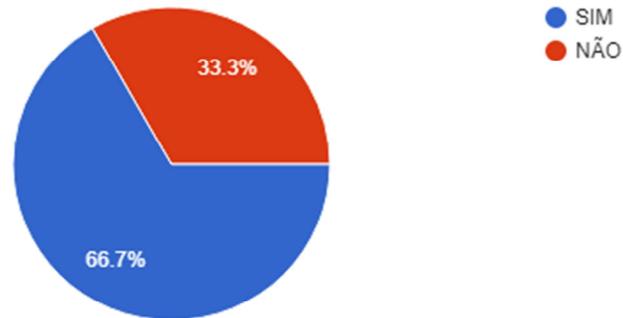


Figura 8: Sensação de desgaste físico constante

Fonte: o autor (2018)

– No quesito mudança de apetite, 58,3% informam ter apresentado este sintoma (Figura 09). Apesar da semelhança deste tópico com o que foi analisado na figura 06, aqui deve-se levar em consideração que a resposta é relativa a um sintoma presenciado pelo trabalhador há mais tempo (um mês), e que pode ser relacionado a sintomas de doenças mais graves, como por exemplo a depressão, conforme relatado por DEL PORTO (1999).

Mudança de apetite

108 responses

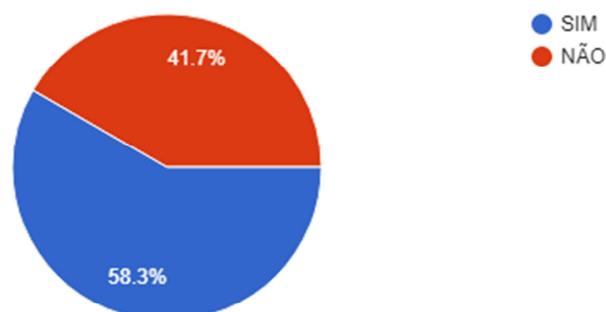


Figura 9: Mudança de apetite

Fonte: o autor (2018)

– 61,1% dos entrevistados informam estar irritados excessivamente nos dias anteriores à pesquisa (Figura 10). Num trabalho de análise de nível de estresse num escritório de arquitetura, KRTOLICA (2012) relatou que 6 dos 14 entrevistados (42% do total) responderam sim para este sintoma, sendo o mais pontuado, em conjunto com o sintoma ansiedade. GALASSO (2005), num estudo envolvendo 124 operadores de telemarketing, constatou que irritabilidade foi pontuada por 66,1% dos trabalhadores avaliados. Esta autora também ressalta que embora 94,4% dos trabalhadores avaliados nunca tenham se afastado do trabalho por motivo de estresse, este foi o assunto mais frequentemente referido, tanto nas entrevistas individuais quanto coletivas.

Irritabilidade excessiva

108 responses

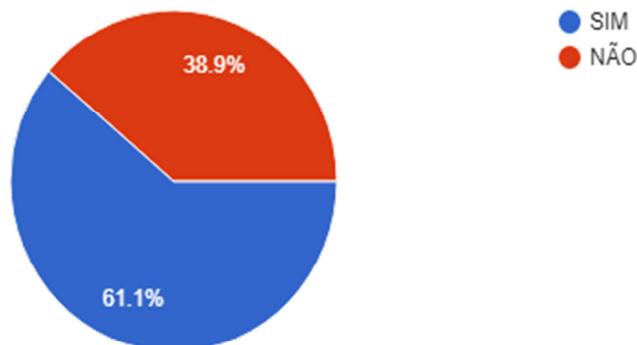


Figura 10: Irritabilidade excessiva

Fonte: o autor (2018)

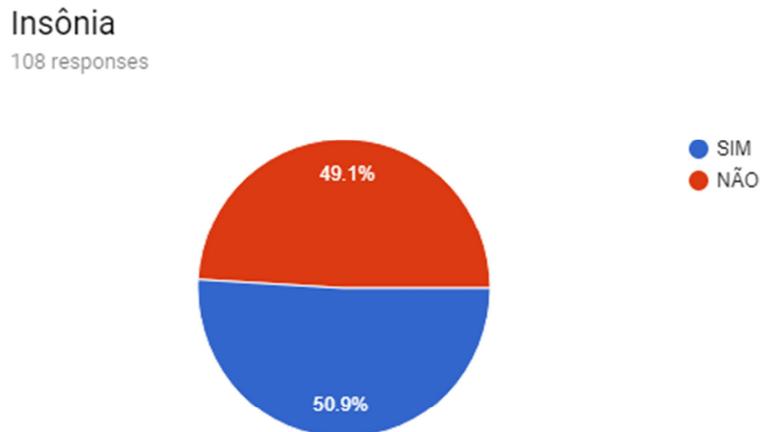


Figura 11: Porcentagem de pessoas com insônia no último mês.

Fonte: o autor (2018)

A última fase do questionário é composta de 22 questões objetivas que avaliam sintomas que ocorreram no último mês. O foco destas questões é identificar a terceira fase do estresse (esgotamento). A média das respostas obtidas nesta fase encontram-se na tabela 01.

Entre os dados obtidos nesta parte do teste, os mais pontuados foram:

- Insônia: Da amostra avaliada, 50,9% dos indivíduos apresentaram alguma dificuldade para dormir nos últimos 30 dias (Figura 11). Alguns trabalhos correlacionam estresse com qualidade do sono. ROCHA & MARTINO (2010), analisaram a correlação entre estresse e sono em enfermeiros e concluíram que quanto maior o nível de estresse, pior foi a qualidade de sono.
- O item Irritabilidade foi marcado por exatamente 50 % dos colaboradores que responderam ao questionário, conforme podemos observar na figura 12. Segundo DEL PORTO (1999), a irritabilidade figura entre uma das alterações de humor da depressão, enquanto síndrome.

Tabela 01 - No ÚLTIMO MÊS você sentiu algum dos sintomas abaixo?	
Sintomas	Sim (%)
Diarreias frequentes	19,4
Dificuldades sexuais	22,2
Formigamento extremidades (mãos e pés)	32,4
Insônia	50,9
Tiques nervosos	37
Hipertensão arterial confirmada	11,1
Problemas dermatológicos prolongados (pele)	13,9
Mudança extrema de apetite	46,3
Taquicardia (batimento acelerado do coração)	28,7
Tontura frequente	32,4
Úlcera	8,3
Impossibilidade de trabalhar	18,5
Pesadelos	36,1
Sensação de incompetência em todas áreas	31,5
Vontade de fugir de tudo	50
Apatia, vontade de nada fazer, depressão ou raiva prolongada	55,6
Cansaço excessivo	58,3
Pensamento constante sobre um mesmo assunto	42,6
Irritabilidade sem causa aparente	50
Angústia ou ansiedade diária	58,3
Hipersensibilidade emotiva	38
Perda do senso de humor	44,4

Irritabilidade sem causa aparente

108 responses

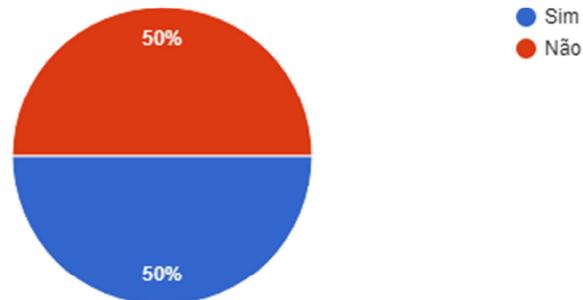


Figura 12: Irritabilidade sem causa aparente

Fonte: o autor (2018)

Por fim, o item mais avaliado da parte 03 do questionário foi angústia ou ansiedade diária. Este atingiu resposta positiva para 58,3% dos entrevistados. Barreto (2001), citado por VILELA E ASSUNÇÃO (2004), informa que em uma determinada empresa de call center, nos registros dos prontuários, observou-se que as principais causas de afastamento eram originadas por depressão e manifestações de ansiedade.

Seguindo a metodologia utilizada por CREPALDI (2013), para que um indivíduo tenha status positivo, o mesmo precisa apresentar sete sintomas da fase 1, quatro sintomas da fase 2 ou nove na terceira fase. Analisando os dados coletados, 38 colaboradores apresentam resultado positivo para todas as fases, sendo que 52 estão em estresse fase 1, 86 pessoas apresentam resultado positivo para a fase 02 e 48 trabalhadores (44 % do total) apresentaram resultado positivo para a fase de esgotamento, necessitando de intervenção imediata. Uma solução para a prevenção e controle desse tipo de doença seria o acompanhamento psicológico dentro da empresa. MURTA e TRÓCCOLI (2004), comenta que “doenças ocupacionais possam ser causadas, ainda que em parte, por fatores psicossociais, mas não há normas para seu controle, como há para os demais fatores de risco”, e que a presença do psicólogo na equipe de saúde ocupacional ainda não é exigida (obrigatória). Desta forma, há de se levar em conta que afastamentos por distúrbios

de estresse também geram custo ao empregador. Para CAMELLO E ANGERAMI, (2008), as alterações focadas na modificação de estressores dentro do ambiente organizacional costumam ter resultados mais efetivos que o foco direto no trabalhador. Já para programas de apoio individual, recomendam encontros regulares com profissionais habilitados para orientação sobre riscos, além de suporte social e psicológico.

A ginástica laboral pode oferecer diversos benefícios dentro do ambiente de trabalho, prevenindo doenças como o estresse. FREITAS-SWERTS e ROBAZZI (2014), utilizou sessões de ginástica de 15 minutos duas vezes por semana num período de 10 semanas. A análise final, contudo, não demonstrou diferença estatisticamente significativa após a reavaliação dos envolvidos. BARRETO e BARBOSA-FRANCO (2000), notaram melhora no quadro geral de estresse em trabalhadores de um restaurante universitário. Contudo, ressaltam a importância do incentivo da chefia quanto à adesão ao programa, assim como a condução por profissional qualificado na área de educação física.

RATES, AMARAL E MAGALHÃES (2010) analisaram o desempenho antes e após a implantação de ginástica laboral de uma equipe de 24 teleatendentes do sexo feminino durante dois meses consecutivos. A conclusão foi que todos os itens analisados tiveram melhora, incluindo o nível de estresse, que caiu de 37% para 13% e a tensão no trabalho, que era de 54% e passou para 4% após a prática regular da atividade física no local. ROSSATO et. Al (2013) recomendam a utilização de programas de ginástica laboral principalmente em trabalhadores do sexo masculino e de baixa escolaridade, pois são os grupos normalmente menos engajados na prática de atividade física. Esses dados vem de encontro com a amostragem analisada neste trabalho, visto que 51,9 % dos entrevistados possuem apenas nível médio de escolaridade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da análise dos dados obtidos, conclui-se que 48 % dos entrevistados apresentam a fase inicial de estresse (alerta), 79,62% a fase 02 (resistência) e 44,44% para a fase 03 (exaustão).

A participação de profissionais da área de psicologia dentro do ambiente corporativo oferece ganho de qualidade de vida ao profissional, tanto na prevenção como melhora de sintomas, devendo ser levada em conta pelas corporações.

Vale ressaltar que outras medições ergonômicas não foram conduzidas neste trabalho, como temperatura do local, índice de pressão sonora etc. Existem trabalhos específicos que correlacionam estes fatores no surgimento do estresse. Neste sentido, trabalhos futuros que associem níveis de estresse com características ergonômicas encontradas no local podem fornecer dados mais precisos acerca da saúde e qualidade de vida do trabalhador.

REFERÊNCIAS

Almeida OP, Almeida SA. **Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV.** *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14(10):858-65.

Armario, 2006 - **The hypothalamic-pituitary-adrenal axis: what can it tell us about stressors?** *CNS Neurol Disord Drug Targets*. Oct;5(5),(2006):485-501

Barreto AC, Barbosa-Branco A. **Influência da atividade física sistematizada no estresse e na fadiga dos trabalhadores do restaurante universitário da universidade de Brasília.** *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2000;5:23-9

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **O Estado da Arte do Burnout no Brasil.** *Revista Eletrônica InterAção Psy*, Ano 1, n. 1, Ago. 2003, p. 4-11. Disponível em: Acesso em: 01 abri. 2018

Brandão AG, Horta BL, Tomasi E. **Sintomas de distúrbios osteomusculares em bancários de Pelotas e região: prevalência e fatores associados.** *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(3):295-305. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000300011>.

BRASIL. **LEI Nº 8.213 de 24 de julho de 1991.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8213cons.htm. Acesso em: 08/06/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 580p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Lesões por esforços repetitivos (LER) / Distúrbios musculares relacionados ao trabalho (DORT).** Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.º 103, Brasília, fev. 2001. 35p.

CAMELO SHH, Angerami ELS. **Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura.** *Cienc Cuid Saúde*. 2008;7(2):232-40

CHEIK, N., Reis, I., Heredia, R., Ventura, M., Tufk, S., Antunes, H. & Mello, M. (2003). **Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos.** *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 11(3), 45-52.

CREPALDI, Simone Cristina Pinheiro. **Avaliação do nível de estresse e motivação de uma gerência de obras**. 2013. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

DANTAS-NETA, Neusa Barros et al . **Prevalence and potential factors associated with probable sleep or awake bruxism and dentin hypersensitivity in undergraduate students**. Rev. odontol. UNESP, Araraquara , v. 43, n. 4, p. 245-251, Aug. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772014000400245&lng=en&nrm=iso>. access on 10 June 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/rou.2014.040>.

DEL PORTO, José Alberto. **Conceito e diagnóstico**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 21, supl. 1, p. 06-11, May 1999 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso>. access on 11 June 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003>.

FILGUEIRAS, Julio Cesar; HIPPERT, Maria Isabel Steinherz. **A polêmica em torno do conceito de estresse**. Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 19, n. 3, p. 40-51, 1999 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931999000300005&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931999000300005>

FREITAS-SWERTS, Fabiana Cristina Taubert de ; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz . **Efeitos da ginástica laboral compensatória na redução do estresse ocupacional e dor osteomuscular** . Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 629-636, July 2014. ISSN 1518-8345. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/86674/89677>>. Acesso em: 05 may 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3222.2461>

GALASSO, L. M. R. **Humor e estresse no trabalho: fatores psicossociais e benéficos no trabalho dos operadores de telemarketing**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) — Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

GUIMARÃES, Liliana A. M. & CARDOSO, Wilma Lucia C. D. **Atualizações sobre a síndrome de burnout**. (2002). Disponível em: www.debas.eel.usp.br/~wilcar/BURNOUT-editado.doc Acesso em: 01 abri. 2018.

GEREMIAS, Larissa Munhon et al. **Prevalência do diabetes mellitus associado ao estresse ocupacional em trabalhadores bancários**, Minas Gerais, Brasil. Rev Cuid, Bucaramanga , v. 8, n. 3, p. 1863-1874, Dec. 2017 . Available from

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732017000301863&lng=en&nrm=iso>. Access on 28 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.442>.

Goulart Junior, Edward, Novaes Lipp, Marilda Emmanuel, **Estresse entre professoras do ensino fundamental de escolas públicas estaduais**. *Psicologia em Estudo* [en linea] 2008, 13 (Diciembre-Sin mes) : [Fecha de consulta: 28 de abril de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122111023>> ISSN 1413-7372

Lavigne GJ, Khoury S, Abe S, Yamaguchi T, Raphael K. **Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians**. *J Oral Rehabil*. 2008 Jul; 35(7): 476-94 PMID:18557915. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2842.2008.01881.x>

Lieberknecht Wathier, J, Dalbosco Dell'Aglio, D, Ruschel Bandeira, D. **Análise fatorial do inventário de depressão infantil (cdi) em amostra de jovens brasileiros**. *Avaliação Psicológica* [Internet]. 2008;7(1):75-84. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=335027183010>

LIPP, M. E. N. & GUEVARA, A. J. H. **Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress**. *Estudos de Psicologia*, v. 11, n. 3, p. 43-49, 1994

LIPP, M. N. (Org.) **Relaxamento para todos: controle o seu stress**. Campinas: Papirus, 1998.

MARINHO-SILVA, A. **A regulamentação das condições de trabalho no setor de teleatendimento no Brasil: necessidades e desafios**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2004.

MORENO-JIMENEZ, Bernardo et al. **A avaliação do Burnout em professores. Comparação de instrumentos: CBP-R e MBI-ED**. *Psicol. estud.*, Maringá , v. 7, n. 1, p. 11-19, June 2002 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722002000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722002000100004>.

JBEILI, Chafic. **A síndrome do esgotamento profissional**. 2008. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/3017297/Cartilha-Burnout-Chafic-Jbeili>. Acesso em: 30 mar. 2018

KRTOLICA, S. **Análise do nível de estresse em um escritório de arquitetura.** Monografia. 2012. 48f. (Especialização em Gerenciamento de Obras) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba, 2012.

MURTA, Sheila Giardini; TROCCOLI, Bartholomeu Torres. **Avaliação de intervenção em estresse ocupacional.** *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 20, n. 1, p. 39-47, Apr. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722004000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 07 May 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722004000100006>

OLIVEIRA, M. M. et al. **Relatório da Indústria de Call Center no Brasil 2005.** São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Administração, 2005. The Global Call Center Industry Project.

Palma KAXA. **Efeitos do envelhecimento e do estresse crônico sobre a memória declarativa.** [tese]. Porto Alegre; Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia; 2007

PERES, C. C. **Avaliação da satisfação com o sistema de pausas no trabalho de teleatendimento/telemarketing.** 2003. Dissertação (Mestrado em Ergonomia) — Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

RATES, A. C. P.; AMARAL, R. M. S.; MAGALHÃES, S. R. Aspectos positivos e negativos do programa de ginástica laboral em uma empresa de call-center. **Revista Digital – Buenos Aires**, v. 15, 2010.

ROCHA, Maria Cecília Pires da; MARTINO, Milva Maria Figueiredo De. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 280-286, June 2010. ISSN 1980-220X. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40537/43644>>. Acesso em: 26 apr. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200006>.

TEXEIRA, C. M. et al. Atividade física, autoestima e depressão em idosos. *Cadernos de psicologia del deporte*, vol.16, n.º 3, pag. 55-66, edição dezembro, 2016.

SANTOS, Bennatan Ferreira dos; FRAGELLI, Thaís Branquinho Oliveira. **Prevalence of temporomandibular joint disorders and neck pain in musicians: a sytematic review.** *Fisioter. mov.*, Curitiba, v. 30, n. 4, p. 839-848, Dec. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

51502017000400839&lng=en&nrm=iso>. access
on 10 June 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.030.004.ar02>.

SILVA, A. M. A **regulamentação das condições de trabalho no setor de teleatendimento no Brasil: necessidades e desafios**. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2004.

SOUZA, Livia Guedes Esteves. **Trabalho e saúde: fatores de risco relacionados aos profissionais de call centers**. 2012. 41f. Monografia (Especialização em Gestão Industrial: produção e manutenção) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Ponta Grossa, 2012

VILELA, Lailah Vasconcelos de Oliveira; ASSUNCAO, Ada Ávila. **Os mecanismos de controle da atividade no setor de teleatendimento e as queixas de cansaço e esgotamento dos trabalhadores**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1069-1078, Aug. 2004 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400022&lng=en&nrm=iso>. access
on 27 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400022>.

VENCO, S. **Quando o trabalho adoce: uma análise sobre o teleatendimento**. Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente, v.3, n.3, 2008

APÊNDICES

APÊNDICE A – questionário aplicado - Levantamento de Sintomas de Estresse

Instruções para preenchimento

Prezado/a colega, estou fazendo a monografia sobre o nível de estresse de atendentes de call center e preciso da sua ajuda. Todos os dados aqui obtidos são exclusivamente de uso acadêmico e a identidade dos pesquisados será preservada. Este questionário deverá ser respondido por você mesmo. Agradecemos sua colaboração.

1. Há quanto tempo você trabalha como teleatendente?
() menos de 6 meses () 6 a 12 meses () mais de um ano
2. Sexo
() Feminino () Masculino () Outro
3. Idade
() 18 a 30 anos () 30 a 40 anos () mais que 40 anos
4. Escolaridade
() Ensino médio completo () Superior incompleto () Superior completo

Por favor preencha o questionário abaixo.

Nas Últimas 24 horas você sentiu algum dos sintomas abaixo? Marque "X" em Sim ou Não.	Sim	Não
SIM NÃO		
Mãos e/ou pés frios		
Boca Seca		
Nó ou dor no estômago		
Aumento de sudorese (muito suor)		
Tensão muscular (dor nas costas, pescoço, ombros)		
Aperto na mandíbula/ranger de dentes, ou roer as unhas ou ponta de caneta		
Diarreia passageira		
Insônia, dificuldade de dormir		
Taquicardia (batimentos acelerados do coração)		
Respiração ofegante, entrecortada		
Hipertensão súbita e passageira (pressão alta súbita e passageira)		
Mudança de apetite (comer bastante ou ter falta de apetite)		
Aumento súbito de motivação		
Entusiasmo súbito		
Vontade súbita de novos projetos		
Na Última Semana você sentiu algum dos sintomas abaixo? Marque	Sim	Não

“X” em Sim ou Não.		
SIM NÃO		
Problemas com a memória, esquecimento		
Mal-estar generalizado, sem causa específica		
Formigamento extremidades (pés ou mãos)		
Sensação desgaste físico constante		
Mudança de apetite		
Surgimento de problemas dermatológicos (pele)		
Hipertensão arterial (pressão alta)		
Cansaço Constante		
Gastrite prolongada (queimação no estômago, azia)		
Tontura, sensação de estar flutuando		
Sensibilidade emotiva excessiva (emociona-se por qualquer coisa)		
Dúvidas quanto a si próprio		
Pensamentos sobre um só assunto		
Irritabilidade excessiva		
Diminuição da libido (desejo sexual diminuído)		
No Último Mês você sentiu algum dos sintomas abaixo? Marque “X” em Sim ou Não.	Sim	Não
Diarreias frequentes		
Dificuldades Sexuais		
Formigamento extremidades (mãos e pés)		
Insônia		
Tiques nervosos		
Hipertensão arterial confirmada		
Problemas dermatológicos prolongado (pele)		
Mudança extrema de apetite		
Taquicardia (batimento acelerado do coração)		
Tontura frequente		
Úlcera		
Impossibilidade de trabalhar		
Pesadelos		
Sensação de incompetência em todas áreas		
Vontade de fugir de tudo		
Apatia, vontade de nada fazer, depressão ou raiva prolongada		
Cansaço excessivo		
Pensamento constante sobre um mesmo assunto		
Irritabilidade sem causa aparente		
Angústia ou ansiedade diária		
Hipersensibilidade emotiva		
Perda do senso de humor		