8. ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, declaro que concordo em participar, voluntariamente, de pesquisa científica sobre **Análise dos padrões do ciclo vigília-sono de adolescentes trabalhadores e não-trabalhadores, alunos de escolas públicas no município de São Paulo, SP**, que vem sendo realizada sob responsabilidade de Liliane Reis Teixeira. Estou ciente de que os resultados são confidenciais e que serão utilizados unicamente para fins de pesquisa. Autorizo a divulgação do resultado em grupo e o resultado individual somente para minha pessoa.
Posso a qualquer momento abandonar esta pesquisa, sem prejuízo pessoal.
Em caso de dúvida, entrar em contato com a pesquisadora no telefone 3066-7755/3066-7722.

Assinatura do pesquisado

Assinatura do responsável

São Paulo, __ de _____ de 200__.

ANEXO 2

Questionário de caracterização das condições de vida e de saúde dos adolescentes

Nº do indivíduo	Escola	Série	Nº do questionário
	01		02

Gostaríamos de conhecer um pouquinho de você.

Nome Completo: _____

Bairro onde você mora: _____

1.Data de nascimento: ____/____/____(anos)

2.Sexo: ☐ 1.Masculino
 ☐ 2.Feminino

3.Estado Marital: ☐ 1.Solteiro
 ☐ 2.Vive com companheiro

4.Você tem filhos?:
☐ 1. Não
☐ 2. Sim Quantos? _____

5. Quantas pessoas vivem na sua casa? ____pessoas

6. Assinale abaixo quais pessoas moram na sua casa:

- ☐ 1. Pai
☐ 2. Mãe
☐ 3. Avó
☐ 4. Avô
☐ 5. Irmã(ão) Quantos? _____.
☐ 88. Outros Quantos? _____.

7. Estado marital dos pais

- ☐ 1. Casados
☐ 2. Separados
☐ 3. Viúvos
☐ 4. Solteiros

Favor preencher todas as linhas

8. No último ano, quantas vezes a sua família não teve dinheiro suficiente para:	Nunca ou quase nunca acontece	Algumas vezes acontece	Freqüentemente acontece	Não sabe	Não se aplica
a) Comprar roupas					
b) Comprar remédios indicados por médico					
c) Pagar consulta médica ou hospital					
d) Pagar aluguel ou a prestação da sua casa ou apartamento					
e) Comprar comida					
f) Comprar material escolar e contribuir para a Associação de Pais e Mestres (APM) da escola					

Agora iremos perguntar sobre você. Suas respostas nos ajudarão a entender melhor os problemas que você possa ter. Inicialmente faremos perguntas sobre como você se sente.

9. No último mês, com que frequência você se sentiu incomodado por...	Nunca	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todo dia
a) Estar com pouco interesse ou alegria em fazer as coisas				
b) Estar para baixo, deprimido(a), ou se sentindo sem futuro				
c) Estar com dificuldade de pegar no sono, continuar dormindo ou dormindo demais				
d) Estar com sensação de cansaço, com pouca energia				
e) Estar com pouco apetite ou comendo demais				
f) Estar com idéias ruins sobre você mesmo, se sentindo fracassado(a) e que é um atraso para si ou para a família				
g) Estar com dificuldade para se concentrar, como por exemplo ler jornais ou ver televisão				
h) Estar andando ou falando muito devagar que até outras pessoas notaram. Ou ao contrário, estar mais inquieto do que o normal, não conseguindo ficar parado				
i) Estar com idéias de que você estaria melhor morto ou então de fazer algo contra você mesmo				

10. Marque a frequência com que as situações abaixo ocorrem com você:	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
a) Sinto-me uma pessoa de valor, ou pelo menos igual às outras					
b) Sinto que não tenho muito do que me orgulhar					
c) Sinto que tenho algumas qualidades positivas					
d) As vezes, sinto que não sirvo para nada.					
e) Sinto que sou de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas					
f) Sinto que não sou capaz de fazer nada direito					
g) Tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo(a)					
h) Sinto que minha vida não é muito útil					

11. Pense no bairro em que você mora. Você acha que esses problemas existem no seu bairro?	Não é problema	Não é um problema importante	Às vezes é um problema	É um problema sério
a) Crimes no seu bairro				
b) Gangues				
c) Tráfico de drogas				
d) Muito barulho				
e) Sujeira e bagunça				
f) Iluminação nas ruas (postes de luz)				
g) Disponibilidade de transporte público				
h) Disponibilidade de parques, área para brincar, quadras de esporte, etc.				
i) Preconceito e discriminação				
j) Usuários de drogas				

12. Pense na sua escola. Você acha que esses problemas existem na sua escola?	Não é problema	Não é um problema importante	Às vezes é um problema	É um problema sério
a) Violência				
b) Gangues				
c) Existência de armas				
d) Usuários ou tráfico de drogas				
e) Barulho na sala de aula				
f) Sujeira e bagunça				
g) Salas muito cheias				
h) O modo como os professores tratam os alunos é ruim				
i) Falta de material escolar e de equipamentos				
j) Preconceito e discriminação				
k) Roubos e furtos				

13. Pense na sua família ou com quem você vive.
Você diria que tem:

- ☐ 1. Nenhum problema
- ☐ 2. Muito poucos problemas
- ☐ 3. Alguns problemas
- ☐ 4. Muitos problemas

14. Pense na sua vida na escola, no dever de casa, nas notas, nas suas atividades e como você se dá com os seus colegas e professores. Você diria que tem:

- ☐ 1. Nenhum problema
- ☐ 2. Muito poucos problemas
- ☐ 3. Alguns problemas
- ☐ 4. Muitos problemas

As perguntas agora são a respeito da sua escola.

15. Qual nota você daria para o seu desempenho na escola? Marque na régua abaixo com um X em cima do número.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16. Qual nota os seus colegas dariam para o seu aproveitamento na escola? Marque na régua abaixo com um X em cima do número.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

17. Você gosta de ir para a escola?

- ☐ 1. Gosto muito
- ☐ 2. Gosto
- ☐ 3. Gosto pouco
- ☐ 4. Eu não gosto
- ☐ 5. Eu odeio

18. Você falta muito às aulas?

- ☐ 1. Não
- ☐ 2. Às vezes
- ☐ 3. Sim

19. Você sente dificuldades em se concentrar nos estudos?

- ☐ 1. Não
- ☐ 2. Às vezes
- ☐ 3. Sim

20. Sente sono durante as aulas

- ☐ 1. Não
- ☐ 2. Às vezes
- ☐ 3. Sim

21. Costuma dormir durante as aulas

- ☐ 1. Não
- ☐ 2. Às vezes
- ☐ 3. Sim

22. Como você se sente normalmente quando está na sala de aula?

- ☐ 1. Me sinto bastante acordado(a) e atento(a).
- ☐ 2. Fico razoavelmente acordado(a) e atento(a)
- ☐ 3. Fico sonolento(a) e desatento(a) .
- ☐ 4. Preciso fazer muita força para permanecer acordado(a).

23. Você faz curso extracurricular (computação, línguas, artes, etc.)?

- ☐ 1. Sim
- ☐ 2. Não

24. Você estuda em casa ou no trabalho?

- ☐ 1. Sim
- ☐ 2. Não

25. Quantas horas por semana você gasta com o estudo fora da escola? | | horas

26. Você parou os estudos alguma vez?

- ☐ 1. Sim
- ☐ 2. Não

Se você nunca parou de estudar, passe para a questão 29

27. Por que você deixou de estudar? Você pode assinalar mais de uma alternativa.

- ☐ 1. Precisava trabalhar
- ☐ 2. Notas baixas
- ☐ 3. Distância da escola
- ☐ 4. Falta de motivação
- ☐ 5. Repetia de ano na escola
- ☐ 6. Indisciplina na escola
- ☐ 7. Violência na escola
- ☐ 8. Outros. Qual (is):

28. Por que você voltou a estudar? Você pode assinalar mais de uma alternativa.

- ☐ 1. Não conseguiu emprego
- ☐ 2. Passou a valorizar a escola
- ☐ 3. Encontrou vaga em escola perto de casa ou do trabalho
- ☐ 4. Começou a pensar no futuro
- ☐ 5. Encontrou uma escola com menos bagunça
- ☐ 6. Encontrou uma escola sem violência
- ☐ 8. Outros. Qual (is):

As perguntas agora são sobre alguns dos seus hábitos de vida.

29. Você fuma?

- ☐ 1. Não
☐ 2. Raramente
☐ 3. Apenas nos fins de semana Quantos cigarros? _____ por dia.
☐ 4. Todos os dias Quantos cigarros? _____ por dia.

30. Se você é um fumante. Há quanto tempo você fuma? | ____ | ____ | anos | ____ | ____ | meses

31. Você ingere bebida alcoólica?

- ☐ 1. Nunca ☐ 4. De 2 a 3 vezes por semana
☐ 2. Raramente ☐ 5. Mais de 4 vezes por semana
☐ 3. Um dia por semana ☐ 6. Todo dia ou quase todo dia

Se sim, responda as perguntas abaixo

32. Você considera esse consumo exagerado?	☐ 1. Sim ☐ 2. Não
33. Já esteve alto ou de ressaca por causa de bebida alcoólica?	☐ 1. Sim ☐ 2. Não
34. Já perdeu ou chegou atrasado no trabalho, escola, ou outra atividade por causa de bebida ou ressaca?	☐ 1. Sim ☐ 2. Não
35. Você já se desentendeu ou discutiu com pessoas por você beber ou ter bebido muito?	☐ 1. Sim ☐ 2. Não
36. Você já dirigiu um carro ou moto após ter bebido bastante?	☐ 1. Sim ☐ 2. Não

37. Qual atividade física você pratica. Indique aquela a que você mais se dedica.

- ☐ 1. Futebol ☐ 7. Artes marciais
☐ 2. Volei ☐ 8. Capoeira
☐ 3. Basquete ☐ 9. Dança
☐ 4. Handbol ☐ 10. Nenhuma
☐ 5. Natação ☐ 88. Outros. Qual (is)? _____
☐ 6. Ginástica

38. Quantas vezes por semana você pratica essa atividade?

- ☐ 1. Todo dia ou quase todo dia ☐ 4. Um dia por semana
☐ 2. Mais de 4 vezes por semana ☐ 5. Raramente
☐ 3. De 2 a 3 vezes por semana ☐ 6. Nunca

39. O que você normalmente faz no seu tempo livre? Você pode assinalar mais de uma alternativa.

- ☐ 1. Assisto televisão ☐ 6. Vou assistir jogos esportivos
☐ 2. Vou ao cinema ☐ 7. Namorar
☐ 3. Pratico esporte ☐ 8. Leio revistas ou livros
☐ 4. Converso com os amigos ☐ 88. Outra forma de lazer.
☐ 5. Vou às festas Qual? _____

40. Quantas horas por semana você tem para suas atividades de lazer? | ____ | ____ | horas

Agora vamos falar da sua saúde

41. Você se considera uma pessoa saudável?

☐ 1.Sim

☐ 2.Não

42. Qual nota você daria à sua saúde? Marque na régua abaixo com um X em cima do número.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

43. Você tomou algum remédio no último mês?

☐ 1. Não

☐ 2. Sim

44. Se você tomou algum remédio, para que você tomou o remédio? _____

45. Durante quanto tempo? | ____ | ____ | dias / meses

46. Para as mulheres: Você usa pílula anticoncepcional?

☐ 1. Não Há quanto tempo? | ____ | ____ | meses / anos

☐ 2. Sim

47. Você ficou doente no último ano?

☐ 1. Não

☐ 2. Sim Qual(is) doença(s)? _____

48. Você sente cansaço em quais lugares? Você pode assinalar mais de uma resposta.

☐ 1. Não sente cansaço ☐ 2. Nos olhos ☐ 3. No corpo ☐ 4. Mental

49. Você sente moleza no corpo?

☐ 1.Não

☐ 2.Sim

50. De julho do ano passado para cá, você teve alguma dor, incômodo, dormência ou sensação de peso no seu corpo?

- ☐ 1. Sim ☐ 2. Não..... *Marcar na Figura com um X em todas as partes do corpo onde sentiu dores*

50.1. Isto dificultou o seu trabalho ou realização de outras atividades?

- ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

50.2. Isto piorava quando você trabalhava ou realizava outras atividades?

- ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

51. Você sentiu este problema na última semana (últimos sete dias)?

- ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Agora vamos falar a respeito do seu sono.

52. Qual o seu horário de dormir e acordar?

	Horário de dormir	Horário de acordar
a) De segunda a quinta-feira	____ ____ : ____ ____ h	____ ____ : ____ ____ h
b) De sexta-feira para sábado	____ ____ : ____ ____ h	____ ____ : ____ ____ h
c) De sábado para domingo	____ ____ : ____ ____ h	____ ____ : ____ ____ h
d) De domingo para segunda-feira	____ ____ : ____ ____ h	____ ____ : ____ ____ h

53. No último mês, com que frequência você tem tido alguns desses problemas?	Raramente ou nunca	Algumas vezes	Frequente-mente	Quase todo dia
a) Dificuldades para pegar no sono				
b) Acorda no meio da noite e sente dificuldade para voltar a dormir				
c) Acorda muito cedo e não consegue voltar a dormir				
d) Acorda muitas vezes, mas freqüentemente volta a dormir				
e) Sentindo-se cansado durante o dia				
f) Cai no sono facilmente, a qualquer hora durante o dia				
g) Tem ataques de sono durante o dia (períodos repentinos de sono que não pode resistir)				
h) Precisa de muito mais tempo do que os outros para acordar pela manhã				
i) Está dormindo demais ou durante muito tempo à noite				
j) Está dormindo demais ou durante muito tempo ao longo do dia				
k) Está dormindo menos do que o habitual porque tem que estudar ou fazer dever de casa				
l) Dormindo menos do que o habitual por causa da atividade escolar (bandas, corais, esportes)				
m) Você se sente muito sonolento durante o dia				
n) Você dorme o suficiente				
o) Ao acordar de manhã, você ainda sente-se cansado				

54. Você costuma dormir durante o transporte (carro, ônibus, trem ou metrô)?

☐ 1. Não ☐ 2. Às vezes ☐ 3. Sim

Se sim, em quais horários? às ____ horas e às ____ horas

Por quanto tempo? ____ horas ____ minutos

55. Você costuma dormir durante o dia de segunda a sexta-feira?

- ☐ 1. Não ☐ 2. Às vezes ☐ 3. Sim

Se sim, em que horário? às _____ horas

Por quanto tempo? _____ horas _____ minutos

56. Você costuma dormir durante o dia no fim de semana?

- ☐ 1. Não ☐ 2. Às vezes ☐ 3. Sim

Se sim, em que horário? às _____ horas

Por quanto tempo? _____ horas _____ minutos

57. Você costuma tomar alguma coisa para se manter acordado?

- ☐ 1. Não
☐ 2. Sim O quê? _____

58. Você costuma tomar alguma coisa para lhe ajudar a dormir, à noite?

- ☐ 1. Não
☐ 2. Sim O quê? _____

59. Marque com um X caso você habitualmente faça alguma dessas coisas durante o sono. Você pode marcar mais de uma alternativa.

☐ 66. Não tenho esses sintomas	☐ 6. Andar dormindo
☐ 1. Ranger os dentes	☐ 7. Bater a cabeça
☐ 2. Mexer-se muito	☐ 8. Chutar as pernas
☐ 3. Sentir dificuldade para respirar	☐ 9. Gritar dormindo
☐ 4. Falar dormindo	☐ 10. Ter pesadelos
☐ 5. Roncar	☐ 88. Outros. Qual (is)? _____

Agora vamos falar de trabalho.

Observação: se você é responsável por realizar tarefas tanto na sua casa, como no trabalho do seu pai/mãe ou outros parentes, ou fazendo serviços para terceiros, considere esta atividade como uma forma de trabalho.

60. Você trabalha? ☐ 1. Não ☐ 2. Sim ☐ 77. Estou desempregado

Pedimos que você nos permita pesá-lo e medi-lo. Por favor, vá para a fila de pesagem. Obrigada.

61. Peso | ____ | ____ | ____ | , | ____ | ____ | ____ | Kg 62. Altura | ____ | , | ____ | ____ | metros

Obrigado por sua colaboração.

Qualquer informação que deseje sobre este estudo, favor me telefonar (3066-7755) ou escrever para Frida Marina Fischer: Coordenadora desta pesquisa, Faculdade de Saúde Pública da USP, Departamento de Saúde Ambiental, Avenida Dr. Arnaldo, 715, 01246-904, São Paulo, Capital.

ANEXO 3

Questionário de caracterização das condições de trabalho

Nº do indivíduo	Escola	Série	Nº do questionário
	01		03

NOME: Nome Completo: _____

TRAB1. Você trabalha? ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 77. Estou desempregado

TRAB2. Com que idade você começou a trabalhar? _____ anos.

TRABEMPR 3. Quais os empregos/trabalhos que você já teve.

Local de trabalho	Função	Período		Carteira assinada?	Você sofreu acidente de trabalho ?
		Inicial	Final		
A.				☐ 1. Sim ☐ 2. Não	☐ 1. Sim ☐ 2. Não
B.				☐ 1. Sim ☐ 2. Não	☐ 1. Sim ☐ 2. Não
C.				☐ 1. Sim ☐ 2. Não	☐ 1. Sim ☐ 2. Não
D.				☐ 1. Sim ☐ 2. Não	☐ 1. Sim ☐ 2. Não
E.				☐ 1. Sim ☐ 2. Não	☐ 1. Sim ☐ 2. Não

TRABMOT4. Qual o motivo que o levou a trabalhar? Responda a todas as questões.

a) Ajudar os pais	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
b) Ter o seu próprio dinheiro	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
c) Porque seus pais querem	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
d) Porque eu quero	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
e) Para aprender uma profissão	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
f) Para guardar dinheiro para o futuro	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
g) Para não ficar na rua	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
h) Para comprar o que quiser	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
i) Para não depender dos pais	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
j) Para continuar os estudos	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
k) Para cobrir suas despesas	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
l) Para colaborar no orçamento doméstico	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
m) Para conhecer novas pessoas	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
n) Porque o trabalho faz a gente ficar mais responsável	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
o) Posso ser alguém na vida	☐ 1. Sim	☐ 2. Não

TRABESTU5. O trabalho interfere nos seus estudos?	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
---	---------------------------------	---------------------------------

TRABESTU6. Se sim, como interfere?		
a) Tenho tempo suficiente para estudar	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
b) Fiquei mais responsável nos estudos depois que comecei a trabalhar	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
c) Geralmente estou cansado e não tenho ânimo para estudar	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
d) Passei a respeitar mais os colegas e professores depois que comecei a trabalhar	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
e) Falto muito na escola por causa do trabalho	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
f) Aproveito melhor o meu tempo depois que comecei a trabalhar	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
g) Costumo chegar atrasado na escola por causa do trabalho	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
h) O que eu faço na escola me ajuda no trabalho	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
i) Fui reprovado na escola, por causa do trabalho	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
j) Meus amigos e/ou familiares me respeitam mais depois que comecei a trabalhar	☐ 1. Sim	☐ 2. Não

TRABLOCAL7. Onde você trabalha?

- ☐ 1. Indústria
- ☐ 2. Comércio (postos de gasolina)
- ☐ 3. Comércio (loja, farmácia, banca de jornal)
- ☐ 4. Comércio (cabeleireiro)
- ☐ 5. Comércio (supermercado, açougue, quitanda, feira)
- ☐ 6. Comércio (em bar, padaria, lanchonete, restaurante)
- ☐ 7. Comércio (ambulante)
- ☐ 8. Serviços (funilaria, borracharia, oficina mecânica)
- ☐ 9. Serviços (escritório, banco)
- ☐ 10. Construção civil
- ☐ 11. Laboratório de análises clínicas
- ☐ 12. Consultório médico ou odontológico
- ☐ 13. Hospital ou posto de saúde
- ☐ 14. Transporte (cobrador de lotação, motoboy)
- ☐ 15. Artes (artistas, figurantes, dançarinas, modelos)
- ☐ 16. Esportes (jogadores amadores e profissionais)
- ☐ 17. Rua (guardador de carro, panfleteiro)
- ☐ 18. Em residência de família
- ☐ 19. Em minha casa
- ☐ 20. Outros _____

TRABFUNC8. Qual a sua função no trabalho: _____

TRABTIPO9. O seu trabalho é: ☐ 1. Físico ☐ 2. Mental ☐ 3. Físico e mental

TRABREG10. Você é registrado em carteira de trabalho? ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 3. Sou autônomo

TRABREG11. Você gostaria de ter um emprego com carteira assinada?

- ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 66. Não se aplica

TRABREG12. Com esse trabalho, sem carteira profissional, você se sente prejudicado em relação às outras pessoas?

- ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 66. Não se aplica

TRABREG13. Por que você se sente prejudicado? Você pode assinalar mais de uma alternativa.

- ☐ 1. Não tem licença de saúde ☐ 5. Não tem férias
☐ 2. Não tem indenização em caso de demissão ☐ 6. Não tem 13º salário
☐ 3. Não tem licença maternidade ☐ 7. Não tem sindicato
☐ 4. Em caso de acidente ou doença do trabalho, não tem benefício ☐ 8. Não contribui para sua aposentadoria
☐ 66. Não se aplica

TRABREG14. Por que você não é registrado? Você pode assinalar mais de uma alternativa.

- ☐ 1. Falta de oportunidade de emprego com carteira ☐ 8. Pela sua cor
☐ 2. Pouco estudo ou instrução ☐ 9. Por que é difícil achar emprego nessa ocupação para mulher e/ou homem
☐ 3. Para não ter patrão ☐ 10. Nunca pensei nisso
☐ 4. Para poder cuidar da casa e dos filhos ☐ 11. Por causa da idade
☐ 5. O patrão não quis assinar a carteira ☐ 12. Para ganhar mais
☐ 6. Por problemas de saúde ☐ 66. Não se aplica
☐ 7. Por deficiência física

TRABBENEF15. Você recebe algum desses benefícios? Você pode assinalar mais de uma alternativa.

- ☐ 1. Cesta básica ☐ 6. Nenhum
☐ 2. Vale refeição ☐ 88. Outro. Qual?
☐ 3. Vale transporte
☐ 4. Assistência médica de convênio ☐ 66. Não se aplica
☐ 5. Férias anuais

TRABREG16. O seu trabalho é:			θ 1. Regular	θ 2. Temporário (free lance)
TRABSALAR17. Qual o seu salário?			Valor (R\$)	
☐ 1.	Se você tem salário mensal			
☐ 2.	Se você trabalha por semana			
☐ 3.	Se você trabalha por dia			
☐ 4.	Se você tem salário variável (por serviço)			
☐ 5.	Eu não ganho nada, apenas ajudo minha família			

TRABCASA18. Se você ajuda nas tarefas de casa, que tipo de atividade você realiza diariamente? Você pode assinalar mais de uma alternativa.

- ☐ 1. Cuida dos irmãos (ãs) ☐ 6. Lava a louça
☐ 2. Cuida de familiares doentes ou mais velhos ☐ 7. Consertos de casa
☐ 3. Limpa a casa ☐ 8. Outra atividade. Qual?
☐ 4. Lava e passa as roupas
☐ 5. Cozinha

TRABTEMP19. Quanto tempo você gasta **por dia** para:

- a) Ir ao trabalho? _____ horas
 b) Ir para a escola? _____ horas
 c) Voltar para casa depois da aula? _____ horas

TRABTEMP20. Você tem algum horário para descanso ou alimentação, durante o seu dia de trabalho?

- ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

TRABTEMP21. Se sim. Qual é o seu horário de descanso ou alimentação?

das _____ horas às _____ horas e das _____ horas às _____ horas.

TRABTEMP22. Assinale os dias da semana nos quais você trabalha e preencha ao lado os horários de trabalho:

- ☐ 1. Segunda-feira das _____ h. às _____ h. das _____ h. às _____ h.
- ☐ 2. Terça-feira das _____ h. às _____ h. das _____ h. às _____ h.
- ☐ 3. Quarta-feira das _____ h. às _____ h. das _____ h. às _____ h.
- ☐ 4. Quinta-feira das _____ h. às _____ h. das _____ h. às _____ h.
- ☐ 5. Sexta-feira das _____ h. às _____ h. das _____ h. às _____ h.
- ☐ 6. Sábado das _____ h. às _____ h. das _____ h. às _____ h.
- ☐ 7. Domingo das _____ h. às _____ h. das _____ h. às _____ h.
- ☐ 88. Se você não trabalha todas as semanas, qual é seu esquema de trabalho? _____

TRABSENS23. Como você se sente normalmente durante o trabalho?

- ☐ 1. Me sinto bastante acordado(a) e atento(a)
- ☐ 2. Fico razoavelmente acordado(a) e atento(a)
- ☐ 3. Fico sonolento(a) e desatento(a)
- ☐ 4. Preciso fazer muita força para permanecer acordado(a)

TRABSONO24. Com que frequência você tem tido alguns desses problemas?	Raramente ou nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase todo dia
a) Tenho dificuldades em me concentrar no trabalho				
b) Sinto sono durante o trabalho				
c) Costumo dormir durante o trabalho				
d) Você está dormindo menos do que o habitual por causa do trabalho?				

TRABSAUD25. Você parou de trabalhar ou de ir à escola no último mês, por algum problema de saúde?

- ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Se sim:

TRABSAUD26. Esse problema de saúde foi causado pelo seu trabalho?

- ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

TRABSAUD27. Qual foi o problema? _____

TRABSAUD28. Esse problema de saúde foi agravado pelo seu trabalho?

- ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

TRABVIB29. Você está exposto a vibrações, no seu ambiente de trabalho? ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

TRABVIB30. Se sim. Você está exposto a qual tipo de vibração?

- ☐ 1. Ferramentas ☐ 2. Veículos ☐ 88. Outro. Qual? _____

TRABAMB31. Você utiliza algum dos produtos abaixo no seu trabalho? Responda a todas as questões.

a) Produtos tóxicos	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
b) Objetos ou máquinas perigosas	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
c) Substâncias radioativas	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
d) Material biológico (sangue, urina,...)	☐ 1. Sim	☐ 2. Não

TRABAMB32. Como é o local onde você trabalha? Responda a todas as questões.

a) Limpo	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
b) Iluminado	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
c) Quente	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
d) Frio	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
e) Ventilação adequada	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
f) Corrente de ar	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
g) Úmido	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
h) Barulhento	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
i) Malcheiroso	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
j) Gases, vapores, fumaça ou poeira	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
k) Organizado	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
l) Perigoso	☐ 1. Sim	☐ 2. Não

CONTRAB33. Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das situações corresponde exatamente a sua situação; neste caso escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade.	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
a) Meu trabalho exige que eu aprenda coisas novas				
b) Meu trabalho envolve muitas tarefas repetidas				
c) Meu trabalho exige que eu seja criativo				
d) Meu trabalho exige um alto nível de qualificação				
e) Em meu trabalho, tenho que realizar muitas tarefas diferentes				
f) No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas próprias capacidades especiais				

CONTRAB34. Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das situações corresponde exatamente a sua situação; neste caso escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade.	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
a) Meu trabalho me permite que eu tome muitas decisões				
b) Em meu trabalho, eu tenho muito pouca liberdade para decidir como fazê-lo				
c) Eu tenho muito o que dizer sobre o que acontece no meu trabalho				

CONTRAB35. Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das situações corresponde exatamente a sua situação; neste caso escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade	Trabalho sozinho	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
a) Eu tenho influência significativa sobre as decisões no meu grupo de trabalho					
b) Meu grupo de trabalho toma decisões democraticamente					

CONTRAB36 Quantas pessoas estão em seu grupo de trabalho?

- ☐ 1. Trabalho sozinho
- ☐ 2. 2-5 pessoas
- ☐ 3. 6-10 pessoas
- ☐ 4. 10-20 pessoas
- ☐ 5. 20 ou mais pessoas

CONTRAB37. Eu tenho, pelo menos, alguma chance de que minhas idéias sejam consideradas na política da empresa (ex.: admissão, demissão, níveis salariais, fechamento da empresa, compra de novos equipamentos)

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo
- ☐ 3. Concordo
- ☐ 4. Concordo totalmente

CONTRAB38. Eu supervisiono outras pessoas como parte do meu trabalho.

- ☐ 1. Não
- ☐ 2. Sim, de 1-4 pessoas
- ☐ 3. Sim, de 5-10 pessoas
- ☐ 4. Sim, de 11-20 pessoas
- ☐ 5. Sim, 20 pessoas ou mais

CONTRAB39. Eu sou um membro do sindicato ou da associação de empregados.

- ☐ 1. Não ☐ 2. Sim

CONTRAB40. Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das situações corresponde exatamente a sua situação; neste caso escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade	Não sou um membro	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
a) Meu sindicato ou associação de empregados tem influência sobre as políticas da empresa					
b) Eu tenho influência sobre as políticas do sindicato ou associação de empregados					

CONTRAB41. Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das situações corresponde exatamente a sua situação; neste caso escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
a) Meu trabalho exige que eu trabalhe muito rápido				
b) Meu trabalho exige que eu trabalhe muito				
c) Eu não sou solicitado para realizar um volume excessivo de trabalho				
d) Eu tenho tempo suficiente para realizar meu trabalho				
e) Eu não reclamo como os outros reclamam				
f) Meu trabalho exige longos períodos de intensa concentração nas tarefas				
g) Minhas tarefas são interrompidas antes que possam ser concluídas, exigindo que eu as faça depois				
h) Meu trabalho é muito frenético				
i) Frequentemente, eu diminuo meu ritmo de trabalho esperando pelo trabalho de outras pessoas ou departamento				

CONTRAB42. Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das situações corresponde exatamente a sua situação; neste caso escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
a) Meu trabalho exige muito esforço físico				
b) Sou frequentemente solicitado a mover ou levantar cargas pesadas no meu trabalho				
c) Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua				
d) Geralmente, é exigido que eu trabalhe com meu corpo em posições fisicamente incômodas por longos períodos				
e) Geralmente, é exigido que eu trabalhe com minha cabeça e braços em posições fisicamente incômodas				

CONTRAB43. Seu trabalho é (escolha uma alternativa):

- ☐ 1. Regular e estável
- ☐ 2. Sazonal
- ☐ 3. Frequentes demissões
- ☐ 4. Sazonal e com frequentes demissões
- ☐ 6. Outro

CONTRAB44. Minha estabilidade no emprego é boa.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo
- ☐ 3. Concordo
- ☐ 4. Concordo totalmente

CONTRAB45. Durante o ano passado, quão frequentemente você “encarou” uma situação de perda de emprego ou demissão?

- ☐ 1. Nunca
- ☐ 2. Uma vez
- ☐ 3. Mais de uma vez
- ☐ 4. Constantemente
- ☐ 5. Está desempregado no momento

CONTRAB46. Algumas vezes, as pessoas perdem os empregos que gostariam de manter. Nos próximos 2 anos, você acha que perderia seu emprego atual?

- ☐ 1. Não é provável que eu perca meu emprego atual
- ☐ 2. É pouco provável
- ☐ 3. É provável que ocorra
- ☐ 4. É muito provável que eu perca meu emprego atual

CONTRAB47. Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das situações corresponde exatamente a sua situação; neste caso escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
a) Minhas possibilidades de desenvolvimento na carreira e de promoções são boas				
b) Em 5 anos, minhas qualificações serão válidas				

CONTRAB48. Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das situações corresponde exatamente a sua situação; neste caso escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade	Não tenho supervisor	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
a) Meu supervisor preocupa-se com o bem-estar de seus subordinados					
b) Meu supervisor presta atenção às coisas que eu falo					
c) Eu estou exposto a conflito ou hostilidade com meu supervisor					
d) Meu supervisor me auxilia na realização das tarefas					
e) Meu supervisor é bem sucedido em promover o trabalho em equipe					

CONTRAB49. Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das situações corresponde exatamente a sua situação; neste caso escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
a) As pessoas com quem eu trabalho são competentes na realização de suas tarefas				
b) As pessoas com quem eu trabalho tem interesse pessoal por mim				
c) Eu estou exposto a conflitos ou hostilidade por parte das pessoas com quem trabalho				
d) As pessoas com quem eu trabalho são amigáveis				
e) As pessoas com quem trabalho encorajam uma a outra a trabalharem juntas				
f) As pessoas com quem trabalho auxiliam na realização das tarefas				

QUALIF50. Qual o nível de qualificação exigido no seu trabalho em termos de anos de educação formal (não equivale necessariamente ao nível educacional adquirido)

- ☐ 1. Ensino Fundamental
☐ 2. Ginásio Completo
☐ 3. Colegial Completo
☐ 4. Faculdade Incompleta
☐ 5. Faculdade Completa

TRABPUNIC51. Você já sofreu ou sofre algum tipo de punição no trabalho? ☐ 1.Sim ☐ 2.Não

TRABPUNIC52. Se sim. Qual o tipo de punição? Você pode assinalar mais de uma alternativa.

- ☐ 1. Advertências ☐ 5. Suspensão
☐ 2. Xingamentos ☐ 6. Suspensão das folgas em finais de semana
☐ 3. Redução do pagamento ☐ 7. Suspensão e não pagamento dos dias não trabalhados
☐ 4. Não pagamento das horas extras ☐ 88. Outro. Qual: _____

TRABACID53. Você já se machucou no atual trabalho?

- ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

TRABACID54. Você já se machucou em algum trabalho anterior a este atual?

- ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

**Observação: Se você nunca se machucou enquanto trabalhava, entregue o questionário ao revisor.
 Obrigado por sua colaboração.**

TRABACID55. A que horas você começou a trabalhar no dia do acidente? _____ horas

TRABACID56. A que horas ocorreu o acidente? _____ horas

TRABACID57. Você estava no seu horário normal de trabalho, quando ocorreu o acidente?

- ☐ 1. Sim ☐ 2. Não
☐ 3. Estava se dirigindo ou retornando do trabalho

TRABACID58. Se você não estava no seu horário regular de trabalho. por que estava trabalhando? Você pode assinalar mais de uma alternativa.

☐ 1. Fazendo hora extra	☐ 4. Fazendo um bico
☐ 2. Cobrindo falta de um colega	☐ 5. Precisava terminar o serviço
☐ 3. Ajudando um colega	

TRABTIPAC59. Qual foi o tipo de acidente? Você pode assinalar mais de uma alternativa.

☐ 1. Caiu de veículo em movimento	☐ 11. Choque elétrico
☐ 2. Atropelamento	☐ 12. Manuseio de máquina
☐ 3. Colisão de veículo	☐ 13. Bala de arma de fogo
☐ 4. Queda da pessoa	☐ 14. Vazamento/inalação de gases
☐ 5. Atingido por um objeto em movimento	☐ 15. Explosões
☐ 6. Manipulação de ferramentas cortantes ou perfurantes	☐ 16. Incêndio
☐ 7. Transporte de equipamento	☐ 17. Ficou prensado
☐ 8. Contato com substância química	☐ 18. Contaminação com material biológico
☐ 9. Contato com substância quente	☐ 88. Outra. Especificar:
☐ 10. Contato com superfície aquecida ou muito fria	_____

TRABFERIM60. Que tipo de ferimentos você sofreu nesse acidente? Você pode assinalar mais de uma alternativa.

☐ 1. Cortes superficiais	☐ 10. Bolhas
☐ 2. Raladura	☐ 11. Sufocamento
☐ 3. Queimadura	☐ 12. Choque elétrico
☐ 4. Perfuração	☐ 13. Insolação
☐ 5. Estiramento/entorse de membros (braços, pernas ou costas)	☐ 14. Pancada na cabeça
☐ 6. Luxação (deslocamento) de membros (braços, pernas ou costas)	☐ 15. Amputação
☐ 7. Fratura	☐ 16. Perda de consciência
☐ 8. Hematoma	☐ 17. Esmagamento
☐ 9. Hemorragia	☐ 18. Múltiplas lesões
	☐ 88. Outro. Qual:
	_____

TRABFERIM61. Em qual região do corpo o ferimento ocorreu?

☐ 1. Traumatismo de cabeça	☐ 7. Punho e mão
☐ 2. Pescoço	☐ 8. Quadril e coxa
☐ 3. Tórax	☐ 9. Joelho e perna
☐ 4. Abdômen (dorso, coluna lombar e pelve)	☐ 10. Tornozelo e pés
☐ 5. Ombro e braço	☐ 11. Múltiplas regiões do corpo
☐ 6. Cotovelo e antebraço	

TRABPROBPS62. Você teve algum problema psicológico após o acidente de trabalho?

☐ 1. Sim	☐ 2. Não

TRABIMP63. Você ficou impossibilitado de ir para o trabalho e/ou escola, por causa deste acidente?

☐ 1. Sim	☐ 2. Não

TRABTEMP64. Se sim, por quanto tempo? _____ hora(s) _____ dia(s) _____ mês(es) _____ ano(s)

TRABPAG65. Você recebeu salário ou algum pagamento enquanto estava afastado do trabalho?

☐ 1. Sim	☐ 2. Não

TRABPROBPER66. Você ficou com problemas permanentes causados por esse acidente?

- ☐ 1. Não fiquei com problemas permanentes
☐ 2. Fiquei com problemas permanentes, mas consigo trabalhar na mesma atividade
☐ 3. Fiquei com problemas permanentes, possibilitando continuar a trabalhar, embora em outra atividade
☐ 4. Fiquei com problemas permanentes, e não posso mais trabalhar.

TRABFUT67. O que aconteceu depois desse acidente?

- ☐ 1. Você continuou no mesmo trabalho sem alteração
☐ 2. Perdeu o emprego
☐ 3. Resolveu mudar de emprego

TRABEVIT68. Você acha que o acidente poderia ter sido evitado?

- ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

TRABLOCACID69. Onde ocorreu o acidente?

- ☐ 1. Estabelecimento da empresa ☐ 4. Durante o trabalho, em casa
☐ 2. Firma onde a empresa presta serviço ☐ 5. Durante o trabalho, na casa do patrão
☐ 3. Durante o trabalho, em via pública

TRABATENACID70. Você precisou receber atendimento médico/hospitalar?

- ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

TRABDESP71. Quem pagou pelas despesas do atendimento e/ou tratamento médico?

- ☐ 1. Serviço hospitalar/médico público ☐ 4. Do próprio bolso
☐ 2. Empresa ☐ 5. Seguro acidente privado
☐ 3. Plano de saúde (convênio médico)

TRABFAM72. Esse acidente afetou a sua família? Pode marcar mais de uma alternativa.

- ☐ 1. Não afetou ☐ 4. Precisou ser cuidado por alguém da família
☐ 2. Trouxe dificuldades para manter as despesas da casa ☐ 5. Alguém teve que sair do emprego para cuidar do acidentado
☐ 3. Outros tiveram que trabalhar ☐ 88. Outro. Qual: _____

TRABSENS73. Você continua sentindo alguma coisa por causa do acidente?

- ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

TRABSENS74. Se sim. Especificar: _____

TRABPREC75. Favor preencher todas as linhas		
a) Você considera que no seu trabalho são tomadas precauções suficientes para que ele seja seguro?	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
b) Você recebeu de alguém da empresa ou para quem você trabalha, algum material escrito, ou recomendações sobre como prevenir acidentes de trabalho	☐ 1. Sim	☐ 2. Não
c) Você recebeu de alguém da empresa ou para quem você trabalha, algum tipo de equipamento ou material que protege o seu corpo.	☐ 1. Sim	☐ 2. Não

TRABPROT76. Se recebeu ou comprou equipamento de segurança ou de proteção. Qual(is) o(s) equipamento(s) que você usa? Pode marcar mais de uma alternativa.

- ☐ 1. Capacete ☐ 4. Luva
☐ 2. Calçado de segurança ☐ 5. Nenhum
☐ 3. Óculos de segurança ☐ 88. Outro. Qual: _____

Revisor: _____

Obrigado por sua colaboração.

Qualquer informação que deseje sobre este estudo, favor me telefonar (3066-7755) ou escrever para Frida Marina Fischer: Coordenadora desta pesquisa, Faculdade de Saúde Pública da USP, Departamento de Saúde Ambiental, Avenida Dr. Arnaldo, 715, 01246-904, São Paulo, Capital.

ANEXO 4

Nº na pesquisa: _____

DATA: ____/____/2001

Dia da Semana: ☐ 2ª ☐ 3ª ☐ 4ª ☐ 5ª ☐ 6ª ☐ Sábado ☐ Domingo

Hora	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Trabalho													
Trabalho doméstico													
Transporte													
Outras atividades													
Folga													
Escola													
Sono													

Hora	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Trabalho																							
Trabalho doméstico																							
Transporte																							
Outras atividades																							
Folga																							
Escola																							
Sono																							

Foi difícil **adormecer** ontem? Faça um traço na régua abaixo

Foi difícil **acordar** hoje? Faça um traço na régua abaixo

muito
difícil

muito
fácil

muito
difícil

muito
fácil

Como foi a **qualidade do sono** ontem? Faça um traço na régua abaixo

muito
ruim

muito
boa

1. Quanto tempo você acha que demorou para pegar no sono ontem? _____
2. Você acordou no meio do sono e dormiu de novo?
- ☐ 1. Não
- ☐ 2. Sim Quantas vezes? _____ vez(es)
3. Como você acordou hoje?
- ☐ 1. Alguém me chamou
- ☐ 2. Espontaneamente (sozinho)
- ☐ 3. Com o despertador / rádio-relógio
4. Você dormiu a sesta ou cochilou ontem?
- ☐ 1. Não
- ☐ 2. Sim Quantas vezes? _____ vez(es)
- De que horas a que horas? Das _____ às _____ horas
- Das _____ às _____ horas
5. Você tomou algum remédio ontem?
- ☐ 1. Não
- ☐ 2. Sim Qual? _____
6. Você se sentiu mal ou doente ontem?
- ☐ 1. Não
- ☐ 2. Sim O que você sentiu? _____

ANEXO 5

ACTÍGRAFO

Basic Mini Motionlogger Actigraph ® Ambulatory Monitoring, Inc.

ANEXO 6

Tabela-resumo dos valores da ANOVA de 1 fator (F e p) encontrados nas análises dos parâmetros de sono e no protocolo diário de atividades analisados nos 4 grupos (MT, FT, MNT e FNT).

Variável dependente		Efeito do trabalho		Efeito do sexo		Efeito Trabalho x sexo	
		F _(1,23)	p	F _(1,23)	p	F _(1,23)	p
Início do sono	Semana	0,2	.66	0,7	.40	0,1	.34
	Fim-de-semana	6,1	.02	0,9	.37	0,1	.81
Fim do sono	Semana	17,3	.00	0,4	.55	0,1	.83
	Fim-de-semana	3,2	.09	3,4	.08	2,0	.17
Duração do sono noturno	Semana	16,7	.00	1,0	.33	0,5	.50
	Fim-de-semana	0,0	.95	10,8	.00	4,8	.04
Início do cochilo	Semana	0,1	.77	0,2	.68	1,5	.24
	Fim-de-semana	0,1	.33	0,0	.99	0,1	.81
Fim do cochilo	Semana	0,0	.93	0,1	.72	1,7	.21
	Fim-de-semana	0,8	.37	0,0	.93	0,1	.75
Duração do cochilo	Semana	0,7	.43	0,4	.52	5,6	.03
	Fim-de-semana	0,2	.70	0,3	.57	0,5	.49
Duração total do sono	Semana	14,3	.00	1,5	.24	0,9	.35
	Fim-de-semana	0,0	.85	10,1	.00	2,1	.15
Latência	Semana	1,3	.26	2,1	.16	1,0	.34
	Fim-de-semana	0,4	.56	0,0	.90	0,0	.98
Nº despertares noturnos	Semana	2,5	.13	3,0	.10	0,4	.50
	Fim-de-semana	0,4	.50	0,6	.40	0,0	.96
Duração dos despertares noturnos	Semana	1,9	.18	1,2	.29	0,3	.60
	Fim-de-semana	0,9	.36	1,7	.21	1,0	.32
Nº cochilos/semana	Semana	0,0	.86	0,6	.46	0,4	.55
	Fim-de-semana	3,0	.10	0,2	.63	0,8	.39
Nº cochilos/dia	Semana	0,1	.71	0,0	.87	1,45	.24
	Fim-de-semana	2,9	.10	0,2	.64	1,3	.27

ANEXO 6 – CONT.

Variável dependente		Efeito do trabalho		Efeito do sexo		Efeito Trabalho x sexo	
		F _(1,23)	p	F _(1,23)	p	F _(1,23)	p
Facilidade para adormecer	Semana	0,2	.63	0,2	.69	0,0	.89
	Fim-de-semana	0,8	.39	0,0	.94	1,3	.26
Facilidade para acordar	Semana	6,5	.02	0,5	.47	0,1	.79
	Fim-de-semana	1,3	.27	1,1	.31	0,2	.65
Qualidade do sono	Semana	6,2	.02	1,2	.30	1,3	.27
	Fim-de-semana	3,1	.09	0,4	.55	0,5	.51
Despertar sozinho	Semana	1,6	.22	0,4	.52	0,3	.60
	Fim-de-semana	3,2	.09	0,8	.39	0,3	.57
Eficiência	Semana	1,3	.26	0,1	.81	0,1	.71
	Fim-de-semana	0,5	.49	0,9	.37	0,6	.45
Duração do trabalho		92,7	.00	0,1	.81	0,0	.99
Duração das atividades do lar		0,6	.46	0,5	.48	1,6	.22
Duração do transporte		4,9	.04	0,0	.84	2,3	.15
Duração de outras atividades		4,6	.04	0,0	.98	0,1	.79
Duração da folga		2,1	.16	0,1	.77	0,0	.98
Duração da escola		10,0	.00	0,6	.44	0,0	.91

ANEXO 7

Médias e desvios padrão das características do sono de estudantes trabalhadores e não trabalhadores. Os resultados do teste de Tukey estão representados.

Variável	Dia da semana	MT (G1)	FT (G2)	MNT (G3)	FNT (G4)	P*
		Média (d.p.)	Média (d.p.)	Média (d.p.)	Média (d.p.)	
Início do sono	Semana	16min ± 32min	23h52min ± 24min	23h57min ± 33min	17min ± 32min	p>0,05
	Fim-de-semana	23h52min ± 76min	11min ± 56min	48min ± 64min	47min ± 48min	p>0,05
Fim do sono	Semana	7h32min ± 42min	7h54min ± 94min	9h48min ± 68min	9h39min ± 51min	G1≠G3(p=0,03) G1≠G4(p=0,01) G2≠G4(p=0,04)
	Fim-de-semana	8h56min ± 80min	9h10min ± 90min	9h08min ± 45min	10h48min ± 76min	p>0,05
Duração do sono noturno	Semana	6h47min ± 33min	7h30min ± 94min	8h49min ± 77min	8h57min ± 27min	G1≠G3 (p=0,02) G1≠G4 (p=0,01)
	Fim-de-semana	8h24min ± 65min	8h51min ± 77min	7h28min ± 53min	9h43min ± 39min	G3≠G4 (p=0,01)
Duração do cochilo	Semana	65min ± 74min	36min ± 26min	64min ± 47min	105min ± 35min	p>0,05
	Fim-de-semana	21min ± 28min	58min ± 43min	67min ± 44min	76min ± 65min	p>0,05
Duração total do sono	Semana	7h45min ± 81min	7h53min ± 93min	9h16min ± 92min	10h25min ± 52min	G1≠G4 (p=0,01) G2≠G4 (p=0,01)
	Fim-de-semana	8h46min ± 85min	9h35min ± 77min	8h09min ± 38min	10h22min ± 70min	G3≠G4 (p=0,03)

Pesquisa: “Condições de Vida e de Trabalho de Estudantes do Ensino Médio do Período Noturno no Município de São Paulo, SP”

Variável	Dia da semana	MT (G1)	FT (G2)	MNT (G3)	FNT (G4)	P*
		Média (d.p.)	Média (d.p.)	Média (d.p.)	Média (d.p.)	
Facilidade para acordar ¹	Semana	5,4 ± 2,7	4,9 ± 1,8	7,4 ± 1,8	7,2 ± 2,1	p>0,05
	Fim-de-semana	7,0 ± 1,9	6,4 ± 2,3	8,2 ± 1,1	7,0 ± 2,8	p>0,05
Qualidade do sono ²	Semana	6,9 ± 2,3	5,4 ± 2,8	7,8 ± 2,2	7,7 ± 1,6	p>0,05
	Fim-de-semana	7,1 ± 2,0	6,3 ± 2,3	8,0 ± 1,2	8,0 ± 1,7	p>0,05

p*: nível descritivo do teste Tukey – HDS; ¹: unidade arbitrária: 0=muito fácil, 10=muito difícil; ²: unidade arbitrária: 0=muito ruim, 10=muito bom.