

6. Até que grau escolar a mãe estudou /está estudando?

- 1. Não estudou
- 2. Coursou até três anos do ensino fundamental ou primeiro grau (primário)
- 3. Coursou mais de três anos do ensino fundamental ou primeiro grau, mas não terminou
- 4. Terminou o ensino fundamental ou primeiro grau (ginásio)
- 5. Coursou o ensino médio ou segundo grau (científico), mas não terminou
- 6. Terminou o ensino médio ou segundo grau (científico)
- 7. Coursou alguns anos de faculdade, mas não terminou (superior incompleto)
- 8. Terminou a faculdade (superior completo)
- 9. Não sei / não lembro / prefiro não responder

7. A mãe do/da estudante trabalha?

- 1. Fora de casa
- 2. Em casa, sem considerar os afazeres domésticos
- 3. Em casa, só com os afazeres domésticos (Do lar)
- 4. Não trabalha
- 9. Não sei

8. Qual é a altura da MÃE do/a estudante? _____ metros de altura 999. Não sei

9. Qual é o peso atual da MÃE do/a estudante? _____ quilos 999. Não sei

Bloco 3: Ocorrência de doenças na FAMÍLIA do/da estudante

10. O médico já disse que os seguintes parentes do/da estudante tem ou tiveram PRESSÃO ALTA (hipertensão arterial)?

- | | | | |
|---------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Pai | <input type="checkbox"/> 0. Não | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 9. Não sei |
| Mãe | <input type="checkbox"/> 0. Não | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 9. Não sei |
| Irmão ou irmã | <input type="checkbox"/> 0. Não | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 9. Não sei |
| Outro parente | <input type="checkbox"/> 0. Não | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 9. Não sei |

11. O médico já disse que os seguintes parentes do/da estudante tem ou tiveram PROBLEMAS NO CORAÇÃO (angina, isquemia, infarto do miocárdio, “problemas” nas coronárias)?

- | | | | |
|---------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Pai | <input type="checkbox"/> 0. Não | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 9. Não sei |
| Mãe | <input type="checkbox"/> 0. Não | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 9. Não sei |
| Irmão ou irmã | <input type="checkbox"/> 0. Não | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 9. Não sei |
| Outro parente | <input type="checkbox"/> 0. Não | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 9. Não sei |

12. O médico já disse que os seguintes parentes do/da estudante tem ou tiveram DERRAME CEREBRAL (embolia, isquemia ou infarto cerebral, hemorragia cerebral, ataque isquêmico transitório, AVC, AVE)?

Pai	<input type="checkbox"/> 0. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 9. Não sei	<input type="checkbox"/>
Mãe	<input type="checkbox"/> 0. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 9. Não sei	<input type="checkbox"/>
Irmão ou irmã	<input type="checkbox"/> 0. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 9. Não sei	<input type="checkbox"/>
Outro parente	<input type="checkbox"/> 0. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 9. Não sei	<input type="checkbox"/>

13. O médico já disse que os seguintes parentes do/da estudante tem ou tiveram DIABETES (açúcar alto no sangue)?

Pai	<input type="checkbox"/> 0. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 9. Não sei	<input type="checkbox"/>
Mãe	<input type="checkbox"/> 0. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 9. Não sei	<input type="checkbox"/>
Irmão ou irmã	<input type="checkbox"/> 0. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 9. Não sei	<input type="checkbox"/>
Outro parente	<input type="checkbox"/> 0. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 9. Não sei	<input type="checkbox"/>

14. O médico já disse que os seguintes parentes do/da estudante tem ou tiveram COLESTEROL AUMENTADO (gorduras elevadas no sangue)?

Pai	<input type="checkbox"/> 0. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 9. Não sei	<input type="checkbox"/>
Mãe	<input type="checkbox"/> 0. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 9. Não sei	<input type="checkbox"/>
Irmão ou irmã	<input type="checkbox"/> 0. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 9. Não sei	<input type="checkbox"/>
Outro parente	<input type="checkbox"/> 0. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 9. Não sei	<input type="checkbox"/>

15. Qual é a altura do PAI do/a estudante? _____ metros de altura 999. Não sei

16. Qual é o peso atual do PAI do/a estudante? _____ quilos 999. Não sei

Bloco 4: Sobre o nascimento do/da ESTUDANTE

17. Quanto tempo durou a gestação do(a) estudante? _____ meses 99. Não sei

18. Qual foi o peso do(a) estudante no nascimento? _____ quilos
 9999. Não sei

19. Qual foi o comprimento do(a) estudante ao nascimento? _____ centímetros
 999. Não sei / não lembro

20. Foi amamentado no peito? 1.Sim 2.Não 9.Não sei / não lembro

21. Por quanto tempo foi amamentado no peito?
 Até meses **OU** Até anos

22. Por quanto tempo foi amamentado só no peito (sem nenhuma complementação como água, chá, leite, papinhas e outros alimentos infantis)?
 Até meses **OU** Até anos

Bloco 5: Sobre a saúde do/da ESTUDANTE

23. Ele(a) tem alguma das doenças a seguir:

Asma / Bronquite	<input type="checkbox"/> 0. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 9.Não sei	
Diabetes	<input type="checkbox"/> 0. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 9.Não sei	
Febre reumática	<input type="checkbox"/> 0. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 9.Não sei	
Problema de coração	<input type="checkbox"/> 0. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 9.Não sei	
Problema renal	<input type="checkbox"/> 0. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 9.Não sei	
Outra doença crônica	<input type="checkbox"/> 0. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 9.Não sei	Qual? _____

24. Quantas vezes ele(a) foi internado por algum problema de saúde no último ano?
 0 Nenhuma 1 vez 2 vezes 3 ou mais vezes 9. Não sei

25. Quantas vezes ele(a) foi atendido em serviço de emergência por algum problema de saúde no último ano?
 0 Nenhuma 1 vez 2 vezes 3 ou mais vezes 9. Não sei

26. Em que cidade o/a estudante nasceu: _____

27. Em que Estado (UF) o/a estudante nasceu: _____

28. EM UM DIA DE SEMANA COMUM, a que horas o/a estudante costuma DORMIR? Marque com um X a hora correspondente no quadrado. ASSINALE APENAS UMA OPÇÃO:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 6 horas da noite | <input type="checkbox"/> 6 horas da manhã |
| <input type="checkbox"/> 7 horas da noite | <input type="checkbox"/> 7 horas da manhã |
| <input type="checkbox"/> 8 horas da noite | <input type="checkbox"/> 8 horas da manhã |
| <input type="checkbox"/> 9 horas da noite | <input type="checkbox"/> 9 horas da manhã |
| <input type="checkbox"/> 10 horas da noite | <input type="checkbox"/> 10 horas da manhã |
| <input type="checkbox"/> 11 horas da noite | <input type="checkbox"/> 11 horas da manhã |
| <input type="checkbox"/> Meia noite | <input type="checkbox"/> Meio dia |
| <input type="checkbox"/> 1 hora da manhã | <input type="checkbox"/> 1 hora da tarde |
| <input type="checkbox"/> 2 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 2 horas da tarde |
| <input type="checkbox"/> 3 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 3 horas da tarde |
| <input type="checkbox"/> 4 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 4 horas da tarde |
| <input type="checkbox"/> 5 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 5 horas da tarde |

30. EM UM FIM DE SEMANA, a que horas o/a estudante costuma DORMIR? Marque com um X a hora correspondente no quadrado. ASSINALE APENAS UMA OPÇÃO:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 6 horas da noite | <input type="checkbox"/> 6 horas da manhã |
| <input type="checkbox"/> 7 horas da noite | <input type="checkbox"/> 7 horas da manhã |
| <input type="checkbox"/> 8 horas da noite | <input type="checkbox"/> 8 horas da manhã |
| <input type="checkbox"/> 9 horas da noite | <input type="checkbox"/> 9 horas da manhã |
| <input type="checkbox"/> 10 horas da noite | <input type="checkbox"/> 10 horas da manhã |
| <input type="checkbox"/> 11 horas da noite | <input type="checkbox"/> 11 horas da manhã |
| <input type="checkbox"/> Meia noite | <input type="checkbox"/> Meio dia |
| <input type="checkbox"/> 1 hora da manhã | <input type="checkbox"/> 1 hora da tarde |
| <input type="checkbox"/> 2 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 2 horas da tarde |
| <input type="checkbox"/> 3 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 3 horas da tarde |
| <input type="checkbox"/> 4 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 4 horas da tarde |
| <input type="checkbox"/> 5 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 5 horas da tarde |

29. EM UM DIA DE SEMANA COMUM, a que horas o/a estudante costuma ACORDAR? Marque com um X a hora correspondente no quadrado. ASSINALE APENAS UMA OPÇÃO:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 4 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 4 horas da tarde |
| <input type="checkbox"/> 5 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 5 horas da tarde |
| <input type="checkbox"/> 6 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 6 horas da noite |
| <input type="checkbox"/> 7 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 7 horas da noite |
| <input type="checkbox"/> 8 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 8 horas da noite |
| <input type="checkbox"/> 9 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 9 horas da noite |
| <input type="checkbox"/> 10 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 10 horas da noite |
| <input type="checkbox"/> 11 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 11 horas da noite |
| <input type="checkbox"/> Meio dia | <input type="checkbox"/> Meia noite |
| <input type="checkbox"/> 1 hora da tarde | <input type="checkbox"/> 1 hora da manhã |
| <input type="checkbox"/> 2 horas da tarde | <input type="checkbox"/> 2 horas da manhã |
| <input type="checkbox"/> 3 horas da tarde | <input type="checkbox"/> 3 horas da manhã |

31. EM UM FIM DE SEMANA, a que horas o/a estudante costuma ACORDAR? Marque com um X a hora correspondente no quadrado. ASSINALE APENAS UMA OPÇÃO:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 4 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 4 horas da tarde |
| <input type="checkbox"/> 5 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 5 horas da tarde |
| <input type="checkbox"/> 6 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 6 horas da noite |
| <input type="checkbox"/> 7 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 7 horas da noite |
| <input type="checkbox"/> 8 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 8 horas da noite |
| <input type="checkbox"/> 9 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 9 horas da noite |
| <input type="checkbox"/> 10 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 10 horas da noite |
| <input type="checkbox"/> 11 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 11 horas da noite |
| <input type="checkbox"/> Meio dia | <input type="checkbox"/> Meia noite |
| <input type="checkbox"/> 1 hora da tarde | <input type="checkbox"/> 1 hora da manhã |
| <input type="checkbox"/> 2 horas da tarde | <input type="checkbox"/> 2 horas da manhã |
| <input type="checkbox"/> 3 horas da tarde | <input type="checkbox"/> 3 horas da manhã |