

Palácio dos Bandeirantes

Av. Morumbi, 4.500 - Morumbi - CEP 05698-900 - Fone: 3745-3344

Nº 56 – DOE – 21/03/20 - seção 1 – p. 24

Saúde

GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SS-32, 20-03-2020

Dispõe sobre as diretrizes para manejo e seguimento dos casos de óbito no contexto da pandemia *COVID-19* no Estado de São Paulo

O Secretário de Estado da Saúde, considerando:

- o disposto no Decreto Estadual 64.880, de 20-03-2020;
- que, em situação de pandemia, quaisquer corpos podem ser considerados de risco para contaminação e difusão do vírus, e que podem ser simplificada e categorizados como se segue:
 - a) Casos Confirmados (como diagnóstico da infecção pelo agente COVID19 por exames laboratoriais);
 - b) Casos Suspeitos:
 - 1) todo e qualquer outro caso, seja com história e achados clínicos compatíveis com a infecção ou sem quadro clínico – ou seja, portadores são, mas sem exames laboratoriais confirmando a presença do agente ou com exames em andamento – ainda sem resultado;
 - 2) com quadro de Síndrome Respiratória Aguda Grave a esclarecer;
 - que a adequada identificação da causa de óbito por COVID-19 (atualmente feita exclusivamente com exames laboratoriais) é fundamental para o adequado acompanhamento da epidemia em curso;
 - que a realização dos exames post-mortem nos SVO implicam não apenas em grande potencial de contaminação nos serviços, mas também em toda uma cadeia que inclui: transporte até os serviços, realização da autópsia, transporte até os velórios/crematórios;
 - que, mesmo nos casos não submetidos a exame post-mortem é fundamental normatizar o adequado manejo dos corpos, especialmente considerando as áreas consideradas extra e intra-hospitalares;
 - que a aplicação do questionário reduzido de Autópsia Verbal da Organização Mundial de Saúde, incluindo relato livre, foi validada em pesquisa recente financiada pelo Ministério da Saúde e realizada no SVOC-USP com cerca de 2000 casos de óbito, incluindo seu uso assistido por um médico para determinação final da causa de óbito;
 - que a expansão do uso de ferramentas menos invasivas para autópsia podem representar ganho em agilidade, redução de custos e, em casos de pandemias como a atual, menor risco de contaminação para servidores e para a população em geral;

Resolve:

Artigo 1º - Ficam estabelecidas as medidas, a seguir enunciadas, bem como, as dispostas nos anexos que integram esta Resolução, para manejo e seguimento dos casos de óbito no contexto da pandemia COVID-19 no Estado de São Paulo.

Artigo 2º - Esta Resolução é entra em vigor na data de sua publicação.

REGRAS PARA MANEJO E SEGUIMENTO DOS CASOS DE ÓBITO NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19 NO ESTADO DE SÃO PAULO

Declaração de óbito

- 1 – O Manejo dos corpos durante a situação de pandemia deverá ser aplicado a todos os tipos de casos, confirmados e suspeitos;
- 2 – Alternativas à realização de quaisquer autópsias de casos falecidos por morte natural durante a situação de pandemia;
- 3 – Estabelecimento da obrigatoriedade do preenchimento da declaração de óbito por médicos de serviços hospitalares, públicos ou privados em todo Estado de São Paulo, a fim de se evitar deslocamentos desnecessários do corpo. As orientações para o preenchimento da Declaração de Óbito encontram-se abaixo. Esta regra não se aplica a morte cuja causa envolva violência e/ou suspeita de violência;
- 4 – Em casos ocorridos no ambiente extra-hospitalar deve o médico destes serviços também preencher a declaração de óbito de forma obrigatória, em todo Estado de São Paulo, a fim de se evitar deslocamentos desnecessários do corpo. As Secretarias Municipais de Saúde de todo o Estado de São Paulo ficam obrigadas a fornecer formulários de declaração de óbito a estas equipes. Esta regra não se aplica a morte cuja causa envolva violência e/ou suspeita de violência;

5 – Este regramento também se refere a casas de repouso e similares, devendo o médico responsável técnico pelo serviço a emissão da declaração de óbito. Esta regra não se aplica a morte cuja causa envolva violência e/ou suspeita de violência;

6 - Para todos os casos a que se referem os itens 3, 4 e 5 supracitados, cabe ao órgão expedidor da certidão de óbito, obrigatoriamente, informar à Polícia Civil do Estado de São Paulo, além dos dados do falecido, a qualificação, endereço e contatos do parente próximo ou responsável legal, visando uma rápida investigação sobre os fatos e possíveis históricos que antecederam a morte. Este contato deverá ser feito ao Centro de Comunicações e Operações (CECOP) do Departamento de Homicídios e Proteção à Pessoa, em todo o território do Estado de São Paulo, por meio do email cecop.dhpp@policiacivil.sp.gov.br. 7 - A urna funerária deve permanecer obrigatoriamente lacrada.

Manejo dos Corpos

1 – Manejo dos corpos durante a situação de pandemia: Durante a situação de pandemia, qualquer corpo, independente da causa de morte ou da confirmação por exames laboratoriais da infecção por COVID19, deve ser considerado um portador potencial, desta forma, as seguintes recomendações deverão ser seguidas:

Para o manuseio do corpo

- Uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) conforme recomendação da Secretaria Estadual da Saúde (SES) - ou Center for Disease Control and Prevention (CDC – PPE Recommendations do Anexo 1): Luvas de procedimento dupla interposta com material à prova de corte); roupa resistente a fluidos ou impermeável; avental à prova d'água e Óculos largos de proteção ou máscara de proteção; máscaras de proteção e calçados fechados.

- Após uso dos EPI, os mesmos devem ser dispensados em recipientes apropriados. Os EPI reutilizáveis deverão ser limpos e desinfetados de acordo com as instruções dos fabricantes.

Após retirada dos EPI deve-se fazer higienização adequada das mãos com sabão e água por 40 segundos. Se as mãos não estiverem visivelmente sujas podem ser utilizadas substâncias contendo álcool 60 a 95% ou hipoclorito a 1%.

- Devem ser removidos todas as vestes hospitalares, cateteres de infusão venosa e cânulas e dispensados conforme as normas determinadas pela ANVISA.

- Recobrir com curativos absorvente e oclusivo qualquer ferimento exsudativo ou solução de continuidade na pele. Orifícios devem ser preenchidos com gaze ou algodão para reduzir a eliminação de fluidos ou em caso de lesões muito exsudativas onde se prevê vazamento mesmo após o curativo.

- Os corpos de casos positivos ou suspeitos de COVID 19 devem ser envolvidos acondicionados em saco impermeável próprio, de lona plástica em polímero biodegradável, de acordo com a política nacional de resíduos, com zíper e lacre plástico, devendo este saco ser limpo e higienizado com desinfetante hospitalar ou substância à base de álcool 60 a 95%. Na sequência, o corpo ensacado será acondicionado na urna funerária lacrada, que será imediatamente lacrada.

- Os corpos devem ser transportados pelas funerárias (serviço funerário municipal ou funerárias privadas ou conveniadas conforme a região) sem abertura da urna, nem do saco que envolve o corpo, sob risco de violação do Artigo 268 do Código de Processo Penal (CCP): “Infringir determinação do poder público, destinada a impedir introdução ou propagação de doença contagiosa: Pena - detenção, de um mês a um ano, e multa” e do Artigo 330 do CCP: “Desobedecer a ordem legal de funcionário público: Pena - detenção, de quinze dias a seis meses, e multa.”

- Em caso de óbito no hospital, deverá este procedimento ser realizado no próprio leito de internação, evitando-se o deslocamento do corpo não protegido até o necrotério (“morgue”).

O mesmo deve ser feito no domicílio, casa de repouso ou similar, não devendo em hipótese alguma o corpo ser transportado sem a realização destes procedimentos.

Morte Natural – Definições para o preenchimento da Declaração de Óbito e providências para a Autópsia Indireta Casos Confirmados

- Os casos de infecção por COVID-19 com confirmação laboratorial que vierem a óbito após diagnóstico confirmado deverão ter a Declaração de Óbito preenchida com causa bem definida.

- Em caso de óbito em hospital, a declaração de óbito deverá ser preenchida pelo médico que assistiu ao paciente seguindo as diretrizes dos artigos 44, 114 e 115 do Código de Ética Médica e a Resolução 1.779, de 11-11-2005, do Conselho Federal de Medicina.

- Em caso de óbito domiciliar ficará a cargo do médico que atestou a morte o preenchimento da Declaração de Óbito munido das informações laboratoriais de confirmação e informações dos familiares sobre o quadro clínico.

- Neste caso a Causa Básica de Óbito deverá incluir a Infecção por Coronavirus - COVID19

Casos Suspeitos

- Todos os demais casos – que têm exames ainda em andamento ou não tenham exames para o vírus SARS-CoV2 – que venham a óbito em domicílio ou em qualquer serviço de saúde do estado, deverão seguir o seguinte fluxo:

1 – Coleta de material biológico (Swab Nasal – ambas as narinas e Orofaringe) para exame de SARS-CoV2 a ser encaminhado para o Instituto Adolpho Lutz ou outro laboratório designado pela SES. As instruções de coleta estão disponíveis no Anexo 2.

2 – Aplicação do questionário reduzido de Autópsia Verbal da Organização Mundial de Saúde validado para português (Anexo 3).

3 – Preenchimento da Declaração de Óbito:

Caso o paciente tenha tido quadro respiratório grave preencher o Bloco V – parte I – causa primária - como se segue: “Síndrome Respiratória Grave Aguda - SRAG”

- Caso o paciente não tenha tido quadro respiratório grave preencher o bloco V, parte 1 – causa primária - como se segue: “Causa a Esclarecer – Aguarda Confirmação Exames Laboratoriais” Neste caso podem ser incluídas situações onde haja caso de paciente com quadro sindrômico (por exemplo, insuficiência cardíaca, renal, etc.).

4 – Preparar e embalar o corpo para transporte conforme Item inicial

- Casos Suspeitos B1. Coleta e Transporte:

1 – Coleta de material biológico (Swab Nasal – ambas as narinas e Orofaringe) para exame de SARS-CoV2 a ser encaminhado para o Instituto Adolpho Lutz – As instruções de coleta estão disponíveis no Anexo 2

2 – Preparar e embalar o corpo para transporte conforme Item inicial

Aspectos Operacionais A – Autópsia Verbal

O Procedimento de Autópsia Verbal já validado no Brasil consta de um questionário. Ela pode ser aplicada com um familiar próximo. As informações coletadas alimentam um banco de dados e são então encaminhadas a um médico que com base nas informações do questionário, além de outras informações clínicas disponíveis e no caso da epidemia atual, o resultado do exame para COVID-19 definirá a causa de óbito mais provável.

No contexto da atual pandemia a autópsia verbal poderá ser aplicada tanto nos serviços de saúde como aos pacientes que vieram a óbito em outros locais (domicílio, vias públicas, etc.). Ela será, desta forma, um elemento importante da autópsia indireta, para refinamento ou determinação da causa de óbito dos pacientes classificados como SUSPEITOS segundo esta normativa e que tiveram Declaração de Óbito com quadro inespecífico (sindrômico) ou como causa a esclarecer.



PROTOCOLO LABORATORIAL PARA A COLETA DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS
PARA INVESTIGAÇÃO DOS VÍRUS RESPIRATÓRIOS

(10/06/2014)

OBJETIVO: Realizar a coleta, transporte e armazenamento de amostras biológicas, com vistas ao diagnóstico laboratorial das viroses de transmissão respiratória de importância em Saúde Pública.

O profissional responsável pela coleta das amostras biológicas deverá:

- Informar ao paciente quanto à importância da coleta da amostra.
- Certificar - se de que o paciente atende à definição de caso de síndrome gripal (**SG**) ou Síndrome Respiratória Aguda Grave (**SRAG**).

(SG) = > 6 meses de idade: febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhado de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia.

(SG) = < 6 meses de idade: febre de início súbito, mesmo que referida, e sintomas respiratórios: www.saude.gov.br/svs.

(SRAG) = Indivíduo de qualquer idade, internado, com síndrome gripal (SG) e que apresente dispnéia ou saturação de O₂ <95% ou desconforto respiratório. Sinan Influenza -www.saude.gov.br/influenza

- Certificar-se de que se trata de coleta de amostras respiratórias, pela Unidades Sentinela de **SG** e encaminhar a amostra coletada com a respectiva ficha do **SIVEP-Gripe**, devidamente preenchida.
- Certificar-se de que se trata de coleta de amostras respiratórias, pelas Unidades Sentinela de **UTI-SRAG** e a amostra deverá ser acompanhada da ficha do **SIVEP-Gripe**, devidamente preenchida.
- Certificar-se de que se trata de coleta de amostras de **SRAG Universal**, pelas diferentes Unidades de Saúde, a mesma também deverá ser acompanhada da ficha do **SINAN Influenza Web – SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) – INTERNADA OU ÓBITO POR SRAG CID - J 11** - devidamente preenchida.
- Certificar-se de que as informações: nome completo do paciente, idade sexo, profissão, procedência, data do início dos sintomas; data da coleta das amostras biológicas, vacinação, data da vacinação, histórico de

viagem recente, se for o caso, estejam devidamente informadas nas respectivas fichas de encaminhamento das amostras; caso contrário a digitação dos resultados ficará prejudicada.

- Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI): avental descartável, luva descartável, óculos de proteção, máscara N95, na impossibilidade desta utilizar a máscara cirúrgica.
- Identificar o frasco contendo a amostra coletada com o nome legível do paciente.
- Descartar os materiais utilizados durante a coleta da amostra em sacos autoclaváveis.
- Manter o suprimento de álcool 70 e gaze, para a limpeza da bancada antes e após a coleta da amostra biológica.

(1) Coleta das amostras biológicas:

(1.1) Swabs combinados (nasofaringe e orofaringe)

As secreções serão coletadas utilizando-se *swabs* de **rayon de haste flexível**. **Não utilizar:** *swabs* contendo alginato e *swabs* com haste de madeira, pois estes materiais contêm substâncias que inativam os vírus e inibem a reação do rRT-PCR.

Total de *swabs* utilizados = três *swabs*:

1° Narina direita;

2° Narina esquerda;

3 °Orofaringe

Procedimentos para a coleta dos *swabs* - Introduzir o *swab* pela narina até a nasofaringe, aguardar alguns segundos, realizando movimentos rotatórios para captação de células da nasofaringe, e absorção da secreção respiratória. Realizar o mesmo procedimento em ambas as narinas.

O terceiro *swab* será utilizado na coleta de secreção respiratória da parte posterior da orofaringe, evitando contato com a língua para minimizar contaminação.

IMPORTANTE: Os **três swabs** **DEVERÃO** ser acondicionados em tubo de rosca estéril tipo Falcon, contendo **três mL** de soro fisiológico estéril.

Serão consideradas amostras inadequadas para investigação:

Swabs acondicionados em tubos, secos, não contendo os três mL de soro fisiológico estéril que é utilizado como o meio de transporte para a preservação da infectividade do agente infeccioso. As amostras coletadas poderão ser

armazenadas até 72 horas a 2- 8 °C. Caso não seja possível à entrega do material até o Laboratório no prazo de 72 horas, congelar em freezer a – 70°C imediatamente após a coleta e encaminhar ao Laboratório em gelo seco ou nitrogênio líquido, consultar ANEXO I

Swabs utilizados para a obtenção de secreções respiratórias, ANEXO II

(1.2) Aspirado da Nasofaringe: No caso de secreções espessas recomenda-se proceder à nebulização ou instilação com gotas de solução fisiológica estéril 0,9%, (em ambas as narinas), a fim de promover a fluidez do muco, facilitando a aspiração. As amostras coletadas poderão ser armazenadas até 72 horas a 2- 8 °C. Caso não seja possível à entrega do material até o Laboratório no prazo de 72 horas congelar em freezer a – 70°C imediatamente após a coleta e encaminhar ao Laboratório em gelo seco ou nitrogênio líquido, consultar ANEXO I

OBS: Aspirados de nasofaringe não devem ser coletados de bebês e crianças após a amamentação devido à possibilidade de refluxo.

Coletores utilizados para a obtenção do aspirado da nasofaringe – **ANEXO II**

(1.3) Amostras do trato respiratório inferior - Lavado bronco alveolar, aspirado endotraqueal, líquido pleural (pacientes hospitalizados). Coletar 2 a 3 mL de secreções respiratórias em coletor estéril, armazenar a 2 – 8 °C; caso o transporte da amostra até o Laboratório ocorra no prazo de até 72 horas. Caso não seja possível à entrega do material até o Laboratório no prazo de 72 horas proceder o congelamento em freezer a -70°C imediatamente após a coleta, realizar o transporte da amostra até o Laboratório em gelo seco ou nitrogênio líquido, consultar ANEXO I.

OBSERVAÇÕES: Na impossibilidade de coletar as amostras respiratórias de paciente com evolução ao óbito, preconiza-se:

- A coleta de sangue imediatamente após o óbito para investigação do MERS-CoV, vírus da influenza do tipo A estirpes (H5N1), (H7N9), (H1N1)pdm09, H3N2 e vírus da influenza do tipo B;
- Fragmentos de tecidos: fragmento de pulmão e brônquios “in natura” acondicionado em frasco plástico estéril.

ANEXO I

- **JAMAIS** UTILIZAR FRASCOS DE VIDRO OU DE POLIPROPILENO SEM TAMPA DE ROSCA PARA O ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DA AMOSTRA BIOLÓGICA;
- NÃO TRANSPORTAR A AMOSTRA BIOLÓGICA SEM A DEVIDA CONTENÇÃO NO INTERIOR DA CAIXA DE ISOPOR (EVITAR O DERRAMAMENTO DO MATERIAL INFECTADO) PRINCIPALMENTE QUANDO TRANSPORTADA POR MOTOBOYS);
- NÃO ACONDICIONAR A FICHA COM OS DADOS DO PACIENTE NO INTERIOR DA CAIXA DE ISOPOR, CONTENDO A AMOSTRA BIOLÓGICA COLETADA;
- EM CASO DE TRANSPORTE UTILIZANDO O NITROGÊNIO LIQUIDO O **ÚNICO** FRASCO PERMITIDO É O DE POLIPROPILENO **COM TAMPA DE ROSCA**;
- REALIZAR CRITERIOSAMENTE TODOS OS PROCEDIMENTOS QUANTO A COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DO MATERIAL PARA EVITAR FONTES DE CONTAMINAÇÃO, POR EXEMPLO, AEROSSÓIS;
- CERTIFICAR-SE DE QUE NO LOCAL DA COLETA DO MATERIAL HAVERÁ DESCARTES APROPRIADOS, ÁGUA E SABÃO PARA A LAVAGEM DAS MÃOS, REGRA BÁSICA PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO.

ANEXO II

Coletor de aspirado da nasofaringe "Bronquinho"



IAL

Coletor de aspirado da nasofaringe

Argile – Sherwood – coletor McGrif para coleta de secreções da nasofaringe com interrupção de vácuo manual. Ref. 523706

- www.superavite.com



IAL

Swabs disponíveis no mercado

- Sterilin – haste flexível
- Swab de rayon(Rayswab) – Inlab Diagnóstica
- microRheologics – optimize diagnostics
www.copanitalia.com



IAL

Responsáveis Técnicos pela elaboração do protocolo: Núcleo de Doenças Respiratórias/ Centro de Virologia/IAL:

Renato de Sousa Paulino – renato.frater@yahoo.com.br; fone (11) 30682913;

Daniela Bernardes Borges da Silva – danielabiologia@bol.com.br; fone (11) 30682913;

Margarete Aparecida Benega Pinho – mabenega@bol.com.br; fone (11) 30682913;

Terezinha Maria de Paiva – tterezinha@uol.com.br; fone (11) 30682913;

Suely Pires Curti – spcurti@uol.com.br; fone (11) 30682906

Anexo II

AUTÓPSIA VERBAL - VERSÃO REDUZIDA		Nº do caso	
PESSOAS COM 10 ANOS DE IDADE E MAIS			
Entrevistador:			
A	Data de início da entrevista	Hora de início da entrevista	
B	Relação do respondente com o falecido	Outro: Especifique: _____	
IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO			
C	Qual o nome completo do falecido?		
D	Qual o sexo do falecido?		
E	Data do óbito	F	Qual era idade do (nome_falecido)?
G	Hora do óbito	H	Intervalo post-mortem (IPM)
DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS ANTECEDENTES			
1.1	Alguns profissionais de saúde alguma vez comentou que o falecido sofreu ou tinha algum dos problemas abaixo?		
Para cada opção marque: 1 - SIM; 0-NÃO; 98- RECUSOU-SE A DIZER; 99-NÃO SABE			
	1.1a-Asma	1.1c-Câncer, qual _____	1.1d-Tuberculose
	1.1h-Epilepsia	1.1i-Problema cardíaco	1.1g-Diabetes
	1.1n-HIV/AIDS	1.1j-Derrame cerebral (AVC)	1.1m-Doença Pulmonar Crônica, qual _____
	1.1q-Demência	1.1p-Hipertensão arterial	1.1g-Doença de Chagas
			1.1u-Problema por bebida

SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU À MORTE										
2.1	Durante quanto tempo esteve doente antes de morrer?	<input checked="" type="checkbox"/> horas	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> anos	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.2	O falecido teve febre?	<input checked="" type="checkbox"/> sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/> dias ou	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.7	O falecido teve lesões na pele (manchas avermelhadas)?					<input type="checkbox"/> sim, por quantos dias?	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe
2.9	Qual a localização das lesões de pele?	<input type="checkbox"/> Todo o corpo	<input type="checkbox"/> Extremidades	<input type="checkbox"/> Rosto	<input type="checkbox"/> Peito / Abdomem			<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
		<input type="checkbox"/> Outra localização, especifique						<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.10	O falecido teve feridas?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.11	As feridas tinham líquido claro ou pus?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.13	O falecido teve uma úlcera (ferida profunda) no pé?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.14	O pus escorria da úlcera?	<input type="checkbox"/> sim, por quantos dias?	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.21	Os olhos do falecido ficaram amarelados?	<input checked="" type="checkbox"/> sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/> dias ou	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.25	O falecido teve o rosto inchado?	<input checked="" type="checkbox"/> sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/> dias ou	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.26a	O falecido teve as pernas inchadas?	<input checked="" type="checkbox"/> sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/> dias ou	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.27	O falecido teve o corpo todo inchado?			<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.29	O falecido teve um nódulo (caroço) no pescoço?			<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.30	O falecido teve um nódulo (caroço) na axila?			<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.31	O falecido teve um nódulo (caroço) na virilha?			<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.32	Teve tosse?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			

2.33	Por quanto tempo teve tosse?	<input type="checkbox"/> dias ou	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.34	A tosse tinha catarro?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.35	A tosse tinha sangue?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.36	O falecido teve dificuldade para respirar, falta de ar?			<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.38	A dificuldade para respirar era contínua ou ia e vinha?	<input checked="" type="checkbox"/> Contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.43	O falecido teve dor no peito no mês anterior à morte?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.44	Quanto tempo a dor durou?	<input type="checkbox"/> Menos de 30 minutos	<input type="checkbox"/> De 30 minutos a 24 horas	<input type="checkbox"/> Mais de 24 horas	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.47	O falecido teve diarreia ou fezes mais líquidas que o usual?			<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.50	Tinha sangue nas fezes?			<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.51	Esse sangramento nas fezes durou até o dia que morreu?			<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.52	O falecido parou de urinar?			<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.53	O falecido estava vomitando na semana antes do óbito?			<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.55	Havia sangue no vômito?			<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.56	O vômito era cor de café?			<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.57	O falecido teve dificuldade ao engolir?			<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.58	Por quanto tempo antes do óbito teve dificuldades para engolir?	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.59	A dificuldade de engolir era com alimentos sólidos, líquidos ou ambos?	<input checked="" type="checkbox"/> líquidos	<input type="checkbox"/> sólidos	<input type="checkbox"/> ambos	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.60	O falecido tinha dor ao alimentar ou beber líquidos?			<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
260a	O falecido teve caroço, inchaço ou nódulo dentro da boca/língua/bochecha/gengiva?			<input checked="" type="checkbox"/> sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/> dias				

		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anos	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe		
2.61	O falecido teve dor na barriga?		<input type="checkbox"/>	sim		<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
2.62	Por quanto tempo antes do óbito teve dor na barriga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meses	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe	
2.63	A dor era embaixo ou em cima na barriga?	<input type="checkbox"/>		Embaixo na barriga	<input type="checkbox"/>		Em cima na barriga	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
2.64	O falecido teve barriga inchada ou saliente mais que o usual?		<input type="checkbox"/>	sim		<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
2.66	Quão rapidamente o falecido desenvolveu essa barriga saliente/inchada?	<input type="checkbox"/>		rapidamente	<input type="checkbox"/>		lentamente	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
2.67	O falecido teve uma massa/caroço na barriga?		<input type="checkbox"/>	sim		<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
2.68	Por quanto tempo antes do óbito teve massa/caroço na barriga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dias ou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meses	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
2.68a	O falecido tinha fígado aumentado?	<input type="checkbox"/>	sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dias ou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meses	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe
2.71a	O falecido teve dores de cabeça ou dor atrás dos olhos na semana anterior ao óbito?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe						
2.71b	O falecido teve fortes dores musculares ou nas articulações na semana anterior ao óbito?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe						
2.72	O falecido teve o pescoço endurecido?		<input type="checkbox"/>	sim		<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
2.73	Por quanto tempo antes do óbito teve pescoço endurecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dias ou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meses	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
2.74	Em algum momento o falecido chegou a ficar inconsciente (desacordado)?		<input type="checkbox"/>	sim		<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
2.75	A perda de consciência começou de forma rápida ou lenta?	<input type="checkbox"/>	rapidamente	<input type="checkbox"/>	lentamente	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe						
2.77	Ficou inconsciente até o óbito?		<input type="checkbox"/>	sim		<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				

2.82	O falecido teve convulsões (ataque/epilepsia)? (demonstre)	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.83	Por quanto tempo antes do óbito teve convulsões?	<input type="checkbox"/> minutos ou	<input type="checkbox"/> horas	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.84	O falecido ficava inconsciente imediatamente após as convulsões?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.85	O falecido teve paralisia em alguma parte do corpo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.87	Qual extremidade ou outra parte do corpo ficou paralisada? (Leia a lista em sequencia e MARQUE TODAS AS OPÇÕES APLICÁVEIS)	<input type="checkbox"/> Lado esquerdo (braço e perna)	<input type="checkbox"/> Um braço apenas	<input type="checkbox"/> Parte de cima do corpo	<input type="checkbox"/> Todo o corpo	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer		
		<input type="checkbox"/> Lado direito (braço e perna)	<input type="checkbox"/> Uma perna apenas	<input type="checkbox"/> Parte de baixo do corpo	<input type="checkbox"/> Outra _____	<input type="checkbox"/> não sabe		
288a	O falecido teve perda progressiva de memória, principalmente para acontecimentos recentes?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> anos	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
288b	O falecido teve perda de memória que interferia nas atividades de vida diária?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
PERGUNTAS PARA AS MULHERES								
3.1	A falecida teve inchaço ou nódulo na mama?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
3.2	A falecida teve ferida (úlceras) na mama?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
3.3a	A falecida menstruava?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
3.3	A falecida parou de menstruar devido a menopausa?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
3.4	Após parar de menstruar na menopausa a falecida teve algum sangramento vaginal?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
3.5	Se não estava na menopausa, a falecida sangrava entre os períodos menstruais?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
3.6	Teve sangramento vaginal muito forte (excessivo) na semana antes do óbito?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
3.7	No momento do óbito, a menstruação estava atrasada?	<input type="checkbox"/> sim, por quantas semanas?	<input type="checkbox"/> semanas	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
3.9	A falecida teve uma dor forte na barriga pouco tempo antes de morrer?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
TABACO E BEBIDA ALCOÓLICA								
4.1	O falecido era fumante?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
4.2	Se sim, fumava o que?	<input type="checkbox"/> Cigarros	<input type="checkbox"/> Cachimbo	<input type="checkbox"/> Fumo de mascar	<input type="checkbox"/> Forma local de tabaco	<input type="checkbox"/> Outro. Especifique: _____	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe
4.4	Quantos cigarros/outra tipo o falecido fumava por dia?	<input type="checkbox"/> número por dia	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
4.5a	Em alguma época da vida teve o hábito de fumar, ou seja, era ex-fumante?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
4.6a	Se sim, há quanto tempo o falecido havia parado de fumar?	<input type="checkbox"/> anos	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
4.6b	Se sim, quantos cigarros/outra tipo fumava por dia nessa época?	<input type="checkbox"/> número por dia	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
4.7a	Tomava bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/> sim, há quanto tempo?	<input type="checkbox"/> meses ou	<input type="checkbox"/> anos	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
4.8a	Com que frequência?	<input type="checkbox"/> vezes por _____	(dia, semana, mês ou ano)	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			

REGISTROS DE SAÚDE																	
6.1	O falecido procurou atendimento de saúde fora de casa enquanto esteve doente? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> recusou-se a dizer <input type="checkbox"/> não sabe																
6.2	Onde ou de quem buscou atendimento de saúde (marque todos os que se aplicam) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agente comunitário de saúde</td> <td><input type="checkbox"/> Parente ou amigo (fora do domicílio)</td> <td><input type="checkbox"/> Líder religioso</td> <td><input type="checkbox"/> Médico particular</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Unidade ou Centro de saúde ou PSF</td> <td><input type="checkbox"/> Hospital público</td> <td><input type="checkbox"/> Curandeiro</td> <td><input type="checkbox"/> Homeopata</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Farmácia, farmacêutico, loja, mercado</td> <td><input type="checkbox"/> Outro tipo de assistência. Especifique: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Parteira treinada</td> <td><input type="checkbox"/> Hospital privado</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> recusou-se a dizer <input type="checkbox"/> não sabe</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Agente comunitário de saúde	<input type="checkbox"/> Parente ou amigo (fora do domicílio)	<input type="checkbox"/> Líder religioso	<input type="checkbox"/> Médico particular	<input type="checkbox"/> Unidade ou Centro de saúde ou PSF	<input type="checkbox"/> Hospital público	<input type="checkbox"/> Curandeiro	<input type="checkbox"/> Homeopata	<input type="checkbox"/> Farmácia, farmacêutico, loja, mercado	<input type="checkbox"/> Outro tipo de assistência. Especifique: _____	<input type="checkbox"/> Parteira treinada	<input type="checkbox"/> Hospital privado				<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer <input type="checkbox"/> não sabe
<input type="checkbox"/> Agente comunitário de saúde	<input type="checkbox"/> Parente ou amigo (fora do domicílio)	<input type="checkbox"/> Líder religioso	<input type="checkbox"/> Médico particular														
<input type="checkbox"/> Unidade ou Centro de saúde ou PSF	<input type="checkbox"/> Hospital público	<input type="checkbox"/> Curandeiro	<input type="checkbox"/> Homeopata														
<input type="checkbox"/> Farmácia, farmacêutico, loja, mercado	<input type="checkbox"/> Outro tipo de assistência. Especifique: _____	<input type="checkbox"/> Parteira treinada	<input type="checkbox"/> Hospital privado														
			<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer <input type="checkbox"/> não sabe														

6.3	Anote o nome do hospital, ambulatório, centro de saúde ou clínica onde buscou o último atendimento: _____
6.4	Você tem algum resultado de exames/atendimento do falecido? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
6.5	Se sim, tire uma foto ou anote o resultado do exame/atendimento. _____
6.6	Anote as duas datas mais recentes dos atendimentos de saúde: 1. _____ 2. _____ <input type="checkbox"/> recusou-se a dizer <input type="checkbox"/> não sabe
6.7	Anote a data do último exame/atendimento _____ <input type="checkbox"/> recusou-se a dizer <input type="checkbox"/> não sabe
6.7a	Onde o falecido morreu? <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Outro estabelecimento de saúde <input type="checkbox"/> A caminho do hospital / outro estabelecimento de saúde <input type="checkbox"/> Em casa <input type="checkbox"/> Outro. Especifique: _____ <input type="checkbox"/> recusou-se a dizer <input type="checkbox"/> não sabe
6.9	A declaração de óbito (DO) ou certidão de óbito foi emitida? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> recusou-se a dizer <input type="checkbox"/> não sabe
6.10	A entrevista foi interrompida durante as questões fechadas? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Por quanto tempo foi interrompida? _____ minutos
6.11	Hora de término do preenchimento das questões fechadas Hora _____

RELATO DO ENTREVISTADO (sobre a doença do falecido e procura de atendimento)	
Use o verso da folha se necessário.	

Palavras de interesse - assinale apenas as que foram mencionadas durante o relato do respondente			
7.1	<input type="checkbox"/> Doença crônica do rim	7.6	<input type="checkbox"/> Icterícia
7.2	<input type="checkbox"/> Diálise	7.7	<input type="checkbox"/> Falência do fígado
7.3	<input type="checkbox"/> Febre	7.8	<input type="checkbox"/> Malária
7.4	<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco (IAM)	7.9	<input type="checkbox"/> Pneumonia
7.5	<input type="checkbox"/> Problemas do coração	7.10	<input type="checkbox"/> Falência renal (rím)
7.11	<input type="checkbox"/> Suicídio	7.15	<input type="checkbox"/> Problemas de cabeça por causa do alcoolismo
7.16	<input type="checkbox"/> Dengue	7.12	<input type="checkbox"/> Infecção de urina
7.17	<input type="checkbox"/> Alcoolismo	7.13	<input type="checkbox"/> Doença de Chagas
7.18	<input type="checkbox"/> Doença mental	7.14	<input type="checkbox"/> Demência
7.19	<input type="checkbox"/> Barbeiro		

OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR	
7.20	A entrevista foi interrompida durante as questões abertas? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Por quanto tempo foi interrompida? _____ minutos
7.21	Data e hora do final da entrevista Data _____ Hora _____