

Palácio dos Bandeirantes

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

Nº 213 – DOE – 09/11/21 – seção 1 – p.36

Saúde

GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SS-173, de 8-11-2021

Dispõe sobre as diretrizes para os procedimentos em casos de mortes naturais de causa indeterminada no Estado de São Paulo, e dá providências correlatas.

O Secretário de Estado da Saúde, considerando:

- o disposto no Decreto Estadual nº 64.880, de 20 de março de 2020; que dispõe sobre a adoção, no âmbito das Secretarias da Saúde e da Segurança Pública, de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo COVID-19;
- que a identificação de causas de morte é fundamental para o desenvolvimento de políticas públicas de prevenção e atenção à saúde;
- que a expansão do uso de ferramentas menos invasivas para autópsia podem representar ganho em agilidade, redução de custos e, particularmente em situações de risco infeccioso, menor risco de contaminação para servidores e para a população em geral;

Resolve:

Artigo 1º - Fica autorizada a realização de autópsias convencionais no Estado de São Paulo, para casos de mortes naturais, sem suspeitas ou indícios de causas externas, em ambiente intra e extra-hospitalar, em que houver significativa dúvida diagnóstica sobre a causa básica de óbito.

Parágrafo 1º - Para todos os casos encaminhados aos Serviços de Verificação de Óbito, deverá ser preenchida e encaminhada com o corpo, a Guia de Encaminhamento de Cadáver.

Parágrafo 2º - O modelo da Guia de Encaminhamento de Cadáver encontra-se disponível em:

https://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/aceso-rapido/civs/gec_-_guia_de_encaminhamento_de_cadaver_2.pdf, bem como as orientações para preenchimento no endereço:

https://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/aceso-rapido/documentos-sobre-o-comite-de-mortalidade-materna/guia_de_encaminhamento_de_cadaver__orientacoes_para_preenchimento_2.pdf

Artigo 2º - Em casos de suspeita significativa e/ou confirmação de casos de doenças infecciosas causadas por patógenos que requeiram nível de segurança para risco biológico 3 e 4 (NB3/NB4), Anexo II

Parágrafo 1º - O nível de segurança a que se reporta o “caput” do Artigo 2º, em caso de indisponibilidade no serviço, ficam os serviços hospitalares que possuem serviço de autópsia, ou os Serviços de Verificação de Óbitos no Estado de São Paulo, autorizados a utilizar ferramentas alternativas para a realização de autópsias desde que validadas cientificamente e aplicadas conforme os protocolos aprovados.

Parágrafo 2º - Esta autorização fica condicionada à aprovação e determinação do Diretor Técnico do Serviço relacionado (hospital e/ou serviço de verificação de óbito).

Parágrafo 3º - O nível de segurança a que se reporta o “caput”, ficam definidas como alternativas preferenciais, na seguinte ordem:

- a) Autópsias minimamente invasivas.
- b) Autópsia verbal.

Artigo 3º - Nos locais onde não há serviço de autópsia ou Serviço de Verificação de Óbito, fica autorizada a realização de Autópsias Minimamente Invasivas e/ou Autópsias Verbais, conforme protocolos validados – Anexo I a esta resolução.

Artigo 4º - Ficam autorizados os Serviços de Autópsia e Serviços de Verificação de Óbitos, a critério de seu Diretor Técnico, estabelecer regras adicionais para o uso de alternativas à autópsia convencional, preferencialmente Autópsias Minimamente Invasivas e Autópsias Verbais.

Parágrafo Único - Esta autorização fica condicionada à aplicação dos métodos conforme protocolos validados.

Artigo 5º - Ficam os Serviços de Autópsia e Serviços de Verificação de Óbitos incumbidos da definição e/ou alteração de suas normativas internas de forma a se adequar à presente Resolução.

Artigo 6º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO I

(a que se reporta a 173, de 08 de novembro de 2021)

Protocolos para Uso de Ferramentas Alternativas à Autópsia Convencional para casos de morte natural Autópsia Verbal

O Procedimento de Autópsia Verbal já validado no Brasil consta de um questionário que deve ser aplicado a um familiar próximo, que conheça o indivíduo.

O questionário validado não é de auto-preenchimento, ou seja, o questionário deve ser preenchido por um profissional de saúde numa entrevista com o familiar indicado.

As informações coletadas alimentam um banco de dados e são então encaminhadas a um médico treinado que, com base nas informações do questionário, além de outras informações clínicas disponíveis definirá a causa de óbito mais provável.

A autópsia verbal pode ser aplicada tanto nos serviços de saúde como forma de obtenção de informação clínica adicional que subsidie o médico assistente a assinar a declaração de óbito ou o próprio médico patologista de um serviço de autópsia. Ela se constitui assim um elemento importante da autópsia indireta.

Todo óbito que o médico desconheça a causa do óbito, é orientado a preencher o questionário de autópsia verbal e enviar a uma central de processamento pelo e-mail: autopsiaverbal@saude.sp.gov.br

O questionário está disponível no link abaixo:

<https://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-controle-de-doencas/homepage/noticias/orientacoes-para-emissao-de-declaracao-de-obito-frente-a-pandemia-de-covid-19/questionario-autopsia-verbal/imprima-e-preencha-o-documento>

Instruções adicionais para o preenchimento do Questionário de Autópsia verbal pode ser obtido no seguinte vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=7cH3aoKpfho>

O Procedimento para realização da autópsia verbal nos serviços de autópsia deverá seguir os seguintes passos:

- 1 – Definição conforme regras do serviço, se o caso se enquadra na possibilidade de realização de autópsia verbal;
- 2 – Identificação do familiar com contato próximo com o indivíduo falecido;
- 3 – Aplicação do questionário de autópsia verbal validado por profissional de saúde;
- 4 – Avaliação das informações pelo médico do serviço de autópsia em conjunto com o exame externo do corpo e a busca por eventuais informações adicionais que possam contribuir para a elucidação do caso;
- 5 – Interpretação e emissão da declaração de óbito;
- 6 – Emissão do laudo de autópsia verbal pela instituição elencando os principais elementos que auxiliaram na definição da causa de óbito apresentada na Declaração de Óbito.
- 7 – Digitalização do questionário e encaminhamento à Secretaria de Estado da Saúde através do e-mail autopsiaverbal@saude.sp.gov.br para reconstituição do óbito.

Autópsia Minimamente Invasiva

A Autópsia Minimamente Invasiva é uma estratégia validada cientificamente para obtenção de tecidos post-mortem através de biópsias por agulha, de forma a contribuir para a adequada identificação da causa de óbito. Nos procedimentos validados, a punção por agulha grossa dos órgãos deve ser feita com agulhas (ou sistemas automatizados / semi-automatizados) de 14 a 16 Gauge, podendo ser feitos com direcionamento por método de imagem (ultrassonografia ou tomografia computadorizada), ou às cegas, dando-se preferência para métodos guiados por imagem para melhor representatividade.

Devem ser amostrados, minimamente os seguintes órgãos:

Pulmões bilateralmente – ao menos 2 fragmentos de cada pulmão, idealmente 4

Coração – ao menos 1 fragmento

Fígado – ao menos 2 fragmentos

Baço – ao menos 1 fragmento

Rins – ao menos 1 fragmento de cada rim

Músculo esquelético – ao menos 1 fragmento (musculatura da coxa ou reto-abdominal)

Pele – amostrado através de biópsia tipo Punch em ao menos 1 região.

Cérebro – através de punção transtentorial

Fragmentos adicionais poderão ser coletados caso sejam observadas lesões específicas, ou a história clínica / autópsia verbal indique necessidade de amostragem de outros órgãos com amostragem mais extensa dos órgãos já amostrados em rotina.

O Procedimento para realização da autópsia minimamente invasiva nos serviços de autópsia deverá seguir os seguintes passos:

- 1 – Definição conforme regras do serviço, se o caso se enquadra na possibilidade de realização de autópsia minimamente invasiva;
- 2 – Obtenção de história clínica junto a um familiar com contato próximo com o indivíduo falecido, ou Guia de encaminhamento de cadáver (GEC), ou prontuário médico (de acordo com a disponibilidade);

a) Para obtenção de informações dos familiares poderá ser utilizado o próprio formulário de autópsia verbal – Anexo III 3 – Definição, com base na história clínica, dos locais / órgãos a serem amostrados – seguindo o protocolo mínimo ou adicionando outras amostras / órgãos;

4 – Realização da Autópsia Minimamente Invasiva – coleta dos fragmentos e envio para processamento;

5 – Avaliação das informações clínicas pelo médico do serviço de autópsia em conjunto com o exame externo do corpo, eventuais exames de imagem para a elucidação do caso;

6 – Interpretação e emissão da declaração de óbito;

7 – Emissão do laudo provisório da autópsia minimamente invasiva pela instituição elencando os principais elementos que auxiliaram na definição da causa de óbito apresentada na Declaração de Óbito.

8 – Avaliação posterior das lâminas, complementação do laudo e emissão do laudo definitivo de autópsia.

Observação – Quando for utilizado o questionário de Autópsia Verbal para obtenção de informações clínicas o mesmo deverá ser encaminhado para a Secretaria de Estado da Saúde através do e-mail autopsiaverbal@saude.sp.gov.br

Anexo II

(a que se reporta a 173, de 08 de novembro de 2021)

Lista dos principais patógenos de Nível Biológico 3 e 4 causadores de doenças

Patógenos de Risco Biológico 3

- Antrax - *Bacillus anthracis*
- Brucelose - *Brucella melitensis* biovar Abortus, *B. melitensis* biovar Canis, *B. melitensis* biovar Suis, *Brucella* spp.
- Botulismo - *Clostridium botulinum*
- Micobacterioses - *Mycobacterium africanum*, *M. bovis* (exceto as cepas vacinais BCG, que são classificadas como classe 2), *M. canetti*, *M. microti*, *M. tuberculosis*, *M. ulcerans*
- Rickettsioses
- *Rickettsia akari*, *R. australis*, *R. canadensis*, *R. conorii*, *R. montanensis*, *R. prowazekii*, *R. rickettsii*, *R. sibirica*, *R. tsutsugamushi*, *R. typhi*
- Tifo - *Salmonella enterica* subsp. *enterica* sor. Typhi
- Peste - *Yersinia pestis*
- Histoplasmose - *Histoplasma capsulatum* variedade *capsulatum* 4, *H. capsulatum* variedade *duboisii* 4,
- Arenavírus - Família *Arenaviridae* – *Allpahuayo mammarenavirus*, *Bear Canyon mammarenavirus*,
- Hantavirose - Gênero *Hantavirus*5 – *Andes*, *Belgrade*, *Hantaan*, *Seoul*, *Sin Nombre*
- Coronavírus – *Coronavirus* relacionado à síndrome respiratória aguda grave
- (SARS-CoV), *Coronavirus* relacionado à síndrome respiratória do Oriente Médio (MERSCoV);
- Influenza – Vírus Influenza A (linhagens altamente patogênicas com potencial de risco pandêmico, que incluem os subtipos H5N1, H7N9 e H9)
- Príons – Formas genéticas de TSEs humanas – agentes da Doença de Creutzfeldt-Jakob Familiar, Insônia Familiar Fatal, Síndrome de Gerstmann-Straussler-Scheinker.

Patógenos de Risco Biológico 4

- Arenavírus - Família *Arenaviridae* – Gênero *Arenavirus* – *Chapare mammarenavirus*, *Guanarito mammarenavirus*, *Junin mammarenavirus*, *Lassa mammarenavirus*, *Lujo mammarenavirus*, *Machupo mammarenavirus*, *Sabia mammarenavirus* - Febre hemorrágica do Congo - Família *Bunyaviridae* – Gênero *Nairovirus* – *Crimean Congo hemorrhagic fever* - Ebola – Gênero *Ebolavirus* – todos os *Ebolavirus*: *Bundibugyo*, *Reston*, *Sudan*, *Tai Forest*,
- Zaire
- Febre Hemorrágica de Omsk – Família *Flaviviridae* – Gênero *Flavivirus* – *Kyasanur forest disease*, *Omsk hemorrhagic fever*, *Russian spring-summer encephalitis*
- Varíola - Família *Poxviridae* – Gênero *Orthopox* – *Variola* (vírus da varíola – major e minor), todas as linhagens incluindo *Whitepox*, *Camelpox* (varíola do camelo)

Anexo III

(a que se reporta a 173, de 08 de novembro de 2021)

Formulário de Autópsia Verbal Reduzida

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 Pais Filho(a) Irmão(ã) Esposo(a) Outro: Especifique:

IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO

C Qual o nome completo do falecido?

D Qual o sexo do falecido? Masculino Feminino

E Data do óbito F Qual era idade do (nome_falecido)? anos recusou-se a dizer não sabe

G Hora do óbito recusou-se a dizer não sabe H Intervalo post-mortem (IPM)

DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS ANTECEDENTES

1.1 Algum profissional 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

<input type="checkbox"/> 1.1a-Asma	<input type="checkbox"/> 1.1c-Câncer, qual <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1.1d-Tuberculose	<input type="checkbox"/> 1.1g-Diabetes
<input type="checkbox"/> 1.1h-Epilepsia	<input type="checkbox"/> 1.1i-Problema cardíaco	<input type="checkbox"/> 1.1l-Derrame cerebral (AVC)	<input type="checkbox"/> 1.1m-Doença Pulmonar Crônica, qual <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 1.1n-HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> 1.1o-Demência	<input type="checkbox"/> 1.1p-Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> 1.1q-Doença de Chagas
			<input type="checkbox"/> 1.1u-Problema por bebida

SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU À MORTE

2.1 Durante quanto tempo esteve doente antes de morrer? horas dias meses anos recusou-se a dizer não sabe

2.2 O falecido teve febre? sim, por quanto tempo? dias ou meses não recusou-se a dizer não sabe

2.7 O falecido teve lesões na pele (manchas avermelhadas)? sim, por quantos dias? dias não recusou-se a dizer não sabe

2.9 Qual a localização das lesões de pele? Todo o corpo Extremidades Rosto Peito / Abdômen Outra localização, especifique recusou-se a dizer não sabe

2.10 O falecido teve feridas? sim não recusou-se a dizer não sabe

2.11 As feridas tinham líquido claro ou pus? sim não recusou-se a dizer não sabe

2.13 O falecido teve uma úlcera (ferida profunda) no pé? sim não recusou-se a dizer não sabe

2.14 O pus escorria da úlcera? sim, por quantos dias? dias não recusou-se a dizer não sabe

2.21 Os olhos do falecido ficaram amarelados? sim, por quanto tempo? dias ou meses não recusou-se a dizer não sabe

2.25 O falecido teve o rosto inchado? sim, por quanto tempo? dias ou meses não recusou-se a dizer não sabe

2.26a O falecido teve as pernas inchadas? sim, por quanto tempo? dias ou meses não recusou-se a dizer não sabe

2.27 O falecido teve o corpo todo inchado? sim não recusou-se a dizer não sabe

2.29 O falecido teve um nódulo (caroço) no pescoço? sim não recusou-se a dizer não sabe

2.30 O falecido teve um nódulo (caroço) na axila? sim não recusou-se a dizer não sabe

2.31 O falecido teve um nódulo (caroço) na virilha? sim não recusou-se a dizer não sabe

2.32 Teve tosse? sim não recusou-se a dizer não sabe

2.33	Por quanto tempo teve tosse?	<input type="text"/> dias ou	<input type="text"/> 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 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 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 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 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 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 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 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 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 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 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="text"/> dias	<input type="text"/> 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 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 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 type="checkbox"/> sim, por quanto tempo?	<input type="text"/> dias	<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="text"/> horas	<input type="text"/> dias	<input type="text"/> 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="text"/> dias ou	<input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
268a	O falecido tinha fígado aumentado?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo?	<input type="text"/> dias ou	<input type="text"/> 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="text"/> dias ou	<input type="text"/> 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minutos ou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 sequência 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <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"/> Foma 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses ou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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)	<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

