

Jornal Oficial do Município



Águas de Lindóia

Sexta-feira, 17 de abril de 2020

Ano I | Edição 26



MUNICÍPIO DE ÁGUAS DE LINDÓIA

PODER EXECUTIVO

Atos Oficiais

Portarias

Concursos Públicos/Processos Seletivos

Convocação

Licitações e Contratos

Aviso de Licitação

Comunicados

3

3

3

6

6

6

6

8

PODER EXECUTIVO

Atos Oficiais

Portarias

PORTARIA Nº 12.333**De 08 de abril de 2.020**

“Dispõe sobre progressão funcional de integrante do Quadro Público Municipal de Magistério da Estância de Águas de Lindóia e dá outras providências”

GILBERTO ABDOU HELOU, Prefeito Municipal da Estância de Águas de Lindóia, Estado de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo inciso VI, do art. 76, da Lei Ordinária Municipal nº 1.812/90 (Lei Orgânica Municipal),

R E S O L V E :

Art.1º - DETERMINAR ao Setor de Pessoal que anote na Carteira Profissional nº 90715, Série 00177-SP, de YONE DE CAMPOS D AURIA HERZ, Professor Titular de Educação Básica I, sua Progressão Funcional do nível 12 para o nível 13 da Escala de Salários, conforme capítulo VII da Lei Complementar nº 106, de 31 de janeiro de 2008.

Art.2º - Os efeitos desta Portaria retroagem aos 23 de março de 2020.

Registre-se; afixe-se; publique-se; cumpra-se.

Prefeitura Municipal da Estância de Águas de Lindóia, aos 08 de abril de 2020.

GILBERTO ABDOU HELOU

- Prefeito Municipal -

Redigida, registrada e publicada na Secretaria Municipal de Administração, afixada no local de costume, na data supra, por mim, Diderot Camargo Netto _____, Secretário Municipal de Administração.

PORTARIA Nº 12.334**De 08 de abril de 2.020**

“Dispõe sobre progressão funcional de integrante do Quadro Público Municipal de Magistério da Estância de Águas de Lindóia e dá outras providências”

GILBERTO ABDOU HELOU, Prefeito Municipal da Estância de Águas de Lindóia, Estado de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo inciso VI, do art. 76, da Lei Ordinária Municipal nº 1.812/90 (Lei Orgânica Municipal),

R E S O L V E :

Art.1º - DETERMINAR ao Setor de Pessoal que anote na Carteira Profissional nº 31064, Série 00141-SP, de MARIANA ALVES NICOLETTI, Professor Titular de Educação Básica I, sua Progressão Funcional do nível 12 para o nível 13 da Escala

de Salários, conforme capítulo VII da Lei Complementar nº 106, de 31 de janeiro de 2008.

Art.2º - Os efeitos desta Portaria retroagem aos 29 de março de 2020.

Registre-se; afixe-se; publique-se; cumpra-se.

Prefeitura Municipal da Estância de Águas de Lindóia, aos 08 de abril de 2020.

GILBERTO ABDOU HELOU

- Prefeito Municipal -

Redigida, registrada e publicada na Secretaria Municipal de Administração, afixada no local de costume, na data supra, por mim, Diderot Camargo Netto _____, Secretário Municipal de Administração.

PORTARIA Nº 12.335**De 13 de abril de 2020**

“Substitui membro da Portaria nº 12.322 de 25 de março de 2020.”

GILBERTO ABDOU HELOU, Prefeito Municipal da Estância de Águas de Lindóia, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo inciso VI, do art. 76, da Lei Ordinária Municipal nº 1.812/90 (Lei Orgânica Municipal) e considerando as informações constantes no Processo nº. 4.949/2.019,

R E S O L V E :

Art. 1º SUBSTITUIR os membros da Portaria nº 12.322 de 25 de março de 2020, que nomeia os membros do Conselho de Acompanhamento do FUNDEB – Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e Valorização dos Profissionais da Educação – Biênio 2020/2022.

I. Representantes dos Diretores das Escolas Públicas:

Suplente: Valéria Regina Giraldo Cadano - CPF: 182.158.198-93, em substituição a Roberta Lúcia Bueno Zucato.

II. Representantes do Conselho Tutelar:

Titular: Maria Emilia Sancho Vesco - CPF: 308.032.058-13, em substituição a Lígia Carvalho Fiori

III. Representantes dos Estudantes:

Titular: Regiane Souza dos Santos - CPF: 055.262.165-00, em substituição a Regiane Souza dos Santos de Jesus

Art. 2º As demais disposições da Portaria nº. 12.322, de 25 de março de 2020, permanecem inalteradas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Registre-se; afixe-se; publique-se; cumpra-se.

Prefeitura Municipal da Estância de Águas de Lindóia, aos 13 de abril de 2020.

GILBERTO ABDOU HELOU

- Prefeito Municipal -

Redigida, registrada e publicada na Secretaria Municipal de Administração, afixada no local de costume, na data supra, por mim, Diderot Camargo Netto _____, Secretário de Administração.

PORTARIA Nº 12.336
De 13 de abril de 2020

“Dispõe sobre férias de servidor público e dá outras providências”

GILBERTO ABDOU HELOU, Prefeito Municipal da Estância de Águas de Lindóia, Estado de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo inciso VI, do art. 76, da Lei Ordinária Municipal nº 1.812/90 (Lei Orgânica Municipal),

R E S O L V E:

ART. 1º – CONCEDER ao senhor THIAGO ANTONIO MACIEL SECCHI, RG nº 46.245.760-6 e CPF/MF nº 377.794.648-65, CHEFE DO SERVIÇO DE CONTABILIDADE E FINANÇAS, 15 (quinze) dias de suas férias regulamentares referentes ao período de 2019/2020, a partir desta data.

ART. 2º – DESIGNAR o senhor WELLINGTON SOUZADOS SANTOS, RG nº 42.856.306-5 e CPF/MF nº 317.055.568-50, ESCRITURÁRIO desta Prefeitura Municipal, para substituir o servidor supra, enquanto durar o impedimento do mesmo, percebendo os vencimentos do referido cargo.

Registre-se; afixe-se; publique-se; cumpra-se.

Prefeitura Municipal da Estância de Águas de Lindóia, aos 13 de abril de 2020.

GILBERTO ABDOU HELOU

- Prefeito Municipal -

Redigida, registrada e publicada na Secretaria Municipal de Administração, afixada no local de costume, na data supra, por mim, Diderot Camargo Netto _____, Secretário Municipal de Administração.

PORTARIA Nº 12.337
De 13 de abril de 2020

“Dispõe sobre progressão funcional de integrante do Quadro Público Municipal de Magistério da Estância de Águas de Lindóia”

GILBERTO ABDOU HELOU, Prefeito Municipal da Estância de Águas de Lindóia, Estado de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo inciso VI, do art. 76, da Lei Ordinária Municipal nº 1.812/90 (Lei Orgânica Municipal),

R E S O L V E:

DETERMINAR ao Setor de Pessoal que anote na Carteira Profissional nº 55379, Série 00141-SP, de SERGIO RICARDO RODRIGUES DE ALMEIDA, Professor Titular de Educação Básica II – História, sua Progressão Funcional do nível 02 para o nível 03 da Escala de Salários, conforme capítulo VII da Lei Complementar nº 106, de 31 de janeiro de 2008.

Registre-se; afixe-se; publique-se; cumpra-se.

Prefeitura Municipal da Estância de Águas de Lindóia, aos 13 de abril de 2020.

GILBERTO ABDOU HELOU

- Prefeito Municipal -

Redigida, registrada e publicada na Secretaria Municipal de Administração, afixada no local de costume, na data supra, por mim, Diderot Camargo Netto _____, Secretário Municipal de Administração.

PORTARIA Nº 12.338
De 13 de abril de 2020

“Dispõe sobre progressão funcional de integrante do Quadro Público Municipal de Magistério da Estância de Águas de Lindóia”

GILBERTO ABDOU HELOU, Prefeito Municipal da Estância de Águas de Lindóia, Estado de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo inciso VI, do art. 76, da Lei Ordinária Municipal nº 1.812/90 (Lei Orgânica Municipal),

R E S O L V E:

DETERMINAR ao Setor de Pessoal que anote na Carteira Profissional nº 26131, Série 00081-SP, de MARIA APARECIDA PINHEIRO RODRIGUES, Professor Titular de Educação Básica I, sua Progressão Funcional do nível 12 para o nível 13 da Escala de Salários, conforme capítulo VII da Lei Complementar nº 106, de 31 de janeiro de 2008.

Registre-se; afixe-se; publique-se; cumpra-se.

Prefeitura Municipal da Estância de Águas de Lindóia, aos 13 de abril de 2020.

GILBERTO ABDOU HELOU

- Prefeito Municipal -

Redigida, registrada e publicada na Secretaria Municipal de Administração, afixada no local de costume, na data supra, por mim, Diderot Camargo Netto _____, Secretário Municipal de Administração.

PORTARIA Nº 12.339
De 14 de abril de 2020

“Dispõe sobre férias de Secretário Municipal e dá outras providências”

GILBERTO ABDOU HELOU, Prefeito Municipal da Estância de Águas de Lindóia, Estado de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo inciso VI, do art. 76, da Lei Ordinária Municipal nº 1.812/90 (Lei Orgânica Municipal),

R E S O L V E:

ART. 1º – CONCEDER a senhora EDILEIA SIMONETI DIANI, RG nº 34.435.511-1 e CPF/MF nº 036.805.466-70, SECRETÁRIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, 10 (dez) dias de

suas férias restantes referentes ao período de 2018/2019, e ainda 05 (cinco) dias de suas férias regulamentares referentes ao período de 2019/2020 a partir desta data.

ART. 2º – DESIGNAR o senhor EDSON AKIHIRO SHIBUTA, RG nº 20.285.855-8 e CPF/MF nº 715.163.286-04, DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO ESCOLAR desta Prefeitura Municipal, para substituir a Secretária Municipal supra, enquanto durar o impedimento da mesma, percebendo os vencimentos do referido cargo.

Registre-se; afixe-se; publique-se; cumpra-se.

Prefeitura Municipal da Estância de Águas de Lindóia, aos 14 de abril de 2020.

GILBERTO ABDOU HELOU

- Prefeito Municipal -

Redigida, registrada e publicada na Secretaria Municipal de Administração, afixada no local de costume, na data supra, por mim, Diderot Camargo Netto _____, Secretário Municipal de Administração.

PORTARIA Nº 12.340
De 15 de abril de 2.020

“Dispõe sobre contratação de servidor público”

GILBERTO ABDOU HELOU, Prefeito Municipal da Estância de Águas de Lindóia, Estado de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo inciso VI, do art. 76, da Lei Ordinária Municipal nº 1.812/90 (Lei Orgânica Municipal),

R E S O L V E :

CONTRATAR a servidora JERUSA SILVA COUTO, RG nº MG-17.670.177 e CPF/MF nº 120.759.256-07, em virtude de habilitação em Processo Seletivo Simplificado nº 002/2020, para exercer o emprego público de TÉCNICO DE ENFERMAGEM (PARA AÇÕES DE COMBATE À DISSEMINAÇÃO DO VÍRUS, COVID-19, A ATENÇÃO À SAÚDE PELO MUNICÍPIO SE TORNOU PRIORITÁRIA NESTE MOMENTO), nos termos do inc. II do Artigo 2º da Lei Complementar nº 099, de 18 de maio de 2007, cominado com o art. 3º §2º do mesmo códex e o Art. 1º do Decreto nº 3.309/2020, pelo prazo de 06 (seis) meses ou até a cessação da situação de emergência – se este acontecer primeiro.

Registre-se; afixe-se; publique-se; cumpra-se.

Prefeitura Municipal da Estância de Águas de Lindóia, aos 15 de abril de 2.020.

GILBERTO ABDOU HELOU

- Prefeito Municipal -

Redigida, registrada e publicada na Secretaria Municipal de Administração, afixada no local de costume, na data supra, por mim, Diderot Camargo Netto _____, Secretário Municipal de Administração.

PORTARIA Nº 12.341
De 15 de abril de 2.020

“Dispõe sobre contratação de servidor público”

GILBERTO ABDOU HELOU, Prefeito Municipal da Estância de Águas de Lindóia, Estado de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo inciso VI, do art. 76, da Lei Ordinária Municipal nº 1.812/90 (Lei Orgânica Municipal),

R E S O L V E :

CONTRATAR a servidora REGINA CELIA DE OLIVEIRA RAMOS, RG nº 4.144.821-2 e CPF/MF nº 041.053.228-26, em virtude de habilitação em Processo Seletivo Simplificado nº 002/2020, para exercer o emprego público de TÉCNICO DE ENFERMAGEM (PARA AÇÕES DE COMBATE À DISSEMINAÇÃO DO VÍRUS, COVID-19, A ATENÇÃO À SAÚDE PELO MUNICÍPIO SE TORNOU PRIORITÁRIA NESTE MOMENTO), nos termos do inc. II do Artigo 2º da Lei Complementar nº 099, de 18 de maio de 2007, cominado com o art. 3º §2º do mesmo códex e o Art. 1º do Decreto nº 3.309/2020, pelo prazo de 06 (seis) meses ou até a cessação da situação de emergência – se este acontecer primeiro.

Registre-se; afixe-se; publique-se; cumpra-se.

Prefeitura Municipal da Estância de Águas de Lindóia, aos 15 de abril de 2.020.

GILBERTO ABDOU HELOU

- Prefeito Municipal -

Redigida, registrada e publicada na Secretaria Municipal de Administração, afixada no local de costume, na data supra, por mim, Diderot Camargo Netto _____, Secretário Municipal de Administração.

PORTARIA Nº 12.342
De 15 de abril de 2.020

“Dispõe sobre suspensão de Contrato de Trabalho de Servidor Municipal”

GILBERTO ABDOU HELOU, Prefeito Municipal da Estância de Águas de Lindóia, Estado de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo inciso VI, do art. 76, da Lei Ordinária Municipal nº 1.812/90 (Lei Orgânica Municipal),

R E S O L V E :

SUSPENDER pelo prazo de 02 (dois) anos o Contrato de Trabalho do senhor NILSON BENEDITO DE SOUZA, RG nº 16.338.578 e CPF/MF nº 096.853.848-78, ocupante do emprego público de OPERÁRIO, de acordo com a Lei Complementar nº 021, de 25 de maio de 2001.

Registre-se; afixe-se; publique-se; cumpra-se.

Prefeitura Municipal da Estância de Águas de Lindóia, aos 15 de abril de 2.020.

GILBERTO ABDOU HELOU

- Prefeito Municipal -

Redigida, registrada e publicada na Secretaria Municipal de Administração, afixada no local de costume, na data supra, por mim, Diderot Camargo Netto _____,
Secretário Municipal de Administração.

PORTARIA Nº 12.343
De 15 de abril de 2.020

“Dispõe sobre contratação de servidor público”

GILBERTO ABDU HELOU, Prefeito Municipal da Estância de Águas de Lindóia, Estado de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo inciso VI, do art. 76, da Lei Ordinária Municipal nº 1.812/90 (Lei Orgânica Municipal),

R E S O L V E :

CONTRATAR a servidora IRIANA CRISTINA BIANCHI MONSOLELLI, RG nº 8.403.804 e CPF/MF nº 010.745.971-09, em virtude de habilitação em Concurso Público nº 01/2016, para exercer o emprego público de ENFERMEIRO (PARA AÇÕES DE COMBATE À DISSEMINAÇÃO DO VÍRUS, COVID-19, A ATENÇÃO À SAÚDE PELO MUNICÍPIO SE TORNOU PRIORITÁRIA NESTE MOMENTO), nos termos do inc. II do Artigo 2º da Lei Complementar nº 099, de 18 de maio de 2007, cominado com o art. 3º §2º do mesmo códex e o Art. 1º do Decreto nº 3.309/2020, pelo prazo de 06 (seis) meses ou até a cessação da situação de emergência – se este acontecer primeiro.

Registre-se; afixe-se; publique-se; cumpra-se.

Prefeitura Municipal da Estância de Águas de Lindóia, aos 15 de abril de 2.020.

GILBERTO ABDU HELOU

- Prefeito Municipal -

Redigida, registrada e publicada na Secretaria Municipal de Administração, afixada no local de costume, na data supra, por mim, Diderot Camargo Netto _____,
Secretário Municipal de Administração.

Concursos Públicos/Processos Seletivos

Convocação

PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE ÁGUAS DE LINDÓIA
CONVOCAÇÃO

Fica convocado o candidato abaixo relacionado, habilitado em Processo Seletivo Simplificado nº 02/2020, para comparecer no dia 22 de abril de 2020, no Departamento Pessoal da Prefeitura Municipal da Estância de Águas de Lindóia, localizada à Rua Profª Carolina Fróes, nº 321 – Centro – Águas de Lindóia – SP, para manifestar sua vontade sobre a escolha de vaga para o emprego público abaixo, sob o regime da C.L.T.:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Classif.	Nome	RG
4ª	FABIANO DOS SANTOS HONORIO	48.796.387-8

Tal convocação se dá para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público (Para ações de combate à disseminação do vírus, Covid-19), nos termos do inc. II do Artigo 2º da Lei Complementar nº 099, de 18 de maio de 2007, cominado com o art. 3º §2º do mesmo códex e o Art. 1º do Decreto nº 3.309/2020.

A presente contratação temporária por excepcional interesse público será pelo prazo de 06 (seis) meses ou até a cessação da situação de emergência – se este acontecer primeiro.

A contratação temporária de que trata esta CONVOCAÇÃO não implica, em hipótese alguma, na efetivação do contratado na função pública, nem gera efeitos a ela pertinentes quando provida em caráter efetivo, mesmo posteriores.

Obs: * O não comparecimento implicará na desistência da vaga.

Águas de Lindóia, 16 de abril de 2020.

GILBERTO ABDU HELOU

- Prefeito Municipal -

Licitações e Contratos

Aviso de Licitação

A Prefeitura Municipal de Águas de Lindóia comunica a todos os interessados que se encontra aberto no Departamento de Compras e Licitações os seguintes processos:

PREGÃO PRESENCIAL Nº 028/2020. Objeto: Registro de preços visando à aquisição de diversos Materiais de Papelaria e Escritório para o uso da Secretaria Municipal de Educação e Cultura, com entregas parceladas, pelo período de 12 (doze) meses, conforme anexo I do Edital. Encerramento (credenciamento e entrega dos envelopes Nº 01 – Proposta e Nº 02 – Documentação) das 09h 00min até as 09h e 30min do dia 07/05/2020. Sessão de abertura: a partir das 09h e 45min. Período de Disponibilização do Edital: De 24/04/2020 até 06/05/2020.

Tomada de Preços Nº 006/2020. Objeto: Contratação de empresa especializada em engenharia visando o fornecimento de material e mão de obra para Construção de Galeria na Rua Domingos Lázari, neste município, com Recursos da CESSÃO ONEROSA x PMAL, conforme projetos, memorial descritivo, planilha orçamentária e cronograma. Encerramento para a entrega dos envelopes Nº 01 – Habilitação e Nº 02 – Proposta até às 09h e 30min do dia 15/05/2020, e reunião de Licitação às 09h e 40min. Período de Disponibilização do Edital: 24/04/2020 à 12/05/2020 - Cadastramento até: 12/05/2020.

Disponibilização: Secretaria de Administração, Departamento de Compras e Licitação, sito a Rua Profª Carolina Fróes, 321, Centro, Águas de Lindóia - SP, mediante o recolhimento de R\$ 15,00 (Quinze Reais) ou gratuitamente

através do site da Prefeitura Municipal www.aguasdellindoiia.sp.gov.br

Maiores informações pelo telefone (19) 3924-9344, no horário comercial, exceto aos sábados, domingos, feriados e pontos facultativos. As datas acima referem-se aos dias úteis e em que haja expediente na Prefeitura Municipal de Águas de Lindóia, quer seja, excluindo-se os sábados, domingos, feriados e pontos facultativos – Diderot Camargo Netto – Secretário Municipal de Administração.

Comunicados



Prefeitura Municipal de Águas de Lindóia
Secretaria Municipal de Saúde

PORTARIA Nº 06, DE 15 DE ABRIL DE 2020

“Dispõe sobre medidas a serem adotadas pelos Médicos que atuam no Município de Águas de Lindóia, quanto ao manejo de corpos e quanto ao procedimento para emissão de Declarações de Óbitos frente à Pandemia do COVID-19”.

A Secretária Municipal da Saúde de Águas de Lindóia, no uso de suas atribuições legais, previstas no art. 125, IV, da Lei Complementar nº 229, de 2 de janeiro de 2017, e

Considerando a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2019, que dispõe sobre medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública;

Considerando o Decreto nº 3.309, de 17 de março de 2020, que dispõe sobre a declaração de Situação de Emergência em Saúde no Município de Águas de Lindóia e medidas para enfrentamento e prevenção de contágio pelo Novo Coronavírus (COVID-19);

Considerando a Portaria MS nº 356, de 11 de março de 2020, que em seu art. 9º dispõe que a autoridade de saúde local deverá acompanhar as medidas para enfrentamento ao Novo Coronavírus – COVID-19;

Considerando a Resolução SS-32, de 20 de março de 2020, que dispõe sobre as diretrizes para manejo e seguimento dos casos de óbito no contexto da pandemia COVID-19.

RESOLVE:

Art. 1º - Cientificar aos Médicos que integram a Rede de Atenção Básica, aos Médicos que atuam no Hospital São Camilo – Águas de Lindóia, e aos demais Médicos que atuam neste Município, para que sigam estritamente as orientações contidas nos documentos anexos a esta Portaria:

I- Resolução SS-32, de 20 de março de 2020;

II- Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19, publicado em 25/03/2020;



Prefeitura Municipal de Águas de Lindóia
Secretaria Municipal de Saúde

III- Orientações para o procedimento de emissão de Declarações de Óbitos frente à pandemia do COVID-19, de 20 de março de 2020;

IV- Orientações para o preenchimento da Declaração de Óbito, de 20 de março de 2020;

V- Orientações para casos de óbitos durante a Pandemia de COVID-19, de 26 de março de 2020;

VI- Questionário de Autópsia Verbal – Coordenadoria de Controle de Doenças CCD.

Art. 2º - Reforçar as orientações aos Médicos, quanto ao procedimento de emissão da Declaração de Óbito:

I- Não encaminhem casos ao SVO durante o período de pandemia do COVID-19;

II- Para casos confirmados de COVID-19, devem preencher a Declaração de Óbito como óbito bem definido;

III- Para casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave sem diagnóstico etiológico e casos suspeitos de COVID-19 com investigação em andamento, devem preencher a Declaração de Óbito como “Morte a Esclarecer – aguarda exames”;

IV- Para os demais casos, devem preencher a Declaração de Óbito como “Morte Indeterminada – aplicada autópsia verbal”, e preencher o questionário manualmente.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.


Dr. Maria Teresa Macedo de Avila Ferraz
Secretária Municipal de Saúde

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 simplificarmente 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 sãos, 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 Coronavírus – 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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CORONAVÍRUS COVID-19

Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19

Brasília/DF

Versão 1 - Publicada em 25/03/2020

DISQUE
SAÚDE
136

SUS+

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Análise em Saúde e
Vigilância de Doenças não Transmissíveis

Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19

Brasília/DF

Versão 1 • Publicada em 25/03/2020

CORONAVÍRUS COVID-19

2020 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

1ª edição - 2020 - versão 1 - publicada em 25/03/2020

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis

Coordenação-Geral de Informação e Análises Epidemiológicas

SRTVN Quadra 701, Via W 5 Norte, Lote D, Edifício PO 700, 6º andar

CEP: 70719-040 - Brasília/DF

Site: <http://www.saude.gov.br/svs>

Organização:

Ministério da Saúde:

Wanderson Kleber de Oliveira - GAB/SVS/MS

Eduardo Marques Macario - DASNT/SVS/MS

Giovanny Vinicius Araújo de França - CGIAE/DASNT/SVS/MS

Raquel Barbosa de Lima - CGIAE/DASNT/SVS/MS

Andréa de Paula Lobo - CGIAE/DASNT/SVS/MS

Adauto Martins Soares Filho - CGIAE/DASNT/SVS/MS

Natalia Bordin Barbieri - CGIAE/DASNT/SVS/MS

Yluska Myrna Meneses Brandão e Mendes - CGIAE/DASNT/SVS/MS

Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo - CGIAE/DASNT/SVS/MS

Goiás:

Adriana Helena de Matos Abe - Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Simone Resende de Carvalho - Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Jordana Oliveira Milanez - Secretaria municipal de Saúde de Goiânia, Goiás

Karen de Souza Mendonça Botelho - Secretaria municipal de Saúde de Anápolis, Goiás

Pernambuco:

Patrícia Ismael de Carvalho - Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

Cândida Correia de Barros Pereira - Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

Luciana Caroline de Albuquerque Bezerra - Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

Daniele Feitosa - Prefeitura da Cidade do Recife, Pernambuco

Tatiana Maciel - Prefeitura da Cidade do Recife, Pernambuco

Conceição Maria de Oliveira - Prefeitura da Cidade do Recife, Pernambuco

Juliana Orinã - Prefeitura da Cidade do Recife, Pernambuco

Joanna Freire - Prefeitura da Cidade do Recife, Pernambuco

São Paulo:

Catía Martinez Minto - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Simone Alves dos Santos - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Luiz Fernando Ferraz da Silva - Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da USP

Apoio e revisão:

Cristiane Martins de Souza - DASNT/SVS/MS

Naiane de Brito Francischetto - DASNT/SVS/MS

Produção e diagramação:

Nucom/GAB/SVS/MS

CORONAVÍRUS COVID-19

SUMÁRIO

1. OBJETIVO 5
2. CONSIDERAÇÕES GERAIS 5
3. MANEJO DE CORPOS NO CONTEXTO DA COVID-19 6
 - 3.1 OCORRÊNCIA HOSPITALAR 6
 - 3.2 OCORRÊNCIA DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA 8
 - 3.3 OCORRÊNCIA EM ESPAÇO PÚBLICO 9
 - 3.4 NO SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO 9
 - 3.4.1 Recomendações gerais para autópsia 10
 - 3.4.2 Equipamentos de proteção individual utilizados durante a autópsia 10
 - 3.4.3 Recomendações para coleta de tecidos e manipulação de amostra 11
 - 3.4.4 Descarte e limpeza do material utilizado durante a autópsia 11
4. CONFIRMAÇÃO E/OU DESCARTE DE CASOS PARA COVID-19 NO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA DO ÓBITO 12
5. EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO 12
6. INSTRUÇÕES AOS FAMILIARES E AMIGOS 14
- REFERÊNCIAS 15

1. OBJETIVO

Fornecer recomendações referentes ao manejo de corpos no contexto do novo coronavírus (COVID-19) e outras questões gerais acerca desses óbitos.

IMPORTANTE

Estas recomendações são preliminares e estão sujeitas à revisão mediante a publicação de novas evidências.

2. CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Em dezembro de 2019, em Wuhan, China, um novo coronavírus (SARS-COV-2) foi identificado como causa de doença respiratória aguda grave (COVID-19). Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surto como uma emergência de saúde pública de interesse internacional (ESPII) e, em março de 2020, com a disseminação do vírus em diferentes países, foi declarada a pandemia;
- As definições de caso suspeito e confirmado de COVID-19 adotadas pelo Ministério da Saúde estão disponíveis neste endereço eletrônico: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#casosuspeito>;
- A transmissão da COVID-19 se dá pelo contato pessoa-a-pessoa e por meio de fômites. Salientamos que o vírus SARS-COV-2 pode permanecer viável em superfícies ambientais por 24 horas ou mais;
- A transmissão de doenças infecciosas também pode ocorrer por meio do manejo de corpos, sobretudo em equipamentos de saúde. Isso é agravado por uma situação de ausência ou uso inadequado dos equipamentos de proteção individual (EPI). Nesse contexto, os profissionais envolvidos com os cuidados com o corpo ficam expostos ao risco de infecção;
- Os velórios e funerais de pacientes confirmados/suspeitos da COVID-19 NÃO são recomendados devido à aglomeração de pessoas em ambientes fechados. Nesse caso, o risco de transmissão também está associado ao contato entre familiares e amigos. Essa recomendação deverá ser observada durante os períodos com indicação de isolamento social e quarentena;
- A autópsia NÃO deve ser realizada e é desnecessária em caso de confirmação *ante-mortem* da COVID-19;
- Devido ao risco aumentado de complicações de piores prognósticos da COVID-19, recomenda-se que profissionais com idade igual ou acima de 60 anos, gestantes, lactantes, portadores de doenças crônicas, cardiopulmonares, oncológicas ou imunodeprimidos não sejam expostos às atividades relacionadas ao manejo de corpos de casos confirmados/suspeitos pela COVID-19;

- Considerando a possibilidade de monitoramento, recomenda-se que sejam registrados nomes, datas e atividades de todos os trabalhadores que participaram dos cuidados *post-mortem*, incluindo a limpeza do quarto/enfermaria;
- É necessário fornecer explicações adequadas aos familiares/responsáveis sobre os cuidados com o corpo do ente falecido.

IMPORTANTE

Recomenda-se que a comunicação do óbito seja realizada aos familiares, amigos e responsáveis, preferencialmente, por equipes da atenção psicossocial e/ou assistência social. Isso inclui o auxílio para a comunicação sobre os procedimentos referentes à despedida do ente.

3. MANEJO DE CORPOS NO CONTEXTO DA COVID-19

Como o SARS-COV2 é transmitido por contato, é fundamental que os profissionais sejam protegidos da exposição a sangue e fluidos corporais infectados, objetos ou outras superfícies ambientais contaminadas.

3.1 OCORRÊNCIA HOSPITALAR

Durante os cuidados com corpos de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, devem estar presentes no quarto ou qualquer outra área apenas os profissionais estritamente necessários (todos com EPI).

- Os EPIs recomendados para toda a equipe que maneja os corpos nessa etapa são:
 - Gorro;
 - Óculos de proteção ou protetor facial;
 - Avental impermeável de manga comprida;
 - Máscara cirúrgica;
 - » Se for necessário realizar procedimentos que geram aerossol, como extubação ou coleta de amostras respiratórias, usar N95, PFF2 ou equivalente.
 - Luvas;
 - » Usar luvas nitrílicas para o manuseio durante todo o procedimento.
 - Botas impermeáveis.
- Remover os tubos, drenos e cateteres do corpo com cuidado, devido a possibilidade de contato com os fluidos corporais. O descarte de todo o material e roupa deve ser feito imediatamente e em local adequado;

- Higienizar e tapar/bloquear os orifícios de drenagem de feridas e punção de cateter com cobertura impermeável;
- Limpar as secreções nos orifícios orais e nasais com compressas;
- Tapar/bloquear orifícios naturais (boca, nariz, ouvido, ânus) para evitar extravasamento de fluidos corporais;
- Limitar o reconhecimento do corpo a um único familiar/responsável.
 - Sugere-se que não haja contato direto entre o familiar/responsável e o corpo, mantendo uma distância de dois metros entre eles;
 - Quando houver necessidade de aproximação, o familiar/responsável deverá fazer uso de máscara cirúrgica, luvas e aventais de proteção;
 - Sugere-se, ainda, que, a depender da estrutura existente, o reconhecimento do corpo possa ser por meio de fotografias, evitando contato ou exposição.
- Durante a embalagem, que deve ocorrer no local de ocorrência do óbito, manipular o corpo o mínimo possível, evitando procedimentos que gerem gases ou extravasamento de fluidos corpóreos;
- Preferencialmente, identificar o corpo com nome, número do prontuário, número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), data de nascimento, nome da mãe e CPF, utilizando esparadrapo, com letras legíveis, fixado na região torácica;
- É essencial descrever no prontuário dados acerca de todos os sinais externos e marcas de nascença/tatuagens, órteses, próteses que possam identificar o corpo;
- NÃO é recomendado realizar tanatopraxia (formolização e embalsamamento);
- Quando possível, a embalagem do corpo deve seguir três camadas:
 - **1ª:** enrolar o corpo com lençóis;
 - **2ª:** colocar o corpo em saco impermeável próprio (esse deve impedir que haja vazamento de fluidos corpóreos);
 - **3ª:** colocar o corpo em um segundo saco (externo) e desinfetar com álcool a 70%, solução clorada 0,5% a 1% ou outro saneante regularizado pela Anvisa, compatível com o material do saco.
 - » Colocar etiqueta com identificação do falecido.
- Identificar o saco externo de transporte com informação relativa ao risco biológico: COVID-19, agente biológico classe de risco 3;
- Recomenda-se usar a maca de transporte do corpo apenas para esse fim. Em caso de reutilização de maca, deve-se desinfetá-la com álcool a 70%, solução clorada 0,5% a 1% ou outro saneante regularizado pela Anvisa;
- Na chegada ao necrotério, alocar o corpo em compartimento refrigerado e sinalizado como COVID-19, agente biológico classe de risco 3;

- O corpo deve ser acomodado em urna a ser lacrada antes da entrega aos familiares/responsáveis;
- Deve-se limpar a superfície da urna lacrada com solução clorada 0,5%;
- Após lacrada, a urna não deverá ser aberta;
- Os profissionais que atuam no transporte, guarda e alocação do corpo no caixão também devem adotar as medidas de precaução, aqui expostas, até o fechamento do caixão;
- O serviço funerário/transporte deve ser informado de que se trata de vítima de COVID-19, agente biológico classe de risco 3;
- Após a manipulação do corpo, retirar e descartar luvas, máscara, avental (se descartável) em lixo infectante;
- Higienizar as mãos antes e após o preparo do corpo, com água e sabão;
- Não é necessário veículo especial para transporte do corpo;
- Não há necessidade de uso de EPI por parte dos motoristas dos veículos que transportarão o caixão com o corpo. O mesmo se aplica aos familiares que acompanharão o traslado, considerando que eles não manusearão o corpo.
 - Caso o motorista venha a manusear o corpo, devem ser observados todos os cuidados apontados anteriormente.

IMPORTANTE

Nos procedimentos de limpeza recomenda-se NÃO utilizar ar comprimido ou água sob pressão, ou qualquer outro método que possa gerar respingos ou aerossóis.

3.2 OCORRÊNCIA DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA

- Os familiares/responsável ou gestão das instituições de longa permanência que reportarem o óbito deverão receber orientações para não manipularem os corpos e evitarem o contato direto;
- Imediatamente após a informação do óbito, em se tratando de caso suspeito de COVID-19, o médico atestante deve notificar a equipe de vigilância em saúde. Essa deverá proceder a investigação do caso:
 - Verificar a necessidade de coleta de amostras para o estabelecimento da causa do óbito (caso o paciente seja caso suspeito).
- A retirada do corpo deverá ser feita por equipe de saúde, observando as medidas de precaução individual, conforme descrito anteriormente;
- O corpo deverá ser envolto em lençóis e em bolsa plástica (essa bolsa deve impedir o vazamento de fluidos corpóreos);
- Os residentes com o falecido deverão receber orientações de desinfecção dos ambientes e objetos (uso de solução clorada 0,5% a 1%);

- O transporte do corpo até o necrotério deverá observar as medidas de precaução e ser realizado, preferencialmente, em carro mortuário/rabecão ou outros;
 - Após o transporte, o veículo deve ser sanitizado e desinfetado.
- No necrotério, as recomendações devem ser seguidas como as descritas para o manejo dos corpos de óbitos ocorridos em ambiente hospitalar.

3.3 OCORRÊNCIA EM ESPAÇO PÚBLICO

- As autoridades locais informadas deverão dar orientações para que ninguém realize manipulação/contato com os corpos;
- O manejo deverá seguir as recomendações referentes à ocorrência dos óbitos em domicílio.

IMPORTANTE

A elucidação dos casos de morte decorrentes de causas externas é de competência dos Institutos Médicos Legais (IML).

3.4 NO SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO

Recomenda-se que os serviços de saúde públicos e privados NÃO enviem casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 para o Serviço de Verificação de Óbito (SVO).

Caso a colheita de material biológico não tenha sido realizada em vida, deve-se proceder a coleta *post-mortem* no serviço de saúde, por meio de swab na cavidade nasal e de orofaringe, para posterior investigação pela equipe de vigilância local. É necessário que cada localidade defina um fluxo de coleta e processamento dessas amostras.

Diante da necessidade do envio de corpos ao SVO, deve ser realizada a comunicação prévia ao gestor do serviço para certificação de capacidade para o recebimento.

Os procedimentos de biossegurança no SVO, em caso suspeito de COVID-19, devem ser os mesmos adotados para quaisquer outras doenças infecciosas de biossegurança 3. Para isso, salientamos a observação das recomendações estabelecidas na NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020.

IMPORTANTE

As autópsias em cadáveres de pessoas que morrem com doenças causadas por patógenos das categorias de risco biológicos 2 ou 3 expõem a equipe a riscos adicionais. Por isso, devem ser evitadas.

3.4.1 Recomendações gerais para autópsia

- Havendo extrema necessidade de necropsia para casos suspeito de COVID-19, esse procedimento deve ser realizado em sala com adequado sistema de tratamento de ar;
 - Sala com sistema de tratamento de ar adequado inclui sistemas que mantêm pressão negativa em relação às áreas adjacentes e que fornecem um mínimo de seis trocas de ar (estruturas existentes) ou 12 trocas de ar (nova construção ou reforma) por hora. O ar ambiente deve sair diretamente para o exterior ou passar por um filtro HEPA. As portas da sala devem ser mantidas fechadas, exceto durante a entrada e saída.
- Limitar o número de pessoas que trabalham durante a necropsia. O ideal é ter apenas um técnico e um médico patologista;
- Preferir métodos manuais;
- Evitar que as secreções respinguem ou disseminem pelo ar. Isso é particularmente importante quando a serra é utilizada. Caso seja utilizada, conecte uma cobertura de vácuo para conter os aerossóis;
 - Preferir equipamentos que promovam menor lançamento de fragmentos teciduais, como alicates, por exemplo.
- Quando necessário, coletar tecidos por meio de técnica de autópsia minimamente invasiva. Esse método consiste em diagnóstico por imagem e intervenção percutânea – realiza-se punção na pele para o acesso aos órgãos internos e tecidos. Isso aumenta a segurança dos profissionais de saúde pela redução do contato com os corpos.

3.4.2 Equipamentos de proteção individual utilizados durante a autópsia

- Luvas cirúrgicas duplas interpostas com uma camada de luvas de malha sintética à prova de corte;
- Macacão usado sob um avental ou avental impermeável;
- Óculos ou escudo facial;
- Capas de sapatos ou botas impermeáveis;
- Máscaras N95 ou superior.
- Para os demais trabalhadores que manipulam corpos humanos, são recomendados os seguintes EPI:
 - Luvas não estéreis e nitrílicas ao manusear materiais potencialmente infecciosos;
 - Se houver risco de cortes, perfurações ou outros ferimentos na pele, usar luvas resistentes sob as luvas de nitrila.

IMPORTANTE

Coloque o equipamento de proteção individual na sala de antecâmara (antes de entrar na sala de autópsia).

3.4.3 Recomendações para coleta de tecidos e manipulação de amostra

- Usar cabines de segurança biológica para a manipulação e exame de amostras menores, sempre que possível;
- Proceder a análise em sala apropriada;
- Usar equipamentos de proteção individual:
 - Roupa cirúrgica;
 - Máscara cirúrgica ou respirador em partículas de AGP ou máscara N95;
 - Vestido/avental resistente a líquidos com mangas;
 - Luvas (luvas de autópsia ou dois pares);
 - Protetor facial (de preferência);
 - Botas impermeáveis.
- Higienizar as mãos antes e após o preparo e coleta das amostras.

3.4.4 Descarte e limpeza do material utilizado durante a autópsia

- Os EPIs devem ser removidos antes de sair do conjunto de autópsia e descartados, apropriadamente, como resíduos infectantes (RDC nº 222/2018).
- Resíduos perfurocortantes devem ser descartados em recipientes rígidos, à prova de perfuração e vazamento, e com o símbolo de resíduo infectante.
- Após remoção dos EPIs, sempre proceder à higienização das mãos.
- Artigos não descartáveis deverão ser encaminhados para limpeza e desinfecção/esterilização, conforme rotina do serviço e em conformidade com a normatização.
- As câmeras, telefones, computadores e outros itens que ficam na sala de necropsia devem ser tratados como artigos contaminados. Dessa forma, precisam de limpeza e desinfecção conforme recomendação do fabricante.
 - Caso seja possível, sugere-se que esses itens fiquem na antecâmara.
- Os materiais descartáveis devem ser dispensados em sacos amarelos e encaminhados para incineração.
- Todos os materiais utilizados em procedimentos que envolvam manipulação de tecidos e secreções de corpos de pessoas com COVID-19, suspeita ou confirmada, devem ser descartados.

- Além disso, deve ser procedido o gerenciamento de resíduos infectantes (grupo A1): segregação, coleta, transporte, tratamento e destino final.
- Os sistemas de tratamento de ar devem permanecer ligados enquanto é realizada a limpeza do local.

4. CONFIRMAÇÃO E/OU DESCARTE DE CASOS PARA COVID-19 NO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA DO ÓBITO

- Todo óbito confirmado para COVID-19 pelo SVO deve ser notificado imediatamente ao sistema de vigilância local;
- O sistema de vigilância epidemiológica local também deve tomar conhecimento quando a causa da morte for inconclusiva ou descartada para COVID-19.
- O transporte do corpo deve ser feito conforme procedimentos de rotina, com utilização de revestimentos impermeáveis para impedir o vazamento de líquido. O carro funerário deve ser submetido à limpeza e desinfecção de rotina após o transporte do corpo.

5. EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

A declaração de óbito (DO) deve ser emitida pelo médico assistente, em caso de morte ocorrida em hospitais e outras unidades de saúde ou em domicílio. Nos casos em que a causa do óbito tenha sido esclarecida no SVO, fica a cargo do médico patologista.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o uso do código de emergência U071, da 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), para o diagnóstico da doença respiratória aguda devido à COVID-19.

Porém, devido à ausência da categoria U07 nos volumes da CID-10 em uso no Brasil, bem como nos manuais e protocolos de codificação, esse código não está habilitado para inserção no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

A Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE/DASNT/SVS/MS), gestora do SIM em nível nacional, informa que o código B34.2 (Infecção por coronavírus de localização não especificada) da CID-10 deve ser utilizado para a notificação de todos os óbitos por COVID-19.

Para os óbitos ocorridos por doença respiratória aguda devido à COVID-19, deve ser utilizado também, como marcador, o código U04.9 (Síndrome Respiratória Aguda Grave – SARS).

Esta orientação será mantida até que as tabelas com os novos códigos definidos pela OMS sejam atualizadas nos sistemas de informação e que tenhamos a edição atualizada da CID-10, em língua portuguesa, que se encontra em fase de revisão.

CORONAVÍRUS COVID-19

Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19

SVS/MS • Versão 1 – março 2020

Exemplos do preenchimento do Bloco V da declaração de óbito:

Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL			
	37) A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 6 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		Ignorado <input type="checkbox"/> 9	
	38) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado		39) Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	40) CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existentes, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
a COVID-19			10 dias	B34.2
b Devido ou como consequência de:				
c Devido ou como consequência de:				
d Devido ou como consequência de:				
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				
Hipertensão Arterial Sistêmica			10 dias	I10
Diabetes Mellitus			7 dias	E14.9

Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL			
	37) A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 6 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		Ignorado <input type="checkbox"/> 9	
	38) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado		39) Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	40) CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existentes, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
a Doença respiratória aguda			4 dias	U04.9
b Devido ou como consequência de:				
c COVID-19			10 dias	B34.2
d Devido ou como consequência de:				
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica			10 anos	J44.9
Doença Cardíaca Hipertensiva			15 anos	I11.9

- A entrega da via amarela da DO aos familiares/responsáveis e os demais procedimentos administrativos realizados pelo serviço social ou setor correspondente do SVO deverão atender às normas de biossegurança, sendo elas:
 - Entrega dos documentos apenas a um familiar ou responsável, de forma rápida e sem contato físico;
 - Uso de salas arejadas, quando possível;
 - Disponibilização de álcool em gel a 70%, água, sabão e papel toalha para higienização das mãos de todos os frequentadores do ambiente;
 - O profissional que manuseará prontuários e laudos de necropsia deverá usar máscara e luvas.

6. INSTRUÇÕES AOS FAMILIARES E AMIGOS

- Os velórios e funerais de pacientes confirmados ou suspeitos da COVID-19 **NÃO** são recomendados durante os períodos de isolamento social e quarentena.
- Caso seja realizado, recomenda-se:
 - Manter a urna funerária fechada durante todo o velório e funeral, evitando qualquer contato (toque/beijo) com o corpo do falecido em qualquer momento *post-mortem*;
 - Disponibilizar **água, sabão, papel toalha e álcool em gel a 70% para higienização das mãos durante todo o velório**;
 - Disponibilizar a urna em local aberto ou ventilado;
 - Evitar, especialmente, a presença de pessoas que pertençam ao grupo de risco para agravamento da COVID-19: idade igual ou superior a 60 anos, gestantes, lactantes, portadores de doenças crônicas e imunodeprimidos;
 - Não permitir a presença de pessoas com sintomas respiratórios, observando a legislação referente a quarentena e internação compulsória no âmbito da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) pela COVID-19;
 - » Caso seja imprescindível, elas devem usar máscara cirúrgica comum, permanecer o mínimo possível no local e evitar o contato físico com os demais;
 - Não permitir a disponibilização de alimentos. Para bebidas, devem-se observar as medidas de não compartilhamento de copos;
- A cerimônia de sepultamento não deve contar com aglomerado de pessoas, respeitando a distância mínima de, pelo menos, dois metros entre elas, bem como outras medidas de isolamento social e de etiqueta respiratória;
 - Recomenda-se que o enterro ocorra com no máximo 10 pessoas, não pelo risco biológico do corpo, mas sim pela contraindicação de aglomerações.
- Os falecidos devido à COVID-19 podem ser enterrados ou cremados.

Para mais informações sobre a COVID-19, acesse o portal do Ministério da Saúde:

<https://coronavirus.saude.gov.br/>

Para dúvidas sobre este documento, favor entrar em contato pelo telefone:

(61) 3315-7701 ou pelo e-mail: dasnt@saude.gov.br

REFERÊNCIAS

BRASIL. Anvisa. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA-RDC da ANVISA Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018 que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Brasília: 2018. DOU nº 61, 29 de março de 2018. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC_222_2018_.pdf/c5d3081d-b331-4626-8448-c9aa426ec410

BRASIL. Anvisa. Resolução RDC nº 3, de 8 de julho de 2011. Dispõe sobre o Controle e Fiscalização Sanitária do Translado de Restos Mortais Humanos. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0033_08_07_2011.html

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA. Nota – Frente ao cenário de coronavírus, orientações aos médicos patologistas que fazem autópsias. São Paulo, 19 de março de 2020.

BRASIL. Anvisa. Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 04/2020 – Orientações para Serviços de Saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (sars-cov-2). (atualizada em 21/03/2020).

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485 de 11 de novembro de 2005 – Norma Regulamentadora 32 (NR 32) – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Brasília: 2005.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Controle Sanitário. BRASIL. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde. Manual de Biossegurança. Salvador. 2001.

Centers of Disease Control and Prevention – CDC Interim Guidance for Collection and Submission of Postmortem Specimens from Deceased Persons Under Investigation (PUI) for COVID-19. Fevereiro 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-postmortem-specimens.html>

National Institute Of Forensic Medicine Malaysia Interim Guidelines For Handling Dead Bodies Of Suspected/Probable/Confirmed 2019 Novel Coronavirus (2019-Ncov) Death. Disponível em: http://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/Garis%20Panduan/Pengurusan%20KESihatan%20&%20kawalan%20pykit/2019-ncOV/Bil%204%20%202020/Annex%20%20Guidelines%20Managing%20Dead%20Bodies_26022020.pdf

Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental – ABES. Recomendações para a gestão de resíduos em situação de pandemia por Coronavírus (COVID-19). Março de 2020.

Pan American Health Organization. Dead body in the context of the novel coronavirus (COVID-19).

World Health Organization. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected: interim guidance, 25 January 2020. Geneva: World Health Organization; 2020

Manejo de corpos no contexto
do novo coronavírus COVID-19

CORONAVÍRUS COVID-19

SVS/MS • Versão 1 - março 2020

Phan LT, Nguyen TV, Luong QC, Nguyen TV, Nguyen HT, Le HQ, et al. Importation and Human-to-Human Transmission of a Novel Coronavirus in Vietnam. *New England Journal of medicine*. 2020.

São Paulo. Informe técnico 55/2020 (17/03/2020). Biossegurança para manuseio de cadáveres suspeitos ou confirmados por COVID-19 – Serviços de verificação de óbito e Instituto Médico Legal.

www.saude.gov.br/svs

DISQUE
SAÚDE
136

SUS+

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS – CCD

**Orientações para o Procedimento Emissão de Declaração de Óbitos frente a
Pandemia do COVID-19, no Estado de São Paulo**

Considerando que:

- Estado de São Paulo representa neste momento o epicentro da doença COVID-19, em território nacional, estando ainda na fase logarítmica de disseminação com aumento diário significativo de novos casos;
- A Declaração de Óbito deverá ser preenchida pelo médico que assistiu ao paciente, seguindo as diretrizes dos artigos 21, 83 e 84 do Código de Ética Médica, do Conselho Federal de Medicina: Art. 21. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente. Art. 83. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal. Art. 84. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta/suspeita;
- Que as determinações da Organização Mundial de Saúde desaconselham a realização de autópsia para casos suspeitos e confirmados de COVID-19;
- Que, em situação de pandemia, quaisquer corpos podem ser considerados de risco para contaminação e difusão da doença;
- Que o exame por RT-PCR para COVID-19, tem sido utilizado para confirmação de casos.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo orienta:

- 1 – Casos confirmados de COVID-19 deverão ter a Declaração de Óbito (DO) preenchida como bem-definido seguindo as Orientações de Preenchimento da DO Anexo 1.
- 2 – Casos de síndrome respiratória aguda grave sem diagnóstico etiológico e casos suspeitos de COVID-19 com investigação em andamento devem colher swab nasal / orofaríngeo post-mortem (até 24 horas após o óbito) – Anexo 2 e preencher a Declaração de Óbito como “Morte a Esclarecer – aguarda exames”.
- 3 – Demais casos – Deve ter a Declaração de Óbito preenchida pelo médico que assistiu o paciente ou que constatou o óbito preencher como “Morte Indeterminada –



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS – CCD

aplicada autópsia verbal” e aplicar Questionário de Autópsia Verbal – Anexo 3. Disponível em: www.ccd.saude.sp.gov.br, deverá ser impresso e preenchido manual.

Os casos não devem ser encaminhados para autópsia nos SVOs durante o período de Pandemia de COVID-19.

O manejo do corpo de ser feito seguindo a resolução SS 28 de 25/02/2013 que “Aprova Norma Técnica que disciplina os serviços de necrotério, serviço de necropsia, serviço de somatoconservação de cadáveres, velório, cemitério e as atividades de exumação, cremação e transladação, e dá outras providências.” – Anexo 4, incluindo:

- Todos os profissionais envolvidos no manejo do corpo deverão utilizar os equipamentos de proteção individual descritos no item 6.24 da resolução acima.
- Adicionalmente, os corpos de casos descritos nos itens 1, 2 e 3 desta orientação, devem ser acondicionados em sacos impermeáveis próprios, de acordo com a política nacional de resíduos e desta forma colocado e mantidos na urna.
- Deve-se evitar ao máximo a manipulação do cadáver.

São Paulo, 20 de Março de 2020.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS – CCD
CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA À SAÚDE-CIVIS

Orientações para o Preenchimento da Declaração de Óbito

A Declaração de Óbito é o documento padrão, no território nacional, para registrar, atestar ou declarar um óbito. Utilizado também, como documento para base do cálculo das estatísticas vitais e epidemiológicas do Brasil.

Tem como finalidade: Documentar o desaparecimento de uma pessoa; Juridicamente para heranças, seguros, etc.; Na Saúde Pública para análises, planejamento e formação de políticas públicas.

Utiliza-se nas comparações fundamentais entre locais (cidades, estados, regiões, países), nas avaliações temporais e nas avaliações de eficácia (antes e depois de intervenção).

A padronização das causas de morte é fundamental, pois é acordada entre todos os países membros da OMS, e obedecem regras de codificação estabelecidas pela OMS. Para estatísticas de mortalidade pressupõem para cada óbito uma única causa. Quando duas ou mais causas de morte estiver relatada no atestado de óbito, aplica-se o regramento internacional a fim selecionar a causa básica do óbito estabelecido pela CID-10.

No Brasil temos técnicos formados para realizarem a seleção e codificação da causa básica da Declaração de óbito, a partir da descrição do médico.

Definições das Causas de morte: definição universal

- **Causas de morte:** doenças ou estados mórbidos ou lesões que produziram a morte ou contribuíram para ela, e as circunstâncias do acidente ou da violência que produziu estas lesões.
- **Causa básica de morte**
 - O óbito geralmente não é consequência de um evento único, mas de uma cadeia de eventos concatenados.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS – CCD
CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA À SAÚDE-CIVIS

- A causa básica é doença ou circunstância que iniciou a cadeia de eventos mórbidos que levou diretamente à morte
- **Causas intermediárias**
 - Estados mórbidos que produziram a causa terminal
- **Causa terminal**
 - Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte
- **Causas associadas (outras condições)**
 - Outras condições significativas que contribuíram para a morte e que não entraram, porém na sequência que determinou a morte. Registradas na Parte II do Bloco V da declaração de óbito.

Causa básica de morte

- **MORTE NATURAL:** doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte.
- **CAUSA EXTERNA:** as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

V Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL			ASSISTÊNCIA MÉDICA			DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:		
	37 A morte ocorreu			38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?			39 Necropsia?		
	1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento			9 Ignorado			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
	2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos			9			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
	5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação			9			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
49 CAUSAS DA MORTE									
PARTE I									
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.									
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA									
a causa imediata ou terminal									
Devido ou como consequência de:									
b causa intermediária									
Devido ou como consequência de:									
c causa intermediária									
Devido ou como consequência de:									
d CAUSA BÁSICA DA MORTE									
PARTE II									
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.									
Doença associadas (Comorbidade)									



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS – CCD
CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA À SAÚDE-CIVIS

Regras de preenchimento das causas de morte

- Registrar apenas uma doença, alteração ou lesão em cada linha.
- Para cada causa registrada, indicar, na casela à direita, o tempo aproximado entre o início da doença e a morte (em horas, dias, meses ou anos). Se este tempo for desconhecido, preencher “desconhecido”.
- Não colocar siglas: IAM, FA, IRC, BAV, etc.

Atenção:

1. CID - Não preencher, espaço destinado aos codificadores dos serviços de estatística dos municípios.
2. O médico é responsável não só por atestar as causas de óbito, mas pelo preenchimento e assinatura de toda a DO.

Orientações da CID – 10 para COVID-19

Nota Técnica do MS:

A OMS recomenda o uso do código de emergência da CID-10 **U07.1** para o diagnóstico da Doença respiratória aguda devido ao COVID-19. Porém, devido à ausência da categoria **U07** no SIM, na Classificação, nos volumes da CID-10 em português, bem como nos manuais e protocolos de codificação, esse código não está habilitado para inserção no Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM.

A Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas-CGIAE, gestora nacional do SIM, informa que o código da CID-10 **B34.2** (Infecção por coronavírus de localização não especificada) deve ser utilizado para a notificação de Coronavírus no âmbito do SIM. Para os óbitos ocorridos por **Doença respiratória aguda devido ao COVID-19** deve ser utilizado também, como marcador, o código **U04.9** (Síndrome Respiratória Aguda Grave –SARS). Esta orientação será mantida até que as tabelas com os novos códigos definidos pela OMS sejam atualizadas nos sistemas de informação e que tenhamos a edição atualizada da publicação da 10ª Classificação Internacional de Doenças, em língua portuguesa que, no momento, encontra-se em fase de revisão.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS – CCD
 CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA À SAÚDE-CIVIS

Todos os óbitos **confirmados por COVID-19** deverão ser classificados com o **CID - B34.2** (Infecção por Coronavírus de localização não especificada).

No caso de óbito confirmado que o médico mencionar na Declaração de Óbito “Síndrome Respiratória Aguda Grave – SARS”, ou “Doença Respiratória Aguda” devido ao COVID-19, deverá ser classificado com o CID - **U04.9**.

OBS: O CID - U07.1 , é um código que não esta habilitado no Brasil para inserção no Sistema de Informação sobre Mortalidade- SIM.

Recomenda-se que o médico descreva claramente a sequencia de diagnósticos corretamente no Bloco V da Declaração de Óbito.

Exemplos do Preenchimento do Bloco V da Declaração de Óbito:

Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		
	37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		ASSISTÊNCIA MÉDICA 38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? Ignorado <input type="checkbox"/> 9 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: 39 Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID
	a	COVID - 19	10 dias B34.2
	b	Devido ou como consequência de:	
	c	Devido ou como consequência de:	
	d	Devido ou como consequência de:	
		Hipertensão Arterial Sistêmica	10 anos I10
		Diabetes Mellitus	7 anos E14.9

Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		
	37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		ASSISTÊNCIA MÉDICA 38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? Ignorado <input type="checkbox"/> 9 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: 39 Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID
	a	Doença respiratória aguda	4 dias U04.9
	b	COVID - 19	10 dias B34.2
	c	Devido ou como consequência de:	
	d	Devido ou como consequência de:	
		Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	10 anos J44.9
		Doença Cardíaca Hipertensiva	15 anos I11.9



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS – CCD
CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA À SAÚDE-CIVIS

Devido a muitos óbitos ocorrerem em população acima de 60 anos (população de risco) e em portadores de doenças crônicas, orientamos que estas doenças sejam mencionadas na Parte II do Bloco V da Declaração de Óbito. Este dado é muito importante para análise epidemiológica e planejamento para elaboração de políticas públicas.

São Paulo, 20 de Março de 2020.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

Orientações para casos de óbitos durante a Pandemia de COVID-19

Webconferência – 26 de março de 2020





Tópicos Principais

Durante o período de Pandemia de COVID-19, casos de morte natural não devem ser submetidos à autópsia, Decreto 64.880 e Res. SS-32 de 20/março/2020

- Frente a isto:
 - Quem fornecerá a D.O. em casos hospitalares, domiciliares e outros
 - Orientações para o preenchimento da D.O.
 - Orientações para procedimentos diagnósticos adicionais
 - Coleta de material biológico
 - Realização da autópsia verbal
 - Orientações para manejo dos cadáveres no preparo e transporte
 - Fluxo final dos casos





Secretaria da Saúde

Quem fornecerá a D.O.

- Óbitos Hospitalares → Médico que atendeu o paciente ou o plantonista
 - Mesmo com curto período de internação!
- Óbitos Domiciliares → Médico que constatou o óbito na residência
 - Médico particular, SAMU, Resgate, Corpo de Bombeiros, etc. (Recomenda-se organização no âmbito do município)
- Óbitos em Instituições de Moradia → Médico responsável pela instituição
 - ILPI, Casas de Repouso, Asilos e outras instituições de interesse da saúde
- Óbitos em Espaço Público e Albergues → Avaliação da possibilidade de causas externas
 - Se morte natural → Médico que constatou o óbito (Médico indicado pelo município ou SAMU, Resgate)
 - Se sinais de morte violenta ou morte suspeita → IML
- Durante o período de Pandemia de COVID-19, casos de morte natural não devem ser submetidos à autópsia.





Orientações para o preenchimento da D.O.

Secretaria da Saúde

- Casos **CONFIRMADOS** de COVID-19
 - ✓ Preenchimento da D.O. como óbito BEM DEFINIDO
 - ✓ Sempre incluir as comorbidades na PARTE II do Bloco V !!!

V Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL <input checked="" type="checkbox"/> A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Não gravidez <input type="checkbox"/> Não abortamentos <input type="checkbox"/> Não parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nenhum parto		ASSISTÊNCIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: <input type="checkbox"/> Necropsia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
	CAUSAS DA MORTE PARTE I Dança ou estado interdiado que causou diretamente a morte.		ANOTE SEMPRE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, lesões, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte: 10 dias C.D. B34.2	
	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, a que não estejam, porém, no campo acima.		Devido ou como consequência de: Hipertensão Arterial Sistêmica 10 anos I10 Diabetes Mellitus 7 anos E14.9	

V Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL <input checked="" type="checkbox"/> A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Não gravidez <input type="checkbox"/> Não abortamentos <input type="checkbox"/> Não parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nenhum parto		ASSISTÊNCIA MÉDICA <input type="checkbox"/> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: <input type="checkbox"/> Necropsia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
	CAUSAS DA MORTE PARTE I Dança ou estado interdiado que causou diretamente a morte.		ANOTE SEMPRE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, lesões, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte: 4 dias C.D. U04.9	
	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, a que não estejam, porém, no campo acima.		Devido ou como consequência de: Doença respiratória aguda 10 dias B34.2 COVID-19 10 dias B34.2 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica 10 anos J44.9 Doença Cardíaca Hipertensiva 15 anos I11.9	





Orientações para o preenchimento da D.O.

Secretaria da Saúde

- Casos **SUSPEITOS** de COVID-19
 - Casos com síndrome respiratória aguda grave sem diagnóstico etiológico
 - Qualquer caso suspeito de COVID-19 sem confirmação
- Check-List
 - ✓ Checar se há exame de COVID-19 em andamento
 - ✓ Se não houver: Coletar SWAB nasal/orofaríngeo post-mortem (até 24 horas)
 - ✓ Preencher a D.O. com as informações coletadas do quadro sintromico da anamnese ou da autopsia verbal e escrever "Aguarda exames"
 - ✓ Sempre incluir as comorbidades na PARTE II do Bloco V !!!

V Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL <input checked="" type="checkbox"/> A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 42 dias a 7 anos após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> Ignorado	ASSISTÊNCIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: <input type="checkbox"/> Necropsia? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
	CAUSAS DA MORTE Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA.		
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existentes, que produziram a doença ou estado mórbido, mencionando-os em ordem hierárquica de importância.	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID		
	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não estejam, porém, no mesmo eixo.	Devido ou como consequência de:		
	Insuficiência respiratória a esclarecer			
	Aguardando exames laboratoriais Swab Naso/Orofaringea			
	Diabetes Mellitus II			
	Hipertensão Arterial			





Secretaria de Saúde

Orientações para o preenchimento da D.O.

- **DEMAIS** Casos

- Na atual situação estes casos são potenciais portadores assintomáticos
- Estes casos também **não devem** ser submetidos à autópsia
- Duas Situações Específicas:
 - 1 – As informações do prontuário médico e/ou as informações fornecidas por familiares possibilitam minimamente a identificação da causa de óbito – ainda que sintomático
 - 2 – Quando as informações do prontuário e da família, não permitirem minimamente a definição de causa de óbito.





Orientações para o preenchimento da D.O.

- **DEMAIS** Casos – Situação 1
 - As informações do prontuário médico e/ou as informações fornecidas por familiares possibilitam minimamente a identificação da causa de óbito – ainda que sindrômico
- Check-List
 - ✓ Preenchimento da D.O. como óbito BEM DEFINIDO com as melhores informações POSSÍVEIS!
 - ✓ Sempre incluir as comorbidades na PARTE II do Bloco V !!!

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
37 A morte ocorreu: 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado 9 <input type="checkbox"/>		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39 Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
V Condições e causas do óbito	40 CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	a causa imediata ou terminal	
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	b causa intermediária	
		c causa intermediária	
		d CAUSA BÁSICA DA MORTE	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.	Doença associadas (Comorbidade)		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID





Orientações para o preenchimento da D.O.

Secretaria da Saúde

- **DEMAIS** Casos – Situação 2
 - Quando as informações do prontuário e da família, não permitirem minimamente a definição de causa de óbito.
- Check-List
 - ✓ Aplicar o questionário de autópsia verbal em formulário impresso (Manual)
 - ✓ Preencher a D.O. com as informações coletadas do quadro sintromico da anamnese e da autópsia verbal e, escrever “aplicado autópsia verbal”
 - ✓ Sempre incluir as comorbidades na PARTE II do Bloco V !!!

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
<input checked="" type="checkbox"/> A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> AM 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		<input checked="" type="checkbox"/> Recebeu assistência médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Não recebeu? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
V Condições e causas do óbito	CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		
	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	a	Insuficiência Respiratória a esclarecer	
	b	Devido ou como consequência de: Aplicada autópsia verbal	
	c	Devido ou como consequência de:	
d	Devido ou como consequência de:		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID
	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	4 anos	
	Doença Cardíaca Hipertensiva	10 anos	





Secretaria de Saúde

O que acontecerá na prática?

- Casos com as informações coletadas do quadro sindrômico na autópsia verbal e os casos de aguardando exames, serão posteriormente concluídos pelas SMS e pela SES através de:
 - ✓ Resultados dos Exames Coletados
 - ✓ Autópsia Verbal
- O CREMESP está de acordo com a Resolução SS-32 da Secretaria de Saúde, e determinou que não há infração ao Código de Ética Médica por seguir este procedimento no momento da Pandemia.
- Casos em que há suspeita de morte violenta/causas externas como causa de óbito deverão ser encaminhados ao IML (Instituto Médico Legal) conf. Resolução da SSP.





Orientações Procedimentos diagnósticos adicionais.

- Coleta de SWAB Naso/Orofaríngeo
 - Seguir orientações SES-IAL de 26/02/2020.
 - Utilizar EPIs (Avental impermeável, luva descartável, óculos, máscara N95)
 - Identificar os tubos com nome legível do paciente
 - Incluir idade, sexo, procedência, data de início dos sintomas e data da coleta de amostras

As amostras de casos suspeitos de COVID-19 devem ser acompanhadas da Ficha de Notificação para casos suspeitos (REDCap) e cadastradas no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL). Orientação para cadastro no GAL:

- **Finalidade:** Investigação **Descrição:** COVID-19
- **Agravo/doença:** COVID-19
- **Nova pesquisa:** COVID-19

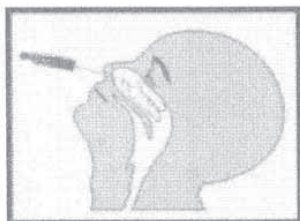


Orientações Procedimentos diagnósticos adicionais.

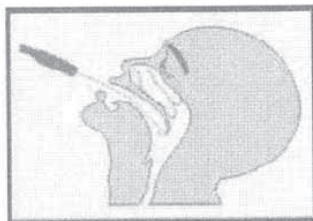
• Coleta de SWAB Naso/Orofaringeo

Introduzir o *swab* pela narina até a nasofaringe realizar movimentos rotatórios para captação de células da nasofaringe, e absorção da secreção respiratória. Realizar o mesmo procedimento em ambas as narinas (Figura 1A);

O terceiro *swab* será utilizado na coleta de secreção respiratória da parte posterior da orofaringe evitando contato com a língua para minimizar contaminação (Figura 1B);



A – Swab nasal.



B – Swab oral.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Guia para a Rede Laboratorial de Vigilância de Influenza no Brasil. 2016.
Figura 1: Técnica para a coleta de *swab* combinado.

IMPORTANTE: Os três *swabs* **DEVERÃO** ser acondicionados em um único tubo de rosca estéril tipo Falcon, contendo três mL de soro fisiológico estéril e transportados na posição vertical para garantir que o *swab* fique imerso na solução fisiológica.

Enviar imediatamente o material até o Laboratório acondicionado em gelo ou gelox. Frente à impossibilidade desta logística poderão ser armazenadas até 72 horas de (+)4 a (+)8°C. Encaminhar



Secretaria de Saúde

Orientações Procedimentos diagnósticos adicionais.

- Aplicação da autópsia verbal
 - Aplicada no hospital ou na residência pelo médico ou equipe de saúde, junto a família ou responsável
 - O médico poderá utilizar estas informações para auxiliar na identificação da causa de óbito
- Formulário
 - O formulário deverá ser digitalizado / fotografado
 - Encaminhado para o e-mail autopsiaverbal@saude.sp.gov.br com o Número da Declaração de Óbito (DO) no campo Assunto e o arquivo deve ser nominado com as iniciais do paciente, número da DO, e município da ocorrência. EX: **IAMS, DO- 35353535-0, Barueri**
 - Formulário disponível no site: www.ccd.saude.sp.gov.br





Saúde

Orientações para Manejo dos Corpos

- Uso de Equipamentos de Proteção Individual (máscara N95, PFF-2 ou equivalente para situações que produzam aerossol – extubação, coleta de amostras, etc.)
- Remover tubos, drenos e cateteres e descartar adequadamente
- Limpar as secreções nos orifícios nasais e orais com compressas
- Tamponar orifícios naturais e fazer curativos impermeáveis em soluções de continuidade
- Alocar o corpo em compartimento refrigerado





Diretoria de Saúde

Orientações para Manejo dos Corpos

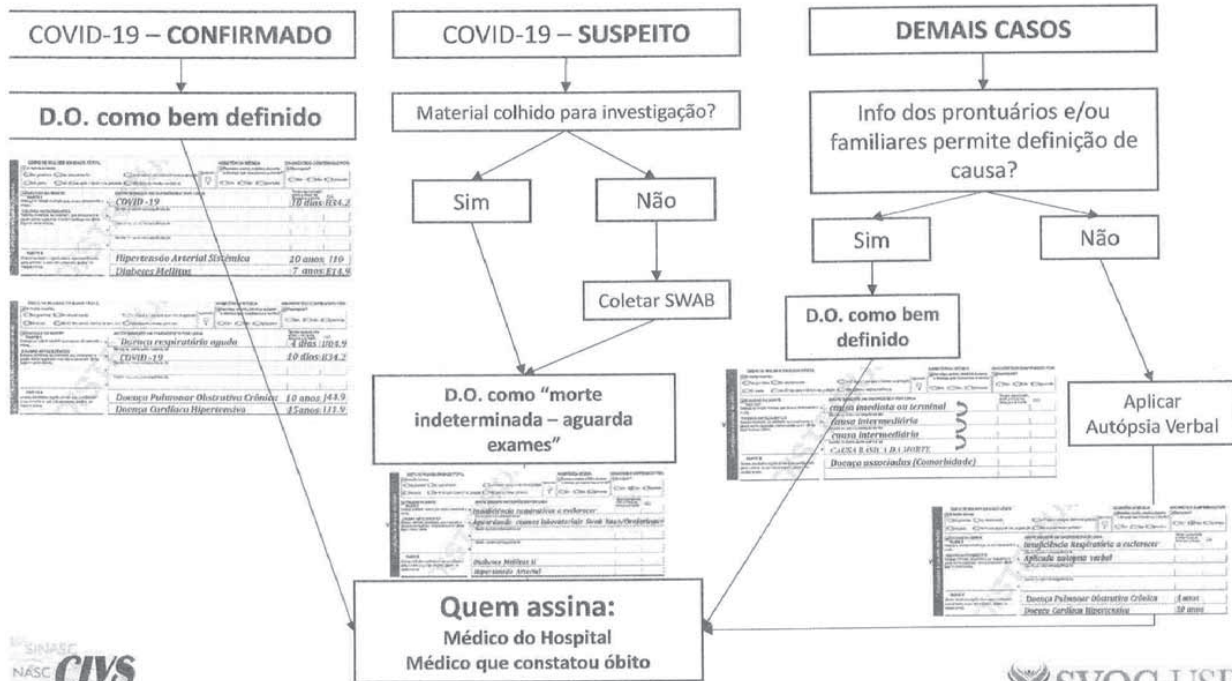
- Embalar o corpo em saco impermeável próprio
- Limpar o saco com álcool 70%, solução clorada 0,5% a 1%
- Identificar o saco com informação de risco biológico – COVID-19 / Risco 3
- Limpar posteriormente a maca da mesma forma que o saco
- Acomodar o corpo em urna lacrada (para casos positivos e suspeitos)
- Limpar a urna com hipoclorito de sódio 0,5%
- Informar a funerária para que esta mantenha os mesmos cuidados com colaboradores.
- Não é necessário veículo especial





Fluxo dos Casos

Durante o período de Pandemia de COVID-19, casos de morte natural não devem ser submetidos à autópsia.





Secretaria de Saúde

Alguns Exemplos dos Casos

Mulher de 56 anos, com história de coração grande. A família refere que a paciente é hipertensa a aproximadamente a 4 anos e tomava furosemida. Nega diabetes ou doenças respiratórias. A paciente sentiu falta de ar nas ultimas horas, sem febre, sem sintomas gripais. A observação do corpo mostra edema de membros inferiores.

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	
17 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 2 <input type="checkbox"/> No abortamento 3 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 4 <input type="checkbox"/> Ignorado 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 5 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		18 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado		19 Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	
V Condições e causas do óbito	10 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID		
	a	Insuficiência Cardíaca Descompensada			
	b	Devido ou como consequência de: Miocardiopatia Hipertensiva			
c	Devido ou como consequência de: Hipertensão Arterial		4 anos		
d	Devido ou como consequência de:				
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia causal.					





Secretaria da Saúde

Alguns Exemplos dos Casos

Homem de 82 anos, hipertenso, diabético. A família refere que tinha câncer estomago. O paciente morreu dormindo segundo a família. Não relatado febre ou sintomas gripais. A observação do corpo mostra caquexia sem outros sinais

V Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	
	37) A morte ocorreu		38) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?		39) Necropsia?	
	1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 6 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		5 <input type="checkbox"/> Ignorado			
CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA				
PARTE I		Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.				
		a Neoplasia Maligna de Estomago				
CAUSAS ANTECEDENTES		Devido ou como consequência de:				
Estados mórbidos, se existirem, que produzem o caso acima registrado, mencionando-se em último lugar a causa básica.		b				
		Devido ou como consequência de:				
		c				
		Devido ou como consequência de:				
		d				
PARTE II		Outras condições significativas que contribuem para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				
		e Diabetes Mellitus II Hipertensão Arterial				
		f Hipertensão Arterial				





Secretaria de Saúde

Alguns Exemplos dos Casos

Paciente de 42 anos, sem comorbidades. Com história de quadro gripal e falta de ar nos últimos 3 dias e febre baixa. A família não soube informar como ocorreu o óbito. Não fez nenhum exame.

CASO SUSPEITO: COLETAR SWAB NASO/OROFARÍNGEO

Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL <input checked="" type="checkbox"/> A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação		ASSISTÊNCIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: <input checked="" type="checkbox"/> Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	CAUSAS DA MORTE Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA Devido ou como consequência de: a <u>Insuficiência respiratória a esclarecer</u> b <u>Aguardando exames laboratoriais Swab Naso/Orofaringeo</u> c _____ d _____			
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.						





Secretaria da Saúde

Alguns Exemplos dos Casos

Paciente de 65 anos, tabagista com história de DPOC veio encaminhado do hospital onde foi admitido com febre e dispneia. O quadro progrediu com insuficiência respiratória aguda e óbito.

CASO SUSPEITO: COLETAR SWAB NASO/OROFARÍNGEO

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	
37) A morte ocorreu: 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 2 <input type="checkbox"/> No abortamento 3 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/>		38) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	39) Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	
2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 5 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
Condições e causas do óbito.	40) CAUSAS DA MORTE Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
	PARTE I CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			
	a	Insuficiência Respiratória a esclarecer		
	b	Devido ou como consequência de: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica		
	c	Devido ou como consequência de: Aguardando exames laboratoriais Swab Naso/Orofaríngeo		
d	Devido ou como consequência de: Tabagista			





MATERIAL DE APOIO

Disponível em:

www.ccd.saude.sp.gov.br

- Para auxiliar no preenchimento da Declaração de Óbito o MS disponibiliza um aplicativo para celulares tanto para Android como para iOS:

“ atestaDO”





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS – CCD

QUESTIONÁRIO DE AUTÓPSIA VERBAL

Data do Óbito / / N° da Declaração de Óbito /

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 de nascimento 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

1.1a-Asma 1.1c-Câncer, qual _____ 1.1d-Tuberculose 1.1g-Diabetes
 1.1h-Epilepsia 1.1i-Problema cardíaco 1.1l-Derrame cerebral (AVC) 1.1m-Doença Pulmonar Crônica, qual _____
 1.1n-HIV/AIDS 1.1o-DEMÊNCIA 1.1p-Hipertensão arterial 1.1q-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? 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

2.8 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 escoa 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="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 checked="" 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meses	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe						
2.59	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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dias	<input type="checkbox"/>	meses	<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						
268a	O falecido tinha fígado aumentado?	<input type="checkbox"/>	sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/>	<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)	<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? sim 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.
 recusou-se a dizer não sabe

6.7 Anote a data do último exame/atendimento
 recusou-se a dizer não sabe

6.7a Onde o falecido morreu? Hospital Outro estabelecimento de saúde A caminho do hospital / outro estabelecimento de saúde
 Em casa Outro. Especifique: recusou-se a dizer não sabe

6.9 A declaração de óbito (DO) ou certidão de óbito foi emitida? sim não recusou-se a dizer não sabe

6.10 A entrevista foi interrompida durante as questões fechadas? sim 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	7.11 <input type="checkbox"/> Suicídio	7.16 <input type="checkbox"/> Dengue
7.2 <input type="checkbox"/> Diálise	7.7 <input type="checkbox"/> Falência do fígado	7.12 <input type="checkbox"/> Infecção de urina	7.17 <input type="checkbox"/> Alcoolismo
7.3 <input type="checkbox"/> Febre	7.8 <input type="checkbox"/> Malária	7.13 <input type="checkbox"/> Doença de Chagas	7.18 <input type="checkbox"/> Doença mental
7.4 <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco (IAM)	7.9 <input type="checkbox"/> Pneumonia	7.14 <input type="checkbox"/> Demência	7.19 <input type="checkbox"/> Barbeiro
7.5 <input type="checkbox"/> Problemas do coração	7.10 <input type="checkbox"/> Falência renal (rim)	7.15 <input type="checkbox"/> Problemas de cabeça por causa do alcoolismo	

OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR

Use o verso da folha se necessário.

7.20 A entrevista foi interrompida durante as questões abertas? sim não Por quanto tempo foi interrompida? minutos

7.21 Data e hora do final da entrevista Data Hora