

**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	<input type="text"/>	Hora de início da entrevista	<input type="text"/>		
B	Relação do respondente com o falecido	<input type="checkbox"/> Pais	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Irmão(ã)	<input type="checkbox"/> Esposo(a)	<input type="checkbox"/> Outro: Especifique: _____

**IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO**

C	Qual o nome completo do falecido?					
D	Qual o sexo do falecido?	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino			
E	Data de nascimento	<input type="text"/>	Qual era idade do (nome_falecido)?	<input type="text"/> anos	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe
G	Hora do óbito	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	H Intervalo post-mortem (IPM)	<input type="text"/>

**DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS ANTECEDENTES**

1.1 Algum profissional de saúde alguma vez comentou que o falecido sofreu ou tinha algum dos problemas abaixo?  
 Para cada opção marque: 1 - SIM; 0-NÃO; 98- RECUSOU-SE A DIZER; 99-NÃO SABE

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

**SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU À MORTE**

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

2.33	Por quanto tempo teve tosse?	<input type="text"/>	dias ou	<input type="text"/>	meses	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe						
2.34	A tosse tinha catarro?	<input type="text"/>	sim	<input type="text"/>	não	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe						
2.35	A tosse tinha sangue?	<input type="text"/>	sim	<input type="text"/>	não	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe						
2.36	O falecido teve dificuldade para respirar, falta de ar?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input checked="" type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input checked="" 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"/>	la e vinha	<input checked="" type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input checked="" type="checkbox"/>	não sabe						
2.43	O falecido teve dor no peito no mês anterior à morte?	<input type="text"/>	sim	<input type="text"/>	não	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe						
2.44	Quanto tempo a dor durou?	<input type="text"/>	Menos de 30 minutos	<input type="text"/>	De 30 minutos a 24 horas	<input type="text"/>	Mais de 24 horas	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe				
2.47	O falecido teve diarreia ou fezes mais líquidas que o usual?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input checked="" type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input checked="" type="checkbox"/>	não sabe						
2.50	Tinha sangue nas fezes?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input checked="" type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input checked="" type="checkbox"/>	não sabe						
2.51	Esse sangramento nas fezes durou até o dia que morreu?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input checked="" type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input checked="" type="checkbox"/>	não sabe						
2.52	O falecido parou de urinar?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input checked="" type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input checked="" type="checkbox"/>	não sabe						
2.53	O falecido estava vomitando na semana antes do óbito?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input checked="" type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input checked="" type="checkbox"/>	não sabe						
2.55	Havia sangue no vômito?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input checked="" type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input checked="" type="checkbox"/>	não sabe						
2.56	O vômito era cor de café?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input checked="" type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input checked="" type="checkbox"/>	não sabe						
2.57	O falecido teve dificuldade ao engolir?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input checked="" type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input checked="" type="checkbox"/>	não sabe						
2.58	Por quanto tempo antes do óbito teve dificuldades para engolir?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias	<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe				
2.59	A dificuldade de engolir era com alimentos sólidos, líquidos ou ambos?	<input checked="" type="checkbox"/>	líquidos	<input checked="" type="checkbox"/>	sólidos	<input checked="" type="checkbox"/>	ambos	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe				
2.60	O falecido tinha dor ao alimentar ou beber líquidos?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe						
260a	O falecido teve caroço, inchaço ou nódulo dentro da boca/língua/bochecha/gengiva?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim, por quanto tempo?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe					
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses	<input type="text"/>	<input type="text"/>	anos	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe		
2.61	O falecido teve dor na barriga?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe						
2.62	Por quanto tempo antes do óbito teve dor na barriga?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	horas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias	<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe	
2.63	A dor era embaixo ou em cima na barriga?	<input checked="" type="checkbox"/>	Embaixo na barriga	<input type="checkbox"/>	Em cima na barriga	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe						
2.64	O falecido teve barriga inchada ou saliente mais que o usual?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe						
2.66	Quão rapidamente o falecido desenvolveu essa barriga saliente/inchada?	<input checked="" type="checkbox"/>	rapidamente	<input checked="" type="checkbox"/>	lentamente	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe						
2.67	O falecido teve uma massa/caroço na barriga?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe						
2.68	Por quanto tempo antes do óbito teve massa/caroço na barriga?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias ou	<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe				
268a	O falecido tinha fígado aumentado?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim, por quanto tempo?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias ou	<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe
2.71a	O falecido teve dores de cabeça ou dor atrás dos olhos na semana anterior ao óbito?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe						
2.71b	O falecido teve fortes dores musculares ou nas articulações na semana anterior ao óbito?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe						
2.72	O falecido teve o pescoço endurecido?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe						
2.73	Por quanto tempo antes do óbito teve pescoço endurecido?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias ou	<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe				
2.74	Em algum momento o falecido chegou a ficar inconsciente (desacordado)?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe						
2.75	A perda de consciência começou de forma rápida ou lenta?	<input checked="" type="checkbox"/>	rapidamente	<input checked="" type="checkbox"/>	lentamente	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe						
2.77	Ficou inconsciente até o óbito?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input type="text"/>	recusou-se a dizer	<input type="text"/>	não sabe						

2.82	O falecido teve convulsões (ataque/epilepsia)? (demonstre)	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe								
2.83	Por quanto tempo antes do óbito teve convulsões?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	minutos ou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	horas	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe						
2.84	O falecido ficava inconsciente imediatamente após as convulsões?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe								
2.85	O falecido teve paralisia em alguma parte do corpo?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe								
2.87	Qual extremidade ou outra parte do corpo ficou paralisada?(Leia a lista em 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anos	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe
288b	O falecido teve perda de memória que interferia nas atividades de vida diária?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe								

### PERGUNTAS PARA AS MULHERES

3.1	A falecida teve inchaço ou nódulo na mama?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
3.2	A falecida teve ferida (úlcer) na mama?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
3.3a	A falecida menstruava?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
3.3	A falecida parou de menstruar devido a menopausa?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
3.4	Após parar de menstruar na menopausa a falecida teve algum sangramento vaginal?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
3.5	Se não estava na menopausa, a falecida sangrava entre os períodos menstruais?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
3.6	Teve sangramento vaginal muito forte (excessivo) na semana antes do óbito?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
3.7	No momento do óbito, a menstruação estava atrasada?	<input type="checkbox"/>	sim, por quantas semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	semanas	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe
3.9	A falecida teve uma dor forte na barriga pouco tempo antes de morrer?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				

### TABACO E BEBIDA ALCOÓLICA

4.1	O falecido era fumante?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe							
4.2	Se sim, fumava o que?	<input type="checkbox"/>	Cigarros	<input type="checkbox"/>	Cachimbo	<input type="checkbox"/>	Fumo de mascar	<input type="checkbox"/>	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	número por dia	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe						
4.5a	Em alguma época da vida teve o hábito de fumar, ou seja, era ex-fumante?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe							
4.6a	Se sim, há quanto tempo o falecido havia parado de fumar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meses	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
4.6b	Se sim, quantos cigarros/outra tipo fumava por dia nessa época?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	número por dia	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe						
4.7a	Tomava bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/>	sim, há quanto tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meses ou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	Líder religioso	<input type="checkbox"/>	Médico particular				
<input type="checkbox"/>	Agente comunitário de saúde	<input type="checkbox"/>	Parente ou amigo (fora do domicílio)	<input type="checkbox"/>	Curandeiro	<input type="checkbox"/>	Homeopata		
<input type="checkbox"/>	Unidade ou Centro de saúde ou PSF	<input type="checkbox"/>	Hospital público	<input type="checkbox"/>	Parteira treinada	<input type="checkbox"/>	Hospital privado		
<input type="checkbox"/>	Farmácia, farmacêutico, loja, mercado	<input type="checkbox"/>	Outro tipo de assistência. Especifique: _____	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe		

