

Nº 05/2020

# ARAPIRACA CONTRA O CORONAVÍRUS

## Nota Técnica

### Fluxo do corpo após a morte: providências diante da Pandemia por COVID-19 no município de Arapiraca

16 de maio de 2020

**Nota Técnica N° 05/2020**

16 de maio de 2020

Considerando a Resolução do CFM nº 1.671/03 Publicada de 29 julho 2003 que dispõe sobre regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências;

Considerando Resolução CFM nº 1.672/2003 que dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências;

Considerando a Portaria Conjunta nº 01 de 14 de setembro de 2015, da Secretaria do Estado de de Alagoas, entre secretários de estado da saúde e da segurança pública;

Considerando a nota informativa N° 31/2020 CGURG/DAHU/SAES/MS: Diretrizes de manejo no contexto de corpos da Covid-19 e implicações para os Serviços de SAMU-192;

Considerando Nota técnica nº01/2020 do SVO, para médicos e gestores de unidades assistenciais de saúde dos municípios do Estado de Alagoas e da Secretarias de Saúde dos Estado de Alagoas, atualizada em 24 de abril de 2020.

Considerando Portaria N° 385 da Perícia oficial de Alagoas de 2020, no que diz respeito ao atendimento aos mortos;

Considerando reunião realizada para aprovação de proposta no dia 13 de maio de 2020, onde estiveram presentes: Bruno Henrique de Queiroz – HEDH; ;Julia B. J. da Silva ;Dayse Dayane Nunes de Oliveira Costa – Hospital CHAMA; Luciana Carla Eugênio Vital – Hospital Regional; Bárbara F. N Albuquerque – HEDH- Diretora Administrativa; Maria Karolina Marques - Coordenadora da CCIH HEDH; Adriana B. de Oliveira HEDH; Evânio da Silva; Ana Lúcia Alves– HEDH.

## **Resolve-se no território do município de Arapiraca a partir de articulação entre as partes envolvidas:**

Reconhecer a amplitude da Declaração de Óbito – DO que conforme o Ministério da Saúde “[...] é uma voz que transcende a finitude do ser e permite que a vida retratada em seus últimos instantes possa continuar a serviço da vida.” (BRASIL, 2005);

Tratar a DO como documento importante que infere na programação de uma política de saúde adequada significando a diferença entre a vida e a morte para muitas pessoas em perspectivas futuras;

Propiciar efetividade no preenchimento da DO em sua completude pelos médicos dos seus respectivos serviços conforme Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina;

Organizar fluxo da DO a partir das sentenças a seguir atendendo as necessidades pelas quais ela existe com estratégias pertinentes ao contexto da pandemia da COVID 19.

## 1. Para óbitos de ocorrência hospitalar no município de Arapiraca:

1.1 Caso **ÓBITO POR CAUSA NATURAL IDENTIFICADA**: Equipe verifica registro em declaração de óbito e segue manejo para óbito conforme rotina hospitalar;

1.2 Caso **ÓBITO SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID-19**: Equipe verifica registro em declaração de óbito realiza manejo do corpo no contexto da pandemia;

1.3 Caso **NÃO SEJA POSSÍVEL IDENTIFICAR A CAUSA DA MORTE**: o médico deve antes do preenchimento da DO realizar anamnese com a família a partir de Autópsia verbal (Anexo A – documento cedido pelo SVO) e a partir daí identificar ou não a causa de óbito e realizar preenchimento de DO, neste caso deve incluir observação no campo 52 da DO “Realizada Autópsia Verbal” e anexar Autópsia Verbal (Anexo A) em guia da DO que servirá para alimentar o SIM-Sistema de Informação de Mortalidade;

1.4 Caso ao realizar anamnese com autópsia verbal **ainda não seja possível identificar a causa do óbito** é preferível preencher a DO colocando causa indeterminada e incluir observações descritas no item anterior, visto que o SVO/ Maceió só está realizando verificação dos corpos externamente e anamnese a partir de mesmo formulário; o transporte do corpo neste momento de pandemia não é uma proposta viável pois pode se tratar de caso suspeito que tem como indicação manuseio do corpo o mínimo possível;

1.5 Caso seja identificada **CAUSA VIOLENTA OU SUSPEITA**, entrar em contato com Delegacia Regional de Arapiraca através do contato (82) 35308747, que deve contactar o Instituto Criminalístico - IC para início das investigações e encaminhar corpo ao Instituto Médico Legal - IML;

## 2. Para óbito no domicílio e casa de longa permanência dentro do município de a Arapiraca:

2.1 O preenchimento da DO deverá ocorrer da mesma forma que no ambiente hospitalar e é de responsabilidade dos médicos da Atenção Primária à Saúde - APS, Programa Saúde na Hora, Pronto atendimento – PA 5º Centro e Médicos de Sobreaviso da SMS conforme fluxograma 2 ou médico, da seguinte forma:

2.1.1 Médico assistente da Estratégia Saúde da família - ESF de território correspondente conforme ocorrência de óbito no horário de seu turno de trabalho;

2.1.2 Médicos dos plantões de PA 5º Centro e Saúde na Hora em seu horário de atendimento para munícipes de área descoberta de ESF e para áreas cobertas no horário que ultrapasse o turno da ESF;

2.1.3 Médicos de sobreaviso da SMS para este fim, cobrindo o horário noturno e madrugada quando os serviços citados não estão abertos;

2.2 O Preenchimento da DO deverá ocorrer da mesma forma que no ambiente hospitalar;

2.3 Caso o óbito seja suspeito ou confirmado para COVID-19 deverá ser acionada Equipe de Enfermagem da Unidade Sentinela para Coleta de SWAB e a equipe deverá se certificar de preenchimento da DO;

2.4 O Preparo do corpo poderá acontecer por equipe de saúde ou de serviço funerário devidamente capacitado e com certificação na Vigilância Sanitária, com a garantia de medidas mínimas citadas pela ANVISA em nota técnica atualizada.

### 3. Para óbito de ocorrência em espaço público:

3.1 O médico em questão, Médico da Saúde da Família, PA, Saúde na Hora ou Médico de Sobreaviso deverá verificar a causa da morte e seguir fluxo de óbito no ambiente hospitalar;

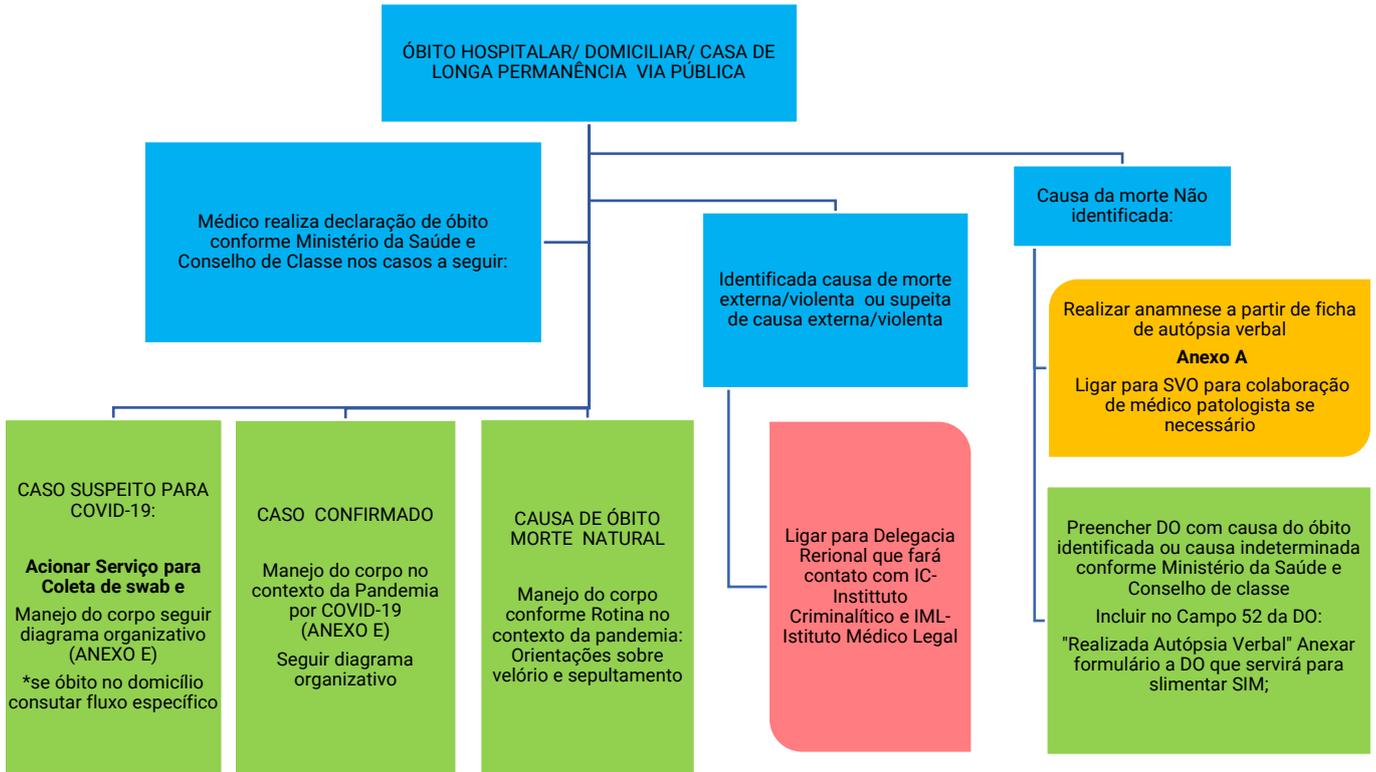
3.2 Caso o óbito em via pública seja **por causa natural e determinada pelo médico em preenchimento de DO**, A equipe de saúde ou agente da funerária poderá realizar remoção do corpo, alocando em saco impermeável e realizando desinfecção com álcool a 70%, e encaminhando corpo para ambiente próprio (necrotério) onde se realizarão os cuidados do corpo.

3.3 Caso óbito compreenda **causa de morte violenta / causa externa ou suspeita** o médico deverá fazer o contato com a Delegacia Regional e passar a situação do caso verbalmente, a delegacia aciona o IC - instituto Criminalística que libera o corpo para o Serviço do IML, este é responsável pela elucidação do caso, bem como o recolhimento do corpo através de saco impermeável;

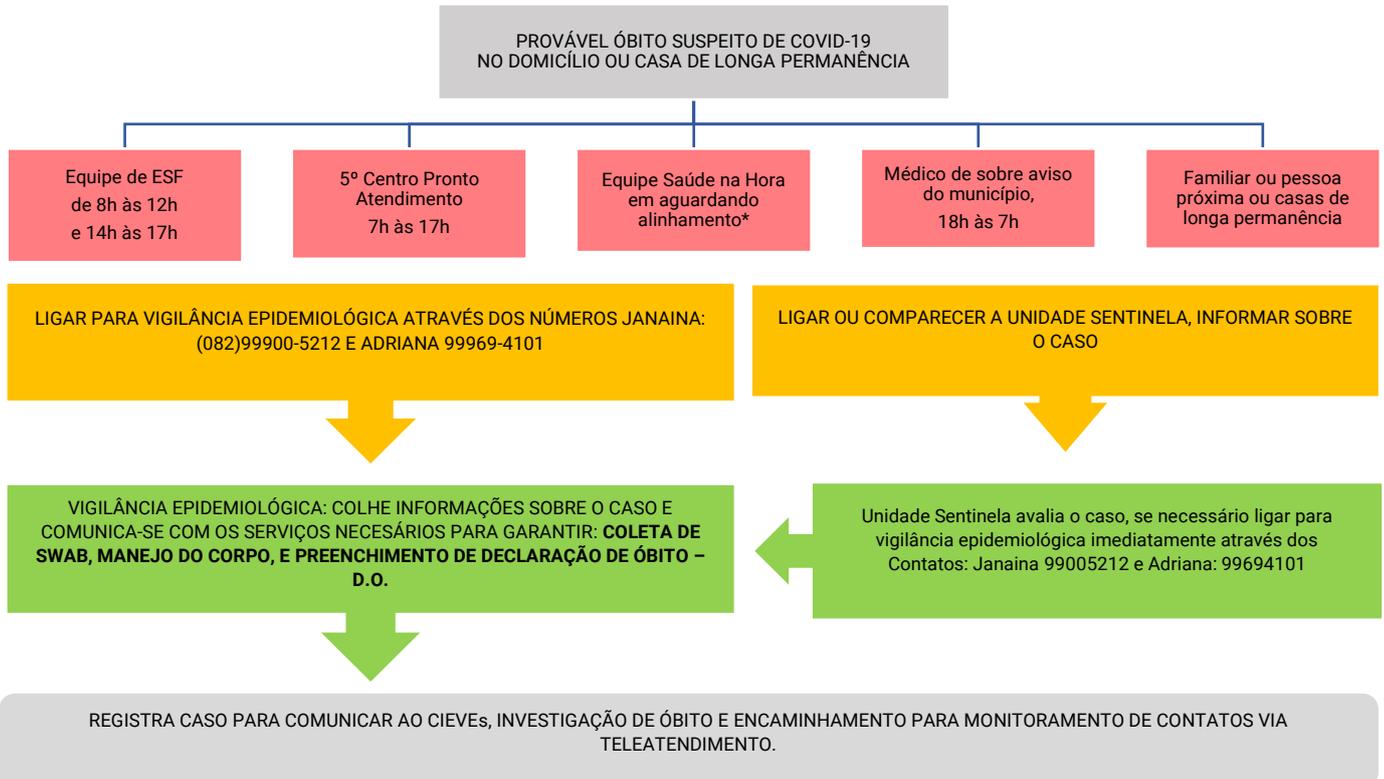
### 4. As equipes de saúde devem empenhar-se para o seguimento de Diagrama organizativo no atendimento ao óbito de caso confirmado ou suspeito para COVID-19 (ANEXO B), proposto em nota técnica N°3/2020 da SMS Arapiraca, a fim de atender medidas sanitárias, de biossegurança incluindo também o contexto do luto.

Diante do que foi exposto para facilitar os processos de trabalho dos profissionais envolvidos: apresentamos os fluxogramas e tabelas a seguir:

**FLUXOGRAMA 1: REALIZAÇÃO DO MANEJO DO CORPO**



**FLUXOGRAMA 2: PROVÁVEL ÓBITO SUSPEITO DE COVID-19 NO DOMICÍLIO OU CASAS DE LONGA PERMANÊNCIA**



## Tabela com contatos importantes para Manejo do Corpo no contexto da pandemia Covid-19

Estabelecimento	Horário de Funcionamento	Telefone para contato CORONACELL
Unidades de Saúde da Família	8h às 12h 14h às 17h	82-996040006
PA do 5º Centro	7h às 18h	
Saúde na hora 3º Centro	Aguardando alinhamento	
Saúde na hora 4º Centro		
Saúde na hora UBS Bom Sucesso		
Saúde na hora UBS Cacimbas		
Saúde na hora UBS Planalto		
Saúde na hora UBS Canafístula		
Saúde na hora UBS Primavera		
Médico de Sobre Aviso	18h às 7h	
Vigilância epidemiológica	_____	Adriana: 82 99694101 Janaina: 82 99005212

Anexo A

Ficha Cedida Pelo Serviço de Verificação de Óbito da UNCISAL/SVO

QUESTIONÁRIO DE AUTÓPSIA VERBAL		Nº do caso	
Entrevistador:		/	
A	Data de início da entrevista	Hora de início da entrevista	
B	Relação do respondente com o falecido	Outro: Especifique: _____	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO</b>			
C	Qual o nome completo do falecido?		
D	Qual o sexo do falecido?		
E	Data do óbito	F	Qual era idade do (nome_falecido)?
G	Hora do óbito	H	Intervalo post-mortem (IPM)
<b>DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS ANTECEDENTES</b>			
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
	1.1h-Epilepsia	1.1i-Problema cardíaco	1.1m-Doença Pulmonar Crônica, qual _____
	1.1n-HIV/AIDS	1.1o-Demência	1.1p-Hipertensão arterial
			1.1g-Diabetes
			1.1q-Doença de Chagas
			1.1u-Problema por bebida
<b>SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU À MORTE</b>			
2.1	Durante quanto tempo esteve doente antes de morrer?		
2.2	O falecido teve febre?		
2.7	O falecido teve lesões na pele (manchas avermelhadas)?		
2.9	Qual a localização das lesões de pele?		
2.10	O falecido teve feridas?		
2.11	As feridas tinham líquido claro ou pus?		
2.13	O falecido teve uma úlcera (ferida profunda) no pé?		
2.14	O pus escorria da úlcera?		
2.21	Os olhos do falecido ficaram amarelados?		
2.25	O falecido teve o rosto inchado?		
2.26a	O falecido teve as pernas inchadas?		
2.27	O falecido teve o corpo todo inchado?		
2.29	O falecido teve um nódulo (caroço) no pescoço?		
2.30	O falecido teve um nódulo (caroço) na axila?		
2.31	O falecido teve um nódulo (caroço) na virilha?		
2.32	Teve tosse?		

2.33	Por quanto tempo teve tosse?	<input type="text"/>	dias ou	<input type="text"/>	meses	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe						
2.34	A tosse tinha catarro?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe						
2.35	A tosse tinha sangue?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe						
2.36	O falecido teve dificuldade para respirar, falta de ar?	<input 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="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe						
2.44	Quanto tempo a dor durou?	<input type="checkbox"/>	Menos de 30 minutos	<input type="checkbox"/>	De 30 minutos a 24 horas	<input type="checkbox"/>	Mais de 24 horas	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
2.47	O falecido teve diarreia ou fezes mais líquidas que o usual?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input 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="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
2.59	A dificuldade de engolir era com alimentos sólidos, líquidos ou ambos?	<input checked="" type="checkbox"/>	líquidos	<input checked="" type="checkbox"/>	sólidos	<input checked="" type="checkbox"/>	ambos	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
2.60	O falecido tinha dor ao alimentar ou beber líquidos?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe						
260a	O falecido teve caroço, inchaço ou nódulo dentro da boca/língua/bochecha/gengiva?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	anos	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe
2.61	O falecido teve dor na barriga?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe						
2.62	Por quanto tempo antes do óbito teve dor na barriga?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	horas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias	<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe	
2.63	A dor era embaixo ou em cima na barriga?	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	rapidamente	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe						
2.68	Por quanto tempo antes do óbito teve massa/caroço na barriga?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias ou	<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
68a	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="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 checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe						
2.72	O falecido teve o pescoço endurecido?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe						
2.73	Por quanto tempo antes do óbito teve pescoço endurecido?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias ou	<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
2.74	Em algum momento o falecido chegou a ficar inconsciente (desacordado)?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	rapidamente	<input checked="" type="checkbox"/>	lentamente	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe						
2.77	Ficou inconsciente até o óbito?	<input checked="" type="checkbox"/>	sim	<input checked="" 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 necessario.

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

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

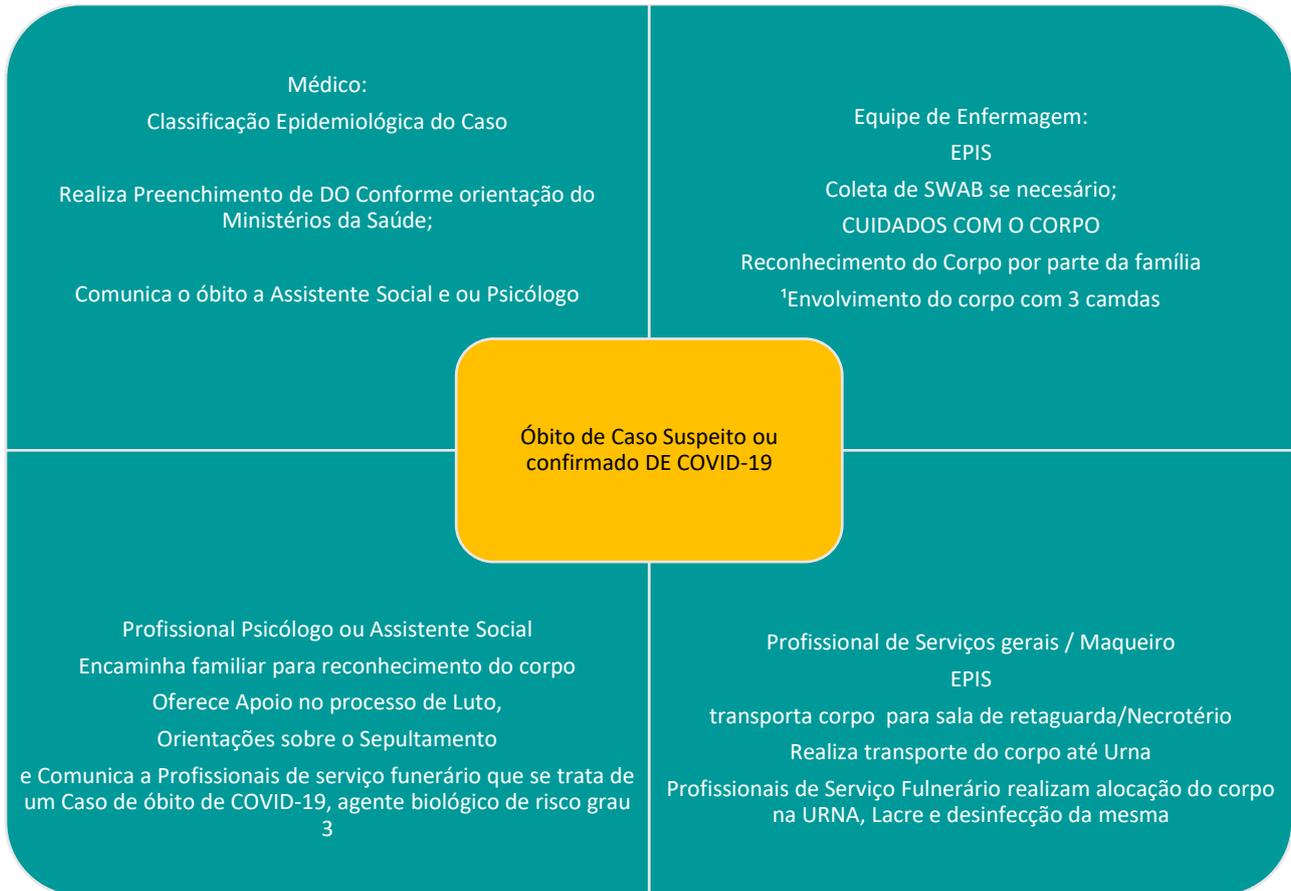
7.21 Data e hora do final da entrevista Data       Hora

Assinatura do entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_

**ANEXO B**

Diagrama Organizativo para situações de óbito no contexto da Pandemia por COVID-19



ARAPIRACA. SMS, Superintendência de Vigilância em Saúde, Vigilância do óbito. Nota técnica 04. Manejo do óbito de caso suspeito ou confirmado para COVID-19 em Serviço Hospitalar e Unidade Sentinela no âmbito do município de Arapiraca/AL. 12 de abril de 2020

<sup>1</sup> Envolvimento do corpo em 3 camadas sempre que possível: 1ª lençol; 2ª saco impermeável; 3ª saco impermeável (realizar desinfecção com álcool à 70%).

**REFERÊNCIAS:**

ALAGOAS. Portaria N° 385 da Perícia Oficial de Alagoas de 2020: Art; 6º Atendimento dos mortos Diário Oficial do Estado de ALAGOAS, 05 de maio de 2020.

ALAGOAS. Portaria conjunta nº 1 de 14 de setembro de 2015. Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria de Estado de Segurança pública, Publicada em diário oficial do estado de Alagoas, 23 de set 2015 Maceió, disponível em < [https://svo.uncisal.edu.br/wp-content/uploads/2017/03/Portaria-Conjunta-01-14.09.2015-DO.AL\\_.pdf](https://svo.uncisal.edu.br/wp-content/uploads/2017/03/Portaria-Conjunta-01-14.09.2015-DO.AL_.pdf)>

ALAGOAS/UNCISAL. Serviço de Verificação de Óbito. Nota técnica SVO/UNCISAL nº 1/2020. Para Médicos e Gestores de unidades assistenciais de saúde, dos municípios do Estado de Alagoas e da Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas, Maceió, 23 de março de 2020.

ARAPIRACA. SMS, Superintendência de Vigilância em Saúde, Vigilância do óbito. Nota técnica 04. Manejo do óbito de caso suspeito ou confirmado para COVID-19 em Serviço Hospitalar e Unidade Sentinela no âmbito do município de Arapiraca/AL. 12 de abril de 2020

ANVISA. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA N° 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 08 de maio de 2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+Técnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19 Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis Coordenação-Geral de Informação e Análises Epidemiológicas SRTVN Brasília/DF, Versão 1, 25 de mar, 2020. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>>

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito. Série A. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília 2011. Disponível em: < [http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual\\_Instr\\_Prench\\_DO\\_2011\\_jan.pdf](http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual_Instr_Prench_DO_2011_jan.pdf)>

BRASIL, NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA N° 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). 08 maio de 2020. Disponível em: <<https://www.oportavoz.com/wp-content/uploads/2020/03/Nota-Técnica-n-04-2020-GVIMS-GGTES-ANVISA-ATUALIZADA.pdf>>

BRASIL. Resolução CFM nº 1671/03 Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências. (Publicada no D.O.U., de 29 Julho 2003, Seção I, pg. 75-78) [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1672\\_2003.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1672_2003.htm)

BRASIL .RESOLUÇÃO CFM nº 1.672/2003. Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências. Disponível em : [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1672\\_2003.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1672_2003.htm)

BRASIL. Nota informativa N° 31/2020 CGURG/DAHU/SAES/MS: Diretrizes de manejo no contexto de corpos no contexto da Covid-19 e implicações para os Serviços de SAMU-192: Disponível em : <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/24/Nota-informativa-N-31.pdf>

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

Nota técnica nº 05 – 16 de maio de 2020

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPIRACA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

Rua Samaritana, 1185 - Santa Edwirges  
CEP 57310-245 Arapiraca – Alagoas  
Telefone: (82) 98109-8467  
atencaosaude@saude.arapiraca.al.gov.br  
www.arapiraca.al.gov.br

**PREFEITO**

Rogério Auto Teófilo

**SECRETÁRIO DE SAÚDE**

Glifson Magalhães dos Santos

**SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Aglái Tojal da Silva Varjão

**COORDENADORA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Ana Lúcia Alves

**ORGANIZAÇÃO E ELABORAÇÃO**

Janaina Daniela Marinho Houly de Almeida

**COLABORADORES**

Magaiver Magno e Silva  
Leandra Sueli Neves  
Bárbara Fernanda Nunes de Albuquerque Soares  
Ana Lúcia Alves  
Midian

**REVISÃO TÉCNICA**

Edna Verríssimo dos Santos Aniceto  
Laura Rossana Aucioly de Carvalho Rios  
Isaura Adriana Duarte Bezerra  
Celso Marques da Silva

**PROJETO GRÁFICO/ DIAGRAMAÇÃO**

Coordenação Geral de Comunicação

SECRETARIA DE  
**SAÚDE**



PREFEITURA DE  
**ARAPIRACA**