



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Nº do Caso

\_\_\_\_

## Ficha de Investigação de Óbito Infantil

### Entrevista domiciliar

1	Nome da Criança		
2	Nome da mãe		
3	Nº da Declaração de Óbito	4	Data do óbito
5	Nº da Declaração de Nascido Vivo	6	Data de Nascimento
7	Sexo	8	Peso ao Nascer
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado		____ gramas
9	Idade ao óbito		
	____ meses	____ dias	____ horas
			____ minutos <input type="checkbox"/> Ignorado
10	Nº do Cartão SUS	11	Equipe / PACS / PSF
	_____		<input type="checkbox"/> sem cobertura
12	Centro de Saúde / UBS	13	Distrito Sanitário / Administrativo
	_____		_____
14	Endereço de residência da família: (Rua/Praça/Av) _____ Nº _____ Compl _____		
	Bairro _____	Distrito / Povoado _____	Local <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
15	Município de residência		UF _____
16	Esta entrevista deve ser complementada com a Autópsia Verbal Formulário 1: criança menor de um ano (AV1) se um dos itens abaixo estiver assinalado		
	<input type="checkbox"/> o óbito não foi notificado ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e não tem Declaração de Óbito (DO)		
	<input type="checkbox"/> a DO foi emitida no cartório, sem médico		
	<input type="checkbox"/> a DO foi emitida por médico, mas a causa da morte é mal definida ou indeterminada		
	<input type="checkbox"/> os dados coletados durante a investigação nos serviços de saúde são insuficientes para esclarecer a causa da morte		
<b>CARACTERÍSTICAS DA MÃE E DA FAMÍLIA</b>			
17	Nome do(a) entrevistado(a)		
	_____		
17.1	Relação com a criança falecida	<input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> pai	<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____
18	Quantas pessoas moram nesta casa?	____ pessoas	<input type="checkbox"/> não sabe
19	Quantos cômodos são usados para dormir?	____ cômodos	<input type="checkbox"/> não sabe
20	Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa?	____ torneiras (pontos de água)	<input type="checkbox"/> não sabe
21	Há algum fumante residente nesta casa?	<input type="checkbox"/> Sim, quantos _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
22	Qual a idade da mãe?	____ anos	23 A mãe tem trabalho remunerado?
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
24	Qual a escolaridade da mãe (último ano de aprovação)	____ série	____ grau <input type="checkbox"/> não sabe
25	A mãe vive com o pai da criança / companheiro?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
26	Qual a cor da pele da criança?	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> não sabe
		<input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena	
27	Quantas vezes esteve grávida antes deste bebê?	____ vezes	<input type="checkbox"/> não sabe
27.1	Essas gravidezes resultaram em	<input type="checkbox"/> abortos <input type="checkbox"/> nascidos vivos <input type="checkbox"/> nascidos mortos	<input type="checkbox"/> não sabe
27.2	Tipo(s) de parto(s)	<input type="checkbox"/> partos normais <input type="checkbox"/> partos cesáreos	<input type="checkbox"/> não sabe
27.3	Qual a data do último parto?	____	<input type="checkbox"/> não sabe

28 Dos filhos que nasceram vivos, algum outro morreu? (excluir este caso)  Sim  Não  não se aplica  não sabe

28.1 Que idade tinha e de quê morreu?

Idade \_\_\_\_\_ Causa da morte \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Causa da morte \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Causa da morte \_\_\_\_\_

29 Quem cuidava da criança falecida a maior parte do tempo  Mãe  Pai  Parente adulto  
 Outra criança  Outro. Especificar \_\_\_\_\_  não sabe

30 A gravidez foi planejada?  sim  não, mas aceitou bem  não e nunca aceitou bem  não sabe

**GESTAÇÃO E PRÉ NATAL**

Para o preenchimento deste bloco de questões, solicite ao(a) entrevistado(a) o cartão da gestante, exames, receitas médicas, etc.

31 Teve acesso à informação e aos métodos contraceptivos?  sim  não  não sabe

32 A gravidez foi  única  gemelar  trigemelar ou mais  não sabe

33 A mãe fez pré-natal?  sim  não  não sabe

33.1 Se não fez pré-natal, por quê não?

33.2 Iniciou o pré-natal com quantos meses de gestação? \_\_\_\_\_ meses  não sabe

33.3 Se tardio (após primeiro trimestre), por que?  não sabe

33.4 Quantas consultas fez no pré-natal? \_\_\_\_\_ consultas  não sabe

33.5 A mãe tomou vacina contra tétano?  sim  não  não sabe

33.6 Quantas doses? \_\_\_\_\_ doses  não sabe

33.7 Qual o grupo sanguíneo e o Fator Rh (tipo de sangue) da mãe? Grupo   positivo  negativo  não sabe

33.8 Local (is) onde fez o pré-natal (Hospital/UBS/Outros)

33.9 Tipo de consultório  SUS  Convênio  Particular  não sabe

33.10 Durante a gravidez, teve alguma dificuldades no pré-natal em relação a

Consulta no Centro de Saúde  Sim. Especificar \_\_\_\_\_  Não  não sabe

Pré-natal de alto risco  Sim. Especificar \_\_\_\_\_  Não  não sabe

Exames  Sim. Especificar \_\_\_\_\_  Não  não sabe

Ultra-som  Sim. Especificar \_\_\_\_\_  Não  não sabe

Medicamentos  Sim. Especificar \_\_\_\_\_  Não  não sabe

34 Durante o pré-natal foi indicada a maternidade de referência para o parto?  Sim  Não  não sabe

34.1 Qual o nome da maternidade indicada?

35 Como você (mãe) avalia o atendimento no pré-natal?  ótimo  bom  regular  ruim  não sabe

Por que? \_\_\_\_\_

36 O cartão de pré-natal está completo?

Completo significa, no mínimo: 6 consultas, 8 exames laboratoriais e imunização para tétano, de acordo com a idade gestacional.

sim  não  cartão/caderneta não disponível  não se aplica

36.1 Transcrever para o quadro abaixo o cartão/a caderneta de pré-natal

Data	Idade Gestacional	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	MF	Exames (inclusive US)	Observações/conduita

37	Durante a gravidez, a mãe apresentou			
	<input type="checkbox"/> pressão alta	<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> edema/ inchaço importante pela manhã	<input type="checkbox"/> Rh negativo
	<input type="checkbox"/> doença do coração	<input type="checkbox"/> sífilis	<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> nenhuma doença/problema
	<input type="checkbox"/> infecção urinária	<input type="checkbox"/> HIV / Aids	<input type="checkbox"/> ataque, epilepsia ou convulsões	<input type="checkbox"/> não sabe
	<input type="checkbox"/> outra. Especificar _____			
37.1	Houve tratamento?		<input type="checkbox"/> sim, qual _____	<input type="checkbox"/> não sabe
			<input type="checkbox"/> Não, por que? _____	
37.2	Em que época da gravidez no _____ mês de gestação ou a partir do _____ mês de gestação			
38	Durante a gestação, a mãe fez uso de			
	Cigarro	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ vezes por dia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
	Drogas	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
	Bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>ASSISTÊNCIA AO PARTO</b>				
39	Por que motivo a gestante procurou atendimento ( Centro de Saúde / maternidade) na ocasião do parto?			
	<input type="checkbox"/> Perdeu líquido ou a bolsa rompeu	<input type="checkbox"/> O bebê parou de se mexer	<input type="checkbox"/> Passou o dia de ter o bebê	
	<input type="checkbox"/> Teve sangramento	<input type="checkbox"/> Teve contrações	<input type="checkbox"/> Não sabe	
	<input type="checkbox"/> Outro motivo. Especificar _____			
39.1	Se a resposta anterior foi "o bebê parou de se mexer", isto aconteceu quanto tempo antes do parto?		<input type="text"/> horas	<input type="text"/> dias <input type="checkbox"/> Não sabe
39.2	Quanto tempo se passou entre o início desses sinais e a procura pelo atendimento?		<input type="text"/> horas	<input type="text"/> dias <input type="checkbox"/> Não sabe
40	Quando rompeu a bolsa d'água?		<input type="checkbox"/> Só na hora do parto	<input type="checkbox"/> < 12 h antes do parto
			<input type="checkbox"/> 12 – 24 h antes do parto	<input type="checkbox"/> mais de 24 h antes do parto <input type="checkbox"/> Não sabe
40.1	Como estava o líquido?		<input type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Escuro (com cocô/mecônio) <input type="checkbox"/> Com sangue <input type="checkbox"/> Não sabe
40.2	O líquido tinha mau cheiro?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
41	De quanto tempo era a gravidez quando o bebê nasceu?		<input type="checkbox"/> semanas ou	<input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> não sabe
42	O parto ocorreu:		<input type="checkbox"/> No domicílio	<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde <input type="checkbox"/> No hospital / maternidade
			<input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____	<input type="checkbox"/> não sabe
42.1	Se o parto não ocorreu em hospital, por quê não?			
42.2	O parto foi realizado no hospital indicado no pré-natal?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não foi indicado hospital <input type="checkbox"/> não sabe
42.3	Se foi indicado um hospital de referência, mas o parto não ocorreu no hospital indicado, por quê não?			
43	O parto ocorreu na primeira maternidade procurada para esse atendimento?			
	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não, porque o parto não ocorreu em maternidade/hospital <input type="checkbox"/> não sabe	
	<input type="checkbox"/> Não. Por que _____			
43.1	Se não, listar em ordem cronológica as maternidades/serviços de saúde procurados por ocasião do parto/nascimento da criança. _____			
44	Como a mãe foi transportada na hora do parto?			
	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Ambulância/SAMU	<input type="checkbox"/> Carro particular	<input type="checkbox"/> Carro da polícia <input type="checkbox"/> Ônibus
	<input type="checkbox"/> Parto foi domiciliar/Não foi transportada		<input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____	<input type="checkbox"/> não sabe
45	Depois que chegou no hospital quanto tempo demorou para ser atendida?			
	<input type="checkbox"/> menos de 30 minutos	<input type="checkbox"/> de 30 minutos a duas horas	<input type="checkbox"/> duas horas ou mais	<input type="checkbox"/> não sabe
46	Estava com acompanhante na sala de parto?		<input type="checkbox"/> sim, quem? _____	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe

47	Você (mãe) foi examinada na maternidade antes de ir para a sala de parto?	<input type="checkbox"/> dinâmica uterina/avaliação contração	<input type="checkbox"/> toque vaginal	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> medida de PA	<input type="checkbox"/> ausculta do bebê	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
47.1	As batidas do coração do bebê estavam presentes?	<input type="checkbox"/> sim, normais	<input type="checkbox"/> não, antes do início do trabalho de parto	<input type="checkbox"/> sim, anormal antes do início do trabalho de parto	<input type="checkbox"/> não, durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> sim, anormal durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> não sabe	
48	Quem fez o parto?	<input type="checkbox"/> médico	<input type="checkbox"/> enfermeira	<input type="checkbox"/> parteira	<input type="checkbox"/> pariu sozinha	<input type="checkbox"/> outro _____	<input type="checkbox"/> não sabe	
49	Como você (mãe) avalia seu atendimento na maternidade até o nascimento do bebê	<input type="checkbox"/> ótimo	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> não sabe	
49.1	Por quê?							
<b>INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO DA CRIANÇA NA MATERNIDADE</b>								
50	O bebê chorou ao nascer ou estava bem quando nasceu?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe				
51	O bebê foi atendido por pediatra na sala de parto ao nascimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe				
52	Quanto tempo após o parto o bebê foi trazido para ficar com a mãe pela primeira vez?	<input type="checkbox"/> imediatamente	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> menos de 1 hora	<input type="checkbox"/> mais de 1 hora. Quantas horas?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
53	O bebê mamou no peito na primeira hora de vida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe				
54	O bebê teve algum problema no nascimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe				
54.1	Se sim, qual?							
55	Ficou internado quando nasceu?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe				
55.1	Se sim, por quanto tempo?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias	<input type="checkbox"/> não sabe			
56	Foi indicado ficar na UTI?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe				
56.1	Se sim, qual o motivo?							
56.2	Houve dificuldade para conseguir vaga?	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar. _____	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe			
56.3	Quanto tempo levou entre a indicação e a internação na UTI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	horas ou	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias	<input type="checkbox"/> não sabe
57	Foi transferida para outro hospital?	<input type="checkbox"/> Sim. Porque _____	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe			
57.1	Para qual hospital a criança foi transferida?	Nome _____						
57.2	Como foi transportada para o outro hospital?	<input type="checkbox"/> Carro particular	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> SAMU	<input type="checkbox"/> Ambulância	<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____	<input type="checkbox"/> não sabe	
58	Durante a internação, a mãe ou familiar pôde ficar junto com a criança?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe			
59	Como foi o atendimento recebido pela criança no hospital?	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> não sabe	
60	O bebê ganhou alta da maternidade com quantos dias de vida?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias				

INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA QUE TEVE ALTA DA MATERNIDADE			
61	Quando teve alta do hospital após o parto?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(data)
62	Quando o bebê teve alta da maternidade, ele estava bem?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não, porque _____ <input type="checkbox"/> não sabe
63	Na alta da maternidade a mãe recebeu orientações para cuidados com o bebê em relação a		
	<input type="checkbox"/> Aleitamento	<input type="checkbox"/> Vacinas	<input type="checkbox"/> Não recebeu
	<input type="checkbox"/> Retornar na maternidade	<input type="checkbox"/> Teste do pezinho	<input type="checkbox"/> não sabe
	<input type="checkbox"/> Cuidados com o umbigo	<input type="checkbox"/> Observação de Icterícia	<input type="checkbox"/> Consulta com especialista. Qual _____
	<input type="checkbox"/> Procurar o Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> Outros. Especificar	
64	O bebê mamou no peito?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
64.1	Durante quanto tempo?	<input type="text"/> <input type="text"/> dias ou <input type="text"/> <input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> não sabe
65	Qual a idade do bebê quando iniciou uso de mamadeira de leite	<input type="text"/> <input type="text"/> dias ou <input type="text"/> <input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> não sabe
66	Antes da doença que causou a morte a criança estava sendo acompanhada pelo serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
66.1	Se sim, qual?	<input type="checkbox"/> Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> Convênio/Particular <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> não sabe
66.2	Nome(s)		
66.3	Quando foi o último atendimento no Centro de Saúde?	(data ou idade da criança) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
66.4	Recebeu alguma visita da equipe de saúde em sua casa?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
67	Alguma vez foi à UBS e não foi atendida (para vacinação/consulta/outros)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
67.1	Se sim, por quê?		
68	Dados do Cartão / Caderneta da Criança		
68.1	Vacinação completa para a idade da criança	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
68.2	Último peso registrado foi de	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gramas	na idade de <input type="text"/> <input type="text"/> dias ou <input type="text"/> <input type="text"/> meses
69	Após a alta da maternidade e antes da doença que causou a morte, a criança foi internada por algum motivo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
69.1	Se sim, quantas vezes?	<input type="text"/> <input type="text"/> vezes	
69.2	Por que e onde?		
	1. motivo _____	no Hospital _____	na data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	2. motivo _____	no Hospital _____	na data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	3. motivo _____	no Hospital _____	na data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE			
Algumas questões deste bloco admitem mais de uma resposta. Durante a entrevista, enfatizar que se refere apenas à doença que levou à morte.			
70	Como a mãe ou a família percebeu que a criança estava doente?	<input type="checkbox"/> febre	<input type="checkbox"/> tosse <input type="checkbox"/> desmaio <input type="checkbox"/> acidente
		<input type="checkbox"/> cansaço	<input type="checkbox"/> diarréia <input type="checkbox"/> vômito <input type="checkbox"/> não sabe
		<input type="checkbox"/> outros. Especificar	
71	Quanto tempo levou entre o início da doença que causou a morte e o primeiro atendimento no serviço de saúde?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> horas ou <input type="text"/> <input type="text"/> dias	<input type="checkbox"/> não sabe
72	Alguma coisa foi feita antes de se procurar o serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
72.1	Se sim, o que foi feito?		

**73** Quais os serviços de saúde procurados por ocasião da doença que levou a criança à morte?

Preencher quadro abaixo, utilizando o relato da mãe e o Cartão da Criança”, em ordem cronológica, segundo a legenda abaixo.

**Quadro sobre o atendimento da criança durante a doença que levou à morte**

Ordem	Data	Nome do Serviço de saúde	Bairro/Município	Tipo	Atendido por	Resultado	Problemas	Diagnóstico

Legenda para preenchimento do quadro acima (as quatro colunas especificadas)

<b>Tipo (de serviço procurado)</b>	<b>Atendido por</b>	<b>Resultado (do atendimento prestado)</b>
1. Unidade Básica de Saúde (UBS)	1. Médico Generalista	1. Não foi atendido
2. Urgência / Emergência	2. Médico Pediatra	2. Atendido sem internação
3. Maternidade (SUS)	3. Enfermeiro	3. Internado
4. Hospital (SUS)	4. Auxiliar / Técnico de enfermagem	4. Outro. Especificar
5. Médico/Hospital particular/convênio	5. Agente Comunitário de Saúde (ACS)	99. não sabe
6. Outro (especificar)	6. Outro. Especificar	
99. não sabe	99. não sabe	
<b>Problemas (encontrados)</b>	1. Dificuldade de acesso aos serviços de saúde/exames	4. Dificuldade de transporte para o serviço de saúde
	2. Qualidade do atendimento não satisfatório	5. Outro. Especificar
	3. Dificuldade de acesso à medicação	99. não sabe

**73.1** Observações sobre esta questão

**74** Qual a sua opinião sobre o atendimento de saúde que a criança recebeu?

Incluir dificuldades/ facilidades para conseguir atendimento no serviço, acesso a exames, medicamentos, etc.

<b>74.1</b> C.S./Consultório/ Serviço de urgência	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> não se aplica
	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>74.2</b> Hospital (na doença que causou a morte)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> não se aplica
	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Não sabe

**75** O óbito ocorreu  no hospital  em outro estabelecimento de saúde  no domicílio  no trajeto para o serviço de saúde  em via pública  outro. Especificar \_\_\_\_\_  Não sabe

**76** Do que você acha que a criança morreu? O que aconteceu durante a doença ou situação que levou à morte?

Anotar um breve relato da doença ou situação que levou à morte, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A única pergunta permitida é: "Quer acrescentar mais alguma coisa?". A opinião do(a) entrevistador(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 78.

---



---

**77** O que você sabe sobre doenças na família da mãe e do pai da criança?

Anotar um breve relato sobre antecedentes familiares, doenças congênitas e/ou genéticas e situações de risco no trabalho, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A opinião do(a) entrevistador(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 78.

---



---

**78** Observações do entrevistador sobre a situação geral da família (aspectos ambientais, psi-sociais, morador de rua, usuário de drogas, outros)

**79** Repercussões do óbito na família

**80** Esta entrevista deve prosseguir com a **Autópsia Verbal Formulário 1: criança menor de um ano (AV1)?**

sim  não, nenhum dos itens especificados na Questão 14 foi assinalado

**81** Data da entrevista

**82** Responsável pela investigação

Nome \_\_\_\_\_ Carimbo e rubrica \_\_\_\_\_