

SECÇÃO 2: ASPECTOS GERAIS

2.1. CONTEXTO GERAL SOBRE O PARTO (para crianças com 0-27 dias)

N2001 (10354)	A criança fazia parte de um parto múltiplo? <i>Se dois ou mais filhos nascem ao mesmo tempo, é contado como um parto múltiplo, mesmo que um ou mais dos bebés nasça morto.</i>	1. Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2003
N2002 (10355)	A criança nasceu primeiro, segundo ou depois, na ordem de nascimento?	1. Primeiro 2. Segundo ou depois 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2003 (10356)	<i>Se a mãe estiver presente, marque "Sim" e não faça essa pergunta.</i> A mãe está viva?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 1 → N2006
N2004 (10357)	A mãe faleceu durante ou depois do parto?	1. Antes do Parto 2. Durante o parto 3. Depois do parto 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 1,2,ou 9 →N2006
N2005u (10358_u nits)	Quanto tempo após o parto a mãe perdeu a vida? <i>Selecione apenas uma resposta.</i>	1. Dias 2. Semanas 3. Meses 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8 ou 9 →N2006 2 → N2005w 3 → N2005m
N2005d (10359)	Quantos dias após o parto a mãe perdeu a vida? <i>Anote 0-6 dias. Menos de 1 dia ou 24 horas = 0 dia.</i>		___ ___ Dias → N2006 (NS = 99)
N2005w (10359_a)	Quantas semanas após o parto a mãe perdeu a vida? <i>Anote 1- 7 semanas.</i>		___ Semana → N2006 (NS 9)
N2005m (10358)	Quantos meses após o parto a mãe perdeu a vida? <i>Anote 2- 60 meses.</i>		___ ___ Meses (NS = 99)
N2006 (10360)	Onde é que a criança falecida nasceu? <i>Leia a pergunta e lentamente leia as primeiras cinco opções. O entrevistado deve ouvir todas as opções e depois responder.</i>	<u>Casa</u> 1. Em casa da mãe 2. Numa outra casa <u>Sector público</u> 3. Hospital público 4. Clínica/cntro de saúde do estado 5. Posto de saúde do estado 6. Outro sector público (especifique) <u>Sector privado</u> 7. Hospital Privado 8. Clínica privada 9. Maternidade privada 10. Outro Sector privado (especifique)..... 11. A caminho de um profissional ou de uma unidade sanitaria 12. Outro (Especifique) 99. Não sabe 88. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ _____

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2008	Quem (na unidade sanitária) atendeu ao parto? <i>Ler "na unidade sanitária" se o parto tiver sido realizado na unidade Sanitaria.</i>	<u>Profissional de saúde</u> 1. Médico 2. Enfermeira/parteira 3. Parteira auxiliar <u>Outra pessoa</u> 4. Parteira tradicional 5. Agente comunitário de saúde 6. Familiar/Amigo 7. Outro(Especifique) 8. Ninguém 99. Não sabe	<input type="checkbox"/>
N2009_1 <i>(10362)</i>	No nascimento, o bebê era do tamanho normal? <i>Mostre fotos, explique ao entrevistado que, mesmo que a resposta seja "não", mais algumas perguntas serão feitas, apenas para garantir que nenhum detalhe importante tenha sido perdido.</i>	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 1→N2010
N2009_2 <i>(10363)</i>	Ao nascimento, o bebê era pequeno que o normal (pesando menos de 2.5 kg)? <i>Mostre fotos</i>	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 1 → N2010
N2009_3 <i>(10364)</i>	Ao nascimento, o bebê era muitíssimo pequeno que o normal (<1kg) <i>Mostre fotos</i>	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 1→ N2010
N2009_4 <i>(10365)</i>	Ao nascimento, o bebê era grande que o normal (>4.5kg) ? <i>Mostre fotos</i>	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2010 <i>(10366)</i>	Qual era o peso em gramas da criança falecida ao nascer? <i>Peça para ver o cartão de saúde da criança e registre o peso ao nascer do cartão se estiver disponível. Se o cartão não estiver disponível, registre o peso com base na resposta do respondente, se conhecido. Registre o peso em gramas em 4 dígitos. Os entrevistados podem dar a resposta em quilogramas. Para o registo de dados, converta para gramas. 1 quilograma = 1.000 gramas. Digite "9999" para "não sei". Digite "8888" para "recusar".</i>		_____ Gramas (NS = 9999 or Recusa = 8888) → N2012
N2011	<i>Registe a fonte de onde extraiu a informação sobre o peso ao nascer</i>	1. Cartão de saúde da criança/caderneta da mulher 2. Resposta do inquirido (Cartão de saúde/ caderneta da mulher não disponível)	<input type="checkbox"/>

2.2. DETERMINAÇÃO DE MORTE PRENATAL / NADO-MORTO (para crianças de 0 a 27 dias)

N2012 <i>(10114)</i>	A criança nasceu viva ou morta?	1. Vivo 2. Morto 9. Não sabe 8. Recusou se responder	<input type="checkbox"/>
N2013 <i>(10104)</i>	O bebê alguma vez chorou?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2014 (10109)	O bebê chegou a mexer-se?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2015 (10110)	O bebê chegou a respirar?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2016	<i>Confirma a N2012-N2015 Se "Morta" & não chorou, mexeu ou respirou, assinale "nado-morto Se "Viva" & N2013-N2015 = "Não," ou se "morta" e N2013, N2014 ou N2015 = "Sim," discute & corrija.</i>	1. Nado morto 2. Nado vivo	<input type="checkbox"/> 2 → N2023
2.3 SINAIS E SINTOMAS GERAIS PARA NADOSMORTOS			
N2017 (10376)	O bebê mexeu-se nos últimos dias antes do nascimento?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2018 (10377)	O bebê parou de se mexer no ventre ainda antes de iniciar o trabalho de parto?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 2 → N2020
N2019u (10379 _unit)	Quanto tempo antes de iniciar o trabalho de parto é que (você/ a mãe) sentiu o bebê a mexer pela última vez? <i>Anote apenas um dígito: 0 a 23 horas ou 1 a 60 dias. 1 semana = 7 dias</i>	1.Horas 2. Dias 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 2 → N2019d
N2019h (10380)	[Anote quanto tempo antes do parto você / a mãe sentiu a última vez o bebe se mexer em horas]: Menos que 1 hora = '00' horas		<u> </u> <u> </u> Horas → N2020 (NS = 99)
N2019d (10379)	[Anote quanto tempo antes do parto você / a mãe sentiu a última vez o bebe se mexer em dias]: 1 semana = 7 dias		<u> </u> <u> </u> Dias (NS = 99)
N2020 (10115)	Havia alguma contusão ou sinal de ferimento no corpo do bebê ao nascer?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2021 (10116)	O corpo do bebê era macio, flácido, e descolorido, com a pele descascada? <i>Macerado significa que o corpo estava macio,. Isso indica que o bebê estava morto dentro da mãe há algum tempo.</i>	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2022 (10370)	Alguma parte da criança estava fisicamente anormal no momento do parto? (por exemplo: parte do corpo muito grande ou muito pequena, crescimento adicional no corpo)	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2051
N2022_1 (10371)	O bebê / criança tinha um inchaço ou defeito nas costas no momento do nascimento?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2022_2 (10372)	O bebê / criança tinha uma cabeça muito grande ao nascer?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 1 → N2051
N2022_3 (10373)	O bebê / criança tinha uma cabeça muito pequena ao nascer?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
Inst_1: STOP. Depois de completar o N2022_3 → Section 3 (Histórico materno)			

2.4 SINAIS GERAIS OU SINTOMAS E DURAÇÃO DA DOENÇA QUE LEVOU A MORTE(para mortes neonatais)

N2023 (10017)	Qual é o nome do(a) falecido(a)? <i>Pergunte apenas se o nome não é conhecido em Q1202</i>		
N2024 (10351)	Qual era a idade do(a) falecido(a) quando a doença começou? <i>Registe dias se menos de 7 dias - se menos de 24 horas, registe "00" dias.</i>		___ Dias (NS= 99)
N2024_1 (10408)	Antes da doença que levou a morte, o bebê/ criança parecia saudável/ crescia normalmente? <i>Leia "... o bebê..." se tiver menos de 1 ano de idade na morte.</i>	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2025u (10120_ unit)	Porquanto tempo durou a doença antes da morte?	1.Dias 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 9 → N2026
N2025d (10120_ 1)	Dias: <u>Recém-nascidos</u> : Registe apenas em dias – se tiver menos de 24 horas, registe "00" dias.		___ Dias Se >00 → N2051 (NS = 99)
N2026 (10123)	O(a) falecido(a) morreu de repente? <i>("De repente" significa unexpectedly dentro de 24 horas sem problemas de saúde.)</i>	1.Sim 2. Não 9. Não sabe	<input type="checkbox"/>

SECÇÃO 3: HISTÓRIA MATERNA (PARANADOS MORTOS E NEONATAIS)

Leia: Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre (sua saúde/saúde da mãe) e (sua/dela) gravidez de (falecido(a))

Aqui e nas perguntas seguintes, leia "...a mãe..." "...dela..." e "...ela..." se a mãe não é a inquirida.

N2051 (10394)	Quantos partos, incluindo nados-mortos, teve a mãe antes deste bebê? <i>Para não sabe, digite "99". Para recusado, digite "88".</i>		___ Partos (NS = 99)
N2052	<u>Durante</u> a gravidez, (você/mãe), procurou alguém para uma consulta pré-natal	1. Sim 2. Não 9. Não sabe	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → N2058

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2053	A quem (você/ela) procurou? <i>Anote todas as pessoas mencionadas</i>	<u>Professional saúde</u> 1. Médico 2. Enfermeira/parteira 3. Parteira auxiliar..... <u>Outras pessoas</u> 4. Parteira tradicional..... 5. Agente comunitário de saúde..... 6. Outro (especifique)..... 9. Não sabe.....	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/>
N2054	Quantas vezes (você/a mãe) recebeu cuidados pré-natais durante esta gravidez?		_____ vezes (NS = 99)
N2055	Durante que mês de gravidez (você/mãe) recebeu os <u>primeiros</u> cuidados pré-natais		_____ Mês (NS = 99)
N2056	Durante que mês de gravidez (você/mãe) recebeu os últimos cuidados pré-natais?		_____ Mês (NS = 99)
N2057	<p><i>Como parte dos cuidados pré-natais desta gravidez, foram feitas algumas das seguintes coisas pelo menos uma vez?</i></p> <p><i>Leia todas as opções e marque "Sim", "Não" ou "Não sabe" para cada opção.</i></p> <p><i>ADAPTAÇÃO LOCAL: Adicionar outros os alimentos energéticos e com altas proteínas caso o entrevistado pergunte</i></p> <p><i>Arrolar</i></p>	1. Foi medida a pressão arterial? 2. Entregou amostra de urina? 3. Entregou amostra de sangue? 4. O profissional de saúde informou (você/ela) para comer mais alimentos energético como (ALIMENTOS ALTAMENTE ENERGÉTICOS) e alimentos com alto valor de proteínas como (ALIMENTOS ALTAMENTE PROTÉICOS) do que quando não estava grávida? 5. O profissional informou (você/ela) sobre os sinais de perigo durante a gravidez? 6. O profissional informou (você/ela) para onde se dirigir se tiver algum sinal de perigo?	<u>Sim</u> <u>Nao</u> <u>NS</u> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/>
N2058	<p>Por favor, diga-me os sinais de perigo durante a gravidez ou trabalho de parto e parto que você deve procurar imediatamente.</p> <p><i>Pesquise: Diga me quantos sinais de perigo voce teve</i></p> <p><i>Pesquise: Pode me dizer se teve algum outro sinal?</i></p> <p><i>Verifique cada sinal de perigo mencionado.</i></p>	1. Sangramento vaginal 2. Convulsões/ataques..... 3. Dores de cabeça severa com visao turva..... 4. Febre e muita fraqueza para sair da cama..... 5. Dor abdominal severa 6. Respiração rápida ou difícil 7. Contrações dolorosas a cada 20 minutos ou menos por 12 horas ou mais 8. Bolsa de água rebentada por 12 horas ou mais 9. Corrimento pegajoso ou com sangue 12 horas ou mais 10. Nenhum sinal de perigo imediato mencionado	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/>
N2059 <i>(10391)</i>	Durante esta gravidez, (você / a mãe) recebeu uma injeção no braço para evitar que o bebê tivesse tétano, isto é, convulsões após o nascimento?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → N2061
N2060 <i>(10392)</i>	Durante essa gravidez quantas vezes teve essa injeção?		_____ vezes (NS = 9)

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2061 <i>(10393)</i>	Em algum momento antes desta gravidez, você (a mãe) recebeu alguma injeção de tétano, para se proteger ou a outro bebê?	1.sim 2. Nao 9. Nao sabe	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → N2063
N2062	Antes desta gravidez quantas vezes Voce/ ela recebeu uma injeccao de tétano? <i>Se 7 ou mais vezes , registre "7."</i>		____ Vezes (NS = 9)
Inst_2: se Q1102 ≠ "1.Elevada" → N2066			
N2063	Durante esta gravidez, você (a mãe) dormiu debaixo de uma rede mosquiteira tratado com inseticida?	1. Sim, geralmente ou sempre 2. Sim, algumas vezes 3. Nunca 9. Nao sabe	<input type="checkbox"/>
N2064	Durante esta gravidez, você (a mãe) tomou algum remédio como o de (FANSIDAR) para evitar que você (ou ela) sofra de malária? <i>Mostrar ao respondente o medicamento recomendado pela saúde</i>	1. Sim 2. Nao 9. Nao sabe	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → N2066
N2065	Durante esta gravidez, quantas vezes você/ mae tomou esse medicamento?		____ Vezes (NS = 99)
N2066 <i>(10347)</i>	O bebê nasceu com menos de 8 meses?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2067 <i>(10367)</i>	Quantos meses durou a gravidez até ao parto? <i>Para não sabe, digite "99". Por recusado, digite "88".</i>		____ Meses (NS = 99)
N2068 <i>(10382)</i>	Quantas horas durou o trabalho de parto e o parto? <i>Anote "00" se menos de 1 hora.</i>		____ Horas (NS = 99)
N2069_ 1 <i>(10387)</i>	Foi um parto Vaginal normal sem fórceps ou vácuo ?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 1 → N2070
N2069_ 2 <i>(10388)</i>	Foi um parto Vaginal com fórceps ou vácuo ?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 1 → N2070
N2069_ 3 <i>(10389)</i>	Foi um parto Cesariana ?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2070	Durante o trabalho de parto mas antes do parto, (voce/mãe) recebeu algum tipo de injeccão? <i>Leia "...a mãe..." se a mãe não for a inquirida.</i>	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2071	A bolsa de água rebentou antes ou durante o trabalho de parto? <i>Note: o trabalho de parto começa quando as contrações acontecem em intervalos de menos de 20 minutos.</i>	1. Antes 2. Durante 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2073
N2072	Quantas horas antes do trabalho de parto é que a bolsa de água rebentou? <i>Anote "24" se for 1 dia ou mais.</i>		____ Hours (NS = 99)
N2073 <i>(10383)</i>	O bebê nasceu após 24 horas ou mais depois de rebentar a bolsa de água?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2074 <i>(10385)</i>	Qual era a cor do líquido quando rebentou a bolsa de água?	1. Verde ou castanho 2. Transparente 3. Outro (Especifique)..... 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> _____
N2075 <i>(10384)</i>	O líquido cheirava mal?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
Inst_3: N2006 = 99 ((Se nao conhece o local do Parto) ou N2006 = 1, 2 (Parto em casa) e N2008 = 9 (Não sabe quem assistiu o parto) → N2080			
N2076	Inicialmente me disse que o bebê foi nascido no (LOCAL DE NASCIMENTO). Quem decidiu que este era lugar certo para nascer bebê? Se ela fez o parto ou estava a caminho de um profissional de saúde ou unidade sanitaria (N2006 = 3-11 ou N2006 = 1-2 e N2008 = 1-3), leia: "... um profissional de saúde ou unidade sanitária ... "? <i>Anote o principal decisor ou a mãe e seu marido/parceiro juntos.</i>	1. A mulher ela própria 2. Seu marido /parceiro 3. A mulher e o marido/parceiro Juntos 4. A mãe da mulher 5. A sogra da mulher 6. Alguém mais_Especifique 9. Não sabe	<input type="checkbox"/> _____
N2077	<i>Se ela não foi a um profissional de saúde ou a uma unidade sanitária (N2006=12 ou N2006=1-2 e N2008≠1-3), para o parto, pergunte:</i> Vocé/a mãe tem quaisquer preocupações ou problemas que fizeram (você/ela) não ir a um profissional de saúde ou a uma unidade sanitária para dar parto? <i>Se ela foi ou aconteceu a caminho do profissional de saúde ou a uma unidade sanitária (N2006=3-11 or N2006=1-2 e N2008=1-3) para dar parto, pergunte:</i> Vocé/mãe teve que superar algumas preocupações ou problemas para ir a um profissional de saúde ou unidade sanitária para dar parto?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → N2080

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2078	<p>Quais as preocupações ou problemas que (você/ela) teve?</p> <p>Pergunte: Mais alguma outra coisa?</p> <p><i>Admite respostas múltiplas.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não pensou que ela estivesse doente suficiente para procurar cuidados de saúde 2. Ninguém estava disponível para ir com ela 3. Muito tempo para suas obrigações regulares 4. Alguém mais tinha que decidir(especifique) 5. Muito longe para ir a unidade sanitaria 6. Não havia transporte disponível 7. Custos (Transporte, cuidados de saúde, outros)..... 8. Não estava satisfeito com os cuidados de saúde existentes 9. Os sintomas requerem tratamento tradicional 10. Pensava que estava muito doente para ir ao provedor de saude 11. Pensava que ia morrer apesar dos cuidados 12. Era tarde a noite(Transporte e profissional não estava disponível) 13. Medo de se expor a um profissional masculino 14. Outro (Especifique) 99. Não sabe 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> _____ 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> 99. <input type="checkbox"/> _____
-------	--	---	---

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

SEÇÃO 4: SINTOMAS MATERNOS E CUIDADOS DE SAUDE (PARA NADOS MORTOS E NEONATOS)

<p>N2080 <i>(10396a 10397 10398a 10399a 10400a 10401 10402a)</i></p>	<p>Agora, gostaria de lhe perguntar sobre quaisquer sintomas que (a sra / a mãe) teve durante a fase terminal da gravidez. <u>Os últimos 3 meses</u> da gravidez foram complicados Por algum dos seguintes sintomas que começaram antes do <u>início do trabalho de parto</u>?</p> <p>Explique ao inquirido que o trabalho de parto começa quando há contracções fortes a cada 20 minutos ou menos. Em seguida, leia cada sintoma e assinale "Sim", "Não" ou "Não sabe" para cada um.</p> <p><i>Leia "...a mãe...." Se a mãe não for a inquirida.</i></p>	<p>Senhora/mãe teve:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Convulsões? 2. Pressão arterial alta? 3. Anemia grave ou palidez e falta de ar? 4. Diabetes? 5. Fortes dores de cabeça?..... 6. Visão pouco nítida?..... <p>A senhora/ela estava</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Muito fraca para sair de cama? <p>(A senhora /mãe) teve:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Dor abdominal forte (Diferente das dores de trabalho de parto)? 9. Respiração rápida ou difícil 10. Cara inchada? 11. <u>Algum</u> sangramento vaginal antes do trabalho do parto 12. Febre? 13. Corrimento vaginal com mau cheiro? <p>A senhora /a mãe teve</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. A bolsa de água rebentada 6 horas ou mais antes do trabalho de parto? 15. Algum outro sintoma? (Especificar o outro sintoma) 16. Nenhum sintoma antes do trabalho de parto 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;"><u>Sim</u></th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;"><u>Nao</u></th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;"><u>NS</u></th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;"><u>Rec</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td>8. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td>8. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td>8. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td>8. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td>8. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td>8. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td>8. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td>8. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td>8. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td>8. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td>8. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td>8. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="border-top: 1px solid black; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> → N2088 </td> </tr> </tbody> </table>	<u>Sim</u>	<u>Nao</u>	<u>NS</u>	<u>Rec</u>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → N2088			
<u>Sim</u>	<u>Nao</u>	<u>NS</u>	<u>Rec</u>																																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>																																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>																																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>																																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>																																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>																																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>																																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>																																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>																																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>																																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>																																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>																																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>																																																								
<input type="checkbox"/> → N2088																																																											
<p>N2081</p>	<p>Você / a mãe procurou cuidados de qualquer pessoa ou de uma unidade sanitária para (algum dos) sintoma (s) de gravidez que começaram antes do trabalho de parto?</p> <p><i>Leia "...para alguns dos..." se ela teve mais que um sintoma de gravidez</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não 9. Não sabe 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2 → N2085 9 → <i>Inst_4</i></p>																																																								
<p>N2082</p>	<p>Onde é que (você/ela) procurou os cuidados?</p> <p>Pergunte: Houve algum outro lugar?</p> <p>Procure identificar o tipo de profissional ou unidade sanitária. Se a mulher foi atendida/observada por uma enfermeira ou parteira da comunidade treinada em uma unidade sanitária, assinale o tipo de unidade sanitária (s) (1-3) onde o profissional lhe atendeu/observou. Use a opção 4 somente se o profissional lhe atendeu/observou fora de uma unidade sanitária</p> <p><i>Admite respostas múltiplas</i></p>	<p>Profissional de saúde</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hospital 2. ONG ou clinica do estado 3. Clínica/medico privado 4. Enfermeira ou parteira da comunidade treinada (Fora da Unidade sanitária) 5. Outra pessoa 6. Parteira tradicional/medico da comunidade/bairro/ ou profissional não formal ou tradicional 7. Familiar, vizinho, amigo 7. Outro (Esp) (_____) 9. Não sabe..... 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td rowspan="9" style="vertical-align: middle; text-align: center;"> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> </div> </td></tr></tbody></table>	1. <input type="checkbox"/>	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> </div>																																																						
1. <input type="checkbox"/>	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> </div>																																																										

}

}

}

}

}

}

}

}

}

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2083	<p>Se teve mais de um sintoma que começou antes do trabalho de parto e ela procurou atendimento de um profissional de saúde (N2082 = 1-4), pergunte: Existiu algum sintoma ou sintomas particulares que começaram antes do trabalho de parto, para o qual (você / a mãe) foi ao (primeiro) profissional de saúde?</p> <p><i>Leia "...primeiro profissional de saúde" se ela foi a mais de um profissional.</i></p>	<p>1. Sim 2. Não 9. Não sabe</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 ou 9 → N2085</p>
N2084	<p>Para qual dos sintomas (Você/ela) procurou por um profissional de saúde ?</p>	<p>1. Convulsões <input type="checkbox"/> 2. Pressão arterial alta <input type="checkbox"/> 3. Anemia grave ou (Palidez e falta de ar) <input type="checkbox"/> 4. Diabetes <input type="checkbox"/> 5. Dores de cabeça fortes <input type="checkbox"/> 6. Visão pouco nítida <input type="checkbox"/> 7. Muito fraca para sair de cama <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> Dores abdominais fortes (diferentes das dores do parto) <input type="checkbox"/></p>	<p>9. Respiração rápida ou difícil <input type="checkbox"/> 10. Cara inchada <input type="checkbox"/> 11. Qualquer sangramento antes do trabalho do parto <input type="checkbox"/> 12. Febres <input type="checkbox"/> 13. Corrimento vaginal com mau cheiro <input type="checkbox"/> 14. A bolsa de água rebentou ≥ 6 Hrs antes do trabalho de parto <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> utro (Esp em N2080)</p>
N2085	<p>Se ela <u>nunca</u> foi atendida por um profissional de saúde (N2081 = 2 <u>ou</u> N2082 = apenas 5-7) para qualquer um dos sintomas da gravidez, pergunte: (você / a mãe) teve alguma preocupação ou problema que fez com que (você / ela) não fosse a um profissional de saúde ou a uma unidade sanitária para o (s) problema (s) que começou antes do trabalho parto?</p> <p>Se ela foi atendida por um profissional de saúde (N2082 = 1-4) para qualquer sintoma (s) de gravidez, pergunte: Você/mãe (você / a mãe) teve que superar quaisquer preocupações ou problemas para ir a um Profissional de saúde ou a uma unidade sanitária para o sintoma (S) que começou antes do parto?</p>	<p>1. Sim 2. Não 9. Não sabe</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 ou 9 → Inst_4</p>

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2086	<p>Quais as preocupações ou problemas que (você/ela) teve que superar?</p> <p>Pergunte: Alguma outra coisa?</p> <p><i>Admite respostas múltiplas</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não pensou que ela estivesse doente o suficiente para procurar cuidados de saúde 2. Ninguém estava disponível para ir com ela 3. Muito tempo para suas obrigações regulares 4. Alguém mais tinha que decidir 5. Muito longe para viajar 6. Não há transporte disponível 7. Custos (Transporte, cuidados de saúde, outros)..... 8. Não está satisfeito com os cuidados de saúde disponíveis 9. Os sintomas requerem tratamento tradicional 10. Pensava que estava muito doente para viajar 11. Pensava que ia morrer apesar dos cuidados 12. Medo de se expor a um profissional masculino 13. Outro (Esp)..... 99. Não sabe 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> 99. <input type="checkbox"/>
<p align="center">Inst_4: Se N2081 = 2, 9 ou N2082 = 5-7 (Nunca foi atendido por um provedor de saúde para qualquer sintoma de gravidez) → N2088</p>			
N2087	<p>Você / a mãe foi internada no hospital por (algum) sintoma (s) que começou antes do parto?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não 9. Não sabe 	<input type="checkbox"/>

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

<p>N2088 <i>(10395 10396b 10397 10399b 10400b 10401 10402b 10403 10404 10405)</i></p>	<p>Agora, gostaria de lhe perguntar sobre quaisquer sintomas que (você / a mãe) teve <u>durante</u> o trabalho de parto ou parto. (A senhora /mãe) teve alguns dos sintomas <u>durante</u> o trabalho de parto ou parto?</p> <p><i>Leia "...a mãe...." Se a mãe não for a inquirida.</i></p> <p>Lembre ao inquirido que o trabalho de parto começa quando há contracções fortes a cada 20 minutos ou menos. Em seguida, leia cada sintoma e assinale "Sim", "Não" ou "Não sabe" para cada um.</p> <p><i>Não inclui aqui qualquer sintoma que começou depois do bebé nascer.</i></p>	<p>(A senhora /ela) teve:</p> <p>1. Convulsões 2. Pressão arterial alta 3. Anemia grave ou palidez e falta de ar.. 4. Fortes dores de cabeça..... 5. Visão pouco nítida.....</p> <p>(A senhora /ela) estava</p> <p>6. Muito fraca para sair de cama?</p> <p>(A senhora /ela) teve:</p> <p>7. Dor abdominal forte (Diferente das dores de trabalho de parto)? 8. Respiração rápida ou difícil 9. Cara inchada?..... 10. Sangramento excessivo durante o trabalho de parto ou parto 11. Febre..... 12. Corrimento vaginal com mau cheiro?... 13. Trabalho de parto antes do tempo (antes de 9 meses) 14. Trabalho de parto que durou 12 horas ou mais.</p> <p><u>Em relação ao bebé:</u></p> <p>15. As nádegas, os pés, os braços ou a mão saíram antes da cabeça? 16. O cordão umbilical saiu antes do bebé nascer? 17. O cordão umbilical estava enrolado no pescoço do bebé mais que uma vez?</p> <p><u>A senhora /ela teve:</u></p> <p>18. Algum outro sintoma? (Especifique).....</p> <p>19. Nenhum sintoma durante o trabalho de parto ou parto</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 25%;"><u>Sim</u></th> <th style="text-align: left; width: 25%;"><u>Nao</u></th> <th style="text-align: left; width: 25%;"><u>NS</u></th> <th style="text-align: left; width: 25%;"><u>Rec</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td>8. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td>8. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"> <hr/> <input type="checkbox"/> → N2107 </td> </tr> </tbody> </table>	<u>Sim</u>	<u>Nao</u>	<u>NS</u>	<u>Rec</u>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>		1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>		1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>		1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>		1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>		1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>		1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>		1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>		1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>		1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>		1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>		<hr/> <input type="checkbox"/> → N2107			
<u>Sim</u>	<u>Nao</u>	<u>NS</u>	<u>Rec</u>																																																												
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>																																																												
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>																																																												
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																													
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																													
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																													
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																													
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																													
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																													
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																													
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																													
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																													
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																													
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																													
<hr/> <input type="checkbox"/> → N2107																																																															
<p>N2089</p>	<p>Onde (você/mãe) estava quando (este/o primeiro) sintoma começou)?</p> <p><i>Leia "...o primeiro..." se ela teve mais do que um sintoma de trabalho de parto ou parto.</i></p> <p><i>A opção 3 inclui em casa com enfermeira ou parteira da comunidade treinada que atende o trabalho de parto normal</i></p>	<p>1. Em casa (sem a enfermeira ou parteira da comunidade treinada) 2. A caminho do provedor de saúde ou da Unidade sanitária 3. Em casa <u>com</u> enfermeira ou parteira da comunidade treinada que veio fazer o parto normal <u>ou</u> na unidade sanitária ou no provedor de saúde onde ela foi fazer o trabalho de parto normal. 4. Outro (Esp)..... 9. Não sabe</p>	<p><input type="checkbox"/> 3 → N2093</p> <hr/>																																																												
<p>N2090</p>	<p>Você/ela alguma vez recebeu ou procurou alguns cuidados ou tratamentos para os (alguns dos) sintomas de trabalho de parto ou parto incluindo os cuidados ou tratamentos em casa?</p> <p><i>Leia "...alguns dos sintomas" se ela teve mais do que um sintoma.</i></p>	<p>1. Sim 2. Não 9. Não sabe</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 ou 9 → N2093</p>																																																												

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

<p>N2091</p>	<p>Onde é que (você/ela) procurou ou recebeu estes cuidados ou tratamentos?</p> <p>Pergunte: houve algum outro sítio?</p> <p><i>Sonde para identificar o tipo de profissional ou a unidade sanitária. Se a mulher foi atendida por uma enfermeira ou parteira da comunidade treinada em uma unidade sanitária, selecione o tipo de unidade sanitária (s) (1-3) onde o profissional lhe atendeu. Use a opção 4 somente se o profissional lhe atendeu fora da unidade sanitária. Use as opções 5-7 para outras pessoas que prestaram cuidados fora de uma unidade sanitária.</i></p> <p>Admite respostas múltiplas</p>	<p><u>Profissional de saúde</u> (na unidade sanitária)</p> <p>1. Hospital).....</p> <p>2. ONG ou clínica do estado</p> <p>3. Médico/clínica privada</p> <p><u>Profissional de saúde</u> (fora da unidade Sanitária).....</p> <p>4. Enfermeira ou parteira da comunidade treinada (Fora da Unidade sanitária)</p> <p><u>Outra pessoa</u> (fora da unidade sanitária ...</p> <p>5. Parteira tradicional/medico da comunidade/bairro/ ou profissional não formal ou tradicional</p> <p>6. Familiar, vizinho, amigo</p> <p>7. <i>Outro(esp)</i>.....</p> <p>9. Não sabe.....</p>	<p>1. <input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p>6. <input type="checkbox"/></p> <p>7. <input type="checkbox"/></p> <p>9. <input type="checkbox"/></p> <p>Apenas 5-9 → N2093</p>
<p>N2092</p>	<p>Quem decidiu que procurar um profissional de saúde era a melhor opção a fazer?</p> <p><i>Anote o principal decisor ou a mãe e seu marido/parceiro juntos (3)</i></p>	<p>1. A mulher, ela própria/marido/parceiro</p> <p>2. A mulher e seu marido/parceiro juntos</p> <p>3. A mãe da mulher</p> <p>4. A sogra da mulher</p> <p>5. Alguém mais (Especifique)</p> <p>9. Não sabe</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>N2093</p>	<p><i>Confira N2006 e N2008 para determinar o local do parto e a pessoa que lhe atendeu. Discuta com o entrevistado para confirmar ou corrigir o local de parto e a pessoa que lhe atendeu. Use a opção 3 ou 4 se a mulher deu parto em casa (N2006 = 1 ou 2) com uma enfermeira ou parteira treinada (N2008 = 2 ou 3).</i></p> <p><i>Discute e resolve as inconsistências, por exemplo, se N2090="Não", mas a mãe deu parto na unidade sanitária.</i></p>	<p><u>Em casa</u> (<u>Sem nenhuma</u> enfermeira ou parteira treinada)</p> <p>1. Casa do entrevistado</p> <p>2. Numa outra casa</p> <p><u>Em casa</u> (<u>com</u> uma enfermeira ou parteira treinada):</p> <p>3. Casa do entrevistado</p> <p>4. Numa outra casa</p> <p><u>Sector publico</u></p> <p>5. Hospital público</p> <p>6. Centro de saúde ou clínica do estado</p> <p>7. Posto de saúde</p> <p>8. Outro sector público (Especifique)</p> <p><u>Sector privado</u></p> <p>9. Hospital privado)</p> <p>10. Clínica privada)</p> <p>11. Maternidade privada)</p> <p>12. Outros sectores privados</p> <p>13. A caminho da unidade sanitaria</p> <p>14. Outros (especifique)</p> <p>99. Não sabe</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3-13 = Provedor dos serviços de saúde</p>

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2094	<p>Em quantas vezes (você/a mãe) <u>recebeu ou procurou</u> cuidados de um profissional de saúde ou numa unidade sanitária para os sintomas de trabalho de parto ou parto?</p> <p><i>Inclua provedores/unidades sanitárias (1-4) em N2091 onde procurou os cuidados para os sintomas de trabalho de parto ou parto. Também inclua o a pessoa que lhe assistiu e o local de parto (3-13) em N2093. Tenha certeza que incluiu #13 em N2093 se a mulher deu parto a caminho do provedor ou da unidade sanitária. Não duplique a contagem de provedor/unidade sanitária que está listado ambos na N2091e N2093.</i></p>	<p>___</p> <p>Provedores/unidades sanitárias</p>
-------	---	--

Inst_5: Se N2090 = 2, 9 e N2093 = 1-2, 14, 99 (Nenhum provedor de serviços procurado/visitado para os sintomas/parto) → N2107

Inst_6: Se N2089 = 3 (Os sintomas começaram no provedor de saúde onde ela foi para parto normal) → N2098

Inst_7: Se N2088 = 1 Um sintoma de parto/parto OU Se N2090 = 2 ou 9 (nenhum cuidado/tratamento foi procurado para os sintomas) → N2097

N2095	<p>Existiu algum sintoma ou sintomas específicos para os quais (você / a mãe) foi ao (primeiro) provedor de saúde?</p> <p><i>Leia "... o primeiro provedor de saúde?", Se ela foi para mais de um provedor.</i></p>	<p>1. Sim 2. Não 9. Não sabe</p>	<p><input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2097</p>
-------	---	--	---

N2096	<p>Para que sintoma (s) (Você/ela) foi?</p>	<p>1. Convulsões <input type="checkbox"/> 2. Pressão arterial alta <input type="checkbox"/> 3. Anemia grave ou (Palidez e falta de ar) <input type="checkbox"/> 4. Dores de cabeça fortes <input type="checkbox"/> 5. Visão pouco nítida..... <input type="checkbox"/> 6. Muito fraca para sair de cama..... <input type="checkbox"/> 7. Dores abdominais fortes (diferente das dores de parto) <input type="checkbox"/> 8. Respiração rápida ou difícil <input type="checkbox"/> 9. Cara inchada..... <input type="checkbox"/> 10.Sangramento excessivo durante o trabalho de parto ou parto <input type="checkbox"/></p>	<p>11.Febres <input type="checkbox"/> 12.Corrimento vaginal com mau cheiro <input type="checkbox"/> 13.Trabalho de parto prematuro (<9 meses) <input type="checkbox"/> 14.Trabalho de parto por 12 horas ou mais <input type="checkbox"/> 15.Parte diferente da cabeça do bebe saiu primeiro <input type="checkbox"/> 16.O cordão umbilical saiu primeiro <input type="checkbox"/> 17.Cordão enrolou o pescoço da criança mais de uma vez <input type="checkbox"/> 18.Outros (especificado em N2088) <input type="checkbox"/></p>
-------	---	--	--

N2097	<p>Quanto tempo após o início dos trabalhos de parto ou sintomas parto se decidiu ir ao (primeiro) provedor dos serviços de saúde?</p> <p><i>Leia "... para primeiro ?", Se ela foi para mais de um provedor de serviços de saúde.</i></p> <p>Anote dias, horas e / ou minutos caso necessário, p.ex. 00 dia, 02 horas, 10 minutos.</p>	<p>___ Dias (NS = 99)</p> <hr/> <p>___ Horas (NS = 99)</p> <hr/> <p>___ Minutos (NS = 99)</p>
-------	---	---

Procura de cuidados de saúde formal para sintomas de trabalho de parto e parto: Faça as seguintes perguntas para o último provedor de serviços de saúde onde recebeu ou procurou cuidados para os sintomas de trabalho de parto ou parto. Se ela deu parto ou tentou dar parto com um provedor ou numa unidade sanitária, então esse provedor/unidade sanitária é o último. Esta pode ser uma enfermeira ou parteira da comunidade treinada que foi na casa da mulher um provedor público ou privado ou numa unidade sanitária

Inclui qualquer provedor ou unidade sanitária que ela se dirigia mas deu parto antes de chegar

Leia: Agora gostaria de te fazer perguntas acerca(você/mãe) última visita ao último provedor de saúde (você /ela) onde foi assistido para os sintomas de trabalho de parto ou parto.

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

<p>N2098</p>	<p><i>Se ela deu parto ou estava para dar parto no provedor ou na unidade sanitária (N2006=3-11 ou N2006=1-2 e N2008=1-3), leia: Anteriormente disse que (Você/mãe) deu parto (LOCAL DE PARTO). (Confirma local de parto na N2006 e N2008 a pessoa que assistiu ao parto se foi em casa)</i></p> <p><i>Se não deu parto ou não estava para dar parto num provedor ou unidade sanitária (N2006=12 ou N2006=1-2 e N2008#1-3), leia: Qual foi o último provedor ou unidade sanitária onde (você/mãe) procurou cuidados para os sintomas de trabalho de parto ou parto?</i></p> <p><i>Procure identificar o tipo de provedor ou unidade sanitária. Se a mulher foi assistida por uma enfermeira ou parteira treinada da comunidade, numa unidade sanitária, então assinale o tipo de unidade sanitária onde o provedor lhe assistiu.</i></p>	<p><u>Em casa</u></p> <p>1. Em casa dela com médico, enfermeira, parteira ou parteira auxiliar</p> <p>2. Numa outra casa com médico, enfermeira, parteira ou parteira auxiliar</p> <p><u>Sector Público)</u></p> <p>3. Hospital do Estado</p> <p>4. Centro de saúde/clinica do Estado)</p> <p>5. Posto de saúde do estado</p> <p>6. Outro(Especifique)</p> <p><u>Sector Privado</u></p> <p>7. Hospital privado</p> <p>8. Clínica Privada</p> <p>9. maternidade privada</p> <p>10. Outro sector privado (Espec)</p> <p>11. caminho do provedor ou da unidade sanitária</p> <p>12. Outro (Especifique)</p> <p>99. Não sabe</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 or 2 → N2102</p> <hr/> <hr/>
<p>N2099</p>	<p>Você/mãe teve que pagar algum dinheiro para se dirigir ao provedor de saúde?</p>	<p>1. Sim 2. Não 9. Não sabe)</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 ou 9 → N2101</p>
<p>N2100</p>	<p>Como (você/mãe) arranjou o dinheiro para v se dirigir ao provedor de saúde?</p> <p><i>Admite respostas múltiplas</i></p>	<p>1. Tinha dinheiro disponível 2. Pedi emprestado..... 3. Vendi alguns bens 4. Tive apoio da família..... 5. Fundo comunitário)..... 6. Programa do governo 7. Outro..... 9. Não sabe</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p>
<p>N2101</p>	<p>Que tipo de transporte usou para chegar lá?</p> <p><i>Admite respostas múltiplas</i></p> <p><i>Adaptação local: As categorias de resposta poderão ser desagregadas e adaptadas ao contexto local se necessário.</i></p>	<p>1. A pé 2. Bicicleta/animal/carro/barco 3. Autocarro 4. Taxi/txopelamotorizada 5. Ambulância 6. Outro..... 7. Não foi possível arranjar transporte 9. Não sabe</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p>

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2102	<p><i>Para cuidados de saúde na unidade sanitária, pergunte: Você/mãe chegou ao (PROFISSIONAL DE SAÚDE) antes do bebê nascer?</i></p> <p><i>Para cuidados de saúde fora da unidade sanitária, pergunte: (O PROVEDOR DE SAÚDE) encontrou a si/mãe antes do bebê nascer?</i></p> <p><i>Preencha o (PROVIDOR DE SAUDE) com a resposta para N2098.</i></p> <p><i>Se "Não" discuta com entrevistado para ter a resposta correcta: 2 ou 3.</i></p>	<p>1. Sim, chegou antes de dar parto</p> <p>2. Não, o parto foi a caminho do último provedor/ antes do último provedor/assistir a mãe</p> <p>3. Não, não conseguiu encontrar o provedor e voltou a casa e teve o parto sem assistência de um provedor de saúde.</p> <p>9. Não sabe</p>	<p><input type="checkbox"/> 2-9 → N2107</p>																
N2103	<p><i>Depois de decidir em procurar os cuidados de (sintomas de trabalho de parto ou parto), quanto tempo (você / a mãe) levou para chegar ao (ÚLTIMO PROVEDOR DE SAÚDE) / para o (ÚLTIMO PROVEDOR DE SAÚDE) chegar (a si / a mãe)?</i></p> <p><i>Leia "...para o provedor de saúde chegar (a si/a mãe) " se o provedor de saúde assistiu a mulher em casa ou noutro local fora da unidade sanitária.</i></p> <p><i>Anote horas e / ou minutos caso necessário, p. Ex. 05 Horas, 30 minutos</i></p>		<p>____ Horas (NS = 99)</p> <p>____ Minutos (NS = 99)</p> <p>N2098 ≠ 3, 7 → N2105</p>																
N2104	(Você / A mãe) foi internada no hospital?	<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p> <p>9. Não sabe</p>	<input type="checkbox"/>																
N2105	O (O ÚLTIMO PROVEDOR DE SAÚDE) encaminhou (a si / a mãe) para outro provedor de saúde ou a uma outra unidade sanitária?	<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p> <p>9. Não sabe</p>	<input type="checkbox"/>																
N2106	O nascimento do bebê foi assistido pelo (ÚLTIMO PROVEDOR DE SAÚDE)	<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p> <p>9. Não sabe</p>	<input type="checkbox"/>																
N2107a (10398a)	<p>Agora, gostaria de perguntar sobre os sintomas após o nascimento do bebê. (a senhora / a mãe) teve algum dos seguintes sintomas que começaram dentro de 6 semanas após o parto?</p> <p>Leia cada sintoma e assinale "Sim", "Não" ou "Não sabe" para cada uma.</p> <p><i>Leia "...a mãe...." Se a mãe não for a inquirida.</i></p>	<p><u>Você (a mãe) teve:</u></p> <p>1. Convulsões?</p> <p>2. Sangramento vaginal intenso?</p> <p>3. Febre com corrimento vaginal com mau cheiro ou com dor abdominal</p>	<table border="0"> <tr> <td><u>Sim</u></td> <td><u>Não</u></td> <td><u>NS</u></td> <td><u>Rec</u></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td>8. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td>8. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td>8. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>NS</u>	<u>Rec</u>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>
<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>NS</u>	<u>Rec</u>																
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>																
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>																
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>																
Inst_8: PARA – Se N2016 = 1 (Nadomorto) → N2271																			

SECCAO 5: Cuidados do recém-nascido, sinais e sintomas associados a doença que levou a morte (para morte neonatal);			
Leia: Agora gostaria de lhe perguntar sobre os cuidados do recém-nascido			
Inst_9: Verifique N2006 (para determinar o local do parto. Se N2006 = 3-10 (Local de parto) → N2112			
N2110	Que instrumento foi usado para cortar o cordão umbilical?	<p>1. Lâmina nova/do Kit do parto/lâmina esterelizada</p> <p>2. Lâmina velha</p> <p>3. Tesoura</p> <p>4. <i>Outro (Especifique).....</i></p> <p>9. Não sabe</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2111	Que instrumento foi usado para amarrar o cordão umbilical?	1. Fio limpo/do kit do parto/pedaço de fio esterilizado 2. Pedaço de linha suja 3. Abraçadeira do cordão umbilical 4. <i>Outro (Especifique)</i> 9. Não sabe	<input type="checkbox"/>
N2112	Alguma coisa foi aplicada na coto umbilical após nascimento do bebé?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2114
N2113	O que foi aplicado? <i>Admite respostas múltiplas</i>	1. Álcool / outro anti-séptico..... 2. Antibiótico Pomada / creme / pó)..... 3. Óleo de rícino, óleo de mostarda ou manteiga de karité 4. Estrume animal ou sujidade / lama 5. <i>Outro(Especifique)</i> 9. Não sabe	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/>
N2114 <i>(10115)</i>	Havia alguma contusão ou sinal de ferimento no corpo do bebé ao nascer?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2115 <i>(10370)</i>	Alguma parte da criança estava fisicamente anormal no momento do parto? (por exemplo: parte do corpo muito grande ou muito pequena, crescimento anormal de alguma no corpo)	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2117
N2116_1 <i>(10371)</i>	O bebé / criança teve um inchaço ou defeito nas costas no momento do nascimento?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2116_2 <i>(10371)</i>	O bebé / criança tinha uma cabeça muito grande ao nascer?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 1 → N2117
N2116_3 <i>(10371)</i>	O bebé / criança tinha uma cabeça muito pequena ao nascer?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2117 <i>(10406)</i>	O bebé tinha uma coloração azulada no nascimento?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2118 <i>(10111)</i>	O bebé respirou imediatamente após o nascimento, ainda que um pouco?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 2 → N2120
N2119 <i>(10112)</i>	O bebé teve algum problema respiratório?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2120 <i>(10113)</i>	O bebé recebeu assistência para respirar logo após o parto?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2121 <i>(10105)</i>	O bebé chorou imediatamente após o nascimento, ainda que somente um pouco?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 1 → N2123

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2122 <i>(10106)</i>	Quantos minutos após o nascimento o bebê chorou pela primeira vez? <i>Se o bebê nunca chorou, use o código "98" e cruze com o N2013 (o bebê já chorou?) Na seção de determinação de natimortos. Se N2013 = Sim, então discuta isso com o respondente para reconciliar. Se N2013 deve ser "Não", então este pode ter sido um natimorto e você deve refazer a seção de determinação do natimorto</i>		<u> </u> <u> </u> Minutos 98 → N2125 (RC = 88, NS = 99, Nunca chorou = 98)
N2123 <i>(10107)</i>	Em algum momento o bebê perdeu a capacidade de chorar?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2125
N2124 <i>(10108)</i>	Quantas horas antes da morte o bebê perdeu a capacidade de chorar? <i>Menos que 60 minutos = "00" horas.</i>		<u> </u> <u> </u> Horas (RC = 88, NS = 99)
N2125	<i>Para bebês de um parto prematuro (N2066=1 ou N2067<9 meses) na unidade sanitária (N2006=3-10), pergunta:</i> O bebê foi colocado em uma incubadora após o nascimento?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe	<input type="checkbox"/>
N2126	Após o nascimento, o bebê foi colocado diretamente na pele nua do peito da mãe? <i>Mostre à mulher uma imagem de posição pele a pele</i>	1. Sim 2. Não 9. Não sabe	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → N2131
N2127	Quanto tempo após o nascimento, o bebê foi colocado diretamente na pele nua do peito da mãe? <i>Se for 1-23 horas, anote o número de horas</i>	1. Imediatamente 2. menos de uma hora..... 3. uma hora ou mais 4. Não sabe.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hora..... <input type="checkbox"/>
N2128	<i>Antes de ser colocado sobre a pele nua do peito da mãe, o bebê estava embrulhado?</i>	1. Sim 2. Não 9. Não sabe	<input type="checkbox"/>
Inst_10: se o parto não foi prematuro (N2066≠1 e N2067=9,10) ou Não foi numa unidade sanitaria (N2006=1, 2, 11, 12, 99) → N2131			
N2129	<i>Para bebês nascidos prematuros (N2066 = 1 ou N2067 <9, 10 meses) em um centro de saúde (N2006 = 3-10), pergunte: Por quantas horas cada dia o bebê estava diretamente sobre a pele nua do peito (seu / da sua mãe)?</i> <i>se menos que uma hora , registre "00."</i>		<u> </u> <u> </u> Horas (NS = 99)
N2130	<i>Para bebês de um parto prematuro (N2066 = 1 ou N2067 <9 meses) na unidade sanitária,pergunte:</i> Por quanto tempo em dias o bebê foi colocado directamente na pele nua do peito da mãe? <i>Se for menos de 1 dia, registre "00</i>		<u> </u> <u> </u> Dias (NS = 99)
N2131	Quanto tempo depois de nascimento o bebê foi dado o primeiro banho?	1. 1 a 6 horas 2. 7-23horas 3. Mais de 24horas 4. não tomou banho antes da morte 9. Não sabe	<input type="checkbox"/>

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2132	Você/mãe ou uma ama de leite chegou de amamentar o bebê?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2135
N2133	Quanto tempo depois de nascimento o bebê foi alimentado pela primeira vez? <i>Se for 1-23 horas, anote o número de horas</i> <i>Se for 1 dia ou mais anote o número de dias.</i>	1. Imediatamente 2. Em menos de uma hora..... 3. Em uma hora ou mais..... 4. Em um dia ou mais 5. Não sabe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas Dias <input type="checkbox"/>
N2134	No dia anterior ao início da doença que levou à morte, o bebê foi amamentado?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe	<input type="checkbox"/>
N2135	No dia anterior ao início da doença, o bebê recebeu algum...? <i>Leia todas opções e registre "Sim," "Nao" ou "Não sabe" para cada.</i>	1. Leite (diferente do leite materno) 2. Água 3. Água açucarada 4. Gripe water 5. Solução de açúcar sal e água/mistura 6. Sumo de fruta 7. Formula infantil 8. Chá / Infusões..... 9. Mel..... 10. Alimentos semi-sólidos ou moles, como iogurte, cereais ou purê de legumes..... 11. Qualquer outro liquido semisolido ou comida leve..... (especificar o liquid semisolido ou comida leve).....	Sim Nao NS 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/>
N2136 (10271)	O bebê conseguiu mamar ou tomar biberon normalmente durante o primeiro dia de vida?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 1 → N2138
N2137 (10272)	O bebê chegou a mamar de uma forma normal?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2141
N2138 (10273)	O bebê perdeu a capacidade de mamar normalmente?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2141
N2139 (10274)	Quanto dias após o nascimento é que o bebê parou de mamar? <i>Menos de 24 horas anote "00" dias.</i>		___ Dias (NS = 99)
N2140	O bebê conseguiu abrir a boca no momento em que ele perdeu a capacidade de mamar?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2141 (10219)	Durante a doença que levou à morte, o bebê teve espasmos ou convulsões (ataque)?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2144

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2142 (10275)	O bebé teve convulsões (ataque) nas primeiras 24 horas de vida?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 1 → N2144
N2143 (10276)	O bebé teve convulsões que iniciaram após 24 horas de nascimento? <i>Se ambos N2142 e N2143 = "Não," discute e corrija de acordo com o inquirido.</i>	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2144 (10277)	O corpo do bebé ficou rígido, com a cabeça curvada para trás? <i>Mostrar foto</i>	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2145 (10281)	Durante a doença que levou à morte, o bebé ficou sem reacão ou inconsciente?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2149
N2146 (10282)	O bebé ficou sem reacão ou inconsciente logo após ao nascimento, em menos de 24 horas?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 1 → N2148
N2147 (10283)	O bebé ficou sem reacão ou inconsciente mais de 24 horas após nascimento? <i>Se na N2146 e N2147 for "Não," discute e corrija com o inquirido.</i>	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2148 (10215)	O bebe ficou inconsciente por mais de 24 horas antes da morte?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2149 (10286)	Durante a doença que levou à morte, o bebé ficava letárgico (fraco) depois de um período de actividades normais?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2150 (10287)	Durante a doença que levou à morte, o bebé tirava pus do coto umbilical (umbigo)?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2151 (10287)	Durante a doença que levou a morte, o bebé tinha o coto umbilical avermelhado?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2153
N2152	A parte avermelhada do coto do cordão umbilical estendeu-se a volta do umbigo?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2153	Durante a doença que levou à morte, o bebé teve problemas de pele contendo pus ou uma única área grande com pus?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2154 (10288)	Durante a doença que levou à morte o bebé teve úlceras ou feridas na pele?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2155 (10147)	Durante a doença que levou á morte, o bebé tinha febre?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2159
N2156	Com quantos dias de vida começou a febre? <i>Menos de 24 horas anote "00" dias</i>		<u> </u> <u> </u> Dias (NS = 99)
N2157 (10148_a)	Quantos dias a febre durou? <i>Menos de 24 horas ="00" dias.</i>		<u> </u> <u> </u> Dias (NS = 99)
N2158 (10149)	A febre continuou até a morte?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2159 (10284)	Durante a doença que levou à morte, o bebé ficou frio ao toque?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2162
N2160 (10285)	Quantos dias antes da morte o bebé começou a ficar frio ao toque? <i>Menos de 24 horas ="00" dias.</i>		<u> </u> <u> </u> Dias (NS = 99)
N2161	Por quantos dias o bebé ficou frio ao toque? <i>Menos de 24 horas anote "00".</i>		<u> </u> <u> </u> Dias (NS = 99)
N2162 (10153)	Durante a doença que levou a morte tinha tosse?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2165
N2163 (10158)	Ele(a) fazia um som ruidoso quando tossia?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2164	A criança vomitava após tossir?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2165 (10159)	Durante a doença que levou à morte, o bebé tinha dificuldades em respirar?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2167
N2166	Que idade tinha quando começou a dificuldade de respirar? <i>Menos de 24 horas anote "00" dias</i>		<u> </u> <u> </u> Dias (NS = 99)
N2166_1 (10161)	Por quantos dias durou a dificuldade em respirar? <i>Menos de 24 horas anote "00" dias.</i>		<u> </u> <u> </u> Dias (NS = 99)
N2167 (10166)	Durante a doença que levou a morte, o bebe chegou a ter respiração muito rápida?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2170

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2168	Que idade tinha quando começou a respiração rápida? <i>Menos de 24 horas anote "00" dias</i>		<u> </u> <u> </u> Dias (NS = 99)
N2169 <i>(10167)</i>	Por quantos dias durou a respiração rápida? <i>Menos de 24 horas anote "00" dias</i>		<u> </u> <u> </u> Dias (NS = 99)
N2170 <i>(10168)</i>	Durante a doença que levou à morte, a bebe tinha falta de ar?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2172
N2171 <i>(10169)</i>	Por quantos dias teve a falta de ar? <i>Menos de 24 horas anote "00" dias</i>		<u> </u> <u> </u> Dias (NS = 99)
N2172 <i>(10172)</i>	Durante a doença que levou à morte, o bebe tinha peito contraído? <i>(Parte inferior do peito encolhia para dentro quando a criança respirava?)</i> <i>Mostrar foto</i>	1. Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2173 <i>(10173_nc0)</i>	Durante a doença que levou à morte, a respiração dele(a) soava como qualquer uma das seguintes formas <i>(Demonstrar cada som)</i>		
N2174 <i>(10173_nc1)</i>	Estridor	1. Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2175 <i>(10173_nc2)</i>	Ronco	1. Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2176 <i>(10173_nc3)</i>	Assobio	1. Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
<i>(10173_nc)</i>	Verifique: Registe o som da respiração	1. Estridor/chiadeira 2. Ronco 3. Assobio 4. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2177a <i>(10278)</i>	Durante a doença que levou à morte, o bebé teve a fontanela (parte mole da cabeça) abaulada ou saliente? <i>Mostre foto.</i>	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	
N2177 <i>(10279)</i>	Durante a doença que levou à morte, o bebé teve a fontanela (parte mole da cabeça) afundada deprimida? <i>Mostre foto.</i>	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2178 (10289)	Durante a doença que levou à morte, o bebé tinha a pele, palmas das mãos ou planta do pé amarelada?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2179	Durante a doença que levou à morte, tinha coloração amarelada dos olhos?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2180 (10233)	Durante a doença que levou à morte, ele(a) teve alguma erupção cutânea? Mostre foto	1. Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2181 (10240)	Durante a doença que levou à morte ele(a) tinha áreas da pele avermelhadas e inchadas?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2182 (10239)	Durante a doença que levou à morte, a criança teve áreas de pele que ficaram escuras?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2183 (10241)	Durante a doença que levou à morte, ele(a) sangrava em algum lugar?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2185
N2184	<i>Anote por onde o bebé sangrava</i>		
N2185 (10181)	Durante a doença que levou a morte, (FALECIDO(A)) tinha fezes líquidas ou soltas mais frequentes do que o habitual?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2188
N2186 (10183)	Quantas vezes a criança evacuou no dia em que as fezes líquidas eram mais frequentes?		<u> </u> <u> </u> Vezes (NS = 99)
N2187 (10184)	Quantos dias antes da morte começou a ter fezes líquidas frequentes?		<u> </u> <u> </u> Dias (NS = 99)
N2188 (10186)	Em algum momento durante a doença que levou à morte houve sangue nas fezes?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2189 (10188)	Durante a doença que levou à morte, o bebê vomitava tudo?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2189a (10189)	Ele(a) vomitou na semana antes da morte?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
Lesões e acidentes			
<i>Leia: Agora, gostaria de lhe perguntar sobre quaisquer lesões ou acidentes que (NAME) possa ter sofrido</i>			
N2190 (10077)	(FALECIDO(A)) sofreu de alguma lesão ou acidente que o levou a morte?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 2 → N2192

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2190_1 (10079)	Foi um acidente de trânsito?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2190_4
N2190_2 (10080)	Qual foi o seu papel no acidente de trânsito?	1. Peão 2. Motorista ou passageiro em veículo ligeiro 3. Motorista ou passageiro em autocarro ou veículo pesado 4. Motorista ou passageiro em uma motocicleta 5. Motorista ou passageiro em umabicicleta 6. Outros 9. não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2190_3 (10081)	Qual foi a contraparte que foi atingida durante o acidente de trânsito?	1. Peão 2. Objecto fixo 3. Carro ou veículo ligeiro 4. autocarro ou veículo pesado 5. Motocicleta 6. bicicleta 7. Outros 9. não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> → N2190_20
N2190_4 (10082)	Ele(a) se feriu em um acidente de transporte não rodoviário?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2190_5 (10083)	Ele (a) feriu-se em uma queda? <i>Isso inclui acidentes e casos em que não se sabe se foi um acidente ou se houve violência intencional.</i>	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2190_6 (10084)	Houve algum envenenamento? <i>Isso inclui acidentes e casos em que não se sabe se foi um acidente ou se houve violência intencional.</i>	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2190_7 (10085)	Ele (a) morreu de afogamento? <i>Isso inclui acidentes e casos em que não se sabe se foi um acidente ou se houve violência intencional.</i>	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2190_8 (10086)	Ele(a) foi ferido por mordida ou picada de um animal venenoso? <i>Isso inclui acidentes e casos em que não se sabe se foi um acidente ou se houve violência intencional.</i>	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 1 → N2190_10
N2190_9 (10087)	Ele(a) foi ferido por mordida ou picada de um animal não venenoso?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2190_11
N2190_10 (10088)	Qual foi o animal / insecto?	1. Cão 2. Cobra 3. Insecto ou Escorpião 4. Outros 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2190_1 1 (10089)	Ele(a) foi ferido por queimaduras / fogo?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2190_1 2 (10090)	Esteve sujeito à violência (suicídio, homicídio, abuso)? <i>Não diga suicídio para crianças com menos de 12 anos</i>	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2190_1 3 (10091)	Foi ferido por uma arma de fogo?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2190_1 4 (10092)	Ele (a) foi esfaqueado, cortado ou perfurado?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2190_1 5 (10093)	Ele foi estrangulado?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2190_1 6 (10094)	Ele (a) foi ferido por uma força bruta?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2190_1 7 (10095)	Ele (a) foi ferido por uma força da natureza?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2190_1 8 (10096)	Foi eletrocutado? <i>Isso inclui acidentes e casos em que não se sabe se foi um acidente ou se houve violência intencional.</i>	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2190_1 9 (10097)	Ele (a) encontrou algum outro ferimento?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2190_2 0 (10098)	A lesão foi acidental?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 1 → N2191
N2190_2 1 (10099)	A lesão foi auto-infligida?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 1 → N2191
N2190_2 2 (10100)	A lesão foi intencionalmente infligida por outra pessoa?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2191	Quanto tempo (FALECIDO(A)) sobreviveu após a lesão? <i>Anote em horas se menos de 24 horas- menos de 1 hora anote "00" horas Anote dias se 1 dia ou mais.</i>	____ Horas (NS = 99)
		____ Dias (NS = 99)

CUIDADOS NEONATAIS(PARA MORTES NEONATAIS)

Leia: Agora, gostaria de perguntar sobre os cuidados que o bebê recebeu logo após o nascimento.

N2192	<i>Confira N2006 para determinar se o bebê nasceu em uma unidade sanitária (códigos 3-10):</i>	1. Sim, nasceu na unidade sanitária 2. Não nasceu na unidade sanitária 9. Não Sabe	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2199
-------	--	--	--

N2193	O bebê saiu da unidade sanitária vivo ou ele(a) morreu na unidade sanitária?	1. Sim saiu vivo 2. Morreu na unidade sanitária 9. Não sabe	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2211
-------	--	---	--

N2194	Quanto tempo depois de nascer o bebê saiu da unidade sanitária? <i>Anote em horas se forem menos de 24 horas – se for menos de 1 hora anote '00' horas; Anote dias se for 1 dia ou mais.</i>	____ Dias (NS = 99)
		____ Horas (NS = 99)

N2195	Antes de deixar a unidade sanitária, alguém examinou fisicamente o bebê, por exemplo, verificar a temperatura ou ver o cordão umbilical?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe	<input type="checkbox"/>
-------	--	---------------------------------	--------------------------

N2196	Antes de ter alta, algum profissional da saúde aconselhou (a si/mãe) para amamentar a criança?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe	<input type="checkbox"/>
-------	--	---------------------------------	--------------------------

N2197	Antes de ter alta (você/mãe) foi explicada sobre os sinais e sintomas nos quais o bebê necessita de cuidados imediatos?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe	<input type="checkbox"/>
-------	---	---------------------------------	--------------------------

N2198	Após ter alta mas antes do início da doença fatal, o bebê tinha sido atendido por um trabalhador da saúde ou enfermeira em casa ou na comunidade ou por um médico ou enfermeira na unidade sanitária? <i>Admite respostas múltiplas</i> Para cada opção mencionada pergunte: Quantas vezes o bebê foi atendido por um (PROFISSIONAL NAQUELE LOCAL) antes do início da doença fatal. E pergunte: Que idade tinha o bebê quando foi atendido pela primeira vez por (este/algum desses) provedor(es) de saúde	1. Trabalhador da saúde ou enfermeira em casa/na comunidade 2. Médico ou enfermeiro na unidade sanitária 3. Nunca tinha sido atendido 9. Não sabe	<u>Vista</u>	<u>Vezes</u>	<u>Primeira visita</u>
			1. <input type="checkbox"/>	____ Dias de idade (<1 = 00; NS= 99)

Inst_11 → Section 10

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2199	Após o nascimento a pessoa que assistiu ao parto examinou o bebê por exemplo, verificou a temperatura ou observou o cordão umbilical?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe	<input type="checkbox"/>		
N2200	Após o nascimento do bebê, a pessoa que assistiu ao parto aconselhou a (você/mãe) para amamentar a criança?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe	<input type="checkbox"/>		
N2201	Após o nascimento do bebê, a pessoa que assistiu ao parto falou para (si/mãe) sobre os sinais e sintomas nos quais o bebê necessita de cuidados imediatos?	1. S 2. Não 9. Não sabe	<input type="checkbox"/>		
N2202	Dias após o parto mas antes do início da doença fatal, o bebê tinha sido assistido por um trabalhador da saúde ou enfermeira em casa ou na comunidade ou por um médico ou enfermeira na unidade sanitária? <i>Admite respostas múltiplas</i> Para cada opção mencionada pergunte: Quantas vezes o bebê foi assistido por um (PROFISSIONAL NAQUELE LOCAL) antes do início da doença fatal. E pergunte: Que idade tinha o bebê quando foi assistido pela primeira vez por (este/algum desses) provedor (es) de saúde	1. Trabalhador da saúde ou enfermeira em casa/na comunidade 2. Médico ou enfermeiro na unidade sanitária 3. Nunca tinha sido assistido 9. Não sabe	<u>Visto</u> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/>	<u>Vezes</u>	<u>Primeira visita</u> Dias de idade (<1 = 00; NS= 99)

SECCAO 10: Procura de cuidados para doença que levou a morte(PARA MORTES NEONATAIS)

Leia: Agora, gostaria de fazer lhe perguntas sobre a doença fatal do (FALECIDO(A)) e os cuidados e tratamentos que ele/a recebeu.

N2211	Quando se notou pela primeira vez que (NAME) estava doente, ele/a foi/estava ... <i>Leia as alternativas para cada condição.</i>	1. Alimentada normalmente, alimentada mal (medio) ou não foi alimentada (anormal)? 2. Normalmente activo, menos activo do que o normal (medio), ou não se mexia (anormal)?	<u>Normal</u> <u>Medio</u> <u>Anormal</u> <u>NS</u> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/>
N2212	O (NAME) recebeu, ou você deu ou procurou, algum tratamento ou cuidado para a doença fatal?	1. Sim 2. Não,- cuidado não necessário, não dado ou nao procurado 9. Não sabe	<input type="checkbox"/> 2 → N2215 9 → N2248

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2213 Por favor, diga-me tudo o que você fez para a doença fatal do (FALECIDO(A)) dentro de casa e todos os lugares fora da casa que você levou a ele/a para cuidados de saúde. Comece com o primeiro cuidado ou tratamento que (FALECIDO(A)) recebeu e depois, em ordem, diga-me todos os outros cuidados e tratamentos que ele/a recebeu. Também diga-me que sintomas estavam presentes quando você tomou cada ação.

Incluir qualquer provedor de saúde procurado mas não alcançado antes da morte r

(2) Marque uma outra caixa de cuidados ou de assistência médica para cada linha de ação. Verifique "CHW treinado, enfermeira ou parteira" somente se o provedor de saúde tiver assistido fora da unidade sanitária. (2A) Se a doença começou no provedor de saúde onde a criança nasceu, marque isso como Ação 1 e marque a caixa "Doença começou no provedor de saúde"

(1) Ação #	(2) Outros cuidados			(2) Provedor de Cuidados de saúde					(4) Que sintomas estavam presentes quando a ação foi tomada?
	Cuidados em casa (própria, familiar, vizinho, amigo)	Provedor tradicional ou informal	Farmacêutico ou vendedor de medicamentos	Trabalhador ou Agente comunitária treinada (CHW), enfermeiro ou parteira	Médico particular Ou clínica (formal/informal)	ONG ou clínica pública	Hospital	(2A) A doença começou no provedor onde a criança nasceu	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Inst_12: Se a doença começou no provedor de saúde onde a criança foi nascida:
A) e não preencheram N2098– N2106 → N2219;
B) e preenchido N2098–N2106 → N2223

Inst_13: se N2213 ≠ "Provedor dos cuidados de saúde" (Nunca levou a um provedor de cuidados de saúde) → N2215

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2214	<p><i>Se algum cuidado formal foi dado ou procurado pergunte:</i> Quem decidiu procurar cuidados para a doença de (FALECIDO(A)) no(PRIMEIRO provedor formal)?</p> <p><i>Anote o decisor principal ou a mãe e o pai juntos (3).</i></p>	<p>1. Mãe da criança 2. Pai da criança 3. A mãe e o pai da criança, Juntos 4. Avó materna materna</p> <p>5. Avó paterna da criança 6... Alguém (Especifique)..... mais 9.Não sabe</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <hr/>
N2215	<p><i>Se nunca foi levado a um provedor de saúde pergunte:</i> Você teve alguma preocupação ou problema que te impediu de levar o (FALECIDO(A)) para um provedor de saúde durante a doença que ele/a tinha?</p> <p><i>Se foi levado ao provedor de saúde pergunte pergunte:</i> Você teve que superar quaisquer preocupações ou problemas para levar (FALECIDO(A)) para o (primeiro) provedor de saúde?</p>	<p>1. Sim 2. Não 9. Não sabe</p>	<p><input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → Inst_14a</p>
N2216	<p>Que preocupações ou problemas você teve?</p> <p>: Houve alguma outra preocupação?</p> <p><i>Admite respostas múltiplas</i></p>	<p>1. Não pensou que a criança estava doente o suficiente para precisar de cuidados de saúde 2. Ninguém disponível para ir com a criança 3. Muito ocupado com deveres regulares 4. Alguém mais teve que decidir (especificar) 5. O provedor de saúde fica muito longe 6. Não havia transporte disponível 7. Custo (transporte, cuidados de saúde, outros) 8. Não satisfeito com os cuidados de saúde disponíveis 9. Problema exigia cuidados tradicionais 10. Pensava que a criança estava muito doente que não podia viajar 11. Pensava que a criança ia morrer e nada podia fazer 12. Era noite (transporte ou provedor não estava disponível) 13. outro (Especifique)..... 99. Não sabe</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> _____ 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> _____ 99. <input type="checkbox"/></p>
<p align="center">Inst_14a: Se N2212 = 2 (Nenhum cuidado foi dado) → N2271 Inst_14b :Se N2213 ≠ "Provedor de saúde" (Nunca foi levado a um provedor de saúde) → N2247</p>			
N2217	<p><i>Confira a N2230 para o primeiro provedor de saúde e sintomas relacionadas:</i></p> <p>Você disse que levou (FALECIDO(A)) para o (primeiro) provedor de saúde, quer dizer (PRIMEIRO PROVEDOR DE SAÚDE) com (SINTOMAS). Quanto tempo passava quando se decidiu levar (FALECIDO(A)) para o primeiro provedor de saúde devido a (este/estes) sintomas?</p> <p><i>Leia "... para o primeiro ..." se levou ou tentou levar para mais de um provedor de saúde.</i></p> <p><i>Anote dias, horas e/ou minutos caso necessário, p.ex. 00 dias, 02 horas, 10 minutos</i></p>	<p align="center">____ Dias (NS = 99)</p> <hr/> <p align="center">____ Horas (NS = 99)</p> <hr/> <p align="center">____ Minutos (NS = 99)</p>	

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

Matriz de procura de cuidados de saúde formal da doença da criança: faça as seguintes perguntas para o primeiro e último provedor de saúde onde se procurou os cuidados da doença que levou a morte. Faça todas as perguntas para o primeiro provedor dos serviços de saúde antes de ir para o último provedor.

Antes de perguntar sobre o primeiro provedor de saúde, leia:

Agora, gostaria de fazer lhe perguntas sobre sua visita ao (primeiro) provedor de saúde, quer dizer, ao (PRIMEIRO PROVEDOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE).

Leia "primeiro" se foi ou recebeu cuidados de mais de um provedor
Antes de perguntar sobre o último provedor de saúde, leia:

Agora, gostaria de fazer lhe perguntas sobre sua visita ao último provedor de saúde, quer dizer, ao (ÚLTIMO PROVEDOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE).

-MATRIZ DE PERGUNTAS DE DOENÇAS-		PRIMEIRO PROVEDOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	ÚLTIMO PROVEDOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
<p>No momento em que decidiu levar (FALECIDO(A)) para o primeiro ou o último provedor, ele(a)</p> <p><i>Leia as alternativas e assinale "Normal", "Moderado", "Grave" ou "Não sabe" para cada condição.</i></p>	<p>1. Alimentava-se normalmente, alimentava-se mal ou não se alimentava ?</p> <p>2. Estava normalmente activo, menos activo do que o normal, ou não se mexia?</p>	<p>N2218</p> <p><u>Nrml</u> <u>Mod</u> <u>Svr</u> <u>NS</u></p> <p>1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p> <p>1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p>	<p>N2228</p> <p><u>Nrml</u> <u>Mod</u> <u>Svr</u> <u>NS</u></p> <p>1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p> <p>1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p>
<p>Qual foi o tipo do (PRIMEIRO /ÚLTIMO PROVEDOR DE SAUDE) onde você levou(FALECIDO(A))?</p> <p><i>para identificar o tipo de provedor ou unidade sanitária. Se a criança foi assistida por um trabalhador de saúde da comunidade treinado, enfermeiro ou parteira em uma unidade sanitária, assinale o tipo de unidade sanitária onde o provedor deu assistência. Use a opção 5 ou 11 somente se o provedor deu assistência fora de uma unidade sanitária.</i></p>	<p>Sector público:</p> <p>1. Hospital</p> <p>2. Centro de saúde</p> <p>3. Posto de saúde</p> <p>4. Clínica móvel</p> <p>5. Trabalhador de saúde da comunidade treinado, enfermeiro ou parteira (fora de uma unidade sanitária)</p> <p>6. Outro setor público</p> <p>Sector médico privado:</p> <p>7. Hospital privado</p> <p>8. Médico / clínica privada</p> <p>9. Clínica móvel</p> <p>10. Trabalhador de saúde da comunidade treinado, enfermeiro ou parteira (fora de uma unidade sanitária)</p> <p>11. Outro sector médico privado</p> <p>99. Não sabe</p>	<p>N2219</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>(Nome do provedor/facilitador)</p>	<p>N2229</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>(Nome do provedor/facilitador)</p>
<p>Para os cuidados de saúde na unidade sanitária, pergunte: A criança encontrou o (PRIMEIRO/ÚLTIMO PROVEDOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE) antes dele/a morrer</p> <p>Para os cuidados de saúde fora da unidade sanitária, pergunte: O (PRIMEIRO/ÚLTIMO PROVEDOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE) encontrou a criança antes dele/a morre?</p> <p>Se "Não" discute com o entrevistado para determinar a resposta correcta: 2 ou 3.</p>	<p>1. Sim, a criança chegou ao provedor antes de morrer</p> <p>2. Não, morreu a caminho do provedor/antes do provedor encontrar a criança.</p> <p>3. Não, não conseguiu chegar a este provedor, então voltou para casa ou tomou outra acção</p> <p>9. Não sabe</p>	<p>N2220</p> <p><input type="checkbox"/> 2 → N2247</p> <p>3, 9 → Inst_15</p>	<p>N2230</p> <p><input type="checkbox"/> 2-9 → Inst 16</p>

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

Depois de (decidir em procurar os cuidados/ser encaminhado), quanto tempo levou para chegar ao (PRIMEIRO/ÚLTIMO PROVEDOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE) / para o (PRIMEIRO/ÚLTIMO PROVEDOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE) chegar a criança?		N2221 ____ ____ Horas (NS = 99)	N2231 ____ ____ Horas (NS = 99)
Leia "...se o provedor chegou a criança" se o provedor assistiu a criança em casa ou em algum outro lugar fora da unidade sanitária. (N2219 = 5, 10). Anote horas &/ ou minutes caso necessário: P. ex. 02 horas, 10 minutos.		____ ____ Minutos (NS = 99) N2219 ≠ 1, 7 (Hospital) → N2223	____ ____ Minutos (NS = 99) N2229 ≠ 1, 7 (Hospital) → N2233
A criança foi internada no (PRIMEIRO/ULTIMO PROVEDOR DE SAÚDE) por causa do problema que ele/a tinha?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe	N2222 <input type="checkbox"/>	N2232 <input type="checkbox"/>
O (PRIMEIRO/ÚLTIMO PROVEDOR DE SAÚDE) encaminhou (FALECIDO(A)) para uma outra unidade sanitária ou para um outro provedor de saúde?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe	N2223 <input type="checkbox"/> 2 ou 9 → N2225	N2233 <input type="checkbox"/> 2 ou 9 → N2235
Para onde (FALECIDO(A)) foi encaminhado/a <i>para identificar o tipo de provedor ou unidade sanitária. Se a criança foi encaminhada para um trabalhador de saúde da comunidade treinado, enfermeiro ou parteira em uma unidade sanitária, assinale o tipo de unidade sanitária onde o provedor deu assistência. Use a opção 5 ou 11 somente se o provedor deu assistência fora de uma unidade sanitária.</i>	Sector público: 1. Hospital 2. Centro de saúde 3. Posto de saúde 4. Clínica móvel 5. Trabalhador de saúde da comunidade treinado, enfermeiro ou parteira (fora de uma unidade sanitária) 6. Outro sector público Sector médico privado: 7. Hospital privado 8. Médico / clínica privada 9. Clínica móvel 10. Trabalhador de saúde da comunidade treinado, enfermeiro ou parteira (fora de uma unidade sanitária) 11. Outro setor médico privado 99. Não sabe	N2224 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → N2226 _____ (Nome do provedor/facilitador)	N2234 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → N2236 _____ (Nome do provedor/facilitador)
O (PRIMEIRO/ULTIMO PROVEDOR DE SAÚDE) informou lhe acerca dos sinais e sintomas pelos quais... Leia as alternativas e assinale "sim", "Não" ou "Não sabe"	1. A criança precisava voltar imediatamente 2. Devia fazer acompanhamento se a criança não melhorar depois de alta	N2225 Sim Nao NS 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/>	N2235 Sim Nao NS 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/>
O (A) (NOME) Saiu do (PRIMEIRO/ÚLTIMO PROVEDOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE) vivo/a?	1. Sim, saiu vivo(a) 2. Não, morreu no provedor	N2226 <input type="checkbox"/> 2 → Inst_16	N2236 <input type="checkbox"/> 2 → Inst_16
No momento em que (FALECIDO(A)) saiu do (PRIMEIRO/ÚLTIMO PROVEDOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE), ele(a) foi ... Leia as alternativas e assinale "Normal", "Moderado", "Grave" ou "Não sabe" para cada condição.	1. Alimentada normalmente, alimentada mal ou não foi alimentada? 2. Estava normalmente activo, menos activo do que o normal, ou não se mexia?	N2227 Nrm Mod Svr NS 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/>	N2237 Nrm Mod Svr NS 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/>

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

Inst_15: Confira N2213→ Se foi levado(a) para um outro provedor dos serviços de saúde...		NN/criança→ N2228 (Ultima unidade de saude)	
Inst_16: Se apenas foi atendido em uma unidade de saúde e N2223 = 2, 9 (não indicado ou não sabe) ou Se foi atendido por mais de uma unidade de saude e ambos N2223 e N2233 = 2, 9 (não indicado ou não sabe) → Inst_17			
N2238	Você levou a criança para todos provedor(es) de saúde para onde ele(a) foi encaminhada? <i>Leia "todos provedores de saúde..." se a criança foi encaminhada para ambos o primeiro e o último provedor.</i>	1. Sim 2. Não Não sabe	<input type="checkbox"/>
N2239	<i>Se não foi levada para todos provedores encaminhado, pergunte:</i> Você teve alguma preocupação ou problema que te impediu de levar falecido(a) para o (os) provedores de saúde para onde ele(a) foi encaminhado/a? <i>Se foi levada para (todos) provedores em que foi encaminhado, pergunte: Teve que superar alguma preocupação ou problema de levar (FALECIDO(A)) para o (os) provedores de saúde para onde ele(a) foi encaminhado(a)?</i>	1. Sim 2. Não Não sabe	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → Inst_17
N2240	Que preocupações ou problemas você teve? <i>Sonde: Houve alguma outra coisa?</i> <i>Admite respostas múltiplas</i>	1. O provedor não disse que o encaminhamento era importante 2. Pensou que não eram necessários mais cuidados 3. Ninguém estava disponível para ir com ela 4. Muito tempo para seus deveres regulares 5. Alguém mais tinha que decidir 6. Muito longe para ir ao provedor 7. Não havia transporte disponível 8. Custos (Transporte, cuidados de saúde, outros)..... 9. Não estava satisfeito com os cuidados de saúde existentes 10. Foi para um provedor de saude /unidade sanitária alternativo 11. Os sintomas requerem tratamento tradicional 12. Pensava que estava muito doente para ir ao provedor de saude/ unidade sanitaria 13. Pensava que ia morrer apesar dos cuidados 14. Era tarde a noite 15. A bebe morreu antes de ir 16. Outro(Espc 99. Não sabe.....	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> 16. <input type="checkbox"/> 99. <input type="checkbox"/>
Inst_17: Se N2219, N2229, N2224 ou N2234 = 1-4, 6-9 ou 11 (Foi atendido em qualquer unidade sanitária) → continue com N2241; Caso o contrário → N2247			
N2241	Você teve que pagar algum dinheiro para ir para algum provedor de saúde ? <i>Leia: "...algum provedor de saúde?" se a criança foi levada a mais de um provedor.</i>	1. Sim 2. Não 9. Não sabe	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → <u>N2243</u>

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2242	Como você arranhou o dinheiro para ir ao provedor de saúde? <i>Admite respostas múltiplas. Se não sabe selecione "9".</i>	1. Tinha dinheiro disponível 2. Pedi emprestado 3. Vendi alguns bens 4. Tive apoio da família 5. Fundo comunitário..... 6. Programa do governo..... 7. Outro 9. Não sabe	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/>
N2243	Que tipo de transporte usou para ir ao provedor de saúde? <i>Admite respostas múltiplas. Se não sabe selecione "9". Adaptação local: As categorias de resposta poderão ser desagregadas e adaptadas ao contexto local se necessário.</i>	1. A pé 2. Bicicleta/animal/carro/barco 3. Autocarro 4. Taxi/ txopela/motorizada 5. Ambulância 6. Outro 7. Não foi possível arranjar transporte 9. Não sabe.....	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/>
N2244 (10452)	Houve algum problema durante o atendimento no hospital ou unidade sanitaria?	1. Sim 2. Nao 9. Nao sabe	<input type="checkbox"/>
N2245 (10453)	Houve algum problema com a forma como ele/ela foi tratado/a (tratamento medico, procedimentos, atitudes interpessoais, respeito, dignidade) no hospital ou unidade sanitária	1. Sim 2. Nao 9. Nao sabe	<input type="checkbox"/>
N2246 (10454)	Houve algum problema para ter medicamentos, ou testes de diagnosticos no hospital ou unidade sanitaria?	1. Sim 2. Nao 9. Nao sabe	<input type="checkbox"/>
N2247 (10458)	Nos ultimos dias antes da morte, alguem usou ou celular para pedir ajuda?	1. Sim 2. Nao 9. Nao sabe	<input type="checkbox"/>
N2248	Quantos dias após (ter a nformação pela pimeira vez sobre doença / (ÚLTIMA AÇÃO N2213) / ter saído do primeiro / último provedor de saúde), o (FALECIDO(A)) morreu? <i>Se N2212 = 2 (Nenhum cuidado foi dado), então leia: "...informação da doença pela primeira vez..."</i>		____ Dias (<1 = 00; NS = 99)
Inst_18: Se N2212 = 2 (Nenhum cuidado foi dado) ou se N2213 ≠ "Provedor de saúde" (Nunca foi levado para provedor de saúde) → N2271			

SECCÃO 11: TRATAMENTOS RECEBIDOS DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU A MORTE (PARA MORTES NEONATAIS)

N2251 (10418)	(FALECIDO(A)) recebeu algum tratamento para a doença que levou à morte?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2253
N2252_1 (10419)	Ele(a) recebeu sais de reidratação oral (Mistura)?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2252_ 2 (10420)	Ele(a) recebeu tratamento com fluidos (soro) por via intravenosa?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2252_ 3 (10421)	Ele(a) recebeu (ou precisou) uma transfusão de sangue	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2252_ 4 (10422)	Ele(a) recebeu (ou precisou) tratamento/alimentos através de um tubo nas narinas?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2252_ 5 (10423)	Ele(a) recebeu (ou precisou) antibioticos injectável?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2252_ 6 (10424)	Ele(a) recebeu (ou precisou) tratamento antiretroviral (TARV)?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2252_ 7 (10425)	Ele(a) recebeu (ou precisou) de uma operação por causa da doença?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/>
N2253 (10437)	Possui algum registo/ receita/ documentos hospitalares pertencentes ao falecido(a)?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2259
N2254 (10438)	Posso ver os registos/ receitas/ documentos hospitalares?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 2 → N2259
N2255_ 1check (10439_ check)	A data da última (última) visita a unidade sanitaria está disponível?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 2→ N2255_2check
N2255_ 1 (10439)	Registe a data da última (última) visita a unidade sanitária		$\frac{/}{D} \frac{/}{D} \frac{/}{M} \frac{/}{M} \frac{/}{AA} \frac{/}{A} \frac{/}{A}$ (NS = 99/99/9999)
N2255_ 2check (10440_ check)	A data da segunda visita mais recente a unidade sanitária está disponível?	1.Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 2→ N2256
N2255_ 2 (10440)	Registe a data da segunda visita mais recente a unidade sanitaria		$\frac{/}{D} \frac{/}{D} \frac{/}{M} \frac{/}{M} \frac{/}{AA} \frac{/}{A} \frac{/}{A}$ (NS = 99/99/9999)

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2256 (10441)	Registe a data da última anotação nos registos de saúde	____/____/_____ D D M M AA A A (NS = 99/99/9999)
N2257 (10442)	Registe o peso (em quilogramas) escrito na visita mais recente (última) na unidade sanitária	____ quilogramas (NS= 9999)
N2258 (10444)	<i>Anote a data da última visita</i> Transcreva a última anotação nos Registos de saúde (incluindo qualquer / todos os diagnósticos mencionados no registo de saúde, resultados do laboratório, receita médica, nota da alta do hospital, etc)	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
N2259 (10435)	Algun profesional de saúde lhe informou sobre a causa da morte?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder
		<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2271
N2260 (10436)	O que foi que o profissional de saúde disse?	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

SECÇÃO 12: CERTIFICADO DE MORTE E REGISTO CIVIL (PARA NEONATAL)

N2271 (10462)	Foi emitido o certificado de óbito?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → N2283
N2272 (10463)	Posso ver a certificado de óbito?	1. Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 2 → N2283
N2273 (10464)	Registe a causa directa da morte conforme o certificado de óbito (Linha a)		

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2274 (10465)	Tempo aproximado entre o inicio da doença e a morte	____ ____ Anos ____ ____ Meses ____ ____ Dias ____ ____ Horas ____ ____ Minutos (NR = 88)	
N2275 (10466)	Registe a causa intermédia de óbito segundo o certificado (linha b)		
N2276 (10467)	Tempo aproximado entre o inicio da doença e a morte	____ ____ Anos ____ ____ Meses ____ ____ Dias ____ ____ Horas ____ ____ Minutos (NR = 88)	
N2277 (10468)	Registe a causa Basica de óbito segundo o certificado (linha c)		
N2278 (10469)	Tempo aproximado entre o inicio da doença e a morte	____ ____ Anos ____ ____ Meses ____ ____ Dias ____ ____ Horas ____ ____ Minutos (NR = 88)	
N2283 (10069)	O óbito foi registado? <i>Se sim, pergunte: Posso ver certidão de óbito/boletim/assento?</i>	1. Sim, visto 2. Sim, não visto 3. Não registado 9. Não sabe 8. Recusou-se a responder	<input type="checkbox"/> 8, 2, 3 ou 9 → N2291
N2284 (10070)	Anote o número de certidão de óbito/boletim/assento	_____	

SECÇÃO 13: O AGREGADO FAMILIAR

Leia: Agora eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas acerca de (si/mãe da criança)

Se o respondente é a mãe, leia "sobre si."

Se o respondente não é a mãe, leia "...sobre a mãe da criança." (Leia: "... a mãe da criança. "Se o entrevistado não for a mãe.)

Inst_19: Se Q1403 = 2 (Respondente e a mãe da criança) → N2295

N2291	Qual era a idade da mãe quando a criança quando morreu? <i>Confira N2003: Se a mãe morreu, leia " quantos anos tinha a mãe da criança quando ela morreu?"</i>	____ ____ Anos (NS = 99)
-------	--	-----------------------------

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2292	A mãe da criança alguma vez frequentou uma escola	1. Sim 2. Não 9. Não sabe	<input type="checkbox"/> 8, 2 ou 9 → <u>N2295</u>
N2293	Qual é o nível mais elevado que ela frequentou?	<p style="text-align: center;"><i>Classe/ano</i></p> 0. Pré-escolar(01-02-03) 1. Alfabetizacao (Ano: 01-02-03) 2. Primário EP1 (Classe: 01-05) 3. Primário EP2 (Classe: 06-07) 4. Secundário ESG1 (Classe: 08-10) 5. Secundário ESG2 (Classe:11-12) 6. Técnico Elementar (Ano: 01-03) 7. Técnico básico (Ano: 01-03) 8. Técnico médio (Ano: 01-03) 9. Formação de professores primaries (Ano: 01-03) 10.Superior (Ano: 01-07) Não sabe	<input type="checkbox"/>
N2294	Qual é a classe/ano mais elevada que completou nesse nível? <i>Se não completou nenhuma classe/ano nesse nível anote "00".</i>		____ Class/Ano (NS = 99)
N2295	No momento da morte da criança, (você/mãe da criança) era casada ou vivia com um homem como casados? <i>[Leia "... a mãe da criança..." se o respondente não for a mãe.]</i>	1. Sim, casada 2. Sim, vivia com um homem 3. Não, não em união 4. Não , a mae tinha falecido 9. Não sabe	<input type="checkbox"/> 3 → <i>Inst_20</i>
N2296	Quantos anos (você / ela) tinha quando se casou pela primeira vez (ou quando viveu com um homem)? <i>Leia "...ela tinha quando ela..."se a entrevistada não é a mãe.</i> <i>Leia "...casada ou vivendo com um homem?" se N2295 = "2" (vivendo com um homem)</i>		____ Anos (NS = 99)
N2297	O (marido/parceiro) da mae da crianca alguma vez frequentou uma escola (Leia "... parceiro..." se ela vivia com um homem.)	1. Sim 2. Não 9. Não sabe	<input type="checkbox"/> 2 or 9 → <i>Inst_20</i>
N2298	Qual é o nível mais elevado que ele frequentou?	<p style="text-align: center;"><i>Classe/ano</i></p> 0. Pré-escolar(01-02-03) 1. Alfabetizacao (Ano: 01-02-03) 2. Primário EP1 (Classe: 01-05) 3. Primário EP2 (Classe: 06-07) 4. Secundário ESG1 (Classe: 08-10) 5. Secundário ESG2 (Classe:11-12) 6. Técnico Elementar (Ano: 01-03) 7. Técnico básico (Ano: 01-03) 8. Técnico médio (Ano: 01-03) 9. Formação de professores primaries (Ano: 01-03) 10.Superior (Ano: 01-07) 99. Não sabe	<input type="checkbox"/>
N2299	Qual é a classe/ano mais elevado que completou nesse nível? <i>Se não completou nenhuma classe/ano nesse nível anote "00".</i>		____ Classe/Ano (NS = 99)

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

Inst_20: Leia: (Agora, gostaria de lhe fazer algumas perguntas acerca de (seu/ a mãe) agregado familiar. Por favor lembre-se de que todas as informações são estritamente confidenciais

Se o entrevistado não for a mãe, leia "...a mãe...;" e pergunte N2300– N2304 do agregado familiar da mãe.

N2300	<p>Esta é a casa (onde estamos agora) onde (você/ a mãe) esteve durante os últimos dias de gravidez da criança falecida</p> <p><i>Leia "...últimos dias..."</i> <i>Mortes mais adulta: Leia "...criança..."</i></p> <p><i>Leia "...onde estamos agora..." Se quiser clarificar de que casa está a falar.</i></p>	<p>1. Sim 2. Não 9. Não sabe</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 → N2303 9 → N2314</p>
N2301	<p>Onde (você/mãe) estava nessa altura</p> <p><i>Sonde: Onde (Você/mãe) estava durante a ocorrência da doença?</i></p> <p><i>Assinale "1" apenas se sua residência habitual não era dos seus sogros ou outros familiares</i></p>	<p>1. <i>Na sua própria casa naquele momento(diferente da localização habitual)</i></p> <p>2. Casa dos sogros 3. Casa dos pais 4. Casa do irmão <i>Outro (Especif.)</i> 9. Não sabe</p>	<p><input type="checkbox"/> 9 → N2311</p> <hr/>
N2302	<p>Qual é o endereço do lugar onde (você/ela) estava</p>	<p>Provincia _____</p> <p>Distrito _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
N2303	<p><u>No momento da ocorrência da doença</u>, por quanto tempo (você / a mãe / seus (FAMILIARES) / (FAMILIARES) da mãe viviam continuamente nesta/naquela comunidade? <i>Leia "... (FAMILIARES)..." se N2301 = 2-5 (ele (a) estava com seus familiares)</i></p>	<p>____ Ano (<1 = 00; NS =99)</p>	
N2304	<p>Quanto tempo levarias para chegar a uma unidade sanitária mais próxima (desta /daquela casa) numa situação de emergência? <i>Anote horas e / ou minutos caso necessário, p. Ex. 01 Horas, 30 minutos.)</i></p>	<p>____ (Horas) (NS = 99)</p> <hr/> <p>____ Minutes (NS = 99)</p>	

SECCAO 14: QUESTOES SOBRE CAPITAL SOCIAL E HIV/SIDA(PARA NADOS MORTOS & MORTES NEONATAIS)

Leia: Agora, eu tenho algumas perguntas sobre (a sua, a mãe/ seus (familiares)/ familiares da mãe/ (FALECIDO(A)S)) comunidade

Se o entrevistado não é a mãe, leia "... a mãe..." ou "... " (FAMILIARES) da mãe...; e pergunte N2311-N2313 sobre a mãe e sua comunidade ou a comunidade de seus FAMILIARES.

N2311	<p>Nos 12 meses antes da morte de (FALECIDO(A)), as pessoas na (aldeia / bairro) trabalharam em conjunto em qualquer um dos seguintes assuntos que afetam toda a comunidade ou parte da comunidade?</p> <p><i>Leia todos os assuntos e assinale "Sim", "Não" ou "Não sabe" para cada um; Em seguida, digite o código.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ensino/escolas 2. Serviços de saúde/clínicas 3. Oportunidade de emprego remunerável 4. Crédito/financiamento 5. Estradas 6. Transportes públicos 7. Distribuição da água 8. Serviços sanitários 9. Agricultura 10. Justiça/resolução de conflitos 11. Segurança/serviços da polícia 12. Mesquita/igrejas/templos 13. Outros..... <p>(especifique)</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Sim</th> <th>Nao</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <hr/>	Sim	Nao	NS	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
Sim	Nao	NS																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
		<p>Codigo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Um ou mais problemas identificados 2. Sem problema identificado 	<input type="checkbox"/>																																										
N2312	<p>Nos 12 meses antes da morte do (FALECIDO(A)), (você/a mãe) foi um participante activo em quaisquer tipos de grupos na comunidade?</p> <p><i>Leia todos os grupos e registre "Sim," "Não" ou "Não sabe" para cada um ; e depois registre o código.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grupo de treino vocacional 2. Grupos de poupança ou programa de microcredito..... 3. Cooperativa comunitaria, tais como cooperativa agricola 4. Grupo politico 5. Grupo religioso 6. Grupo de desporto..... 7. Juventude / Grupo de estudantes 8. Grupo de mulheres..... 9. Outro <p>(especifique)</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Sim</th> <th>Nao</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <hr/>	Sim	Nao	NS	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>												
Sim	Nao	NS																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
		<p>Codigo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Um grupo identificado 2. Dois ou mais grupos identificados 3. Sem grupos identificados 	<input type="checkbox"/>																																										

**COMSA-QUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL E SOCIAL
NADO-MORTO&NEONATO (0-27 Dias)**

N2313	<p>(Você/ela) recorreu para alguma das seguintes pessoas ou grupos na comunidade para pedir ajuda durante a gravidez / (ou) a doença fatal da criança?</p> <p><i>Leia "...a gravidez?" para nado-morto</i></p> <p><i>Leia "...a gravidez ou a doença que levou a morte da criança?" Para as mortes Neonatais</i></p> <p><i>Leia todas as opiniões e assinale ("X") Sim, Não ou Não Sabe para cada; Em seguida digite o código.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> Grupo religioso Grupo de mulheres Grupo de poupança ou programa de microcrédito Qualquer outro grupo comunitário, como um grupo de treinamento vocacional, cooperativa comunitária, grupo político, clube desportivo, grupo de jovens ou estudantes Líder político ou comunitário Líder religioso Família Vizinhos Amigos Patrão/empregador/benfeitor Polícia Outro <p>(especifique)</p>	<table border="0"> <tr> <td><u>Sim</u></td> <td><u>Nao</u></td> <td><u>NS</u></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<u>Sim</u>	<u>Nao</u>	<u>NS</u>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
		<u>Sim</u>	<u>Nao</u>	<u>NS</u>																																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																										
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																										
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																										
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																										
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																										
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																										
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																										
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																										
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																										
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																										
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																										
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																										
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																										
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																										
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																										
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																										
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																										
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																										
: Código			<input type="checkbox"/>																																																									
1. Uma pessoa/grupo identificado																																																												
2. Duas ou mais pessoas/grupos identificados																																																												
3. Nenhuma pessoa/grupo identificado.																																																												
Inst_21: Se Nado Morto → N2316																																																												
N2314 <i>(10126)</i>	<p><i>Leia: Agora eu tenho quatro últimas perguntas sobre o (criança e mãe da criança)</i></p> <p>A criança já teve um teste de HIV positivo?</p>	<ol style="list-style-type: none"> Sim Não Não sabe Recusou-se a responder 	<input type="checkbox"/>																																																									
N2315 <i>(10127)</i>	Houve algum diagnóstico por um profissional de saúde de que o criança tinha SIDA?	<ol style="list-style-type: none"> Sim Não Não sabe 8. Recusou-se a responder 	<input type="checkbox"/>																																																									
N2316 <i>(10445)</i>	Você / a mãe biológica da criança já teve um teste de HIV positivo?	<ol style="list-style-type: none"> Sim Não Não sabe 8. Recusou-se a responder 	<input type="checkbox"/>																																																									
N2317 <i>(10446)</i>	Houve algum diagnóstico por um profissional de saúde de que (você / mãe biológica da criança tinha SIDA?	<ol style="list-style-type: none"> Sim Não Não sabe 8. Recusou-se a responder 	<input type="checkbox"/>																																																									

SECÇÃO 15: RESPOSTAS ABERTAS E COMENTÁRIOS / OBSERVAÇÕES DO INQUIRIDOR (NADOMORTO, NEONATAL)

N2321 (10476)

Leia: Obrigado por responder às perguntas que fiz. Gostaria que me falasse sobre a doença do (FALECIDO(A)) em suas próprias palavras. Além disso, haverá algo mais que queira partilhar comigo sobre a doença do(a) falecido(a) e que eu não lhe perguntei?

Depois do inquirido terminar pergunte: Há alguma outra coisa?

Escreva exactamente o relato do inquirido. Depois de terminar, volta a ler o que escreveu e peca a ele/a para corrigir quaisquer erros que tenha escrito

Inst_22: se nado-morto → Termine a entrevista

<p>N2322 <i>(10479.1)</i></p>	<p><i>Inquiridor: Foi mencionada alguma das seguintes palavras de interesse na narrativa acima?</i></p>	<p>1. Asfixia 2. Incubadora..... 3. Problema pulmonar 4. Parto prematuro..... 5. Distúrbio respiratório 6. Nenhuma das palavras acima foi mencionada 9. Nao Sabe.....</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
-----------------------------------	---	---	---

**FIM DA ENTREVISTA
AGRADECIMENTO RESPONDENTE POR SUA PARTICIPAÇÃO**

Inquiridor: use este espaço para escrever seus comentários e observações sobre a entrevista.
