

INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS POR COVID-19: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

COVID-19 DEATH INVESTIGATION: AN EXPERIENCE REPORT

DOI: <http://dx.doi.org/10.16891/2317-434X.v9.e1.a2021.pp988-994> Recebido em: 02.11.2020 | Aceito em: 22.11.2020

Patricia Malcovick^a, Mônica Sales Barbosa^b

**Universidade de Pernambuco - UPE^a
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO^b
E-mail: patricia_malcovick@ymail.com**

RESUMO

O novo coronavírus surgiu na China no final de 2019 e logo ganhou proporções de pandemia, que alastrou o mundo em 2020. Os serviços de saúde tiveram sua capacidade posta à prova para reorganizar sua rotina perante a alta demanda pela crescente incidência de casos e óbitos. Essa pesquisa teve por objetivo relatar a experiência da pesquisadora nas investigações dos óbitos por COVID-19 no município de Olinda, onde a Secretaria Municipal de Saúde montou um comitê especial para atuar na pandemia. Observou-se que, diante da pandemia de COVID-19, assim como tantos setores, a Vigilância Epidemiológica se deparou com quadro de profissionais reduzido, funcionários afastados após testarem positivo para a doença, o negacionismo e a disseminação de notícias falsas que gerou a descrença de uma parcela da população, além de outros desafios.

Palavras-chave: COVID-19; investigação de óbitos; vigilância epidemiológica.

ABSTRACT

The new coronavirus appeared in China at the end of 2019 and soon gained proportions of a pandemic, which spread the world in 2020. Health services had their capacity tested to reorganize their routine in view of the high demand for the growing incidence of cases and deaths. This research aimed to report the researcher's experience in investigating deaths by COVID-19 in the municipality of Olinda, where the Municipal Health Secretariat set up a special committee to act in the pandemic. It was observed that, in the face of the COVID-19 pandemic, like so many sectors, Epidemiological Surveillance faced a reduced number of professionals, employees on leave after testing positive for the disease, denialism and the spread of false news that generated disbelief part of the population, in addition to other challenges.

Keyword: COVID-19; death investigation; Epidemiological monitorin.

INTRODUÇÃO

Os coronavírus são uma classe de vírus zoonóticos, ou seja, passadas de animais a humanos e causam, principalmente, doenças respiratórias. O novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da COVID-19, foi descoberto após um surto da doença na região de Wuhan, na China, em dezembro de 2019 e passou a ser classificada pela OMS como uma pandemia a partir de março de 2020. Até 22 de julho de 2020 foram confirmados 14.765.256 casos de COVID-19 no mundo e 612.054 mortes (OMS, 2020).

Os sintomas podem ser variados: alterações respiratórias como uma síndrome gripal, mialgia, diarreia, cefaleia, além da perda de olfato e paladar. Enquanto o coeficiente de mortalidade mundial é de 76,6 óbitos por milhão de habitante, o Brasil apresentou 374 óbitos por milhão de habitante. O estado do Pernambuco registrou uma mortalidade de 62 óbitos por 100 mil habitantes, enquanto o Brasil registra 37,5 óbitos por 100 mil habitantes até 18 de julho de 2020. (BRASIL, 2020)

O mundo teve que se adaptar e reforçar seus sistemas de saúde e funerário frente à alta demanda em decorrência da COVID-19. Diante do exposto, o objetivo desse trabalho foi relatar a experiência da pesquisadora, enquanto fisioterapeuta residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade do Pernambuco (UPE) nas investigações dos óbitos por COVID-19 no município de Olinda, onde a Secretaria Municipal de Saúde montou um comitê especial para atuar na pandemia.

METODOLOGIA

A experiência relatada ocorreu durante os meses de maio e junho de 2020, quando a pesquisadora esteve inserida no setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Olinda.

As investigações foram realizadas remotamente, via telefone, com as famílias dos moradores de Olinda que faleceram por COVID-19. A ficha de investigação de óbito seguia o padrão designado pela I Gerência Regional de Saúde (GERES), que abriga 19 municípios em toda a Região Metropolitana do Recife (RMR), incluindo o município de Olinda e a ilha de Fernando de Noronha. Os dados referentes à investigação foram inseridos em banco de dados próprio da GERES e foram usados para atualizar os Sistemas de Informações como o Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP - Gripe).

A ficha de investigação era composta por perguntas sobre os dados socioeconômicos: nome, idade, sexo, escolaridade, ocupação, endereço, tipo de moradia

(casa própria, alugada, cedida), e perguntas voltadas para o histórico clínico, como comorbidades, sintomas sugestivos de COVID-19 apresentados, o curso da doença, tratamento, internação, necessidade de ventilação mecânica e permanência em UTI, exames realizados e desfecho; e por fim, perguntas específicas sobre o óbito: data e local de ocorrência do óbito, proteção do corpo por sacos impermeáveis e lacração caixão, realização de velório, sepultamento ou cremação e número de pessoas que acompanharam e, ao final, um momento livre para que o familiar relatasse se a família atribui o óbito do parente a algum fator. Além do mapeamento de casos suspeitos e registro de sintomas apresentados pelos familiares. As observações sobre as respostas obtidas durante as investigações serão abordadas nos tópicos a seguir.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

REORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO

Olinda está localizada na Região Metropolitana do Recife com um território de 41.300km² e é a terceira cidade mais populosa do Pernambuco, com uma população estimada de 393.115 pessoas, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em 02 de maio de 2020, data em que a pesquisadora se inseriu na equipe de investigações, o município contabilizava 646 casos confirmados e 51 óbitos por COVID. Ao final de junho, quando a pesquisadora deixou a equipe de investigações, eram 3.645 casos confirmados e 225 óbitos, segundo os boletins epidemiológicos (uma média de 21,75 óbitos registrados por semana), dos quais a pesquisadora investigou 80 óbitos, fazendo uma média de 10 óbitos investigados por semana. A taxa de letalidade em Olinda ao final de junho foi de 6,17%, abaixo da taxa registrada pela vizinha, Recife, no mesmo período (8,8%), porém esteve acima da taxa de letalidade nacional para o mesmo período (4,2%), segundo o Ministério da Saúde (2020).

Os processos de trabalho precisaram se reorganizar no mundo inteiro para enfrentar as dificuldades oriundas da pandemia. Em Olinda não foi diferente. Em decorrência das limitações físicas do prédio onde funciona a Vigilância em Saúde, na impossibilidade de realocação dos trabalhadores, optou-se pela elaboração de escala de revezamento para o trabalho presencial e em *home office* (sempre que possível), a fim de manter a segurança dos trabalhadores. Também houve um reforço dos protocolos de limpeza do ambiente de trabalho, distribuição de dispensadores de álcool e pias

em pontos estratégicos do prédio e incentivo ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como sugerido por Almeida (2020), com ênfase no uso de máscaras, porém essas não eram fornecidas pela Secretaria de Saúde aos trabalhadores da gestão, tendo que ser adquiridas pelos próprios trabalhadores. Ainda assim cerca de 12 funcionários pediram ou receberam afastamento durante os meses de maio e junho de 2020, incluindo a diretora, a gerente e a coordenadora do setor de Vigilância, por COVID-19, dificultando o processo de trabalho, ainda que elas estivessem acompanhando remotamente o setor. Segundo o Boletim Epidemiológico 27 do Ministério da Saúde, até o fim do mês de junho mais de 170 mil profissionais de saúde testaram positivos para COVID em todo o país. (BRASIL, 2020).

A morte ainda é um tabu na sociedade, segundo Jorge et. al (2010), por nos fazer encarar a nossa própria finitude. Reconhecê-la como parte da Saúde Pública e como fonte de dados epidemiológicos importantes é um desafio a ser enfrentado pelos profissionais de saúde. A investigação do óbito visa fornecer informações oportunas e de qualidade aos gestores no que se refere ao número real de mortes, assistência à saúde prestada, evolução da doença e perfil dos acometidos e deve ser realizada por profissionais da Vigilância em Saúde, especialmente por comitês especiais.

A criação desses comitês foi uma das estratégias de planejamento e ação de combate ao novo coronavírus adotadas por municípios (como Recife, Abreu e Lima e Caruaru), estados (como Pernambuco, Ceará, Maranhão e Bahia) e pela própria União. Olinda criou o Comitê “Olinda em Ação” em 16 de março de 2020 para o enfrentamento ao avanço da COVID-19 a nível municipal com planejamento e proposta de ações intersetoriais.

Compondo esse Comitê e atrelada ao setor de Vigilância Epidemiológica, a equipe de investigação de óbitos por COVID-19 era formada por uma média de 3 profissionais, incluindo a pesquisadora, que teve seu primeiro contato com as investigações de óbito após receber treinamento prático com a gerente do setor. A falta de experiência, no entanto, se mostrou mais como um receio da pesquisadora do que como um fator que comprometesse as investigações. Nesse primeiro momento, ficou nítida a necessidade de uma sensibilidade maior ao falar com os familiares, bem como o manejo correto ao guiar a conversa para que as perguntas específicas fossem respondidas, corroborando com Aciole e Bergamo (2019), que alertam para os cuidados com a família enlutada.

As informações sobre os casos de óbito chegaram à equipe de investigação através de notificação passiva e ativa. Segundo Corrêa, et. al. (2020), a

notificação passiva se dá quando as unidades de saúde ou profissionais de saúde reportam o caso à vigilância. Já a notificação ativa ocorre através de busca ativa, com a equipe de vigilância buscando as informações nas unidades de saúde, laboratórios ou através do monitoramento com os indivíduos sintomáticos e seus familiares.

Ao chegarem no setor, as notificações passavam por uma triagem, onde, seguindo o protocolo, a investigação deve ser realizada pela vigilância do município de residência do falecido ainda que o óbito tenha ocorrido em outra cidade. Sendo assim, os óbitos de moradores de Olinda seguiam para o segundo passo na triagem, enquanto os casos de óbitos de pessoas que residiam em outras cidades eram devidamente encaminhados às suas respectivas secretarias de saúde.

A segunda etapa da triagem foi referente à confirmação do caso de COVID-19. O Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (2020) define como confirmados para COVID-19, por critério clínico, os casos de Síndrome Gripal (SG) ou Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) somados ao sintoma de anosmia e/ou ageusia; por critério clínico-epidemiológico, casos de SG ou SRAG com histórico de contato com caso confirmado para COVID-19 até 14 dias antes do início dos sinais e sintomas; por critério clínico-imagem, os casos de SG ou SRAG ou óbito por SRAG que apresente opacidade em vidro fosco ou sinal de halo reverso em tomografia, desde que não tenha sido possível obter confirmação laboratorial; e por critério laboratorial, casos de SG ou SRAG que apresentem teste de Biologia Molecular com resultado “detectável” para SARS-CoV-2 através de RT-PCR em tempo real; teste imunológico com resultado “reagente” para IgM, IgA e/ou IgG, incluindo o teste rápido; pesquisa de antígeno com resultado “reagente” para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno. Em decorrência da alta demanda de casos, foram priorizados nas investigações os óbitos por COVID-19 confirmados por critério laboratorial, com averiguação dos resultados dos exames anexados às fichas de notificação ou através do Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL).

O terceiro passo na triagem para priorização dos óbitos a serem investigados foi referente ao preenchimento da ficha de notificação. Diversas fichas não continham o telefone de familiares, nem o endereço do falecido. O não preenchimento ou preenchimento incorreto/incompleto das fichas de notificação se mostrou um desafio para a equipe, pois as investigações eram feitas através de ligação para as famílias das vítimas de COVID-19, já que no contexto da pandemia, visitas domiciliares colocam em risco a saúde dos profissionais e das famílias, como orientado pelo próprio Ministério da

Saúde (2020). Nesse caso, foi necessário que a equipe procurasse outros meios de contatar a família, seja através do contato com a unidade de saúde onde ocorreu o óbito ou com apoio da Diretoria de Atenção Básica (DAB), através da equipe de saúde da família responsável pela área de abrangência daquele paciente para complementar a investigação.

Logo, seguiram para a investigação os óbitos, de residentes de Olinda, confirmados laboratorialmente para COVID-19 e cujo contato telefônico do familiar foi obtido. Para que conseguisse dar fluxo às investigações, a equipe estabeleceu também um máximo de três tentativas de contato por telefone disponibilizado. Caso o telefone estivesse desligado, fora de área ou o familiar não atendesse a ligação após as 3 tentativas, era solicitado novamente apoio da DAB para que equipes de atenção básica da área do falecido tentassem contato com a família para conseguir maiores informações. Ainda assim, em alguns casos com desfecho impossibilitado pela falta de contato ou por negativa da família, eram encerrados como “indefinidos”.

SUBJETIVIDADES E OBSERVAÇÕES SOBRE AS ENTREVISTAS

A segunda parte desse relato traz as observações e subjetividades da pesquisadora quanto às investigações. É importante ressaltar que esta não é uma pesquisa quantitativa, logo, não usa dados específicos dos bancos de dados, mas trata com sutileza e o devido respeito as impressões deixadas pelas famílias enlutadas após a morte de um parente por COVID-19.

Um fato surpreendente foi a boa aceitação das famílias em responder aos questionamentos durante a investigação. Boa parte não se opôs às perguntas, nem se negou a respondê-las. Apesar do luto pela perda recente, os familiares demonstraram com mais frequência sentimentos como indignação ou raiva que tristeza. De todos as famílias investigadas pela pesquisadora, poucas choraram durante as ligações, geralmente as idosas que se tornaram viúvas. No processo de luto é normal que sentimentos como indignação, raiva, culpa, ou solidão surjam além da tristeza. É igualmente comum e saudável para esse processo que, aos poucos, a família passe a aceitar a morte a ponto de recordar-se de quem morreu sem que sinta dor ou angústia (WORDEN, 1991).

Durante a entrevista, as famílias responderam sem maiores complicações acerca dos dados pessoais do falecido, como nome, idade, endereço, ocupação e escolaridade. Nos casos onde falecido era o provedor da família, os familiares demonstraram maior preocupação com rumo que a vida iria seguir. Sobre o histórico de saúde do falecido, os familiares nem sempre sabiam

responder. Ao ser questionado se o seu parente havia tomado vacina contra a gripe e a data da vacinação, se teve contato com alguém com suspeita ou sintomas do coronavírus e sobre a data do aparecimento dos primeiros sintomas de COVID-19, os familiares eram inexatos, principalmente no que se refere às datas. No entanto, informações como o histórico familiar, histórico de doenças prévias, principais sintomas apresentados, curso da doença, necessidade de internação, UTI e as questões referentes à morte e ao sepultamento obtinham respostas mais precisas. Isso pode se dar pelo fato de que familiares que não residem na mesma casa que o falecido, tendem a se aproximar no momento do adoecimento e morte. Por terem acompanhando todo o processo, podem contribuir com a investigação (BRASIL, 2020).

Dois processos de adoecimento foram mais comumente relatados durante as investigações: havia as famílias que relatavam que o paciente permaneceu em casa por apresentar apenas sintomas leves, algumas vezes confundindo com gripe ou outras doenças de causas mais simples, mas logo apresentaram piora repentina do quadro clínico necessitando de atendimento em unidade de saúde em caráter de urgência ou emergência; demonstraram surpresas com a rápida evolução da doença. Segundo Xavier, et. al. (2020), a maioria dos infectados por COVID-19 tem um bom prognóstico e menos de 5% necessitam de terapia intensiva, porém em idosos ou outros grupos de risco, a doença pode progredir rapidamente de forma mais agressiva. A semelhança do COVID-19 com outras doenças também é um fator preocupante, pois pode retardar a procura por uma unidade de saúde.

No segundo caso, as famílias relatavam que o paciente já estava internado por alguma outra causa base e contraiu a COVID no ambiente hospitalar, sendo um termômetro para a avaliação das condutas adotadas para prevenção de infecção e transmissão nosocomial da COVID-19 na Região Metropolitana do Recife, pois os programas de prevenção e controle de infecção hospitalares podem não estar sendo bem executado, como alerta a Organização Pan-americana de Saúde (2020).

Os sintomas apresentados pelos pacientes foram também os mais comumente relatados na pesquisa de Xavier, et. al. (2020): síndrome gripal, tosse, febre, mialgia, alterações no olfato e paladar, sendo dispneia o sintoma de critério disparador da procura por uma unidade de saúde. Ao chegar na unidade, os pacientes com suspeita ou confirmação da doença eram direcionados à ala de isolamento, sendo essa uma das principais reclamações das famílias, que, a partir daí, não viam mais seus parentes, pois, alinhado às medidas tomadas em diversos países e conforme orientações da OMS e do Ministério da Saúde, o estado do Pernambuco

proibiu que acompanhantes permanecessem com os indivíduos hospitalizados, ainda que em enfermaria, e suspendeu as visitas aos pacientes, como estratégia de proteção para os próprios familiares e para os profissionais de saúde.

Em abril a Secretaria Estadual de Saúde lançou a Nota Técnica N°04/2020 que trata do Manejo de Corpos no Contexto da Infecção por Coronavírus que orienta que em caso de óbitos, o corpo seja envolto com dois sacos impermeáveis, com identificação de risco biológico e recomenda que o caixão seja lacrado e se mantenha fechado até o momento do sepultamento. Ao perguntar, por exemplo, a uma mãe seu filho falecido teve o corpo protegido por dois sacos impermeáveis e se o caixão foi lacrado, exige-se bastante delicadeza e humanidade, pois sentimentos de angústia e o choro podem ser revividos. Essas são informações sobre pessoas com seus vínculos, amores, vivências... são muito mais que informações estatísticas.

Foi proibida também pela Nota Técnica a realização de velório em casos de morte por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), suspeita ou confirmação de COVID-19. Orientou-se que acompanhassem o sepultamento um máximo de 10 pessoas, respeitando o distanciamento de 2 metros entre si. Sabe-se da importância que os atos de despedida, incluindo a realização de ritos fúnebres tem na aceitação da morte e no processamento do luto familiar (WORDEN, 1991).

A grande maioria dos óbitos ocorreram em unidades de saúde: Unidades de Pronto Atendimento, policlínicas ou hospitais (públicos e privados). Uma fala constante e chocante dos familiares de pacientes que morreram em UPA's ou policlínicas foi a de que o paciente morreu aguardando vaga na UTI de hospitais. Entre maio e junho, a taxa de ocupação de leitos para COVID-19 no Pernambuco chegou a 93%, com 99% de ocupação das UTI's, segundo a Secretaria Estadual de Saúde, o que fez com que o governo aumentasse o número de leitos através de convênios com hospitais privados e criação de hospitais de campanha.

Quanto à causa da morte segundo a Declaração de Óbito (D.O), a maior parte dos familiares não possuíam o documento em mãos no momento da ligação para a investigação. Os poucos que possuíam, descreviam uma D.O. com preenchimento inadequado/incompleto. Segundo França et.al. (2020), a D.O. é um documento padrão, preenchido pelo médico, que declara a causa da morte. O mau preenchimento desse documento pode se dar pelas condições precárias de trabalho dos profissionais ou pela falta de treinamento e capacitação profissional.

Uma pequena parcela de familiares relatou não

acreditar que o seu parente estivesse com COVID. A descredibilidade era tamanha que alguns alegaram que os resultados de exames haviam sido alterados. Segundo editorial publicado pelo The Lancet (2020), é notório que a situação política no Brasil e no mundo sofre forte influência do obscurantismo e negacionismo, com cada vez mais descrédito à ciência, polarização política e disseminação de notícias falsas. O Brasil não é o único país a enfrentar esses desafios a mais durante a pandemia. O exemplo dos EUA, onde a política de minimização do vírus levou o país a ser o primeiro colocado em número de casos atualmente, seguido do Brasil. Em comum os dois países ainda têm governos que insistem em fragilizar as relações com a OMS, falta de transparência em torno de evidências científicas e desrespeito às medidas de bloqueio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento exponencial dos casos e óbitos por COVID-19 demonstrou que o mundo não estava preparado para uma situação de pandemia. A sobrecarga nos sistemas de saúde e funerário levou alguns estados ao colapso. O déficit de leitos nas UTI's, ventiladores mecânicos, Equipamentos de Proteção (EPI's) para os profissionais, sepulturas disponíveis em tempo hábil, e recursos humanos, fez com que as medidas de proteção fossem dobradas a partir do mês de março de 2020.

Os processos de trabalho na Saúde tiveram que ser planejados e adaptados para os casos de COVID-19. O período de vivência da pesquisadora no setor de investigação de óbitos reafirmou a necessidade de refletir sobre a segurança e valorização dos profissionais de saúde no geral, incluindo os que estão envolvidos na gestão. Os desafios enfrentados pela Vigilância em Saúde somam-se aos pré-existentes, como a escassez de recursos humanos e falhas na notificação, mas ainda assim, ela cumpre seu papel de fornecer informações para a adoção de estratégias de prevenção e controle da transmissão do vírus.

Inúmeras pesquisas abordam a Vigilância em Saúde de modo geral, porém ainda são encontrados poucos estudos tratam da investigação dos óbitos por COVID-19 especificamente, o que dificulta a contextualização e limita a troca de saberes e experiência entre os trabalhadores desse setor. Sugere-se maior atenção a essa temática, que vem sendo tão demandada e importante durante a pandemia.

Diversos profissionais foram designados à função de investigador, que requer sensibilidade e bastante equilíbrio emocional para que não se absorvam as angústias das famílias, mas sem deixar de sentir empatia por cada uma delas. É válido lembrar que esses próprios

profissionais perderam parentes, amigos e colegas de trabalho vítimas do coronavírus. Esse trabalho é também uma forma de homenagem às vítimas e agradecimento às

famílias que contribuem com o trabalho dos investigadores.

REFERÊNCIAS

ACIOLE GG, BERGAMO DC. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 43, N. 122, P. 805-818, JUL-SET, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n122/0103-1104-sdeb-43-122-0805.pdf>

ALMEIDA, I.M. Proteção da saúde dos trabalhadores da saúde em tempos de COVID-19 e respostas à pandemia. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. 2020 ISSN: 2317-6369 (online) <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.140>

BAHIA. SECRETARIA DE SAÚDE. **Orientações para a vigilância do óbito por COVID-19**. Governo do Estado Da Bahia Secretaria da Saúde do Estado da Bahia-Sesab. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – Suvisa Diretora de Vigilância Epidemiológica – Divep. Salvador, 2020. Disponível em: https://www.cosemsba.org.br/wp-content/uploads/2020/06/OrientacoesVigilanciaObito_COVID-19_DIVEP_20_05_2020-1.pdf

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO ESPECIAL: **Doença pelo coronavírus COVIC-19** | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde 2 Semana Epidemiológica 27 (28/06 a 04/07) Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/July/08/Boletim-epidemiologico-COVID-21-corrigido-13h35-002-.pdf>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico Especial - Doença pelo Coronavírus COVID-19**. Semana epidemiológica 29. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2020. Disponível em: <https://saude.gov.br/images/pdf/2020/July/22/Boletim-epidemiologico-COVID-23-final.pdf>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coronavírus Brasil - Painel Coronavírus**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coronavírus (COVID-19). Sobre a doença**. Disponível em:

<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#hospitais-referencia>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de Vigilância Epidemiológica | Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019** - Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas COVID-19. Brasília, 2020. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf

CORRÊA, P.R.L. et al. A importância da vigilância de casos e óbitos e a epidemia da COVID-19 em Belo Horizonte, 2020. **REV BRAS EPIDEMIOL** 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v23/1980-5497-rbepid-23-e200061.pdf>

CREPALDI, M. A. et al. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estud. psicol.** (Campinas) vol.37 Campinas. 2020.

FRANÇA, E.B. et al. Óbitos por COVID-19 no Brasil: quantos e quais estamos identificando? **REV BRAS EPIDEMIOL** 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v23/1980-5497-rbepid-23-e200053.pdf>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Olinda: Panorama**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/olinda/panorama>

JORGE, M.H.P.M. et al. O óbito e sua investigação. Reflexões sobre alguns aspectos relevantes. **Rev Bras Epidemiol** 2010; 13(4): 561-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n4/02.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Painel da Doença de Coronavírus da OMS (COVID-19) - Visão Geral. Painel de emergência de saúde da OMS**. Disponível em: <https://covid19.who.int/>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE /

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Alerta epidemiológico: complicações e sequelas da COVID-19.** Agosto de 2020, Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2020 Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&slug=alerta-epidemiologico-complicacoes-e-sequelas-da-covid-19&Itemid=965>

PERNAMBUCO. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Em Pernambuco, taxa de ocupação dos leitos para Covid-19 está abaixo de 60%.** 26 de outubro de 2020. Disponível em: [https://www.pecontracoronavirus.pe.gov.br/em-pernambuco-taxa-de-ocupacao-dos-leitos-para-covid-19-esta-abaixo-de-60/#:~:text=A%20maior%20ocupa%C3%A7%C3%A3o%20de%20UTI,metade%20\(45%25\)%20est%C3%A1%20ocupado.](https://www.pecontracoronavirus.pe.gov.br/em-pernambuco-taxa-de-ocupacao-dos-leitos-para-covid-19-esta-abaixo-de-60/#:~:text=A%20maior%20ocupa%C3%A7%C3%A3o%20de%20UTI,metade%20(45%25)%20est%C3%A1%20ocupado.)

PERNAMBUCO. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Nota técnica SES/PE Nº04/2020 - Manejo de Corpos no Contexto da Infecção por Coronavírus-COVID-19 - Diretrizes para Unidades de Saúde, Serviços de Verificação de Óbito (SVO), Institutos de Medicina Legal (IML) e Serviços Funerários.** Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Diretoria Geral de Informações e Ações Estratégicas em Vigilância Epidemiológica. 2020. Disponível em: <https://12ad4c92-89c7-4218-9e11-0ee136fa4b92.filesusr.com/ugd/3293a8_547a27412b364d19b835e14fcf556218.pdf>

PERNAMBUCO. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Pernambuco contra a COVID-19.** Disponível em: <<https://www.pecontracoronavirus.pe.gov.br/>>

PREFEITURA DE OLINDA. **DECRETO Nº 030/2020: Cria o “Comitê Olinda em Ação”.** 2020. Disponível em: <https://www.olinda.pe.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/DECRETO-OLINDA-N%C2%B0-030-2020.pdf>

PREFEITURA DE OLINDA. **INFORME EPIDEMIOLÓGICO COVID – 19 - Nº 42/2020.** Diretoria de Vigilância em Saúde - Gerência de Vigilância Epidemiológica. Abril de 2020. Disponível em: <https://www.olinda.pe.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Boletim-epidemiol%C3%B3gico_n42_01.05.2020.pdf>

PREFEITURA DE OLINDA. **INFORME EPIDEMIOLÓGICO COVID – 19 -Nº 102/30.06.2020.** Diretoria de Vigilância em Saúde - Gerência de Vigilância Epidemiológica. Junho de 2020.

Disponível em: <https://www.olinda.pe.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/Boletim-epidemiol%C3%B3gico_n102_30.06.20.pdf>

THE LANCET - INFECTIOUS DISEASES. **Political casualties of the COVID-19 pandemic.** Editorial. Vol. 20. Ed. 7. 2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099\(20\)30496-5.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099(20)30496-5.pdf)>

WORDEN, J. **Grief Counseling and Grief Therapy.** A Handbook for the Mental Health Practitioner. 2 ed. London: Routledge. 1991

WORDEN, J.W. **Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais da saúde mental.** [tradução zilberman, letícia bertuzzi,susie simdt] – São Paulo: Roca, 2013 -4 ed (n páginas). 2013

XAVIER, A.R. et. al. COVID-19: manifestações clínicas e laboratoriais na infecção pelo novo coronavírus. **J. Bras. Patol. Med. Lab.** vol.56. Rio de Janeiro. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1676-24442020000100302&script=sci_arttext&tlng=pt