

# CAPÍTULO 20

## MONITORAMENTO DE ÓBITOS

Ana Cláudia P. P. Z. de Mendonça  
Anderson Yoshio Nobusada  
Antonio Carlos Bellini Júnior  
Daniele Pompei Sacardo  
Enidio Ilário  
Erivelto Luís Chacon  
Flávio César de Sá  
Maria Amelia Flandres Cabrelon  
Marília Cintra  
Paulo Newton Danzi Sálvia  
Sérgio Roberto de Lucca  
Thamiris Gomes Smania  
Vera Lucia Salerno

2021

# Sumário

Monitoramento de óbitos. Para que?

Papel das autopsias verbais no contexto da COVID-19.

Desafios dos funcionários do óbito.

Monitoramento de óbitos: ferramenta de apoio à saúde

Por que monitorar as causas de morte?

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)

Violências e acidentes

Homicídios no Brasil sob a perspectiva do racismo

Pandemia pelo Sars-CoV-2

Autópsia verbal - o que é e qual a sua importância

Abordagem e afetação: os desafios da autópsia verbal em contexto pandêmico.

O que nos ensinam os agentes funerários?

Trabalhadores essenciais

Referências bibliográficas

## **Monitoramento de óbitos. Para que?**

**Papel das autopsias verbais no contexto da COVID-19.**

**Desafios dos funcionários do óbito.**

## **Monitoramento de óbitos: ferramenta de apoio à saúde**

### **Por que monitorar as causas de morte?**

A morte de uma pessoa leva ao sofrimento humano dos familiares, amigos e colegas de trabalho, seja pela perda e a própria sensação de finitude daqueles que o conheceram, seja pelo processo de dor física e psíquica que a acompanha frequentemente. Conhecer o mecanismo que leva aos óbitos permite que a investigação científica entenda melhor os determinantes na produção das doenças e outras afecções que causam dor e morte à nossa espécie. Verificar as causas é importante para as ações de prevenção e vigilância, que tem como fim último, prolongar a vida com menos dor.

Existem exemplos importantes que mostram como as afecções são mais bem conhecidas após a observação dos mecanismos que levaram ao óbito:

### **Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)**

No final do século passado, em 4 de junho de 1981, foram relatados cinco (5) casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* (afecção observada em pessoas que possuem alguma deficiência imunológica) em homens saudáveis na cidade de Los Angeles, Califórnia, Estados Unidos. Dois deles faleceram. Observou-se um traço comum entre elas: eram homens que faziam sexo com outros homens. Um deles também relatou uso de drogas por via parenteral. Todos tiveram infecção por citomegalovírus e infecção da mucosa por um fungo, *cândida*. As observações iniciais sugeriram uma deficiência imunológica relacionada a uma exposição comum que predisponha os indivíduos a infecções oportunistas. Em junho de 1982, a síndrome foi inicialmente chamada de deficiência imunológica relacionada aos homossexuais. No final daquele mês, a doença foi relatada em hemofílicos e haitianos, suspeitando-se de que esta doença tenha se originado no Haiti. Em setembro, o Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos usou o termo 'AIDS' (síndrome da imunodeficiência adquirida). Em abril de 1984, o Instituto Nacional do Câncer e Instituto Pasteur anunciaram que os vírus LAV e HTLV-III eram idênticos e provável causa da AIDS. (1)

## **Violências e acidentes**

Violências e acidentes são eventos chamados de causas externas que impactam abruptamente as taxas de mortalidade dos países. No ano de 2011, os acidentes no trânsito mataram cerca de 1,25 milhões de pessoas e feriram entre 20 a 50 milhões por ano no mundo. Em 2020, morreram 1,35 milhões, principalmente nas estradas em países de baixa e média renda (93% das mortes), cuja frota representa 60% dos veículos do mundo. Cerca de três quartos (73%) foram jovens do sexo masculino com menos de 25 anos de idade. (2) Em maio de 2011, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou o programa a Década de Ação pela Segurança no Trânsito 2011-2020. Esse movimento mobilizou pesquisadores a identificarem fatores de risco dos acidentes e governos de todo mundo sobre as medidas de prevenção, com mudanças severas na legislação de trânsito e fiscalização. (3)

## **Homicídios no Brasil sob a perspectiva do racismo**

O aumento das taxas de homicídio no país, entre 2012 a 2017, entre pessoas de pele preta ou parda foi de 37,2 para 43,4 mortes para cada 100 mil habitantes e ficou estável entre os brancos, entre 15,3 e 16. Pretos ou pardos tinham 2,7 vezes mais chances de serem vítimas de homicídio em 2017. (4) Entre jovens de 15 a 29 anos, a taxa de homicídios chega a 98,5 entre pessoas de pele preta ou parda contra 34 entre pessoas de pele branca. Esse é o padrão observado em quase todas as Unidades da Federação (UF) do Brasil, com exceção dos estados do Paraná e Santa Catarina. (5)

O que explica as diferenças de mortalidade quanto à raça? Fatores históricos decorrentes da colonialidade, entre eles a escravidão está entre os determinantes sociais que amplificam as desigualdades, iniquidades e pobreza endêmica entre as pessoas de pele preta ou parda e explicam as dificuldades de acesso às políticas de proteção social, trabalho, saúde, educação, em uma “engrenagem social de dor e morte”. (6) O coeficiente de mortalidade é um dos parâmetros que evidencia estas discrepâncias sociais.

## **Pandemia pelo Sars-CoV-2**

O novo coronavírus Sars-CoV-2 foi descrito pela primeira vez, 31 de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, a mais populosa da China central, com mais de 10 milhões de habitantes. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou emergência em saúde pública e em 11 de março, situação de pandemia. (7) No Brasil, o Ministério da Saúde, em 03 de fevereiro de 2020, reconheceu a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (8) e em 6 de

fevereiro, foi editada lei federal estabelecendo medidas para o enfrentamento dessa emergência (9). Em 01 de julho de 2020, contabilizaram-se, em todo mundo, 11.425.029 casos e 534.062 mortes. (10).

O diagnóstico dos casos deve seguir critérios definidos pela OMS. Entretanto, cada país definiu critérios e estratégias próprias para o seu enfrentamento dependendo da fase em que se encontrava a evolução da pandemia, incluindo ou não os resultados dos testes. No Brasil, apesar de Estados e Municípios (11) também poderem adotar providências normativas e administrativas no combate à pandemia<sup>9</sup>, o Ministério da Saúde incluiu critérios **clínicos**, ou achados que indicam doença respiratória aguda leve ou grave, como febre, tosse e falta de ar; **epidemiológicos**, contato com um caso confirmado ou provável de COVID-19 e **laboratoriais**. O caso é considerado suspeito quando o doente apresenta sintomas de infecção respiratória aguda e, na ausência de um diagnóstico alternativo que explique integralmente a apresentação clínica. Considera-se caso provável, o caso suspeito para o qual o teste do vírus COVID-19 tenha sido inconclusivo não tenha sido possível fazer o teste. O caso é confirmado, somente pela confirmação do exame laboratorial de infecção por COVID-19, independentemente dos sinais e sintomas clínicos. (12). No Brasil, Síndrome Gripal é a primeira ocorrência e Síndrome Respiratória Aguda Grave, a segunda. (13)

As mortes são causadas principalmente pela Síndrome Respiratória Aguda Grave, que acomete preferencialmente pessoas de idade avançada e/ou que possuam comorbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica Crônica e “Diabetes Mellitus”.

Diagnosticar casos novos em um determinado período de tempo é importante para estimar a velocidade de crescimento ou expansão da Pandemia, porém, não é tarefa fácil, uma vez que os critérios estabelecidos não permitem concluir com segurança, mesmo com avaliação clínica criteriosa; seja porque quadro gripal pode ocorrer associado a outros fatores etiológicos virais ou bacterianos que não o Sars-CoV-2, seja porque dependem da informação sobre possíveis contatos positivos que nem sempre são confiáveis; seja porque os exames

---

<sup>9</sup> A Medida Provisória n. 926, de 20/03/2020, dentre outras determinações, deixava a cargo do Presidente da República “mediante decreto” dispor “sobre os serviços públicos e atividades essenciais”. A referida Medida Provisória foi questionada junto ao Supremo Tribunal Federal (STF) por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n. 6341, onde um partido político alegava interferência “no regime de cooperação entre os entes federativos, pois confiou à União as prerrogativas de isolamento, quarentena, interdição de locomoção, de serviços públicos e atividades essenciais e de circulação”. A maioria dos ministros do STF entenderam que “as medidas adotadas pelo Governo Federal na Medida Provisória (MP) 926/2020 para o enfrentamento do novo coronavírus não afastam a competência concorrente nem a tomada de providências normativas e administrativas pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios”.

laboratoriais confirmatórios nem sempre estão disponíveis; ou ainda porque os resultados dependem da presença do vírus nas amostras coletadas, variando de acordo com o local do corpo, período da doença e sensibilidade dos testes, podendo resultar em falsos negativos. Há indicadores de contágio como o período de tempo em que o número de casos novos dobra (7) e o R0, frequentemente utilizado para monitoramento da expansão da pandemia. (14) Entretanto, estudos mostram que existem dificuldades técnicas para avaliar R0. Ambos dependem da qualidade dos diagnósticos clínicos, informação epidemiológica coletada e dos testes laboratoriais, que nem sempre é segura. Entretanto, em que pese haver fatores limitantes, devem ser estimados, dada a importância de conhecer o número de casos que serão atendidos nas unidades de saúde e necessitarão de atendimento hospitalar e de unidades de terapia intensiva. A capacidade do sistema de saúde deve estar atrelada ao número de atendimentos, que depende do número de pessoas infectadas. É responsabilidade do gestor público conhecer a **velocidade de expansão** dos casos, **capacidade hospitalar** regionalizada instalada e possíveis formas de ampliação durante o curso dela. Desse conhecimento dependem decisões como determinação do **isolamento social**, principal estratégia para conter a pandemia e posterior flexibilização, devido ao impacto sobre a economia dos países e, conseqüentemente, sobre a vida das pessoas em situação vulnerável. Hoje, 21 de julho de 2020, muitos países atingiram o ápice ou platô da pandemia em termos do comportamento da curva do número de casos e os critérios de flexibilização do isolamento foram propostos, entre os quais a estabilização ou a duplicação em mais de duas semanas do número de casos no município e a capacidade ociosa do sistema hospitalar (acima de 20%, especialmente unidades de terapia intensiva) e índice de positividade de testes (abaixo de 5%). (7)

Existem dificuldades para estimar **indicadores de velocidade de expansão dos casos** em países como o Brasil que não utilizaram os testes como estratégia de diagnóstico e controle. Entretanto, o mesmo não se aplica ao conhecimento da **capacidade hospitalar** instalada, utilizada para planejamento das ações de enfrentamento. No Brasil, o Censo Hospitalar começou a ser realizado em 04 de abril de 2020, um mês após a confirmação do primeiro caso que se deu em 26/02/2020 e cerca de 2 meses após a declaração de emergência em saúde pública pela OMS. (15) (16)

A **velocidade de expansão da pandemia**, entretanto pode ser verificada por meio dos **coeficientes de mortalidade específicos**, verificando-se a diferença entre os coeficientes históricos esperados para síndromes gripais em um determinado mês do ano e o encontrado no mesmo mês do ano corrente, no decorrer da pandemia. No Brasil, é possível recuperar esses

coeficientes na principal base de dados de Mortalidade, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Sua principal limitação, entretanto, é que a disponibilização dos dados ocorre com atraso de um ano. (17) No quadro 1 abaixo, é possível verificar o número de óbitos por afecções respiratórias no Estado de São Paulo, período de 2008 a 2018, recuperado do SIM.

Ministério da Saúde  
 DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS  
 NOTAS TÉCNICAS

**MORTALIDADE - SÃO PAULO**

Óbitos p/Residência por Mês do Óbito segundo Ano do Óbito  
 Categoria CID-10: J00 Nasofaringite aguda, J01 Sinusite aguda, J02 Faringite aguda, J03 Amigdalite aguda, J04 Laringite e traqueite agudas, J05 Laringite obstrutiva aguda e epigloteite, J06 Infecç agudas vias aéreas super loc mult NE, J09 Influenza A (H1N1), J10 Influenza dev outro virus influenza ident, J11 Influenza dev virus nao identificado, J12 Pneumonia viral NCOP, J13 Pneumonia dev Streptococcus pneumoniae, J14 Pneumonia dev Haemophilus influenzae, J15 Pneumonia bacter NCOP, J16 Pneumonia dev out microorg infec espec NCOP, J17 Pneumonia em doenc COP, J18 Pneumonia p/microorg NE, J20 Bronquite aguda, J21 Bronquite aguda, J22 Infecç agudas NE das vias aéreas infer, J30 Rinite alérgica e vasomotora, J31 Rinite nasofaringite e faringite crônicas, J32 Sinusite crônica, J33 Polipo nasal, J34 Outr transi do nariz e dos seios paranasais, J35 Doenc crônicas das amígdalas e das adenóides, J36 Abscesso periamigdalano, J37 Laringite e laringotraqueite crônicas, J38 Doenc das cordas vocais e da laringe NCOP, J39 Outr doenc das vias aéreas super, J40 Bronquite NE como aguda ou crônica, J41 Bronquite crônica simples e a mucopurulenta, J42 Bronquite crônica NE, J43 Enfisema, J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas crônicas, J45 Asma, J46 Estado de mal asmático, J47 Bronquectasia, J60 Pneumoconiose dos mineiros de carvão, J61 Pneumoconiose dev amianto out/ fibr minerais, J62 Pneumoconiose dev poeira que cont sílica, J63 Pneumoconiose dev outr poeiras inorgânicas, J64 Pneumoconiose NE, J65 Pneumoconiose assoc c/tuberc, J66 Doenc das vias aéreas dev poeiras org espec, J67 Pneumonite hipersensibil dev poeiras org, J68 Afecç resp dev inal prod quim gas fumac vao, J69 Pneumonite dev solidos e líquidos, J70 Afecçoes respirat dev outr agentes externos, J80 Síndr do desconforto respirat do adulto, J81 Edema pulmonar NE de out/ form, J82 Eosinofilia pulmonar NCOP, J84 Outr doenc pulmonares intersticiais, J85 Abscesso do pulmão e do mediastino, J86 Piorax, J90 Derrame pleural NCOP, J91 Derrame pleural em afecçoes COP, J92 Píscas pleurais, J93 Pneumotorax, J94 Outr afecçoes pleurais, J95 Afecçoes respirat post-proced NCOP, J96 Insuf respirat NCOP, J98 Outr transi respirat, J99 Transi respirat em doenc COP

Período: 2008-2018

Ano do Óbito	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
TOTAL	29.385	27.447	30.045	31.287	36.371	39.536	41.367	37.049	33.394	32.942	29.672	30.778	399.273
2008	2.229	1.848	2.190	2.238	2.719	2.707	2.917	2.614	2.336	2.697	2.192	2.298	28.985
2009	2.206	2.065	2.369	2.313	2.569	2.874	3.402	3.398	2.607	2.603	2.444	2.342	31.192
2010	2.437	2.455	2.402	2.454	2.736	3.080	3.170	3.037	2.962	2.690	2.635	2.800	32.858
2011	3.029	2.685	2.701	2.633	2.894	3.364	3.579	3.098	2.869	2.837	2.471	2.519	34.679
2012	2.259	2.414	2.449	2.375	3.086	3.506	3.940	3.200	2.963	2.911	2.519	2.788	34.410
2013	2.467	2.470	2.648	2.963	3.704	3.603	3.890	3.716	3.238	3.000	2.695	2.783	37.177
2014	2.823	3.189	2.720	2.730	3.506	3.758	3.400	3.529	3.134	3.478	2.756	2.875	37.898
2015	3.425	2.416	2.915	3.313	3.918	4.094	4.024	3.390	3.235	2.932	2.759	2.909	39.330
2016	2.820	2.723	3.566	4.137	3.730	4.273	4.414	3.657	3.228	3.097	2.954	2.930	41.529
2017	2.761	2.707	2.968	3.091	3.780	3.802	4.313	3.689	3.548	3.630	3.177	3.210	40.676
2018	2.929	2.475	3.117	3.040	3.729	4.475	4.318	3.721	3.274	3.067	3.070	3.324	40.539

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM  
 Consulte o site da [Secretaria Estadual de Saúde](#) para mais informações.

Nota:

- Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Óbito, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Consolidação da base de dados de 2011".
- No dia 13/06/2019, os arquivos do SIM referentes ao ano de notificação 2017 foram atualizados, com alteração das causas básicas de 2 registros e exclusão de 1 registro.

**Quadro 1:** número óbitos por afecções respiratórias no Estado de São Paulo, período de 2008 a 2018, recuperado do Sistema de Informação de Mortalidade

A comparação da evolução de coeficientes mortalidade específicos entre diferentes países pode ser utilizada para comparar velocidades de expansão, permitindo selecionar casos onde a evolução ocorreu de forma mais favorável, e verificar a efetividade de possíveis fatores ambientais que impactaram e impediram uma rápida expansão como clima (possibilidade de influenciar na competência do vírus) e estratégias de enfrentamento como utilização de máscaras, níveis de isolamento social, fechamento das fronteiras, etc. (18)

No entanto, a origem das informações que alimentam as bases de dados depende do **diagnóstico da causa básica do óbito** que impacta diretamente o coeficiente de mortalidade.

## Diagnóstico e suspeita de óbito por COVID-19

No Brasil, quem constata e certifica o óbito é o profissional médico (exceto nos locais onde não esteja presente) e o médico legista, que é médico e perito oficial concursado do Estado, atua na Polícia Técnico Científica ou Civil, dependendo da Unidade da Federação. O médico legista certifica os seguintes casos que passamos a chamar de **Judiciais**: decorrentes

de causas externas como violência ou acidente (homicídio, suicídio, acidente de trânsito), cadáver desconhecido que necessita de um processo de identificação judiciária ou médico legal, cadáver sob a custódia do Estado (apenados), putrefeitos e os que apresentem suspeita de serem provenientes de uma dessas situações. Os demais casos são certificados pelo médico assistente ou substituto. Se o médico assistente, ao examinar a pessoa falecida e os dados de história clínica, não encontrar uma causa bem definida para o óbito, poderá encaminhar o cadáver ao Serviço de Verificação de Óbito para que seja realizada a necropsia e verificada a **causa básica clínica**. Encaminhará obrigatoriamente, por força de lei, ao Instituto Médico Legal, se encontrar qualquer sinal que leve à suspeição de causa externa.

Na vigência da pandemia, com o objetivo de proteger os profissionais da saúde envolvidos no manejo do cadáver após o óbito, os governos estaduais e federal publicaram legislações específicas alterando o fluxo de encaminhamento do cadáver e orientando quanto ao preenchimento das declarações de óbito. Em São Paulo foi publicada a Resolução SS-32, praticamente substituindo as autopsias reais pelas autopsias verbais. O objetivo foi redimensionar o fluxo, encurtando-se o caminho até o sepultamento e evitando-se a autopsia real física. Com isso previne-se risco de contaminação de profissionais da saúde envolvidos no manejo do cadáver desde o transporte até o procedimento, uma vez que o país não dispõe de salas adequadas para realização de autopsias que envolvam agente biológico risco nível 3, como é o caso do novo coronavírus (Sars-CoV-2), que pertence à Família Coronaviridae, com alta capacidade de transmissão, particularmente pela via respiratória, podendo causar a síndrome respiratória aguda grave. (19)

Entretanto, a autópsia física permanece como padrão ouro para o diagnóstico definitivo da “causa mortis”, pois o exame do cadáver é objetivo e as informações coletadas dependem apenas da observação macroscópica. Uma vez que o médico que executa a autopsia identifique algum sinal ou área suspeita, poderá coletar amostras para exames complementares como histopatológico, microbiológico ou testes moleculares para o diagnóstico de certeza. Por outro lado, deve-se considerar a especificidade do cenário atual, em que o governo e os órgãos responsáveis pelas condutas implementadas, precisam extrair o máximo de informação possível, com o mínimo de risco para os profissionais envolvidos na linha de frente ao combate da atual pandemia. Tais informações tem relevante valor, tanto estatístico como para orientação de decisões futuras, como a manutenção ou não de medidas de isolamento social, dentre outras.

Desta forma estruturou-se fluxo de manejo de cadáver após a constatação de óbito, adaptado para a vigência de pandemia por COVID-19, (Fig. 1) mostrando as principais vias de certificação, desde a constatação do óbito e (alterado após a pandemia pelo Sars-CoV-2 pela

Resolução SS32). Uma vez feita a constatação do óbito, em cidades como São Paulo, a certificação está sendo realizada pelos mesmos médicos que constata, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o que implica em sobrecarga de trabalho e aumento de risco de contaminação. Nessas situações, a Tele Entrevista poderia ser implementada e realizada por outro entrevistador, surgindo como instrumento auxiliar a fim de diminuir o tempo de exposição ao cadáver desses profissionais.

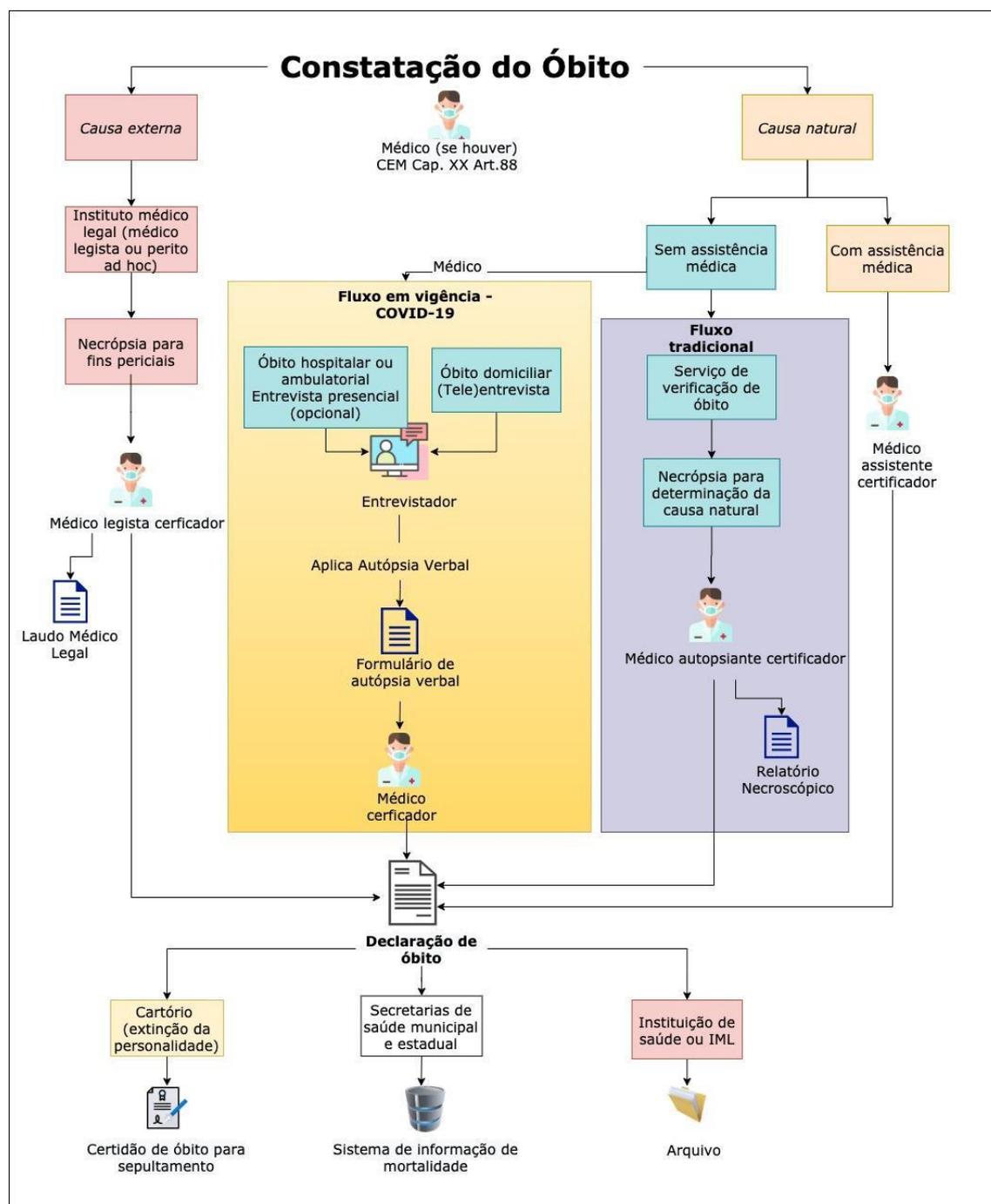


Figura 1. Fluxo de manejo de cadáver após Resolução SS32.

## **Autópsia verbal - o que é e qual a sua importância**

O conhecimento sobre a distribuição de causas de morte é de fundamental importância para traçar o perfil epidemiológico da população, pois fornece subsídios para avaliação da situação de saúde, para o planejamento de políticas públicas, intervenção e monitoramento (20). O percentual de óbitos com causas mal definidas reflete, principalmente, a falta de acesso ao serviço de saúde e a eficiência da assistência médica. Servindo como um importante indicador para a avaliação da qualidade de um sistema de informação sobre óbitos (20,21).

A coleta de dados sobre as causas de óbito baseia-se na Declaração de Óbito (DO), documento internacional padrão, no Brasil, seu preenchimento é sempre realizado por um médico. É emitida no formato de três vias autocopiativas, sendo a via primeira (branca) destinada aos serviços de saúde municipais, estaduais e federal, responsáveis pelo monitoramento das causas de óbito por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), sistema universal, desenvolvido e gerenciado pelo Ministério da Saúde (22).

De 1974 a 2000 o país apresentou uma elevada proporção de óbitos por causas mal definidas. Nos últimos anos, o Brasil tem conseguido reduzir esse percentual, porém quando comparados com determinados países desenvolvidos, os nossos números ainda são elevados, além da cobertura e da qualidade sobre as causas do óbito serem desiguais entre as regiões brasileiras (23–25).

Algumas medidas foram criadas com o intuito de melhorar a qualidade do SIM, como o Programa “Redução do Percentual de Óbitos com Causa mal definida” do Ministério da Saúde, implementado em 2004, que instituiu metodologia para a investigação de óbitos por causas mal definidas, com focos nas regiões Norte e Nordeste do país, regiões que apresentavam os maiores percentuais (25,26).

Uma das inconsistências encontradas durante a ação do programa, foi a falta de padronização dos formulários utilizados pelos técnicos das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, fato que impedia a comparação das informações geradas e comprometiam a qualidade das informações inseridas no SIM.(24) Como solução, o Ministério da Saúde, criou e divulgou, formulários padronizados para investigação de óbitos por causas mal definidas, reunindo os dados de forma sistemática e para a complementaridade dos dados, em 2008, foi

proposta a utilização do formulário de Autópsia Verbal da Organização Mundial da Saúde, para óbitos domiciliares e adaptado para as causas mais prevalentes no Brasil (22,23).

Autópsia verbal é um instrumento epidemiológico amplamente utilizado em países em desenvolvimento com sistemas de informação de mortalidade limitado e/ou impreciso onde o principal escopo é ajudar a determinar a causa do óbito por meio de entrevistas com parentes ou pessoas próximas do falecido que não estava sob supervisão médica na ocasião do óbito, que serão posteriormente avaliadas por médicos certificadores (26,27).

A primeira evidência em documentos a respeito de autópsia verbal é dos anos 50 onde foi elaborado um instrumento simplificado para investigação de óbitos, com o principal objetivo de realizar entrevistas com parentes e cuidadores da pessoa falecida onde era feito a descrição de sintomas da doença, sexo e idade do falecido para chegar a um diagnóstico médico da comunidade (22,24).

Somente após 20 anos, a Organização Mundial de Saúde, aprimorou esse instrumento com a finalidade de entrevistar uma pessoa próxima ou parente do falecido para resultar em uma possível causa do óbito (25). A autópsia verbal foi amplamente utilizada na China para investigar a causa de óbito da população mais idosa e notou-se que a representatividade da amostra garantiu a generalização do país como um todo e pode-se observar que as maiores causas de óbito são: neoplasias, doenças cardíacas e acidente vascular cerebral (28). Já no Irã, pesquisadores notaram que o questionário de autópsia verbal é uma boa ferramenta para utilizar em locais onde existe um sistema impreciso de registro de óbitos ou ainda em locais onde o óbito acontece fora dos hospitais (29).

Com relação a mortes maternas, neonatais e nascimentos na comunidade, a autópsia verbal tornou-se um instrumento valioso para identificar as causas de óbito e a interação dos profissionais da saúde e a comunidade intensificaram a importância de determinar os fatores relacionados à causa da morte, incluindo atrasos relacionados a tomada de decisão em transferir o paciente para uma unidade de saúde, atraso para procurar um atendimento de saúde imediato e atraso no transporte às instalações de saúde a tempo e esses resultados puderam contribuir com a redução da mortalidade materna e neonatal em Bangladesh (30).

Em Tamil Nadu, na Índia, a autópsia verbal mostrou-se uma ferramenta confiável para chegar a uma provável causa de óbitos de adultos de meia idade (25 a 69 anos) e menos confiável em idosos com idades acima de 70 anos (31).

Percebeu-se na área rural de KwaZulu-Natal, na África, que com a utilização de autópsia verbal baseada em métodos embasados permitiram uma medição oportuna de tendências de mudanças em causas específicas de mortalidade para fornecer aos formuladores de políticas informações necessárias para alocar recursos à saúde e intervenções adequadas (32).

Observou-se em Niakhar, no Senegal, que apesar de suas limitações, a autópsia verbal fornece informações úteis sobre a importância das causas de morte como malária ou doenças epidêmicas que causam algum impacto a saúde pública permitindo a intervenção e possível imunização prevenindo, portanto, a mortalidade (33).

Foi estimado através de autópsia verbal a mortalidade por AIDS nas áreas rurais da África Subsaariana e notou-se que assim como o previsto, 75% das mortes que aconteceram no local foi por AIDS, conforme observado nas autópsias verbais 76% dos óbitos mostraram sinais consistentes de AIDS (34).

No Brasil, após a implementação do programa, bons resultados foram descritos nas regiões prioritárias, Norte e Nordeste, onde apresentaram redução das causas mal definidas (27). O uso do formulário padronizado para óbitos com causas mal definidas e do formulário de autópsia verbal, tem se mostrado de grande eficácia, não só para determinar a causa dos óbitos, mas também para melhorar a qualidade do SIM e contribuir para um melhor entendimento das mudanças dos padrões de mortalidade da população em estudo (22).

## **Abordagem e afetação: os desafios da autópsia verbal em contexto pandêmico. O que nos ensinam os agentes funerários?**

Os profissionais agentes funerários constituem-se como um grupo de profissionais da saúde em situação frequente de vulnerabilidade física e psíquica. Farina e colaboradores (35) apontam as sobrecargas dessa profissão: física (trabalho pesado, com odor fétido e risco de contaminação); psíquica (dor, sofrimento, sentimentos intensos, os próprios e dos enlutados); social (baixa remuneração, profissão não reconhecida, com baixo prestígio e estigma social). Há risco para o próprio profissional e para a família. Os trabalhadores da morte, como apontado por Câmara (2011), trazem às pessoas a materialização da dor e o fato da morte.

Conforme já tratado em seção anterior neste mesmo capítulo, a autópsia verbal é uma técnica mundialmente reconhecida no que tange à investigação e mapeamento de óbitos por causa mal definida. Tal instrumento já havia sido utilizado, em uma versão adaptada por uma

parte dos integrantes do Grupo de Apoio Pós-Óbito (GAPO), em estudo realizado pelo Laboratório de Análise Espacial de Dados Epidemiológicos - epiGeo do Departamento de Saúde Coletiva FCM/ Unicamp, contando com financiamento da FAPESP no ano de 2019. Tal estudo tinha como objetivo acompanhar os casos de óbito por causas externas, aplicando-se o instrumento junto aos familiares dos falecidos. Compreendemos que tal experiência prévia com o instrumento, ainda que em uma versão adaptada, foi de grande valia para o grupo, tendo em vista a observação de campo que sua aplicação demanda do entrevistador uma escuta ativa. Deve-se ressaltar que, no caso aqui relatado, a capacitação para aplicação do instrumento foi realizada junto a um grupo de Agentes Funerários do município de Campinas - SP, e sendo assim, estes, em razão de suas funções, já possuíam repertório próprio no tocante ao trato de sujeitos enlutados.

O entrevistador pode ser um profissional contratado especificamente para o fim de aplicar a autópsia verbal ou, como já abordado, pode ter sido contratado para outros fins e ter essa nova tarefa adicionada àquelas que já fazia antes. É o tempo embutido dentro de outros tempos, com provável sobrecarga de trabalho. (36)

Os encontros foram planejados semanalmente, pelo conjunto dos integrantes do GAPO. Durante as reuniões de planejamento, desenhavam-se estratégias para a transmissão do conteúdo, balanço das aulas já dadas, mapeava-se os desafios apresentados pelos agentes no exercício da função. No decorrer dos encontros com os agentes, além da apresentação do instrumento e leitura coletiva das A.V. já realizadas, havia um espaço no qual se era possível problematizar os desafios e limites do instrumento. Questões como a resistência dos familiares a responderem algumas questões eram sempre presentes, ainda mais considerando que a aplicação da A.V. neste contexto tinha como um de seus objetivos identificar os óbitos de pessoas que poderiam ter sido contaminadas com a Sars-CoV-2, implicando, portanto, em uma série de medidas no que tange ao manejo dos corpos. Tomamos esta questão como um bom exemplo na tentativa de ilustrar a especificidade da aplicação do instrumento em um cenário pandêmico.

De certo que a aplicação de um instrumento como este, em razão de sua natureza, faz comum, por vezes, a identificação do entrevistador com o relato dado pelo entrevistado. Questões como o distanciamento e objetividade tão reivindicados no meio acadêmico e científico são postas em xeque. Esta aproximação entre entrevistador e entrevistado se faz necessária em nossa perspectiva, uma vez que a empatia e a escuta ativa se faz basal, propiciando uma maior abertura do entrevistado, permitindo ao entrevistador o acesso à informações com relativa assertividade sobre o falecido e seu contexto. De certa forma, cabe

ao entrevistador o desafio de estabelecer, em um período extremamente restrito de tempo, um vínculo de confiança com o entrevistado. Tal ação se faz desafiadora na medida em que o entrevistado se apresenta em uma posição de fragilidade, sendo que este está nos momentos iniciais de assimilação do óbito do ente querido. Esta condição já era conhecida pelos agentes, no entanto, tanto para estes, quanto para os membros do GAPO as condições atípicas de aplicação do instrumento em um cenário pandêmico faz eclodir novas questões. Neste aspecto, devemos ressaltar que, os agentes funerários, assim como demais profissionais da saúde que atuam na linha de frente de combate à pandemia da COVID-19 também tem que se haver com o receio de contaminação no exercício de suas atividades laborais. Tal prudente receio também se reflete por meio da adoção de uma série de medidas por parte dos agentes, estas que não se restringem às questões relativas à assepsia no local de trabalho, mas também demanda destes o desenvolvimento de estratégias de distanciamento relativo da própria família. Sendo assim, devemos incluir entre os desafios apresentados no exercício desta atividade em tal conjuntura, o desenvolvimento de capacidade de manejo das possíveis angústias que possam surgir também em razão de que estes profissionais, por conta da natureza de suas funções, conseguem ter uma dimensão mais complexa do cenário atual da pandemia em razão dos óbitos ocorridos no município que possuem como causa da morte SARS-Cov-2.

Por vezes, o entrevistado não era a pessoa mais próxima do falecido, fato que se desdobra em algumas lacunas e incertezas com relação a algumas informações solicitadas no instrumento, estas que demandam uma maior intimidade com o informante.

Uma característica relevante do trabalho dos agentes é de proporcionarem a realização dos rituais, os quais são fundamentais para o processo de elaboração do luto. Luto é um processo natural de resposta a um rompimento de vínculo, ou seja, quando perdemos alguém ou algo significativo. Os significados, as explicações, os rituais de passagem entre a vida e a morte e o processo de enlutamento variam conforme cada sociedade e suas diferenças culturais, cosmológicas e religiosas, bem como as circunstâncias em que ocorre a morte. Assim, a preparação do corpo no caixão, as velas, as coroas, o velório, a cerimônia sagrada constituem um espaço de reunião de familiares e amigos para homenagear e se despedir do ente querido. Tais rituais são necessários para a produção de sentidos e significados diante da situação nova de crise e mudanças decorrentes da ausência da pessoa falecida.

Se em tempos de “normalidade”, uma das situações mais penosas é o início do processo de sepultamento quando a terra da pá cai sobre o caixão, como se encerrasse o processo de velamento, na pandemia, o momento crucial é quando a família enlutada é informada da

necessidade de lacrar o caixão devido ao risco de contaminação, da redução do tempo e do número de pessoas presentes no velório, além do sepultamento acontecer à distância. Nesse contexto, as possibilidades são aumentadas para o desenvolvimento de um luto complicado, ou seja: quando o processo de luto se dá de forma mais intensa e duradoura do que o esperado, por não ter sido possível e nem ter tempo suficiente para processar a situação de perda, nem se despedir do ente querido de forma que lhe permita ter um senso de realidade e concretude. Algumas famílias manifestam seus sentimentos de dor, tristeza e raiva diretamente aos profissionais funerários, que por sua vez precisam compreender esta torrente de sentimentos e lidar de maneira acolhedora, empática e sensível, evitando ampliar ainda mais o sofrimento dos envolvidos.

Pode acontecer também de o profissional não estar preparado para a reação que possivelmente virá dos familiares. Os sentimentos de dor, tristeza, medo, ressentimento dos familiares enlutados (e a manifestação disso como agressividade) são também do entrevistador. As experiências dos outros nos trazem nossas próprias experiências: é o “ser afetado”. Ter consciência disso é fundamental num trabalho como o descrito. Deixar os sentimentos de lado durante o trabalho é regra incabível, e não conseguir seguir a regra, sentir-se tomado por lembranças e sentimentos de sua própria vida enquanto aplica um questionário sobre a pessoa querida que se foi a alguém enlutado, pode originar profundo mal-estar e dor psíquica. Essas dores podem ser somadas a sentimento de desqualificação, de humilhação mesmo, relacionado a um trabalho que, embora fundamental na nossa sociedade, é frequentemente visto com discriminação. Vergonha, medo de não ser capaz, medo de adoecer, medo de transmitir doença aos familiares, insegurança. (37)

Cabe então interferir nesse processo de autodesvalorização, cujas consequências podem ser adoecimento: os transtornos mentais relacionados ao trabalho. A escuta dos trabalhadores, se possível em grupo, permite que sentimentos ocultos sejam colocados às claras, geralmente aos pedaços: alguém do grupo diz alguma palavra reveladora, que é tomada e completada por outro, e outro, de modo que fica possível aos trabalhadores e ao profissional condutor do grupo demonstrar ou retomar o significado do conteúdo das tarefas. Agentes funerários são profissionais de saúde, importantes como todos os outros. Desempenham atividades sofridas, penosas mas muito necessárias desde sempre na nossa sociedade, principalmente neste momento de pandemia que vivemos.

## **Trabalhadores essenciais**

A pandemia de COVID-19, até 25 de julho de 2020, já havia contaminado mais de 15 milhões de pessoas e provocado mais de 600 mil mortes no mundo, sendo 2,3 milhões de brasileiros (as) contaminados (as) e 84 mil óbitos. Dados do IBGE de junho de 2020 evidenciaram diferenças sociais, de gênero e raça entre as pessoas mais vulneráveis e com maior risco de contaminação e morte: mulheres (57,8 %), pessoas negras ou pardas (68,3%) e pobres. Segundo dados do projeto “UTIs do Brasil”, Pacientes internados em uma UTI (Unidade de Terapia Intensiva) por covid-19 tiveram o dobro da taxa de mortalidade em hospitais públicos em comparação com os privados. (38)

A pandemia também revelou a importância do trabalho na sociedade, seja para a própria subsistência, seja para a sobrevivência das demais pessoas que dependem daqueles que trabalham. Neste contexto, se destacam os trabalhadores informais, que fazem parte de uma nova classe denominada de “precariado” pelo professor e economista britânico Guy Standing, em obra publicada na Inglaterra com esse mesmo título em 2011 e traduzida no Brasil em 2013. (39) Esses trabalhadores precisam sobreviver e aqueles que atuam em serviços essenciais, não podem parar de trabalhar para que a população sobreviva em isolamento social. Esses trabalhadores estão mais expostos ao risco de contaminação, quando comparado com a população geral, entretanto, se tornaram imprescindíveis e mais visíveis para a população e não somente os profissionais de saúde, mais obviamente reconhecidos como heróis. Contudo, há outros heróis e entre eles destacam-se os agentes funerários, anteriormente invisíveis e indesejáveis tal como os coletores de lixo, emergiram na pandemia como pessoas, como trabalhadores que não podem mais ser ignorados.

Como bem destacado neste capítulo, ao trabalho dos agentes funerários acrescentou-se uma atividade de vital importância para a saúde pública e a epidemiologia, denominada “autopsia verbal”. Esta atividade realizada por estes trabalhadores consiste em entrevistar as pessoas próximas daqueles (as) que morreram com suspeita ou com covid-19. Neste cenário, a autopsia verbal é um valioso recurso para auxiliar o médico certificador do atestado de óbito, sobretudo na avaliação dos casos suspeitos de causa mortis por COVID-19.

O trabalho dos agentes funerários é sempre sofrido e durante a pandemia tal sofrimento tem se revelado ainda maior. Lidar com a morte e com a carga emocional de familiares e pessoas próximas que acabaram de perder seus entes queridos, habitualmente já não é tarefa fácil. Com a pandemia, devido ao risco de contaminação, a determinação técnica é que o corpo seja lacrado em saco plástico não se tornando mais possível abri-lo. Isto traz

aumento do desespero e inconformismo dos familiares e classicamente sabemos o quanto é importante a visualização dos despojos mortais do ente querido no processo de elaboração do luto. Nesse contexto, a autópsia verbal se torna crucial e ao mesmo tempo mais desafiadora em um contexto de muita tensão e desconfiança por parte dos familiares e testemunhas.

Neste contexto, os agentes funerários convivem ainda com o medo de se contaminar e com situações de desrespeito e muitas vezes agressões verbais das testemunhas. O ambiente físico não possui um espaço reservado e frequentemente acumulam-se testemunhas de óbitos que chegam ao mesmo tempo. Em tempos de pandemia foram desenvolvidas iniciativas para dar suporte psicológico à distância (virtual) para os profissionais de saúde, entretanto, os agentes funerários que também necessitam deste suporte psicológico, encontram-se desassistidos e mais uma vez vitimados pela invisibilidade habitual.

Preocupados com as dificuldades enfrentadas pelos agentes funerários, um grupo de docentes e pesquisadores do departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp criou um coletivo denominado “Grupo de Apoio Pós- Óbito” (GAPO), que tem entre os seus objetivos, responder às demandas descritas, auxiliando e dando suporte psicológico a estes profissionais no enfrentamento deste desafiador e sofrido panorama pandêmico. (40)

## Referências bibliográficas

1. Report M and MW. Pneumocystis Pneumonia. Los Angeles. 1996;45(34): 729–33. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/htm>
2. World Health Organization. Road traffic injuries [Internet]. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/-injuries>
3. World Health Organization. Decade of Action for Road Safety 2011-2020 [Internet]. WHO. World Health Organization. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: [http://www.who.int/roadsafety/decade\\_of\\_action/en/](http://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/en/)
4. Loschi M. Taxa de homicídio de pretos ou pardos é quase três vezes maior que a de brancos | Agência de Notícias | IBGE [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 20]. [acesso em 31 Jul 2021]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/25999-taxa-de-homicidio-de-pretos-ou-pardos-e-quase-tres-vezes-maior-que-a-de-brancos>
5. Daniel R. C. Cerqueira RL de M. Nota Técnica - Vidas Perdidas e Racismo no Brasil [Internet]. [cited 2020 Jul 20]. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/131119\\_notatecnicadiest10.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/131119_notatecnicadiest10.pdf)
6. Silvio Almeida. Racismo estrutural. Pólen, editor. São Paulo; 2019.
7. Rawaf S, Yamamoto HQ, Rawaf D. Unlocking towns and cities: COVID-19 exit strategy. East Mediterr Heal J [Internet]. 2020 May 1;26(5):499–502. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://applications.emro.who.int/emhj/v26/05/10203397202605499502-eng.pdf>
8. Brasil. PORTARIA N° 188, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2020 - PORTARIA N° 188, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2020 - DOU - Imprensa Nacional. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>
9. República P da, Secretaria-Geral, Jurídicos S para A. LEI N° 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020 [Internet]. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/lei/L13979.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13979.htm)
10. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. [cited 2020 Jul 7]. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://covid19.who.int/>
11. Supremo Tribunal Federal. STF reconhece competência concorrente de estados, DF, municípios e União no combate à Covid-19 [Internet]. 2020. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441447&ori=1>
12. Surveillance for human infection with novel coronavirus: revised guidance-2 [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/surveillance-and-case-definitions>
13. Definição de Caso e Notificação. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/definicao-de-caso-e-notificacao>
14. Delamater PL, Street EJ, Leslie TF, Yang YT, Jacobsen KH. Complexity of the basic reproduction number (R0). Emerg Infect Dis. 2019;25(1):1-4. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.3201/eid2501.171901>
15. Censo Hospitalar começa a ser realizado para internações de coronavírus. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46730-censo-hospitalar-comeca-a-ser-realizado-para-internacoes-de-coronavirus>
16. Brasil confirma primeiro caso da doença. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de->

[novo-coronavirus](#)

17. Saúde M da. Portal da Saúde - DATASUS. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>
18. Coronavirus (COVID-19) Deaths - Statistics and Research - Our World in Data [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-deaths?country=BEL~BRA>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. Classificação de risco dos agentes biológicos. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.48.
20. Campos D, França E, Loschi RH, de Fátima Marinho de Souza M. Uso da autópsia verbal na investigação de óbitos com causa mal definida em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2010;26(6):1221–33.
21. França E, De Abreu DX, Rao C, Lopez AD. Evaluation of cause-of-death statistics for Brazil, 2002-2004. *Int J Epidemiol*. 2008;37(4):891–901.
22. Decreto Lei n.º 82/2009 de 2 de Abril. Ministério da Saúde. Diário da República 2009 p. 2062–5. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
23. Campos D, França E, Loschi RH SM. Uso da autópsia verbal na investigação de óbitos com causa mal definida em Minas Gerais, Brasil Verbal autopsy for investigating deaths from ill-defined causes in Minas Gerais State , Brazil. 2010;26(6):1221–33.
24. Medeiros AO, Da Silva MN, De Souza MA, Neto CDM, et al. Óbitos por causas mal definidas no Brasil e regiões. *Fisioterapia Brasil* 2018;19 5 Supl s232-s235. [acesso em 29 Jul 2021]. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/2627/html>
25. de Oliveira CM, Ciríaco DL, da Silva CF, Barros HCS, da Cunha CC, França EB. The impact of the investigation on deaths classified as garbage codes on the quality of the cause-of-death information in the northeast region, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. [acesso em 29 Jul 2021]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2019000400405&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000400405&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
26. Barrêto ICHC, Pontes LK, Corrêa L. Vigilância de óbitos infantis em sistemas locais de saúde: avaliação da autópsia verbal e das informações de agentes de saúde. *Rev Panam Salud Pública*. 2000 May;7(5):303–12.
27. Cunha CC da, Teixeira R, França E. Avaliação da investigação de óbitos por causas mal definidas no Brasil em 2010. *Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2017;26(1):19–30.
28. Zhang YS, Hu P, Strauss JA, Zhao Y, Wang Y, Crimmins EM. Ascertaining cause of mortality among middle-aged and older persons using computer-coded and expert review verbal autopsies in the China Health and Retirement Longitudinal Study. *Glob Health Action*. [acesso em 29 Jul 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1768502>
29. Dehghan A, Nasirian M, Haghdoost AA, Bahramali E, Sharifi H. Validation of the verbal autopsy questionnaire for adult deaths in Iran. *Arctic Anthropol*. 2017;54(2):24–39.
30. Biswas A, Rahman F, Halim A, Eriksson C, Dalal K. Experiences of community verbal autopsy in maternal and newborn health in Bangladesh. *HealthMed*. 2015;9(8):329–38.
31. Gajalakshmi V, Peto R. Verbal autopsy of 80,000 adult deaths deaths in Tamilnadu, South India. *BMC Public Health*. 2004;4:1–7. [acesso em 29 Jul 2021]. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-4-47>
32. Herbst AJ, Mafojane T, Newell ML. Verbal autopsy-based cause-specific mortality trends in rural KwaZulu-Natal, South Africa, 2000-2009. *Popul Health Metr*. 2011;9:1-13.

33. Etard JF, Le Hesran JY, Diallo A, Diallo JP, Ndiaye JL, Delaunay V. Childhood mortality and probable causes of death using verbal autopsy in Niakhar, Senegal, 1989-2000. *Int J Epidemiol.* 2004;33(6):1286–92.
34. Doctor H V, Weinreb AA. Estimation of AIDS adult mortality by verbal autopsy in rural Malawi. *Aids.* 2003;(1):2509–13.
35. Farina AS, Antunes ADA, Yokomizo JE, Ariento LA. *Temas contemporâneos em Psicologia do Cotidiano.* Guarulhos, SP. Expressão e Arte; 2009.
36. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasil. Manual para Investigação do Óbito com Causa Mal Definida. [acesso em 29 Jul 2021]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_investigacao\\_obito.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_investigacao_obito.pdf)
37. Maeno M. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2011;36(124):297-9. [acesso em 29 Jul 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572011000200014>
38. Noticias.uol.com.br. Mortalidade em UTIs públicas para covid-19 é o dobro de hospitais privados. [acesso em 29 Jul 2021]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/06/21/mortalidade-em-utis-publicas-para-covid-19-e-o-dobro-de-hospitais-privados.htm?cmpid=copiaecola>
39. Standing G. *O Precariado: a nova classe perigosa.* [SI]. Autêntica. 2013.
40. Grupo de Apoio Pós Óbito. Pesquisadores da FCM criam Grupo de Apoio para agentes funerários. 2020; [acesso em 29 Jul 2021]. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2020/07/18/pesquisadores-da-fcm-criam-grupo-de-apoio-para-agentes-funerarios>