

**ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE MONITORAMENTO  
E AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

# **NOTA DE ORIENTAÇÕES PARA VIGILÂNCIA DOS ÓBITOS POR COVID-19**



## **Elaboração**

**Macleya Gomes Silva**

*Chefe do Departamento de Monitoramento e Avaliação em Saúde-  
DEMÁS*

## **Revisão**

**Mayrlan Ribeiro Avelar**

*Superintendente de Epidemiologia e Controle de Doenças -SECD*

**Maria de Jesus Bezerra de Paiva**

**Osvaldina Silva Mota**

*Assessoras Técnicas da Superintendente de Epidemiologia e  
Controle de Doenças –SECD*

## **Aprovação**

**Waldeise Pereira**

*Secretaria Adjunta da Política de Atenção Primária e Vigilância em  
Saúde*

**SAPAPVS/SECD/DEMÁS/SES/MA**

**Versão 01**

**22.02.2022**

## **Assunto:**

---

Orientações as Vigilância Epidemiológicas das Regionais, Municípios e unidades hospitalares (Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – NHE) públicos e privados do estado do Maranhão sobre os instrumentos para investigação dos óbitos confirmados ou suspeitos de COVID-19

SECRETARIA DE  
SAÚDE

GOVERNO DO  
**MARANHÃO**  
GOVERNO DE TODOS NÓS



## **NOTA DE ORIENTAÇÕES PARA VIGILÂNCIA DOS ÓBITOS POR COVID-19**

Considerando a atual situação da pandemia de COVID-19 no Estado do Maranhão, com confirmação de 408.928 casos e 10.725 óbitos até o dia 22/02/2022, a atuação da vigilância dos óbitos nos processos de investigação e encerramento dos casos por COVID-19, evidencia a responsabilidade das secretarias municipais de saúde na qualificação das informações sobre mortalidade, classificação e definição da causa básica dos óbitos suspeitos e ou confirmados de COVID-19 e Síndrome Respiratória Aguda Grave-SRAG no banco de dados local do Sistema de informação sobre Mortalidade –SIM.

A Vigilância de Óbitos por COVID-19 tem como propósito a avaliação das circunstâncias em que os óbitos ocorreram, contribuindo com a identificação do número real de óbitos e a produção de informações, permitindo a avaliação da atenção prestada em todos os níveis de complexidade e a qualificação das informações sobre mortalidade, sendo indispensável para a definição de intervenções voltadas para evitar novos óbitos.

O processo de trabalho da vigilância dos casos de COVID-19 inicia com a notificação. Ao ser informada de um caso, toda a rede de vigilância epidemiológica é acionada para proceder com o acompanhamento e adoção de medidas de controle e prevenção de novos casos. Estes casos podem ser confirmados ou descartados. Os casos confirmados são acompanhados continuamente, podendo evoluir para a cura ou óbito.

A presente nota tem por objetivo orientar as equipe de vigilância epidemiológica e os responsáveis pela gestão do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) nas 19 Regionais e nos 217 Municípios quanto aos critérios de encerramento dos óbitos suspeitos e/ou confirmados por COVID-19 e a devida codificação de causa básica dos óbitos por COVID-19 e SRAG no banco de dados local do SIM. Este documento deve ser utilizado como referência para subsidiar as ações de vigilância epidemiológica dos casos que evoluíram para óbito.

## VIGILÂNCIA DOS ÓBITOS POR COVID-19

As ações de Vigilância dos Óbitos por COVID-19 devem ser acompanhadas por uma equipe multiprofissional, cujos integrantes, devem ser devidamente designados e capacitados pela gestão da Vigilância em Saúde Municipal. O Ministério da Saúde recomenda que, para a investigação dos óbitos, a equipe deve ser composta pelos seguintes técnicos:

Nas Secretarias Municipais de Saúde e Regionais de Saúde: profissionais da rede de atenção à saúde, Atenção Primária em Saúde e da Vigilância Epidemiológica. A equipe da atenção básica da área de abrangência do local de residência da família é a responsável pela investigação domiciliar e ambulatorial dos óbitos, como parte integrante da sua atuação para conclusão do processo de investigação.

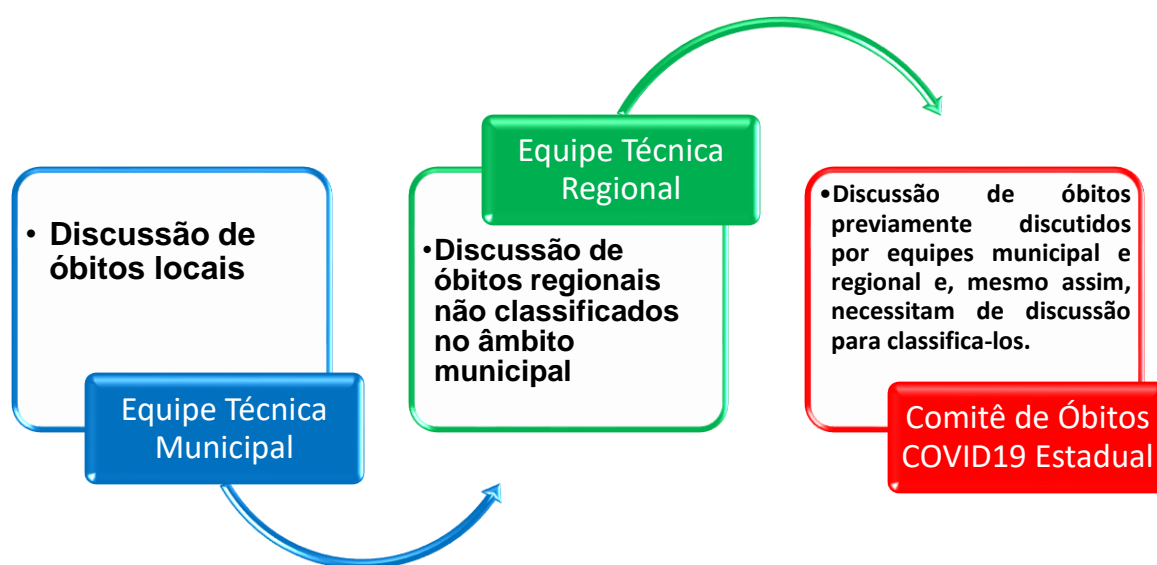
Independente da composição, as equipes de vigilância epidemiológica que são ordenadoras do processo devem estar articuladas e integradas aos demais setores e profissionais: da assistência à saúde (Atenção Primária, Especializada e Hospitalar), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Serviço de Verificação de Óbito (SVO), bem como os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) e as comissões hospitalares de óbito, uma vez que, o objetivo principal do trabalho não se restringe à melhoria das estatísticas vitais, mas também quanto a qualidade e organização do cuidado à saúde.

### INSTRUMENTOS E FLUXO DE DISCUSSÃO DOS CASOS

Com a equipe de vigilância dos óbitos previamente organizada, seja no nível municipal ou regional, a investigação deve estar pautada na coleta de dados na unidade de saúde onde ocorreu o óbito, contudo utilizaremos também quando ocorrer óbitos em domicílio, onde a finalidade é a obtenção de informações clínicas e epidemiológicas utilizando os instrumentos de investigação do óbito por COVID-19 que constam no anexo deste documento, bem como os demais instrumentos de rastreamento de contatos, os quais serão utilizados quando a equipe técnica achar necessário para consolidação dos processos de investigação de óbitos por COVID-19.

Após o processo de investigação, os óbitos por COVID-19 que ainda continuarem com causas em mortalidade a esclarecer e/ou dúvidas quanto a real causa básica em mortalidade, esta deverá ser discutida em parceria com os Grupos técnicos e/ou comitês municipais, das regionais e/ou da Coordenação Estadual da Vigilância dos Óbitos, a finalidade, a classificação adequada, a identificação, a codificação correta das causas em mortalidade e quando necessário recodificação no SIM/local do município de ocorrência do óbito.

#### Fluxo de discussão dos casos:



### PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS POR COVID-19

Considerando que o propósito principal da vigilância de óbitos por COVID-19 é a avaliação das circunstâncias em que o mesmo ocorreu e a qualificação das informações sobre o óbito, recomendamos triar as seguintes situações, considerando as causas de mortalidades registradas na Declaração de óbito (DO), bem como os demais processos de evolução dos casos notificados no Sistema Notifica COVID-19 (SNC-19) Maranhão, e-SUS VE e SIVEP-Gripe:

I. Declarações de óbito no bloco V: algumas causas declaradas pelo médico atestante para casos de suspeita de COVID-19.

Exemplos de termos que podem ser utilizados pelo médico : *Covid positivo, contágio do covid-19, infecção sars-cov-2 (infecção por coronavírus dois), coronavírus*



*covid-19, possível covid-19, infecção pelo vírus corona dois(Sars-cov-2) , pneumonia por vírus coronacovid-19, novo coronavírus, a esclarecer para covid-19, aguardando exame laboratorial para covid-19, colhido exame post mortem por suspeita de COVID-19. (BRASIL, 2020c)*

II. Declarações de óbito sem descrição de COVID-19 com confirmação de caso positivo pós-morte por critério laboratorial;

III. Declarações de óbito sem descrição de COVID-19 com termos que podem indicar a sua suspeita como síndrome respiratória aguda (SRAG);

IV. Óbitos notificados pelas equipes de vigilância epidemiológica de COVID-19, que não foram identificadas causas em mortalidade por COVID -19 nas declarações de óbito.

## COLETA DE INFORMAÇÕES

O responsável pela gestão do SIM deverá separar cópia das DO's que mencione COVID- 19 ou com termos que possam indicar a sua suspeita, como síndrome respiratória aguda grave (SRAG) e encaminhar para a equipe técnica da vigilância epidemiologia para iniciar o processo de investigação.

No processo de investigação deve-se coletar as informações solicitadas nos formulários que serão utilizados conforme tipo do óbito, identificando a cronologia dos fatos, resultados de exames, procurando reunir informações para elucidar causas de morte, a cadeia de eventos que contribuíram ou não para o contágio.

Enquanto não há orientação específica para investigação do óbito por COVID-19 por parte do Ministério da Saúde, deve-se utilizar os formulários contidos no anexo desta Nota a “**Ficha de investigação de óbito Suspeito ou Confirmado de COVID-19, Maranhão**” para todos os óbitos suspeitos e/ou confirmados de Covid-19, ocorridos nas instituições de Saúde e/ou domiciliar.

A equipe **técnica da vigilância dos óbitos** também deve consultar os sistemas de notificação (Sistema Notifica COVID 19 Maranhão, e-SUS VE, SIVEP-Gripe), resultados de exames (GAL) e, se necessário, busca em prontuário hospitalar e/ou de atendimento para proceder a análise final da investigação. Esta coleta de dados pode ser feita por técnicos do NHE ou da CCIH e/ou do Comitê Hospitalar que participam da equipe de vigilância de óbitos.

**A Ficha de rastreamento de Contatos COVID-19**, deve ser utilizado pela equipe técnica de Vigilância do óbito, quando haja necessidade de um rastreamento de contatos, principalmente em situações de aumento de casos notificados com ocorrência de óbitos confirmados e/ou suspeitos de COVID-19. O principal objetivo dessa ficha é rastrear e monitorar os contatos sociais, familiares, no local de trabalho que tiveram contato com óbito confirmado, permitindo a detecção precoce de casos entre indivíduos que foram expostos ao vírus SARS-CoV-2 e ajudar no controle da transmissão.

Orienta-se que além da Ficha de investigação de óbito por COVID-19, disponibilizada nesta nota, nos casos de óbitos em Mulher em Idade Fértil (MIF), óbito Materno, óbitos por Tuberculose, arborvírus e com causas mal definidas devem ser utilizados também as fichas já padronizadas pelo Ministério da Saúde, sendo elas indispensáveis para o processo de investigação, análise e conclusão do óbito.

Recomenda-se seguir as orientações nos respectivos manuais de investigação de óbito e Protocolos específicos do Ministério da Saúde.

## DEFINIÇÃO DE ÓBITO SUSPEITO E CONFIRMADO PARA COVID-19

### Critérios para definição de óbitos relacionados à infecção por SARS-CoV-2

#### CRITÉRIOS CLÍNICOS

**A – COVID-19 agudo:** Início dos sintomas a menos de 7 dias da avaliação inicial e presença de um dos critérios abaixo:

1- Início agudo de febre e tosse, OU

2- Início agudo de TRÊS OU MAIS dos seguintes sinais ou sintomas: febre, tosse, fraqueza/fadiga, dor de cabeça, mialgia, dor de garganta, coriza, dispneia, anorexia/náusea/vômito, diarreia, alteração de estado mental, OU

3- Anosmia e/ou Ageusia de início recente sem outra causa aparente; OU

**B – Caso compatível com SRAG** (infecção respiratória aguda, história de febre, tosse e dispneia) com início nos últimos 10 dias, que necessitou de hospitalização.

#### CRITÉRIOS EPIDEMIOLÓGICOS

- ✓ Histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas, com caso confirmado para COVID-19;
- ✓ Residir ou trabalhar em área com alto risco de transmissão do vírus: residências, instituições humanitárias, como campos ou similares para pessoas deslocadas, em período dentro do intervalo de 14 dias do início dos sintomas;
- ✓ Residir ou viajar para áreas com transmissão comunitária em período dentro do intervalo de 14 dias do início dos sintomas;
- ✓ Trabalhar em serviço de assistência à saúde, incluindo dentro de instituições de saúde ou dentro da comunidade, dentro do intervalo de 14 dias do início dos sintomas.

#### CRITÉRIOS LABORATORIAIS

- ✓ Exames específicos (pelo menos um dos seguintes):
- ✓ BIOLOGIA MOLECULAR: resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real;
- ✓ PESQUISA DE ANTÍGENO: resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno;
- ✓ IMUNOLÓGICO: resultado REAGENTE para IgG\* ou Ig total realizado pelos seguintes métodos: Ensaio imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay - ELISA); Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (ECLIA)



## CRITÉRIOS DE IMAGEM

**RX de tórax:** Opacidades com morfologia arredondada, ou infiltrados bilaterais, acometendo periferia e porções inferiores dos pulmões.

### Tomografia de tórax:

- ✓ OPACIDADE EM VIDRO FOSCO periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), OU
- ✓ OPACIDADE EM VIDRO FOSCO multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), OU
- ✓ SINAL DE HALO REVERSO ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).

**Observação:** \*Considerar o resultado IgG reagente como critério laboratorial confirmatório somente em indivíduos sem diagnóstico laboratorial anterior para COVID-19 ou diagnóstico há mais de seis.

## ÓBITOS SUSPEITOS QUE PODERÃO SER DEFINIDOS COMO CONFIRMADOS POR COVID-19 COM CLASSIFICAÇÃO EM MORTALIDADE ADEQUADA NA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

- Critério Clínico A ou B + Critério Laboratorial (específico)
- Critério Clínico A ou B + Critério de imagem
- Critério Clínico A ou B + Critério epidemiológico

## ÓBITOS SUSPEITOS QUE DEVERÃO SER ANÁLISADOS PELAS EQUIPES TÉCNICAS DE VIGILÂNCIA OU COMITÊ MUNICIPAL E ESTADUAL

- Critério Clínico A ou B isolados
- Critério de imagem isolado
- Critério Laboratorial isolado
- Critério epidemiológico/imagem/laboratorial com sintomas não incluídos nos critérios clínicos A ou B

Os óbitos suspeitos que apresentem critério clínico isolado **OU** critério de imagem isolado **OU** critério laboratorial isolado **OU** critério epidemiológico, imagem, laboratorial, porém, com sintomas não descritos nos critérios clínicos A (1 ou 2 ou 3) ou B **necessitarão de análise** pela equipe técnica municipal e, se necessário, regional ou estadual.

## DISCUSSÃO, ANÁLISE E RECOMENDAÇÕES

A conclusão da investigação do óbito é atribuição da equipe de vigilância de referência no município de residência do falecido, devendo ser apoiada pela equipe de vigilância do local de ocorrência do óbito (Instituição de Saúde e/ou município).

A análise, investigação e discussão dos óbitos suspeitos devem ocorrer de forma prioritária na esfera municipal ou regional e, quando necessário, o município pode recorrer ao comitê Estadual para apoiar a equipe do município no processo de investigação.

Recomenda-se, para análise de óbitos por COVID-19, que a equipe ou comitê técnico, busque identificar uma composição de referência mínima, formada por um profissional médico, preferencialmente com experiência em infectologia; um técnico da vigilância epidemiológica, um técnico da Atenção Básica e um codificador de causas em mortalidade CID-10.

Ao final da discussão, deve-se classificar o óbito como confirmado ou descartado por COVID-19, realizar alteração no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), informar encerramento nos demais Sistemas de informações em Saúde (SIS) e indicar recomendações para a redução e a prevenção de novos óbitos.

O propósito da análise é classificar o óbito como confirmado ou descartado por COVID-19, recompor o atestado médico pós-investigação e indicar recomendações para a redução dos óbitos e a prevenção de novos casos.

## CODIFICAÇÃO E SELEÇÃO DA CAUSA BÁSICA

Após a conclusão da análise e recomposição da Declaração de óbito, o codificador de causas em mortalidade, deverá proceder com a codificação das causas de óbito conforme as regras da CID10<sup>a</sup>, observando as orientações especiais para óbitos por COVID-19, segundo documento de Orientações para Codificações das Causas de Morte no contexto da COVID-19 publicado em 11 de maio de 2020 (em anexo).

# ANEXOS:



## FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19, MARANHÃO.

Unidade de Saúde/Hospital: \_\_\_\_\_ CNES: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Unidade Regional de Saúde \_\_\_\_\_  
Nº do prontuário: \_\_\_\_\_ Data da investigação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## DADOS IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_  
Nº cartão SUS: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_(D)(M)(A)  
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Se sexo feminino, gestante?: ( ) sim ( ) não ( ) não sei Idade Gestacional: \_\_\_\_\_  
Raça/cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda Etnia: ( ) Indígena Tribo: \_\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço de residência: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_  
Bairro/Localidade: \_\_\_\_\_ Município de residência: \_\_\_\_\_  
Distrito: \_\_\_\_\_ Zona: ( ) Urbana ( ) Periurbana ( ) Rural  
Telefone(s): \_\_\_\_\_  
Ocupação: \_\_\_\_\_  
Local de trabalho: \_\_\_\_\_  
Bairro/Localidade: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Distrito: \_\_\_\_\_ Zona: ( ) Urbana ( ) Periurbana ( ) Rural

## DADOS DO ÓBITO

Data do óbito: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local de ocorrência do óbito: \_\_\_\_\_  
Número da Declaração de Óbito: \_\_\_\_\_  
Nome do serviço de saúde: \_\_\_\_\_  
CNES: \_\_\_\_\_ Município de ocorrência: \_\_\_\_\_  
Causas da morte - Parte I  
A : \_\_\_\_\_  
B : \_\_\_\_\_  
C : \_\_\_\_\_  
D : \_\_\_\_\_  
Causas da morte - Parte II  
\_\_\_\_\_

## DADOS CLÍNICOS

Data de início dos sinais e sintomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Serviços onde o paciente foi atendido: ( ) Público ( ) Privado Tipo de serviço: ( ) Atenção Primária ( ) Ambulatório  
( ) Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Policlínica ( ) Consultório ( ) Unidade Hospitalar  
Serviço:  
Nome: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Houve Internação?: ( ) Sim ( ) não Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Houve Internação?: ( ) Sim ( ) não Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Houve Internação?: ( ) Sim ( ) não Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Houve Internação?: ( ) Sim ( ) não Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Sinais e sintomas** (assinalar com (X))

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> febre                             | <input type="checkbox"/> calafrios                         | <input type="checkbox"/> adnamia(fraqueza)                                     |
| <input type="checkbox"/> cefaleia                          | <input type="checkbox"/> saturação de O <sub>2</sub> < 95% | <input type="checkbox"/> batimento de aleta nasal                              |
| <input type="checkbox"/> hipotensão                        | <input type="checkbox"/> mialgia/artralgia                 | <input type="checkbox"/> batimento de aleta nasal                              |
| <input type="checkbox"/> gânglios linfáticos aumentados    | <input type="checkbox"/> alteração do paladar              | <input type="checkbox"/> anorexia  |
| <input type="checkbox"/> tosse seca                        | <input type="checkbox"/> dificuldade para deglutir         | <input type="checkbox"/> náusea  |
| <input type="checkbox"/> coriza                            | <input type="checkbox"/> diarréia                          | <input type="checkbox"/> uso de musculatura acessória<br>(tiragem intercostal) |
| <input type="checkbox"/> desconforto respiratório( ) dispn | <input type="checkbox"/> manchas vermelhas pelo corpo      | <input type="checkbox"/> vômitos – aspecto: _                                  |
| <input type="checkbox"/> cianose                           | <input type="checkbox"/> irritabilidade                    | <input type="checkbox"/> escala de GLASGOW _____                               |
| <input type="checkbox"/> alteração do olfato               | <input type="checkbox"/> confusão mental                   |  |

( ) **Outros** \_\_\_\_\_

**COMORBIDADES**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Idade ≥ a 60 anos                     | <input type="checkbox"/> Asma moderada/grave      | <input type="checkbox"/> Doença neurológica crônica     |
| <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca                | <input type="checkbox"/> Doença hepática crônica  | <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial sistêmica |
| <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca                     | <input type="checkbox"/> DPOC                     | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus              |
| <input type="checkbox"/> Imunodeficiência                      | <input type="checkbox"/> Doença renal crônica     | <input type="checkbox"/> Paciente institucionalizado    |
| <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica         | <input type="checkbox"/> Neoplasia                |   |
| <input type="checkbox"/> Tabagismo                             | <input type="checkbox"/> Morador de rua/andarilho |   |
| <input type="checkbox"/> Puérpera (até 42 dias pós-parto)      | <input type="checkbox"/> Tipo de parto: _____     | Data: __/__/____  |
| <input type="checkbox"/> Gestação de alto risco(motivo): _____ |   |   |
| <input type="checkbox"/> Obesidade ( IMC)                      | <input type="checkbox"/> Outros: _____            |   |

**PROCEDIMENTOS INVASIVOS**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Traqueostomia               | <input type="checkbox"/> Dreno de tórax   | <input type="checkbox"/> Punção venosa central |
| <input type="checkbox"/> Pressão intra-arterial(PIA) | <input type="checkbox"/> Sondagem vesical | <input type="checkbox"/> Sondagem nasogástrica |

**COMPLICAÇÕES NA INTERNAÇÃO**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alterações renais                                  | <input type="checkbox"/> Úlceras de decúbito     | <input type="checkbox"/> Choque séptico |
| <input type="checkbox"/> Distúrbios de coagulação                           | <input type="checkbox"/> Alterações neurológicas | <input type="checkbox"/> Hiperglicemia  |
| <input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória anterior com reanimação |  |   |
| <input type="checkbox"/> Outros (quais)? _____                              |  |   |

**Uso de Antiviral:**

Nome do medicamento: \_\_\_\_\_ Data de início: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Uso de Antibiótico:**

Nome do medicamento: \_\_\_\_\_ Data de início: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Uso de outros fármacos: Cloroquina**

Data de início: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Uso de suporte ventilatório:**

- ( ) Cateter nasal ( ) Máscara facial ( ) ventilação não invasiva  
( ) Ventilação mecânica

**INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS**

Recebeu vacina contra Covid? ( ) Sim ( ) Não Se sim, quantas doses: ( ) 1º dose ( ) 2º dose ( ) Reforço

Data da última dosagem: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Teve COVID? ( ) Sim ( ) Não Teve contato próximo com o caso confirmado? ( ) Sim ( ) Não

Alguém da Casa teve COVID: ( ) Sim ( ) Não Possui algum exame que comprove ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos contatos \_\_\_\_\_ \* Preencher Ficha de rastreamento de contatos.

**INFORMAÇÕES LABORATORIAIS**

Coleta de SWAB nasofaríngeo para RT-PCR: Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Laboratório: \_\_\_\_\_ Resultado: ( ) Detectável ( ) Não detectável

Coleta de teste rápido

Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Laboratório: \_\_\_\_\_

Resultado: ( ) Detectável ( ) Não detectável

IGG: ( ) Reagente ( ) Não reagente IGM ( ) Reagente ( ) Não reagente

Realizado cultura com outras amostras?

Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Laboratório: \_\_\_\_\_ Resultado: ( ) Detectável ( ) Não detectável

**EXAME DE IMAGEM**

Tomografia Computadorizada de tórax: Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Laudo: \_\_\_\_\_

Tomografia Computadorizada outro sítio: Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Laudo: \_\_\_\_\_

Raio-X Tórax: Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Laudo: \_\_\_\_\_

Outros: Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Laudo: \_\_\_\_\_

**CONCLUSÃO**

Classificação do caso em investigação para COVID-19: ( ) provável ( ) confirmado ( ) descartado

Se descartado para COVID-19, qual diagnóstico final do caso?  
\_\_\_\_\_





---

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

---

---

---

---

## D. O. APÓS INVESTIGAÇÃO

### Causas da morte - Parte I

- A- \_\_\_\_\_
- B- \_\_\_\_\_
- C- \_\_\_\_\_
- D- \_\_\_\_\_

### Causas da morte - Parte II

---

## DADOS DO NOTIFICADOR

Nome: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_



## FICHA DE RASTREAMENTO DE CONTATO - COVID-19

## DADOS DO CONTATO

Local de Notificação.: \_\_\_\_\_ Data Notificação.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

Município de Residência: \_\_\_\_\_ Vínculo/Parentesco: \_\_\_\_\_

Ocupação (CBO): \_\_\_\_\_ Data de Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( ) Mas ( ) Fem

Raça Cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Ignorado ( ) Indígena, qual etnia: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ Município de residência: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) Fundamental incompleto ( ) Fundamental completo ( ) Médio incompleto  
( ) Médio completo ( ) Superior incompleto ( ) Superior completo

Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

## DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS

**Sintomas:** ( ) Assintomático ( ) Dor de Cabeça ( ) Febre ( ) Distúrbios gustativos ( ) Dor de Garganta  
( ) Distúrbios olfativos ( ) Dispneia ( ) Tosse ( ) Coriza ( ) Diarreia ( ) Perda de Paladar / Olfato  
( ) Dificuldade respiratória ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Data do início dos sintomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

## EXAMES LABORATÓRIAS

Tipo de teste: ( ) Teste rápido de antígeno ( ) Outros: \_\_\_\_\_ data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Estado do teste: ( ) Solicitado ( ) Coletado ( ) Concluído ( ) Não Solicitado ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Resultado: ( ) Não reagente ( ) Reagente ( ) Inconclusivo ( ) Outros: \_\_\_\_\_

## VACINAS

Doses de Vacina contra Covid: ( ) 1ª dose ( ) 2ª dose ( ) Reforço ( ) Não vacinado

Data da última dosagem: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Teve COVID: ( ) Sim ( ) Não - Alguém de casa teve COVID: ( ) Sim ( ) Não

Possui algum exame que comprove: ( ) Sim ( ) Não - Teve contato próximo com caso confirmado: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos contatos: \_\_\_\_\_ - Está com algum sintoma gripal nas 2 últimas semanas: ( ) Sim ( ) Não

Tomou algum tipo de medicação: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual tipo de medicamento: ( ) Medicação para sintomas  
( ) Antivirais prescritos por médico  
( ) Chá e semelhantes

Nome do Registrador: \_\_\_\_\_ Nome do Óbito: \_\_\_\_\_

**RASTREAMENTO DE CONTATO**

NOME DO POSITIVADO COVID: \_\_\_\_\_

Nome do Contato	CPF	Celular1	Celular2	Relação / caso 1. Domiciliar; 2 familiar; 3 laboral; 4 escolar;5 eventos; 6 outros	Data último contato
					__/__/____
					__/__/____
					__/__/____
					__/__/____
					__/__/____
					__/__/____
					__/__/____
					__/__/____
					__/__/____
					__/__/____
					__/__/____
					__/__/____
					__/__/____
					__/__/____
					__/__/____

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# **CORONAVÍRUS** **COVID-19**

## **Orientações para codificação das causas de morte no contexto da COVID-19**

Brasília/DF

Versão 1 • Publicada em 11/05/2020



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise em Saúde e  
Vigilância de Doenças não Transmissíveis

# Orientações para codificação das causas de morte no contexto da COVID-19

Brasília/DF  
Versão 1 • Publicada em 11/05/2020

# CORONAVÍRUS COVID-19

2020 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

1ª edição – 2020 – versão 1 – publicada em 11/05/2020

**Elaboração, distribuição e informações:**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis  
Coordenação-Geral de Informação e Análises Epidemiológicas  
SRTVN Quadra 701, Via W 5 Norte, Lote D, Edifício PO 700, 6º andar  
CEP: 70719-040 – Brasília/DF  
Site: <http://www.saude.gov.br/svs>

**Organização:**

Wanderson Kleber de Oliveira - GAB/SVS/MS  
Eduardo Marques Macario - DASNT/SVS/MS  
Giovanny Vinícius Araújo de França - CGIAE/DASNT/SVS/MS  
Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo - CGIAE/DASNT/SVS/MS  
Yluska Myrna Meneses Brandão e Mendes - CGIAE/DASNT/SVS/MS  
Ângela Maria Cascão - Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro  
Mauro Tomoyuki Taniguchi - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo  
Adaauto Martins Soares Filho - CGIAE/DASNT/SVS/MS  
Andréa de Paula Lobo - CGIAE/DASNT/SVS/MS

**Revisão ortográfica:**

Naiane de Brito Francischetto - DASNT/SVS/MS

**Produção e diagramação:**

Nucom/GAB/SVS/MS





# CORONAVÍRUS COVID-19

## SUMÁRIO

1. OBJETIVO 5
2. CONSIDERAÇÕES GERAIS 5
3. ORIENTAÇÕES PARA A CODIFICAÇÃO  
DAS CAUSAS DE MORTE RELACIONADAS COM A COVID-19 6
4. EXEMPLOS DE TERMOS USADOS PELOS MÉDICOS PARA DESCREVER  
A COVID-19 E QUE PODEM SER CODIFICADOS COMO SINÔNIMOS DE COVID-19 9
5. ANÁLISE DE DADOS SOBRE MORTALIDADE POR COVID-19 10
6. CONSIDERAÇÕES GERAIS ACERCA DA INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS POR COVID-19 11
7. REFERÊNCIAS 11



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



As recomendações contidas nesta nota podem sofrer alterações mediante o surgimento de novas orientações sobre o tema em pauta.

## 1. OBJETIVO

Padronizar a codificação das causas de morte informadas na Declaração de Óbito (DO) no contexto da doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19), visando o processamento e à seleção da causa básica, em conformidade com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

## 2. CONSIDERAÇÕES GERAIS

- As causas atestadas pelo médico na DO refletem uma sequência de eventos que conduziram à morte e as relações existentes entre elas. Essa descrição não deve ser desconsiderada;
- Os novos códigos U07.1 (COVID-19, vírus identificado) e U07.2 (COVID-19, vírus não identificado, clínico-epidemiológico), definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), são os marcadores da pandemia no Brasil;
  - Sendo assim, na mesma linha em que for alocado o B34.2 (Infecção pelo coronavírus de localização não especificada), deve constar, também, o código marcador U07.1 ou U07.2;
  - Caso o código U04.9 (Síndrome respiratória aguda grave – SARS/SRAG) tenha sido utilizado como marcador para caso suspeito ou confirmado de COVID-19, deverá ser substituído pelos códigos supracitados.
- O óbito por COVID-19 confirmado ou suspeito deve ser codificado utilizando-se os mesmos procedimentos/protocolos para codificação de outras causas de morte. O mesmo se dá para a aplicação das regras de seleção e modificação da causa básica do óbito;
- A COVID-19 deve estar alocada na parte I do atestado, compondo a sequência lógica de eventos registrada pelo médico;
  - Pessoas com COVID-19 podem morrer de outras doenças ou acidentes, o que não será morte devido a COVID-19. Caso o certificante considere que a COVID-19 tenha agravado ou contribuído para a morte, poderá relatá-la na parte II do atestado.
- Na parte II, constarão as comorbidades que contribuíram para a morte;
- Deve-se verificar se a causa selecionada foi aceita pelo seletor de causa básica (SCB). Caso contrário, reservar a DO para conferência e comunicar às esferas de gestão cabíveis;
- Para óbito por causa externa, materna, infantil e aids, seguir as recomendações do Manual de protocolos de codificações especiais em mortalidade (<http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/sim/documentacao/protocolos-codificacoes-especiais-mortalidade.pdf>), até que haja notas internacionais específicas para essas situações:



Orientações para o preenchimento da Declaração de Óbito no contexto da COVID-19

Contingênci	<b>ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL</b> 17 <input checked="" type="checkbox"/> A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 6 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		<b>ASSISTÊNCIA MÉDICA</b> 38 <input type="checkbox"/> Não recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Ignorado 39 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		<b>DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:</b> 39 <input type="checkbox"/> Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA					
V	<b>CAUSAS DA MORTE</b> Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		a	Parada cardíaca	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
	<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		b	Infecção respiratória aguda	2 dias	J22
	CB: RS1 (B34.2)		c	Pneumonia	3 dias	J18.9
			d	COVID-19	10 dias	B34.2 U07.1
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			Hipertensão	15 anos	I10	
			Obesidade mórbida	15 anos	E66.8	

Figura 1: Campo V da Declaração de Óbito preenchido e codificado para caso confirmado de COVID-19.

### 3.2 Caso suspeito

Quando, no atestado médico da DO, houver uma sequência de eventos que inicia com **SUSPEITA de COVID-19** ou constar apenas que o óbito ocorreu por SUSPEITA de COVID-19, alocar o código B34.2 (Infecção por coronavírus de localização não especificada) + o marcador U07.2 (COVID-19, vírus não identificado ou critério clínico-epidemiológico) na mesma linha do atestado.

- Se exame laboratorial positivo: substituir o marcador U07.2 por U07.1, mantendo o B34.2, conforme descrito para o caso confirmado desta nota técnica;
- Se exame não realizado OU investigação do óbito inconclusiva: manter o B34.2 com o marcador U07.2;
- Se exame laboratorial negativo e, se **após discussão do óbito, a COVID-19 for descartada**: excluir o B34.2 e o marcador U07.2, descartar COVID-19 e seguir a codificação para as outras causas de morte.

#### IMPORTANTE

Diante de um resultado negativo para o swab nasal/orofaríngeo, em virtude do contexto epidemiológico do país, deve-se proceder a discussão caso-a-caso. Nessa discussão, considerar a clínica e os resultados de exames de imagem, como a tomografia computadorizada, para possível confirmação de morte por COVID-19.

Se, mediante uma criteriosa discussão do óbito, a COVID-19 for confirmada pelo critério clínico-epidemiológico: manter o B34.2 com o marcador U07.2

- Nesses casos, a investigação definirá se a COVID-19 foi a causa básica (parte I) ou contribuinte (parte II);
- Todos os diagnósticos informados na DO deverão ser codificados em seus capítulos específicos. A causa básica, entretanto, terá dupla codificação. Os dois códigos, portanto, deverão ser anotados na mesma linha da causa básica.
- Ao manusear a DO para a codificação, considerar as medidas de biossegurança constantes na Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020.

Considerando que a informação sobre o óbito confirmado ou suspeito por COVID-19 é uma prioridade na situação de emergência de saúde pública de importância nacional (ESPIN), o Ministério da Saúde solicita que a DO seja digitada no SIM em até 48 horas após a data de ocorrência do óbito e que o envio dos lotes ocorra semanalmente.

### 3. ORIENTAÇÕES PARA A CODIFICAÇÃO DAS CAUSAS DE MORTE RELACIONADAS COM A COVID-19

#### 3.1 Caso confirmado

- Quando, no atestado médico da DO, houver uma sequência de eventos que se inicia com COVID-19 ou constar apenas que o óbito ocorreu por COVID-19, o codificador deverá alocar o código B34.2 (Infecção por coronavírus de localização não especificada) + o marcador U07.1 (COVID-19, vírus identificado) na mesma linha do atestado.

#### EXEMPLO A

A codificação da DO cujo resultado do exame laboratorial para COVID-19 tenha sido **CONFIRMADO** seguirá a sequência de eventos que levou ao óbito, declarando a COVID-19 na última linha preenchida da parte I. Na parte II, deverão ser registradas as comorbidades, se existirem.

Caso clínico: Masculino, 45 anos, com hipertensão arterial e obesidade mórbida há 15 anos, que evoluiu para óbito. Foi admitido no hospital com quadro de infecção respiratória aguda (três dias antes do óbito). No dia seguinte, progrediu para pneumonia (dois dias antes do óbito). O quadro agravou, apresentando insuficiência respiratória aguda (horas antes do óbito). Foi realizado teste laboratorial para COVID-19 com resultado positivo.





**EXEMPLO B**

A codificação da DO de caso **SUSPEITO** em investigação para COVID-19 deverá conter a sequência de eventos que levaram ao óbito, declarando o termo “suspeito de COVID-19” na última linha preenchida da parte I. Na parte II, deverão ser registradas as comorbidades, se existirem.

Caso clínico: Mulher de 49 anos relatou quadro febril diário há 15 dias, com controle da febre em domicílio. Foi admitida no hospital apresentando quadro de insuficiência respiratória aguda (09 dias antes do óbito), que se agravou, com evolução para óbito dois dias após a admissão. Os familiares relataram que a falecida era portadora de diabetes tipo II há 15 anos e que esteve em contato com um paciente com COVID-19. Houve coleta de material para exame laboratorial para COVID-19, porém não saiu resultado até a emissão da DO.

Condições e causas do óbito	<b>ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL</b> 37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos			<b>ASSISTÊNCIA MÉDICA</b> 38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? Ignorado 9 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado			<b>DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:</b> 39 Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
	<b>40 CAUSAS DA MORTE</b> Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. <b>PARTE I</b>			<b>ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA</b>			Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID		
	a <i>Insuficiência respiratória aguda</i>			9 dias J96.0			Devido ou como consequência de:		
	b <i>Suspeita de COVID-19</i>			15 dias B34.2 U07.2			Devido ou como consequência de:		
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. CB: RS1 (B34.2)			c <i>Diabetes tipo II</i>			15 anos E11.9			
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.									

Figura 2: Campo V da Declaração de Óbito preenchido e codificado para caso confirmado de COVID-19.

**3.3 Outros exemplos**

**EXEMPLO C**

Mulher, 30 anos, foi internada na 37ª semana de gestação, com febre, cefaleia, cansaço há 8 dias. Ao ser examinada, apresentava quadro de pneumonia. Evoluiu para insuficiência respiratória há dois dias e foi encaminhada para UTI, evoluindo para o óbito. O resultado da coleta foi positivo para COVID-19.

Condições e causas do óbito	<b>ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL</b> 37 A morte ocorreu 1 <input checked="" type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos			<b>ASSISTÊNCIA MÉDICA</b> 38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? Ignorado 9 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado			<b>DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:</b> 39 Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
	<b>40 CAUSAS DA MORTE</b> Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. <b>PARTE I</b>			<b>ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA</b>			Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID		
	a <i>Insuficiência respiratória aguda</i>			2 dias J96.9			Devido ou como consequência de:		
	b <i>Pneumonia</i>			8 dias J18.9			Devido ou como consequência de:		
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. CB: RS1 (O98.5)			c <i>Gravidez complicada por COVID-19</i>			12 dias O98.5 B34.2 U07.1			
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.									

Figura 3: Campo V da Declaração de Óbito preenchido e codificado para gravidez complicada por COVID-19.



Orientações para o preenchimento da Declaração de Óbito no contexto da COVID-19



SVS/MS • Versão 1 – maio 2020

**EXEMPLO D**

Homem, 75 anos, cumprindo quarentena domiciliar após diagnóstico de COVID-19, sofreu queda por escorregão dentro do banheiro. Foi recolhido pelo serviço de resgate e encaminhado ao hospital, onde fez cirurgia em virtude de traumatismo cranioencefálico. Morreu após dois dias.

Condições e causas do óbito	<b>ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL</b>		<b>ASSISTÊNCIA MÉDICA</b>		<b>DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:</b>		
	37 <input checked="" type="checkbox"/> A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação (Ignorado)		38 <input checked="" type="checkbox"/> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		39 <input type="checkbox"/> Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
V	<b>CAUSAS DA MORTE</b>						
	<b>PARTE I</b>						
	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.						
	Devido ou como consequência de:						
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b>							
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.							
Devido ou como consequência de:							
Devido ou como consequência de:							
Devido ou como consequência de:							
<b>PARTE II</b>							
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.							
CB: PG (W01.0)							
COVID-19						S06.9 W01.0 B34.2 U07.1	

Figura 4: Campo V da Declaração de Óbito preenchido e codificado para causa externa.

#### 4. EXEMPLOS DE TERMOS USADOS PELOS MÉDICOS PARA DESCREVER A COVID-19 E QUE PODEM SER CODIFICADOS COMO SINÔNIMOS DE COVID-19

- COVID positivo;
- Pneumonia devido ao coronavírus;
- Contágio do COVID-19;
- Infecção Sars-Cov-2 (infecção por coronavírus dois);
- Coronavírus COVID-19;
- Pneumonia adquirida no hospital – positiva para COVID;
- Possível COVID-19 – teste negativo;
- Infecção pelo vírus corona dois (SARS-Cov-2);
- Pneumonia por vírus corona (COVID-19);
- Novo coronavírus;
- A esclarecer para COVID-19;
- Aguardando exame laboratorial para COVID-19;
- Colhido exame post mortem por suspeita de COVID-19.



## 5. ANÁLISE DE DADOS SOBRE MORTALIDADE POR COVID-19

A descrição da mortalidade por COVID-19 (casos confirmados e suspeitos) só será possível por meio da análise de causa múltipla das mortes.

Para isso, e de forma mais prática, sugere-se o uso do TabWin para seleção da causa básica B34.2 (Infecção por coronavírus de localização não especificada). A opção **salvar registro** fornecerá um arquivo em formato “.dbf” (possível de ser utilizado em qualquer tipo de programa de análise dados). As variáveis: LINHAA, LINHAB, LINHAC, LINHAD, LINHAI, CAUSABAS, bem como todas as demais para a análise, devem ser selecionadas.

Ao final do processamento, salvar o arquivo em formato “CSV”. Por meio do Excel, será possível fazer tabelas dinâmicas para elaboração das tabelas contendo o número de mortes com registro de COVID-19 (casos confirmados ou suspeitos).

### Nota:

Os arquivos no formato “.dbf” podem ser abertos diretamente no Excel, onde é possível a visualização e análises dos dados.

Existem mais duas formas de extrair somente os dados da COVID-19 dos dados existentes no rol de registros de mortalidade extraídos pelo módulo Importa x Exporta do SIM:

- Por meio da utilização dos arquivos SQL para TabWin, que foram criados para este fim e estão disponíveis em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/sim/tabulacao/>. As instruções para o uso podem ser acessadas em: <https://www.youtube.com/watch?v=7cfc0HvSSU>
- Por meio do programa em R, no qual, a partir do arquivo de origem dos dados da DO, são selecionados apenas os registros de COVID-19 e acrescentados 4 campos: U071, U072, U049, cf\_COVID. Marca-se o valor 1 no campo quando o registro for referente ao mesmo (U071, U072, U04.9) e no campo cf\_COVID os valores 1 - Confirmado, 2 -Suspeito e 9 - outro.

Neste processo será criado um arquivo com o nome COVID.dbf na pasta c:\tabwin r\arq out. Nele estão os dados originais da tabela de DO, acrescentados desses 4 campos marcadores da COVID-19.

Além disso, é gerado um arquivo (Qt\_COVID.dbf) que contém um resumo quantitativo para cada um dos itens (U071, U072, U049) por município/UF de ocorrência. Neste pacote também foi desenvolvido um novo CNV, que precisa ser adicionado no arquivo.def para que seja utilizado no TabWin nas tabulações envolvendo o arquivo COVID.dbf gerado por este processamento em R.

O pacote com o programa em R e o CNV estão disponíveis em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/sim/tabulacao/> e as instruções estão no vídeo 19 - Utilização do R no TabWin para seleção e contabilização dos dados da COVID-19, no canal do Youtube disponível neste link: [https://www.youtube.com/channel/UC2ZHffagKR5gGOR\\_ESHWRAQ](https://www.youtube.com/channel/UC2ZHffagKR5gGOR_ESHWRAQ).

## 6. CONSIDERAÇÕES GERAIS ACERCA DA INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS POR COVID-19

- Contribuirá para a identificação do número real de óbitos por COVID-19, permitindo, também, a correção dos dados e consequente qualificação da informação;
- Enquanto não há orientação específica para investigação do óbito por COVID-19, sugerimos a utilização das fichas já disponíveis;
  - Para a conclusão da investigação, recomenda-se, também, discussão com grupos técnicos, câmaras técnicas, médico certificador e codificador;
  - Anexar, na DO original, o resultado da investigação e o parecer da análise, proceder com a atualização no SIM, informando a data da conclusão da investigação, a fonte e as alterações solicitadas.

Para informações acerca das definições de caso e codificação, consultar os links  
<https://www.who.int/classifications/icd/COVID-19-coding-icd10.pdf?ua=1>  
[https://www.who.int/classifications/icd/Guidelines\\_Cause\\_of\\_Death\\_COVID-19.pdf](https://www.who.int/classifications/icd/Guidelines_Cause_of_Death_COVID-19.pdf)

## 7. REFERÊNCIAS

Brasil. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. **A declaração de óbito: documento necessário e importante**. Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº116 de 11 de fevereiro de 2009. **Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116\\_11\\_02\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html). Acesso em 07 de abril de 2020.

World Health Organization. **COVID-19 coding in ICD-10**. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icd/COVID-19-coding-icd10.pdf?ua=1>. Acesso em 07 de abril de 2020.

World Health Organization. **Guidelines Cause of Death COVID-19**. Disponível em: [https://www.who.int/classifications/icd/Guidelines\\_Cause\\_of\\_Death\\_COVID-19.pdf?ua=1](https://www.who.int/classifications/icd/Guidelines_Cause_of_Death_COVID-19.pdf?ua=1). Acesso em 21 de abril de 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. **Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>. Acesso em 07 de abril de 2020.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo Coronavírus 2019 – covid-19 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual para investigação do óbito com causa mal definida. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Orientações para o preenchimento da Declaração de Óbito no contexto da COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde, 11.05.2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Orientações para codificação das causas de morte no contexto da COVID- 19. Brasília: Ministério da Saúde, 07.05.2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

\_\_\_\_\_. Manual para investigação do óbito com causa mal definida. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Nota informativa nº 103 de 2016 - procedimentos para a investigação dos óbitos por arboviroses urbanas: dengue, chikungunya e zika no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Protocolo para a vigilância do óbito como menção de tuberculose nas causas de morte. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.  
Governo do Estado da Bahia/ Secretaria de Saúde do Bahia \_ Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde/ Diretoria da Vigilância Epidemiológica. Orientações para vigilância de óbito por Covid-19.