



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Giovanella, Ligia; Medina, Maria Guadalupe; Aquino, Rosana; Bousquat, Aylene
Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa
do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19
Saúde em Debate, vol. 44, núm. 126, 2020, Julho-Setembro, pp. 895-901
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012623>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369097024>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais informações do artigo
- ▶ Site da revista em [redalyc.org](https://www.redalyc.org)



Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19

Denial, disdain and deaths: notes on the criminal activity of the federal government in fighting Covid-19 in Brazil

Ligia Giovanella¹, Maria Guadalupe Medina², Rosana Aquino², Aylene Bousquat³

DOI: 10.1590/0103-1104202012623

A PANDEMIA DE COVID-19 É UMA CRISE GLOBAL humanitária e sanitária sem igual, que, no Brasil, assume uma face ainda mais dramática, pois o País vivencia uma crise política sem precedentes. O governo federal assume constantemente uma postura criminosa, negando a ciência, sonegando dados e desdenhando do sofrimento e luto de milhares de brasileiros. Esse aspecto político é crucial e não podemos nos omitir em expressar nosso posicionamento.

Esse é um governo que fez recrudescer a desigualdade social, já tão profunda em nosso país. A pandemia desvelou a desigualdade brasileira. E a desigualdade mata: os dados já mostram maiores taxas de óbitos entre populações de menor renda e entre pessoas negras. Inquérito sorológico nacional realizado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPeL) mostrou que a incidência nos 20% mais pobres da população (4,1%) é mais do que o dobro da incidência entre os 20% de maior renda (1,8%).

No Rio de Janeiro, a pandemia se alastrou das zonas mais ricas, da zona sul e da nata da elite carioca – das festas do Country Club de Ipanema – para as zonas de moradia de populações de menor renda; do asfalto para o morro, a favela, os subúrbios e as cidades-dormitório. Mas a favela e seus movimentos insurgentes também resistem, se antecipam ao governo inexistente e desenvolvem estratégias de solidariedade, como o Gabinete da Crise do Complexo do Alemão, iniciativa do Coletivo Papo Reto, como os comunicadores sociais da Voz das Comunidades e o coletivo Mulheres em Ação pelo Alemão, que hoje articula mais de 30 organizações comunitárias em defesa da vida em ações solidárias na comunidade. Equipes locais da Estratégia Saúde da Família (ESF) apoiam com informações substantivas, combatendo *fake news*.

A desproteção social e do trabalho promovida pelo atual governo, com aumento da informalidade, precarização das relações de trabalho, redução da cobertura do Bolsa Família e cancelamento de benefícios, redução e atraso na concessão de aposentadorias, auxílio doença, e licenças-maternidade, mostra sua face mais perversa de forma aguda neste momento em que a situação sanitária ainda exige distanciamento social para diminuir o contágio, reduzir sofrimento e mortes.

Um governo que se mostra incompetente até para distribuir o auxílio emergencial. Melhor dizendo, não se trata apenas de incompetência – pois foi ágil em liberar recursos para bancos e grandes empresas – mas de um governo que intencionalmente produziu dificuldades com necessidades de aplicativo, smartphones e internet para acesso, deixando de fora os mais pobres entre os pobres; e atrasou a distribuição, tendo produzido aglomerações e, provavelmente,

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil
ligiagianella@gmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.

³Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.



contribuído para a interiorização da pandemia e redução do distanciamento social. A ampliação do auxílio e sua prorrogação até após a pandemia é imprescindível para garantir a vida e apoiar o distanciamento social – a luta é por uma renda básica de cidadania – para garantia dos direitos econômicos e sociais, para garantia do direito à saúde, do direito à vida.

Não bastassem as crises humanitária, sanitária e econômica, vivenciamos no Brasil, dia a dia, uma crise política sem precedentes. Temos um governo que desgoverna, que sonega dados e informações, que tripudia sobre o sofrimento e a morte de dezenas de milhares de brasileiros e desdenha o luto de mais de 120 mil famílias, que promove uma necropolítica, que extermina povos indígenas, assassina negros, destrói vidas. Aproveita-se da pandemia para extinguir direitos, acentuar privilégios, destruir o meio ambiente, afrontar a democracia.

O governo nacional, com total insensibilidade e falta de compaixão pelo sofrimento e pela dor humana, estrejou cenas e decisões lamentáveis. Em meio ao agravamento da pandemia, em 16 de abril, o ministro da saúde foi demitido pelo Presidente da República, por acatar as medidas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para lidar com a pandemia. Foi substituído por um empresário de saúde alinhado ao governo, que renunciou após um mês sem fazer nada. Desde 16 de maio, o Ministério da Saúde (MS) é administrado por militares e o Ministro da Saúde é um general sem experiência em saúde. Duas mudanças ministeriais foram seguidas por um ministro general interino que recomenda medicamentos comprovadamente ineficazes¹ e sonega dados.

Informação transparente e a mais precisa possível sobre a evolução do número de casos e mortes é crucial para controlar a epidemia. A divulgação sobre a evolução da pandemia, inicialmente com frequência diária, foi interrompida e, depois de protestos na imprensa, passou a ser divulgada somente tarde da noite para não sair no Jornal Nacional. Aos problemas que já tínhamos de subnotificação por

falta de testes, somou-se a desconfiança nos dados apresentados pelo Ministério, e a grande imprensa passou a contabilizar os dados.

Não fossem ações de parte dos governadores e prefeitos, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e instituições públicas em vários campos, a propagação da pandemia, que se agrava a cada dia – escrevemos em meados de agosto de 2020 –, teria sido muito mais rápida e mais devastadora.

Muitas instituições e profissionais estão empreendendo todos os esforços para enfrentar a pandemia, mas a ausência de direção nacional unívoca e de uma autoridade sanitária nacional amplamente legitimada, norteadas no melhor conhecimento que se tem produzido sobre sua propagação, está tendo consequências gravíssimas, com excesso de sofrimento e mortes que poderiam ter sido evitadas.

Embora as medidas de distanciamento social tenham sido determinadas precocemente pelos governadores, a ausência de coordenação nacional e a negação da pandemia pelo presidente Bolsonaro minou as estratégias estaduais de distanciamento social. Chamando a pandemia de gripezinha, foi às ruas abraçando e beijando as pessoas, mesmo depois dos testes positivos para Covid-19 de 17 pessoas de sua comitiva que visitaram Trump. Com essa negação, as medidas para distanciamento social foram enfraquecidas, reduzindo a adesão da população a essa estratégia. O índice de distanciamento social em 4 de abril era mais de 50% em oito estados, com uma média nacional de 54%. Em 28 de maio, caíra para 41% na média nacional e um único estado permanecia com um índice superior a 50%².

A pandemia reforçou a necessidade de fortalecer as autoridades sanitárias estaduais e a cooperação regional entre os municípios na construção efetiva de regiões de saúde, e demonstrou a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) com acesso universal, gratuito e serviços capilarizados em todo o País. O SUS, com seus princípios de universalidade,

integralidade e equidade, junto com a capilaridade de seus serviços pelo território nacional, teria potencial para lidar com a pandemia, ainda que cronicamente subfinanciado e desfinanciado agudamente pela Emenda Constitucional (EC) 95, que congelou gastos sociais por 20 anos, com perdas expressivas no financiamento federal da saúde nos últimos anos e de 22 bilhões de reais no orçamento de 2020.

O subfinanciamento crônico do SUS se expressa em investimentos públicos em saúde de menos de 4% do Produto Interno Bruto (PIB) e participação pública no total de gastos em saúde menor do que 50%, ainda que o gasto público tenha aumentado substancialmente até 2015³. Outros sistemas nacionais de saúde de acesso universal como o SUS aplicam, no mínimo, 7% do seu PIB em financiamento público da saúde e 70% dos gastos são públicos⁴. Mas no Brasil, a situação vem se agravando a cada ano com a EC 95, que congelou as despesas primárias da União por vinte anos (até 2036) e definiu o piso da participação federal do SUS de acordo com novos parâmetros, acentuando a tendência de diminuição da participação da União no financiamento do SUS, aprofundando os problemas de financiamento e sobrecarregando ainda mais governos estaduais e municipais, que já aplicam porcentagens muito superiores ao mínimo constitucional⁵.

No momento da pandemia de Covid-19, além de os aportes de recursos novos do MS para a saúde serem baixos, ocorreu muita demora nas transferências aos estados e municípios⁶. Ainda que o MS, no início, tenha proposto um plano de contingência logo em fevereiro e dado alguma direcionalidade para ações de enfrentamento da pandemia, não teve capacidade de execução. Para a saúde, foram destinados 39 bilhões, correspondendo a apenas 11% do total de gastos federais alocados contra a Covid-19, que foi de 338 bilhões⁷.

Dos 39 bilhões alocados em saúde, apenas 11 bilhões haviam sido utilizados até junho. Ou seja, passados mais de três meses de pandemia, 67% dos recursos que deveriam ser

aplicados urgentemente estavam parados no orçamento do MS e sequer haviam sido empenhados. Desses recursos da ação emergencial Covid-19, haviam sido repassados fundo a fundo 3,9 bilhões para os estados e 5,6 bilhões para municípios até junho de 2020. Os recursos têm sido empenhados muito lentamente no âmbito do quadro pandêmico, que exigiria maior agilidade.

Não há dúvida que o enfrentamento da pandemia depende do fortalecimento do SUS em todos os seus componentes: de vigilância em saúde, de cuidado em todos os níveis, promoção, prevenção e pesquisa. Precisamos de 'Mais SUS e de Mais Estado para ter Mais Saúde'.

A preocupação central é salvar vidas. Este grave momento impõe fortalecer o SUS, público, universal, de qualidade, de forma a produzir as melhores respostas possíveis no enfrentamento da pandemia, deixando um 'legado positivo' para o SUS.

A experiência internacional mostra que as medidas de distanciamento social, associadas à testagem adequada, oportuna, com identificação de casos, a busca e identificação dos contatos e isolamento domiciliar de casos e quarentena dos contatos, associadas à proteção adequada dos profissionais da saúde, têm conseguido diminuir o contágio, prevenir o crescimento exponencial de casos e reduzir sofrimento e mortes. Estão estabelecidas evidências consistentes de redução da transmissibilidade relacionadas ao distanciamento social. Estudo do Imperial College mostra a redução da transmissibilidade associada ao maior cumprimento do distanciamento social, aferido por medidas automatizadas de mobilidade ao longo do tempo em vários países⁸.

O estudo reafirma que a redução das restrições de distanciamento social deve ser considerada com muito cuidado, pois pequenos aumentos nas taxas de mobilidade podem fazer ressurgir a epidemia, mesmo em lugares onde a Covid-19 esteja aparentemente sob controle⁸. A redução gradual das restrições deve ser acompanhada de intervenções alternativas, com identificação de casos e

rastreamento efetivo de contatos, apoio ao isolamento de casos e contatos com vigilância em saúde ativa nos territórios⁹.

No controle de uma epidemia, é necessária uma abordagem comunitária, além da garantia do cuidado individual, que, no caso da Covid-19, para que se reduzam mortes, implica prover atenção oportuna com monitoramento da saturação de oxigênio por oxímetro, transporte sanitário exclusivo, leitos hospitalares intermediários para evitar agravamento dos casos, com fornecimento de oxigenação positiva e até, finalmente, oferta de Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) equipadas. Nossas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente as equipes da ESF, conhecem seus territórios, sua população, suas vulnerabilidades e, em geral, atuam na perspectiva da vigilância em saúde, o que é crucial no controle do contágio.

No entanto, desde o golpe parlamentar de 2016 e, especialmente, desde a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, somaram-se novas dificuldades aos desafios desde sempre enfrentados¹⁰. O modelo assistencial da APS brasileira, com sua abordagem territorial e comunitária, vem sendo descaracterizado, se aproximando de um modelo de assistência individual, respondendo a problemas agudos, sem vínculo, continuidade, coordenação ou responsabilidade populacional¹¹.

A atenção primária no SUS vem sofrendo ameaças e retrocessos, tais como:

- implantação da PNAB 2017, com redução do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e carga horária dos profissionais;
- finalização do Programa Mais Médicos, que voltou a deixar centenas de municípios sem médico;
- criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), serviço social autônomo, na forma de pessoa jurídica de direito privado, que deslocou a gestão pública da APS para o âmbito privado no nível

federal. Ao permitir a contratação de empresas privadas para a prestação e formação em APS no SUS, promove a mercantilização da atenção básica, o setor de atenção, até o momento, menos mercantil, mais público, e mais eficiente do SUS¹²;

- tentativas de definição de uma carteira de serviços restrita¹³; e
- de modo muito importante, as mudanças no financiamento.

A nova modalidade de financiamento para a APS, ao substituir o PAB fixo e variável referente aos incentivos às equipes de saúde da família e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) por um pagamento por capitação (per capita) ponderada, calculada pelo número de pessoas cadastradas, exerce consequências drásticas para a universalidade e para a abordagem territorial¹⁴.

Eliminar os incentivos para o Nasf e para a ESF significou a abolição dos Nasf e, na prática, extinguir a prioridade para a ESF ao financiar de forma equivalente equipes de atenção básica e equipes ESF pelo número de cadastrados. O incentivo é para que duplas de médico e enfermeiro substituam as equipes multiprofissionais. Com essas iniciativas, a própria ideia de multiprofissionalidade e a possibilidade de uma ação compartilhada interprofissional da ESF deixaram de ser incentivadas, e tendem a desaparecer no médio prazo.

Ao prescindir de um modelo assistencial de base populacional e comunitária, o resultado será “qualquer atenção básica de qualquer jeito”¹¹. Na pandemia, essas iniciativas já mostram seus efeitos perversos. Sem possibilidade de ampliar o cadastramento de usuários e sem possibilidade de cumprir com os indicadores de desempenho, os municípios serão ainda mais desfinanciados.

A pandemia nos trouxe muitas lições, bem sintetizadas por Fleury¹⁵. Mostrou a importância da cooperação multilateral consubstanciada na OMS para estabelecer parâmetros e

protocolos internacionais para ações coordenadas no enfrentamento da situação emergencial na saúde global. Mostrou a necessidade de transparência por parte dos governos na difusão das informações para tomada das decisões mais corretas. Mostrou a importância de Estados capazes de exercer a autoridade sanitária nacional, regular, fazer a vigilância efetiva e prover a atenção à saúde a todos seus cidadãos. Mostrou que é imprescindível ter competência científica, capacidade técnica e produtiva para produzir conhecimentos, equipamentos, insumos necessários com soberania para enfrentar a pandemia¹⁵.

Embora essas lições sejam negadas pelo governo brasileiro, iniciativas regionais têm avançado de forma coordenada e governos estaduais e municipais têm procurado formas de enfrentar a pandemia com base no conhecimento mais recente.

A manutenção das medidas não farmacológicas até que haja disponibilidade de uma vacina efetiva é imprescindível. Okell et al.¹⁶ mostram que as diferenças nos padrões de taxas de mortalidade de Covid-19 em diferentes países com sistemas de saúde igualmente bem estruturados, bem como os resultados de estudos de soroprevalência muito distintos entre países que conseguiram controlar a epidemia até o momento, são difíceis de conciliar com os argumentos do alcance de imunidade coletiva. Demonstrem que as diferenças na mortalidade são explicadas pelo tempo e rigor das intervenções de distanciamento social e de vigilância em saúde por meio de identificação oportuna dos casos, isolamento, rastreamento e quarentena dos contatos¹⁶. Embora os impactos das atuais intervenções de controle na transmissão precisem ser equilibrados com os impactos econômicos, o relaxamento das medidas de distanciamento social deve ser acompanhado por medidas compensatórias para impedir novas ondas de transmissão.

Investir pesadamente em estratégias de vigilância em saúde que possibilitem identificar e isolar rapidamente pessoas com sintomas de Covid-19 e seus contatos; fazer campanhas

para conscientizar a população sobre a necessidade de uso de máscaras; evitar aglomerações e manter o distanciamento mínimo de dois metros de outras pessoas; e ficar em casa saindo somente quando necessário, mantendo o distanciamento físico, na medida do possível, são tarefas urgentes dos governos e da sociedade civil.

Temos que ter clareza que as escolhas de estratégias para o SUS e a APS hoje terão consequências para o SUS no futuro. Qual será o legado? Certamente muitos aprendizados, muitos acertos e erros.

Uma boa atuação do SUS levará ao seu fortalecimento. Mas podemos também caminhar para uma maior mercantilização e privatização a depender das escolhas feitas. Se conseguirmos desenvolver na APS, integrada à rede, iniciativas de vigilância, de cuidado aos doentes, continuidade das atividades rotineiras e, principalmente, aprofundarmos os atributos comunitários da ESF¹⁷, talvez possamos sair da pandemia com uma APS mais integral e um SUS mais fortalecido.

É um tempo de luto, de imensa tristeza, em que precisamos expressar nossos afetos, nossa solidariedade e compaixão: são mais de 120 mil mortes por Covid-19 no País de março a agosto de 2020, mortes que, em grande parte, poderiam ter sido evitadas.

Mas é um tempo em que as desigualdades deixaram de ser invisíveis, em que se reconheceu a importância do SUS, em que novas formas de solidariedade são exercitadas. É tempo para alianças das forças democráticas em defesa da vida! Saúde é democracia. Democracia é saúde.

Colaboradoras

Giovanella L (0000-0002-6522-545X)*, Medina MG (0000-0001-7283-2947)*, Aquino R (0000-0003-3906-5170)* e Bousquat A (0000-0003-2701-1570)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Nota informativa nº 9/2020-se/GAB/SE/MS. Orientações para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da Covid-19 [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/21/Nota-informativa---Orienta---es-para-manuseio-medicamentoso-precoce-de-pacientes-com-diagn--stico-da-COVID-19.pdf>.
2. Inloco. Mapa brasileiro da Covid-19 [internet]. 2020 [acesso em 2020 maio 29]. Disponível em: <https://mapabrasileirodacovid.inloco.com.br/pt/>.
3. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet* [internet]. 2019 [acesso em 2020 jul 17]; 394(10195):345-56. Disponível em: <http://www.thelancet.com/article/S0140673619312437/fulltext>.
4. Giovanella L, Stegmüller K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(11):2263-2281.
5. Piola SF, Benevides RPS, Vieira FS. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. *Ipea Textos para Discussão*. Rio de Janeiro: IPEA; 2018. [acesso em 2020 jul 16]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8934/1/td_2439.pdf.
6. Afonso JR, Pinto EG. A velha falta de prioridade e uma nova tragédia anunciada [internet]. *Poder 360*. 2020 maio 18. [acesso em 2020 jul 1]. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/opiniao/coronavirus/a-velha-falta-de-prioridade-e-uma-nova-tragedia-anunciada-por-jose-roberto-afonso-e-elida-pinto/>.
7. Conselho Nacional de Saúde. Boletim Cofin 9 de junho de 2020. Comissão de Orçamento e Financiamento CNS [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 14]. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-24-junho-2020>.
8. Nouvellet P, Bhatia S, Cori A, et al. Report 26 Reduction in mobility and COVID-19 transmission. Imperial College London [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 15]. Disponível em: <https://doi.org/10.25561/79643>.
9. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, et al. Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: Potential impacts and challenges in Brazil. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2020 [acesso 2020 jul 14]; (25):2423-46. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0003-4793-3492>.
10. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. *Saúde debate* [internet]. 2018 [acesso em 2020 jun 26]; 42(esp1):406-430. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500406&lng=en.
11. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2020 [acesso em 2020 abr 25]; 25(4):1475-82. Disponível em: <http://orcid.org/0000-0003-1430-6951>.
12. Giovanella L, Bousquat A, Almeida PF, et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde?. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(10):e00178619.
13. Giovanella L, Franco CM. Atenção Primária: o equilíbrio entre o cuidado individual e coletivo 2019 ago 30. *Blog do CEE (Fiocruz)*. [acesso em 2020 jul 20]. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1036>.
14. Melo EA, Almeida PF, Lima L, et al. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saúde debate* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 14]; 43(esp5):137-144. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s512>.
15. Fleury S. O Vírus, os Parasitas e os Vampiros: Covid-19, desmonte do SUS e a EC 95. *CEBES* [internet].

- 2020 mar 3. [acesso em 2020 maio 15]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/03/o-virus-os-parasitas-e-os-vampos-covid-19-desmonte-do-sus-e-a-ec-95/>.
16. Okell LC, Verity R, Watson OJ, et al. Have deaths from COVID-19 in Europe plateaued due to herd immunity? *Lancet* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 16]; (395):e110-1. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31357-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31357-X).
17. Medina MG, Giovannella L, Bousquat A, et al. Atenção Primária à Saúde em tempos de Covid-19: O que fazer? *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2020 [acesso em 2020 ago 30]; 36(8):e00149720. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149720>.

Recebido em 02/09/2020

Aprovado em 10/09/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve