

# BREZİLYA'NIN COVID-19 PANDEMİSİNE YÖNELİK YANITLARI

Özlem ÖZKAN\*

**Öz:** Bu makale, COVID-19 pandemisinde orta gelirli, çevre kapitalist ve derin sosyal eşitsizliklerle karşı karşıya olan Brezilya'nın mevcut durumunu, sağlık sistemi başta olmak üzere, pandemiye farklı alanlardaki yanıtını incelemek ve değerlendirmek amacıyla yazılmıştır. Brezilya, COVID-19 pandemisinde doğrulanmış vaka sayısı açısından dünyada üçüncü, ona bağlı ölüm sayısı açısından ikinci sırada olup, test sayısı ise en düşük ülkelerden birisidir. COVID-19 salgınına hazırlıksız giren Brezilya'da sağcı, faşist, ırkçı, erkek egemen, kısaca populist sağın önemli siyasi figürlerinden Bolsonaro ve hükümeti bu salgını hafife almış, aşığı reddetmiş, COVID-19 ile ilgili gerçek verileri toplumdan gizlemiş ve mücadelede kamusal önlemlere karşı çıkmıştır. Pandemi ile mücadelede merkezi düzeyde önlemler almak yerine, özellikle mali yük eyaletlere ve belediyelere bırakılmış, onlar da yetersiz kalmıştır. Fiziksel mesafe ile ilgili önlemler sınırlı sayıda ve sınırlı eyalette alınmış, Haziran 2020 tarihinde, merkezi hükümetin kararıyla tümüyle bunlardan vazgeçilmiştir. Pandeminin yalnızca ilk dört ayında üç sağlık bakanı değiştirilmiştir. Ne hastaneler ne de yoğun bakımlar sağlık hizmeti talebini karşılayamadığından, sağlık sistemi çökme eşiğine gelmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine ise hak ettiği önem verilmemiş, salgında aktif rol alamamış, bazı rutin hizmetler dijital/uzaktan sağlık hizmetleriyle sürdürülmüştür. Sağlık Bakanlığı 2021 yılının ilk yarısında risk gruplarının COVID-19 aşılmasının tamamlanacağını taahhüt etse de başarılı olamamıştır. Bir doz aşı olanların payı 30 Nisan 2021'de %13.7, iki doz aşılananların payı ise 1 Mayıs 2021'de %6.4'dür. Sonuç olarak, gerekli kamusal, sosyal ve halk sağlığı önlemleri alınmadığı için Brezilya, COVID-19 pandemisini en kötü yöneten ülkelerden birisidir.

**Anahtar sözcükler:** COVID-19, pandemi, Brezilya, sağlık sistemi, salgınla mücadele.

## Brazil's Responses to Covid-19 Pandemic

**Abstract:** This article is about Brazil as a middle-income level and peripheral capitalist country marked by deep social inequalities, her present situation, and responses to the COVID-19 pandemic in various fields including her healthcare system in the first place. Brazil is in the third place in the world in terms confirmed cases and second in associated deaths, also one of the countries with lowest number of tests. Caught unprepared by the COVID-19 pandemic, Brazil faced the situation with a government led by Bolsonaro as the leading figure of populist right with fascist, racist and patriarchal Bolsonaro and his government overlooked the pandemic, opposed vaccination, hid actual data from the public and stood against institutional counter-measures in combatting the pandemic. Instead of adopting central-level measures, financial burden was left to states and municipalities which proved insufficient. Measures related to physical distance remained limited and applied only in limited number of states; such measures were altogether lifted upon a decision by the central government in June 2020. Three health ministers were changed only within the first four months of the pandemic. Neither hospitals nor intensive care facilities could respond to mounting needs which brought the healthcare system to the brink of collapse. Primary health care services were not attached the importance it should have and even routine services given by this step were conducted as telehealth services. Though the Ministry of Health made a commitment to the completion of COVID-19 vaccinations in high-risk groups within the first half of 2021, it failed. The share of those who had the first dose of the vaccine was 13.7% on April 30, 2021 while that with the second dose was 6.4% as of May 1, 2021. In sum, in the absence of necessary public, social and public health-related measures Brazil turned out as one of the countries where the COVID-19 was managed the worst.

**Key words:** COVID-19, pandemic, Brazil, healthcare system, outbreak control.

## Giriş

COVID-19 pandemisi, 2 Ocak 2021 tarihinde dünyada 218 ülkede ve bölgede görülmekte olup, toplam doğrulanmış vaka sayısı 84 milyonu, ona bağlı ölüm sayısı ise 1.800 milyonu aşmıştır. Brezilya ise Çin'de bildirilen ilk vakadan yaklaşık 56 gün sonra (25 Şubat 2020), ilk doğrulanmış vakayla 41., Latin Amerika'da ise birinci olarak ülkeler listesine dâhil oldu. 24 Nisan 2020'de doğrulanmış toplam vaka sayısı bakımından dünyada 11. sıradayken,

2 Ocak 2021 tarihinde 7.7700.578 doğrulanmış vakayla ABD ve Hindistan'ın ardından üçüncü sıraya yükselmiştir. Başka bir ifadeyle, dünyadaki her on bir COVID-19 vakasından birisi bu ülkede görülmüştür. COVID-19'a bağlı ilk kayıtlı ölümün gerçekleştiği 27 Mart 2020'den 2 Ocak 2021'e kadar toplam 195.441 kişinin ölümüyle ABD'den sonra ikinci sırada yer alıp, dünyadaki her dokuz ölümden birisi yine bu ülkededir. Ayrıca, 48 ülke içinde en yüksek bulaş

\*Doç. Dr., Kocaeli Dayanışma Akademisi (KODA)(ORCID No: 0000-0003-1063-7489)

Geliş Tarihi / Received : 17.04.2021

Kabul Tarihi / Accepted : 22.07.2021

hızının Brezilya'da olduğu saptanmıştır (**Editorial, 2020a**). Bunların bir sonucu olarak, ilk doğrulanmış vakadan yaklaşık iki ay sonra, Amazonlar eyaletinin başkenti Manaus'da COVID-19'a bağlı yüksek ölüm sayısı nedeniyle, kazı makineleri toplu mezarlar açmak durumunda kalmıştır (**Rodrigo, 2020; Fiocruz, 2020**). Ne yazık ki daha sonra başka yerleşim yerlerinde de bu durum devam etmiştir. Brezilya'da doğrulanmış COVID-19 vakaları ve ona bağlı ölümler sosyal sınıf, bölge, eyalet, il, etnik yapı vb. açıdan eşitsizlikler göstermektedir. Örneğin, başlangıçta orta sınıf ve daha fazla satın alma gücüne sahip olanlarda görülürken, daha sonra işçilerin, yoksulların, yerlilerin ve favelalarda (gecekondu mahalleleri) yaşayanların sorunu haline gelmiştir (**Bispo ve Morais, 2020**). 2 Ocak 2021'e kadar toplam doğrulanmış vakaların %11'i kuzey bölgesinde (860.671) iken, %25'i kuzeydoğu (1.901.857) ve %35'i toplam nüfusun %42'sini oluşturan güneydoğu (2.697.725) bölgesindedir. COVID-19'a bağlı ölümlerde de benzer eşitsizlikler söz konusudur (18.061, 47.825, 89.463) (**MSB, 2021a**). Rio de Janeiro'nun varşıl semti Leblon'da COVID-19'a bağlı ölüm hızı %2.4 iken, en yoksul semti Maré'de %30.8'dir. Bu, São Paulo eyaletindeki siyahlarda yüz binde 15.6 iken, beyazlarda 9.6'dır (**Ortega ve Orsini, 2019**). Güneydoğu ve kuzeydoğu bölgelerinin nüfus olarak en fazla üç eyaletinde hem doğrulanmış vaka hem de ölüm sayısı en yüksektir. Güneydoğudaki bu eyaletler; São Paulo (1.467.953, 46.808), Minas Gerais (549.302, 12.023), Santa Catarina (496.524, 5.294), Rio de Janeiro (435.634, 25.608), kuzeydoğudakiler ise Bahia (495.286, 9187) Ceará (335.992, 9993) ve Maranhão (200.959, 4506)'dır (**MSB, 2021b**). Bu eşitsizliklere maruz kalan diğer bir grup toplam 818 bin nüfusa sahip yerlilerdir. İlk doğrulanmış vaka 1 Nisan 2020'de yerli bir sağlık emekçisinde, ilk kayıtlı ölüm ise 11 Nisan 2020'de ortaya çıkmış olup, hasta sayısı 25 Haziran 2020 tarihinde 4769'a, ölüm sayısı 128'e yükselmiştir (**Jardim ve diğ., 2020**). Üstelik, bu sayılar kapitalist, otoriter ülkelerin çoğunda olduğu gibi, Brezilya'da da testlerin düşük güvenilirlik düzeyi, daha çok sadece temaslılara yapılması, asemptomatik kişilere test yapılmaması ve verilerin hükümet tarafından gizlenmesi nedeniyle gerçeği yansıtmamaktadır (**Schaefer ve diğ., 2020; Benitez ve diğ., 2020; Dyer, 2020a**).

Uluslararası Af Örgütü'ne göre (2020a), COVID-19 nedeniyle dünyada toplam yedi binden fazla sağlık emekçisi ölümünde ilk sırada Meksika (1320), dördüncü sırada Brezilya (634) olup, dünyada bu nedenle ölen her iki hemşireden birisi

Brezilya'dadır. 63 ülkede yürütülen bir araştırma, ülkelerin neredeyse tamamında ciddi boyutta kişisel koruyucu ekipman (KKE) eksikliği belirlenmiş olup, Hindistan ilk, Brezilya ise ikinci sıradadır (**Amnesty International, 2020b; Lotta ve diğ., 2020a**). Bir kutu maske Ocak 2020'de 4.50 dolarken, üç ay içinde 140 dolara yükselmiştir (**Ponce, 2020**). COVID-19 pandemisinde bu ve benzeri sonuçlar nedeniyle, Brezilya çok özel bir deneyime sahiptir ve ayrıntılı olarak incelenmesi önemlidir (**Carnut ve diğ., 2020**). Bu makale, COVID-19 pandemisinde Brezilya'nın mevcut durumunu, devlet başkanının, kurumlarının ve sağlık sisteminin yanıtlarını incelemeyi ve değerlendirmeyi amaçlamıştır. Beş temel bölümden oluşan bu makalenin ilk bölümü Brezilya'nın coğrafik, demografik ve kültürel özellikleri; ikinci bölümü iki alt bölümden oluşan tarihsel ve toplumsal bağlamıyla Brezilya'nın kısa tarihi; üçüncü bölümü dört alt bölümden oluşan COVID-19 pandemisi öncesi mevcut sağlık sistemidir. Dördüncü bölüm, COVID-19 pandemisine Brezilya devlet başkanı Bolsonaro ve hükümetinin, ülkenin kurumlarının, beşinci bölüm ise sağlık sisteminin yanıtlarından oluşmaktadır. Bu salgında mevcut durum sürekli değiştiği için makalede süre, COVID-19 aşısı dışındaki bölümlerde 2 Ocak 2021'e kadar sınırlandırılmıştır.

### 1. Brezilya'nın Coğrafik, Demografik ve Kültürel Özellikleri

Resmi adı Brezilya Federal Cumhuriyeti olan, ancak kısaca Brezilya olarak adlandırılan bu ülkenin ilk yerleşimi M.Ö. 9000 yılına kadar uzansa da modern tarihi, diğer Latin Amerika ülkelerinde olduğu gibi, 16.yy sömürgeciliğiyle başlamıştır. Atlantik Okyanusu'nda yaklaşık 7.500 km uzunluğunda bir kıyı şeridiyle Arjantin, Bolivya, Kolombiya, Paraguay, Peru, Surinam, Uruguay ve Venezuela ile komşu olan Güney Amerika ülkelerinden birisidir. Nüfusu 2020 yılı Kasım ayında 213.098.160 olup, Güney Amerika nüfusunun %33.6'sını oluşturduğu için onun büyük ülkesi, dünya nüfusunun %2.73'ünü oluşturduğu için altıncı büyük ülkesidir. Ayrıca, toplam 8.515.140 km<sup>2</sup> alanı kapladığından, dünyanın altıncı, Güney Amerika ve Güney yarım kürenin en büyük ülkesidir. Brezilya büyük oranda ya ülkenin yaklaşık üçte birini kaplayan, Amazon nehri ve onu çevreleyen yağmur ormanlarından (Amazon yağmur ormanlarının %60'ı) ya da kurak mevsimin uzun sürdüğü savana bölgesinden oluşmuştur. Bununla birlikte, ekvator, tropikal, yarı kurak, dağlık tropikal ve subtropikal olmak üzere, beş farklı iklim bölgesi mevcuttur. Kuzeydoğudaki daha kuru bir alan dışında, nemli bir tropikal ve subtropikal iklime sahiptir (**Kara, 2019; Worldometers, 2021; CIA, 2020**).

Kültürel, demografik ve coğrafik özellikler temelinde; kuzey, kuzeydoğu, güney, güneydoğu ve merkez-batı olmak üzere beş bölgeye ayrılmıştır. Dokuz karayla çevrili, idari olarak 26 eyalet, bir federal bölge olmak üzere, toplam 27 federatif birimi bulunmaktadır. Nüfus olarak en büyük dört eyaleti; güneydoğu bölgesindeki (toplam nüfusun %42'si) São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro ve kuzeydoğu bölgesindeki Bahia'dır. Toplam 5.570 belediyenin ve 317 kentin nüfusu en fazla beş ili sırasıyla (2.019); São Paulo (22.043 milyon), Rio de Janeiro (13.458 milyon), Belo Horizonte (6.084 milyon), başkenti Brezilya (4.646 milyon) ve Porto Alegre (4.137 milyon)'dir. Başkent, ülkenin politik ve idari merkezi olmakla birlikte, ekonomi, ticaret ve sanayi merkezleri Atlas Okyanusu kıyısında yoğunlaşmıştır. Brezilya etnik çeşitliliği en fazla olan ülkelerden birisi olduğundan, yaklaşık yarısı Avrupa kökenli, beşte ikisinden fazlası melez ve mestizo, küçük bir kısmı Afrika veya Afro-Kızılderili, Asyalı ve yerlilerdir. Resmi ve ulusal dili Portekizce'dir. Ayrıca, 274 farklı dili kullanan 416 farklı etnik gruptan 896.900 kişi bulunmaktadır. Bu sayı, Latin Amerika'daki yerli nüfusun yaklaşık %1.9'unu oluşturmaktadır. Yerliler en fazla kuzey (342.800), en az güney (78.800) bölgesinde yaşamaktadır. En büyük etnik grup, tüm yerlilerin %6.8'ini oluşturan Ticunali'lardır. Brezilya, dünyada en fazla Katolik Hristiyan nüfusa sahip olup, %66'sı Katolik, %22.2'si ise Protestan'dır (CIA, 2020; Cupertino ve diğ., 2020; Jucier ve diğ., 2020).

Dünyanın sekizinci, Latin Amerika'nın en büyük ekonomisine sahip olan Brezilya, dünyada en fazla sırasıyla kahve, portakal ve manyok kaynağı, şeker pancarı, soya, sığır eti ve hidroelektrik üreticisidir. Petrol rezervlerinde dünyada on yedinci, imalat sanayide büyüklük ve çeşitlilik açısından Latin Amerika'da birinci sıradadır. Başlıca üretim alanları hizmet (%72.7: telekomünikasyon, bankacılık, enerji, ticaret, çelik, metalurji ürünleri vb.), sanayi (%20.7: kimyasallar/petrokimyasallar, gıda, tekstil, giyim, ayakkabı vb.) ve tarım (%6.6)'dır. Hatta Brezilya, Latin Amerika ve Karayipler bölgesinde ürün çeşitliliği en fazla ve en büyük sanayi merkezidir. En temel doğal kaynakları; alüminyum, berilyum, altın, demir cevheri, manganez, nikel, niyobyum, fosfat, platin, tantal, kalay, uranyum, petrol, hidroelektrik ve kerestedir. Demir rezervleri, dünya toplamının yaklaşık üçte biri, boksit yatakları ise Latin Amerika'da en fazladır. Dünyadaki en geniş niyobyum yatakları Amazon bölgesindedir ve Brezilya, dünya rezervlerinin %78'ine sahiptir (Kara, 2019; Türkkan, 2007; CIA, 2020).

Brezilya'da eğitim 7-14 yaş grubu çocuklar için zorunludur ve devlet okulları da parasızdır. 15 yaş ve üzeri nüfusta okur-yazarlık %93.2 olup, erkek ve kadınlarda benzer düzeydedir. İlkokuldan yükseköğretime okul yaşantısı beklentisi 14 yıl olup, yine her iki cinsiyette benzerdir (CIA, 2020). Bunlara karşın, 15-64 yaş grubundaki Brezilyalıların %30'u işlevsel olarak okuma yazma bilmemekte, %26.9'u 11 yıllık örgün eğitime sahip ve sadece %16.5'i lisans eğitimini tamamlamıştır (Ribeiro ve Leist, 2020). Brezilyalıların %70'i internete ulaşırken, bu, kuzeydoğu bölgesinde %64'e kadar düşmektedir (Garcia-Filho ve diğ., 2020). Yaşam beklentisinde (2020 yılı) dünyada 126. sırada olup, erkeklerde 76.5 yıl, kadınlarda ise 80.1 yıldır. Nüfusun %69.8'i 15-64 yaş grubu, %9.5'i 65 yaş üstündedir. Kentsel nüfus %87.1 olup, yerlilerin %66'sı kırsalda yaşamaktadır (Worldometers, 2021; CIA, 2020; UN, 2020).

5 Ekim 1988'de kabul edilen Anayasa'ya göre, Brezilya'da yürütme yetkisi doğrudan seçilen bir dönemi dört yıl olan ve en fazla iki dönem görev yapan, hem devletin hem de hükümetin başkanı ve onun başkanlık ettiği Bakanlar Kurulu'nundur. Yasama yetkisi, federal Senato ve Temsilciler Meclisi'nden oluşan iki meclisli bir yasama organı olan Ulusal Kongre'nindir. Senato, 26 eyaletin her birisinden sekiz yıllık görev için üç temsilci olmak üzere, 81 temsilciden oluşmaktadır. Temsilciler Meclisi'nde 513 vekil bulunmakta olup, nüfusa orantılı olarak üçte biri dört, üçte ikisi sonraki dört yıllık süre için seçilir. Yargı yetkisi, Yüksek Federal Mahkeme, Yüksek Adalet Mahkemesi ve diğer yüksek mahkemeler, Ulusal Adalet Konseyi ve bölgesel federal mahkemelerden oluşan yargı tarafından kullanılır. Her eyaletin yasama, yürütme ve yargı organları mevcuttur. Eyaletlerdeki yasama organı, dört yıllık görev için halk tarafından seçilen milletvekillerinden oluşan meclistir. Yargı yetkisi yargılama ve temyiz mahkemeleri tarafından kullanılır. Eyaletlerde ayrıca halk tarafından seçilen bir vali ve bağımsız yargı organları bulunur. Yürütme yetkisi, her dört yılda bir seçilen bir vali tarafından kullanılır. Eyaletler, farklı yetkilere sahip ve özerk kabul edilen belediyelere bölünmüştür. En küçük birim olan belediyelerin, tümü vatandaşları tarafından seçilen, ayrı bir yargıya sahip olmayan belediye başkanı, yardımcısı ve belediye meclisi bulunur. Federal bölge ise eyalet ile aynı yürütme, yasama ve yargı organlarına sahip olup, toprakları federal bölge tarafından yönetilen birkaç idari bölgeden oluşur (Yıldırım, 2020; CIA, 2020; Türkkan, 2007).

## 2. Tarihsel ve Toplumsal Bağlamıyla Brezilya'nın Kısa Tarihi

### 2.1. 16.yy.dan 1980'lere

Brezilya 16.yy.da Portekiz'den ayrılıp, bağımsızlığını kazandığı 1822 yılına kadar varlığını sömürgecilikle sürdürdü. Sömürgecilik döneminde, yerli halk köle olarak çalıştırıldı; yetmediği durumda, Afrika'dan getirilen kölelerle mevcut toplum biçimi devam ettirildi. Bunun da bir etkisi olsa gerek, bu yüzyılda kölelik karşıtı yazıların önemli bir bölümü Brezilya'ya aitti. 19.yy.ın başında fabrikaların kurulmasını yasaklayan uygulamalar olsa da sanayi kapitalizmine 1808 yılında limanların açılmasıyla geçildi. Cumhuriyet rejimine geçiş ise politik bağımsızlıktan 77 yıl sonra oldu. İkinci dönem (1822-1889), İmparatorluk dönemi olup, dönem sonu köleliğin (1888) ve monarşinin ortadan kaldırılmasıyla sonuçlanmasına karşın, 1824 Anayasası ile beraber, kapitalizmin liberal ekonomi politikaları uygulanmaya başladı. Eş zamanlı olarak muhafazakârlık da inşa edildi. İlk sağlık kurumları limanların ve salgın hastalıkların kontrolü için 1828 ve 1850'de kuruldu. Üçüncü dönem (1889-1930), birinci Cumhuriyet ya da eski Cumhuriyet dönemidir ve ilk olarak Hristiyanlık devlet dini olmaktan çıkarılırken, muhafazakârlık siyasal yaşamı şekillendirmeye devam etti. Ardından, 1891 Anayasasıyla Brezilya Federal Cumhuriyeti oldu; fakat diğer ülkeler tarafından tanınması 1914 yılını buldu. Bu dönemde Brezilya uluslararası ilişkilere çevre kapitalist ülke olarak dâhil oldu. Tıpkı diğer kapitalist ülkelerde olduğu gibi, Brezilya'da da bu dönem ağır çalışma koşulları ve kölelik nedenleriyle işçi sınıfı mücadelesi ve toplumsal hareketler büyük bir ivme kazandı. Kapitalizmin 1929 yapısal kriziyle Brezilya'da 15 yıl sürecek dördüncü dönem başladı. Tüm kapitalist ülkelerde olduğu gibi, Brezilya da bu krizi, Keynesçi ekonomi politikalarla aşmaya çalıştı. Kapitalizmin neoliberal ekonomi politikalarına kadar Brezilya'da da kamulaştırma, ulusal kalkınma, hızlı sanayileşme, milli burjuvazinin oluşturulması, kitlesel üretim ve tüketim, beraberinde işçi ücretlerinde artış, sosyal kazanımlarda genişleme, sosyal refah dönemi ve ithal ikâmecî ekonomi politikalarla kapitalizm devam etti. Sosyal güvenlik sistemi bu dönemde kuruldu ve hızla büyüdü. İkinci emperyalist savaşa girdiği için ABD tarafından desteklendi. Özellikle ordunun gücüyle ikinci kez iktidara gelen Getúlio Vargas, otoriter ve diktatör nitelikteki siyasi uygulamalarına devam etti. Özellikle 1937-1938 yıllarında Mussolini rejimine benzeyen "yeni bir devlet" ya da Nazi faşizmi anlayışı yaşama geçirildi. Siyasette bir önceki döneme belirleyici olan muhafazakârlaşma, bu defa ulusal kimliğin inşasında belirleyiciydi. Beşinci dönem, ikinci Cumhuriyet dönemi (1945-1964) olarak nitelendirilse de zayıf ve cılız bir demokrasiydi

ve yaklaşık dokuz yıl sürdü. Hükümetler, liberal ve popülist ekonomi politikalarını uygulamaya devam etti. Bu dönemin dikkat çekici yasaklarından birisi, 1947 yılında Brezilya Komünist Partisi'nin yasaklanmasıydı. Altıncı dönemde (1964-1985), zayıf demokrasi 1964 yılında askeri darbeyle yıkılsa da onun yerine yeniden otoriter bir askeri diktatörlük rejimi inşa edildi. 20 yıldan daha fazla süren bu rejim, politik baskı, katı merkezîyetçilik ve geri kalmış sosyal gelişmelerden ibaretti. Örneğin, grev yasakları, muhalefetin tüm haklarının kaldırılması bunlardan sadece bazılarıdır. Ekonomi yabancı sermayeye açılarak küreselleşme başladı, kapitalizm kırsal bölgelere kadar yayıldı. Kendisini petrol krizi olarak simgeleştiren kapitalizmin petrol kriziyle askeri rejiminin yapıldığı dış borçlar daha da arttı, eşitsizlikler hızla derinleşmeye başladı, mevcut rejimin meşruiyeti de sarsıldı. Bu dönemde on yıl iktidarı elinde tutan silahlı kuvvetler, liberal ekonomi politikaları uyguladı. İkinci petrol kriziyle (1979-1980) Brezilya ekonomisi ciddi bir krizle daha karşı karşıya kaldı ve 1978-1983 yılları arasındaki dış borç %142 arttı. Böyle bir artış, Brezilya'yı dış baskılara karşı savunmasız bıraktı ve 1983 yılında Uluslararası Para Fonu (IMF) ile sermayenin önündeki her türlü engelin kaldırılması, ekonominin serbestleştirilmesi ve kamu açığının kontrolü gibi uygulamaları içeren anlaşmanın imzalanmasına yol açtı. Buna paralel olarak, devlet yeni düzenleyici rollerini kabul ederek, piyasayı ve sermayeyi sadece denetleyen bir işleve indirgendirdi. Tüm bunlar karşısında, çok sayıda ülkede olduğu gibi, Brezilya'da da öğrenci, sol sosyalist hareketlerin mücadelesi, işçi grevleri tekrar hızla artmaya başladı. Ne yazık ki ordu, buna yönelik oldukça sert ve şiddetli olarak müdahalelerde bulundu. 1985 yılında ülkeyi hiperenflasyondan kurtarmak ve ekonomik büyümeyi teşvik etmek için tasarlanmış acil ekonomik planlarla sonuçlanan bir ekonomik krizin ortasında askeri rejim sonra erdi (**Paim ve diğ., 2011; Saad-Filho, 2007; Yıldırım, 2020; Paiva ve Teixeira, 2014**).

### 2.2. 1985 sonrası Brezilya

Kapitalizmin neoliberal ekonomi politikaları, kapitalist ülkelerin büyük bir çoğunluğunda 1980'li yıllarda başlarken, Brezilya, 1990 yılında Fernando Collor hükümetiyle adım attı. Bu politikalar, 1995-2002 yılları arasında sosyolog ve eski Marksist Henrique Cordosa'nın başkanlık ettiği hükümetle önemli bir ivme kazandı. Latin Amerika ülkelerinden Brezilya, Honduras, Uruguay, Paraguay ve Ekvator vb. ülkelerde 2002 yılında ilerici, merkez sol, Venezüella ve Bolivya'da ise sol/ sosyalist ve anti-emperyalist çizgideki partiler iktidarda olmaya başladı ve yeniden bölüşüm politikalarının yaygınlaştırılması, devletlerin rolü



yeniden değer kazandı. ABD dış politikasından uzaklaşmak için ortak tutum geliştirdiler. Brezilya'da İşçi Partisi adayı Luiz Inácio Lula da Silva 2003-2010 yılları arasında Cumhurbaşkanı olarak iktidarda kaldı. Parti'nin ve Silva'nın demokrasiyi daha geniş kesimlere yayma hedefi olsa da sol popülist bir çizgi izlediler, neoliberal ekonomi politikaları hızla yaşama geçirdiler. Yapısal Uyum Programıyla, kamudan emekli olanların maaşları düştü, emeklilik yaşı yedi yıl yükseltildi, regresif vergilerle halkın ve emekçilerin vergi yükü artırıldı ve yasalarla esnek üretim uygulamaları yaşama geçirildi. Bir başka ifadeyle, bu hükümet eski anti-emperyalist konumundan bütünüyle uzaklaşarak, işçi hükümeti değil, işçi sınıfı partisince kurulmuş burjuva hükümetine dönüştü. Lula da Silva'nın gerek neoliberal ekonomi politikalarındaki ısrarcılığı, gerekse yolsuzluk ve rüşvet iddiaları nedeniyle İşçi Partisi bu defa 2011 yılında döneminin enerji bakanı ve genel sekreterliğini yapan Dilma Vana Rousseff'i aday gösterdi ve ilk kadın başkan olarak göreve başladı. O da neoliberal politikalar karşıtı vaatlerde bulunmasına karşın, kısa bir süre içinde bu politikaların destekçisi ve uygulayıcısı olunca, yolsuzluklarla mücadelede başarısız oldu. Son yirmi yılda Brezilya'nın inişli-çıkışlı büyüme hızı %3'ü aşmadı. 2015 yılı boyunca, Brezilya'daki siyasi kriz ulusal bir ekonomik krizle şiddetlendi. Başkan yardımcısı Michel Temer, piyasaları yatıştırmak için oldukça katı bir reform paketi başlattı. Buna şirket seçkinlerinin, politikacıların ve medyanın desteği ve kampanyaları, beraberinde artan ulaşım ücretleri ve halkın buna karşı protestolarının sert bir biçimde bastırılması, işçi ve emekçilerin maruz kaldığı eşitsizlikler, Rousseff görevinin bitmesine daha iki yıldan daha fazla bir süre varken, Ağustos 2016'da Senato tarafından kesin olarak görevden azledildi. Benzer tarihlerde Lula da Silva cezaevine girdi. Bu tarihten itibaren, Brezilya'da popülist sol dönemi kapanıp, yine neoliberal ekonomi politikalar devam ederken, siyasi iktidarlar milliyetçi muhafazakâr ve otoriter olmaya başladı (**Saad-Filho, 2007; Savran, 2011; Boratav, 2010**).

2016-2018 yılları arasında milliyetçi, muhafazakâr ve sağ liberal unsurlardan oluşan Brezilya Demokratik Hareket Partisi temsilcisi Michel Temer yeni hükümet kurdu. Temer, insan hakları ve tarım reformu bakanlıklarını, kadın hakları ve ırksal eşitlik sekreterliklerini kapattı, kamu harcamalarını sınırlandırdı, emeklilik haklarını gasp etti ve koşulsuz olarak özel sermayeyi teşvik etti. Ve uluslararası/ulusal sermaye programı olan "kemer sıkma politikaları"nı uygulayarak, neoliberal ekonomi politikalarının bütün gereklerini yerine getirdi. Brezilya'da Temer ile birlikte, milliyetçi,

muhafazakâr, sermaye odaklı, ırkçı, otoriter rejimler hayat bulmaya başladı. Temer hakkında da rüşvet, yolsuzluk suçlamaları olsa da hakkında hiçbir işlem yapılmadı. 2018 yılında zamana değin bilindik bir siyasetçi olmayan Brezilya'nın Evanjelik Hristiyan kesiminden, genç ve orta yaşlı erkeklerden, kırsaldaki zenginlerden ve kentlerdeki orta sınıftan destek alarak faşist Bolsanora, Cumhurbaşkanı seçildi. Bakanlarının büyük bir çoğunluğunu eski asker ve teknokratlardan kuran Bolsonaro, 1988 yılından beri siyaset yapan, bugüne değin birkaç parti değiştiren, sağcı, tutucu, faşist olup, sosyalizm, sol, laiklik, bilim, LGBTİ (+) karşıtı, erkek egemen, askerî diktatörlüğü, silahlanma kısıtlarının kaldırılması, polisler silah kullanma ve öldürme hakkının getirilmesi, azınlık gruplarına sosyal yardımların kısılmasını savunan seçim kampanyasında da açık olarak siyahlara, yerli halka, feministlere karşı nefret söylemi kuran, aynı zamanda yerli (özgün) halklarının, "çoğalmaması, kısırlaştırılması" düşüncesini de ifade ettiği için ırkçı, hatta ödünsüz ve sınırsız şiddet uygulayan bir siyasetçidir (**Yıldırım, 2020; Boratav, 2018; Machado ve Silva, 2019**).

### 3. Brezilya'da COVID-19 Pandemisi Öncesinde Mevcut Sağlık Sistemi

#### 3.1. Brezilya'da sağlık reformu

Kapitalist ülkelerde sağlık hizmetlerinin metalaştırılması, piyasalaştırılması ve ticarileştirilmesi 1980'li yıllardan itibaren neoliberal ekonomi politikaların bir gereği olarak "Sağlık Reformu" ile yaşama geçirildi. Brezilya'da ise 1970'li yılların sonundan 1990'lı yıllara kadar sağlık alanındaki entellektüeller, araştırmacılar, sendikacılar, işçi örgütleri, sol, sosyalist partilerden katılımcılar, sistem karşıtı muhalif halk sağlıkçılar kapitalizm dışı sağlık sistemini yoğun olarak tartışmaya başladı. Hatta askeri rejimin otoriter uygulamalarının kalktığı 1985 yılından itibaren bu tartışmalar büyük bir ivme kazandı. Onlar ayrıca, sağlık sorunlarının biyolojik değil, toplumsal ve siyasi bir sorun olduğunu, sağlıkta eşitliğin, herkesin sağlık hizmetlerine ulaşılabilmesinin ve sağlık hizmetlerinin kamusal olarak parasız sunulması için mücadele etti. Ne var ki kapitalizm dışı sağlık sisteminin yaşama geçirilmesinde başarılı olamadılar ve sadece sağlığın vatandaşlık hakkı olduğu ve toplum katılımı ilkesel düzeyde kabul edildi. Hatta toplum katılımı kaynakların federal düzeyden eyalet veya yerel yönetimlere aktarılması için bir ön şart olarak kabul edilmesine rağmen, katılım sadece seçilmiş kişilerin yer aldığı konseylerdeki sınırlı eylemlerden ibaretti. Konseyler ise hegemonik, hükümetin kararlarını onaylayan kurumlardan başka bir şey değildi.

Birleşik Sağlık Sistemi (BSS)'nin 1986 yılında temelleri atıldı, iki yıl sonra da kuruldu. Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigorta ve Yardım Bakanlığı'nın görevlerini üstlenen BSS, hükümet düzeyinde Sağlık Bakanlığı (SB), eyalet düzeyinde eyalet sağlık sekreteryası, belediye düzeyinde ise belediye sağlık sekreteryası yönetiminde ve denetiminde olmuştur (**Machado ve Silva, 2019; Elias ve Cohn, 2003; Almeida ve diğ., 2000; Paiva ve Teixeira, 2014**). 1990 yılından itibaren makroekonomik uyum programlarının gereği olan "Sağlık Sektörü Reform Projeleri" ile DB, Brezilya'daki sağlık alanında 32 projeyi geri ödeme koşuluyla finanse etti; etmeye de devam ediyor. Ancak, ilerleyen zamanlarda DB, ilk kez Brezilya'da desantralizasyon ile BSS'nin yönetiminde ve denetiminde federe devlet ve eyaletlerden uzaklaştırılıp, inisiyatifin belediyelere geçmesiyle, sağlık reformunun bu uygulamasına çekince koymaya başladı (**Paim ve diğ., 2011; Rizzotto ve Campos, 2016**). Bir başka ifadeyle, savunduğu desantralizasyonun iddia ettiği gibi olmadığını görmeye başladı.

Sağlık reformuyla BSS, bazı tanı ve tedavi hizmetleri özel sektörden satın alan bir kuruma dönüştü. 1990'li yıllarda sağlık emekçilerini esnek istihdamla çalıştırıldı, sağlık hizmeti ticaretinin uluslararasılaşması ve maliyet stratejisi olan tele sağlık hizmetleri uygulanmaya başladı. 1993 yılından itibaren sosyal güvenlik kurumu sağlık sektörüne kaynak aktarmayı bıraktı ve sağlık hizmetleri vergi gelirleriyle birlikte, federal, eyalet ve belediyelerden gelen katkılarla finanse edildi; IMF tarafından dayatılan kemer sıkma politikalar nedeniyle, 1995 yılından itibaren bu yetersiz kalmaya başladı. Örneğin, 2019 yılında federal bütçenin %38.3'ü faize ve dış borca ayrılırken, SB'ye sadece %4.2'si ayrılmıştır (**Elias ve Cohn, 2003; Carnut ve diğ., 2020**). Federal bütçeden 1993 yılında kişi başı sağlık harcaması 44.60 dolar, 1994 yılında, sosyal güvenlik bütçesinden sağlığa ayrılan pay kişi başı 62 dolardı. Bu paylar, 1980 yılından beri en düşüktü. Ayrıca, federal kaynakların büyük bir bölümü de ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine harcanmıştır (1996'da %84). Eyalet ve belediyeler sisteme kaynak aktarmasına karşın, bu yeterli olmadığı gibi, belediyeler ve eyaletler arası eşitsizlikler de artmaya başlamıştır (**Machado ve Silva, 2019; Almeida ve diğ., 2000; Türkkkan, 2007**). Yasal düzenlemeyle 1998 yılında BSS'ye ek olarak, tamamlayıcı sağlık sistemi, iki yıl sonra Ulusal Tamamlayıcı Sağlık Ajansı kuruldu. Bugün BSS, nüfusun %70'ini, tamamlayıcı sağlık ya da özel sağlık sektörü ise %30'unu kapsamaktadır. Tamamlayıcı sağlık sisteminin özel sağlık kurumlarında tamamlayıcı olacağı iddia edilse de sağlık hizmetlerinin özü bu olmuştur. Özel sağlığa

tanınan vergi muafiyetlerinin toplamı, 2003'de 1.7 milyar dolarken, 2015'de 6.4 milyar dolara yükseldi (**Paim ve diğ., 2011; Carnut ve diğ., 2020**). Tedavi edici hizmetler ve hastane odaklı olan özel sağlık kurumları büyük oranda güneydoğu bölgesinde olup (%42), kâr edemeyeceği bölgelerde kurulmadı (**Statista, 2020**). Federal hükümet ve eyaletler tarafından benimsenen piyasa odaklı reformlar nedeniyle, BSS'nin kamusal sağlığı hizmeti finanse etmesi zorlaştı, özellikle işçilerin ve yoksulların sağlık hizmetine erişimi imkânsızlaştı (**Almeida ve diğ., 2000; Machado ve Silva, 2019; Ortega ve Orsini, 2019; Türkkkan, 2007**). Orta ve yüksek gelirli kişiler ise neredeyse tümüyle özel sağlık hizmetlerine yöneldi. Böyle olunca, örneğin, cepten yapılan sağlık harcamaları 1981-1998 yılları arasında %9 iken, 2018 yılında %27'ye yükseldi. Bunların yanında, 2001 yılında hastane temelli akıl sağlığı hizmetleri bir yasayla hastane dışı ayakta tedavi hizmetlerine yönlendirildi (**Carnut ve diğ., 2020; Tikkanen ve diğ., 2020**). Sağlıkta yabancı sermaye girişine 2014 yılından itibaren izin verildi. İki yıl sonra, gelecek 20 yılda kamu sağlık harcamalarını donduran ve sağlık bütçesini sınırlayan bir yasal değişiklik yapıldı ve 2036 yılına kadarki sağlık bütçesi 415 milyar dolarla sınırlandırıldı. Böyle bir uygulama dünyada neredeyse ilk ve tekti (**Rodrigo, 2020**). Yine aynı yılda "Daha Fazla Doktor" kapsamındaki programla Federal Tıp Konseyi'nin onayı olmaksızın, göçmen hekimlerin çalışmasının yolu açılırken, Kübalı hekimlerin Brezilya'da çalışmaları adeta yasaklandı (**Machado ve Silva, 2019**). Bolsonaro hükümetiyle birlikte, Ulusal AIDS Programı kaldırıldı, SB'ndeki "Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar AIDS ve Viral Hepatit Bölümü" isminden "AIDS" kelimesi çıkarıldı. HIV/AIDS ilaçlarına ücretsiz erişim sunan ilk orta gelirli ülkelerden biriyken, bu iptal edildi. Nisan 2019 tarihindeki bir kararnameyle madde bağımlılığının azaltılmasına karşı çıkılarak, suç kabul edildi (**Ortega ve Orsini, 2019; Rodrigo, 2020**). Beraberinde, sağlık hizmetlerinin metalaştırılması, piyasalaştırılması ve ticarileştirilmesi, kamu eliyle sermayenin ve özel sektörün desteklenmesi büyük bir hızla halen devam etmektedir.

### 3.2. Yaşam alanlarında birinci basamak sağlık hizmetleri (BBSH)

SB bünyesinde BBSH'ne yönelik ilk girişimler, 1976'lı yıllarda başlamış, 1990 yılına kadar özellikle salgınlarda yerel ve özellikle düşük yoğunluklu belediyelerde ana-çocuk sağlığı hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlık eğitimi gibi sınırlı hizmetlerle sürdürülmüştür (**Machado ve Silva, 2019**). Sağlık reformlarının bir sonucu olarak sağlık sisteminin hastane ve tedavi odaklı olması nedeniyle, BBSH oldukça yetersiz kalmıştır

**(Couttolenc ve Dmytraczenko, 2013).** Örneğin, 1980 yılında 4266 BBSH birimi 27.912, 1986 yılında 4715 BBSH birimi 29.292, 1992 yılında ise 8556 BBSH birimi 18.019 kişiye hizmet sunmuştur **(Villa ve diğ., 1999).** BBSH'ne yönelik yapısal ve köklü değişim, 1994 yılında DB müdahalesiyle ve finansmanı ile daha önceki ülke deneyimlerinden de yararlanılarak projelendirdiği Aile Sağlığı Programı (ASP) ile başlamıştır. Adı 1998 yılında Aile Sağlığı Stratejisi (ASS) olarak değiştirilmiştir. DB patentli ASS ve benzeri programlar, BBSH olarak kabul edilse de ilkeleri, kapsamı, amaçları ve uygulamaları sağlık reformları ve onu belirleyen neoliberal ekonomi politikaları anlayışından başka bir şey değildir.

ASS, 2002 yılına kadar federal bir program olarak belediyelerin yetersiz olduğu kırsal ve kent çeperindeki yoksulları hedeflemiş olmasına ve toplum sağlığı çalışanları (TŞÇ)'ni entegre etmesine karşın, ilk kez ücretli, sevk sistemi, standart bir tedavi programı ve öncelik sağlık hizmetleri için kriterleri bulunmayan bir uygulamadan öteye gidememiştir. Bundan hareketle, hükümet, ASS'nin 2002 yılına kadar Brezilya nüfusunun yarısını kapsayacak şekilde genişletilmesini, SB bütçesinin %14'ünün ASS'ye tahsis edilmesini, desantralizasyona bağlı eksiklerin giderilmesini, belediyelerin kaynak yönetiminin denetlemede eyaletlere daha güçlü rol verilmesini, sağlık hizmetlerinin, politikalarının ve eğitim faaliyetlerinin sistematik olarak izlenmesini ve değerlendirilmesini hedefledi. Ardından, BSSH kapsamında ASS, 2006 yılında DB tarafından finansal olarak desteklenen ulusal bir politikaya dönüştürüldü. DB bu proje için Brezilya'ya 83.45 milyon dolar borç verdi. Yine aynı yılda DB ile hükümet üçüncü kez toplam 5570 belediye nüfusunun ortalama %34.4'ünü oluşturan 100 büyük belediyenin kapsama alındığı Genişletilmiş Aile Sağlığı Projesi'ne adım attı. Amaç, aile sağlığı ekiplerinin hizmet verdiği nüfusun %25'den (3124 belediyenin 38 milyon kişi kapsamı) %50'ye yükseltilmesi, öncelikle kırsal ve kentlerdeki yoksullara, daha sonra herkese yaygınlaştırmaktır. Projede bu hedeflenirken, DB bu defa belediyeler arasında performans dayalı finansman modelini kullandı. Belirtilen performans kriterine uyan belediyelere ek ikramiyeler verildi. ASS'de çalışan aile sağlığı ekiplerinin 2011 yılından itibaren çalışma yaşamı esnekleştirildi ve geçici sözleşmelerle çalıştırıldı. Bolsonaro ile birlikte Kasım 2019 tarihinde

"Previne Brasil" programıyla aile sağlığı ekipleri kişi başı ödemeye dayalı ücretlendirildi. Bu politikayı Aile ve Toplum Tıp Brezilyalı Derneği desteklerken, Brezilya Halk Sağlığı Derneği eleştirdi. BSS'nin desantralize olmasıyla, esneklik ve özerklik sağlayacağı iddiasıyla BBSH belediyelere devredildi. Aile sağlığı ekiplerinin sunduğu hizmetlerin yönetimi, finansmanı, denetimi belediyeler tarafından yapılmakta, merkezi hükümet de her bir belediyeye her aile sağlığı ekibi için yılda en fazla 60.000 dolar fon sağlamış, ekibe dış hekimlerinin eklenmesi durumunda, 15.000-20.000 dolar ek ödeme yapılmıştır. Her ne kadar bu hizmetler parasız olarak sunuluyor görülse de hükümet DB'den aldığı kaynağın borcunu faiziyle ödemiştir. Belediyelerdeki bu hizmetin yerel ihtiyaçları karşılaması açısından desantralize olmasının önemi sıklıkla ifade edilirken, 5570 belediye arasında finansman, kaynak, nüfus (%68.2'si 20.000'den az, %5.8'i 100.000'den fazla nüfus), harcama, aile ödeneğinden yararlanma gibi kriterler açısından eşitsizlikler bulunmakta, bunlar da sunulan hizmetleri oldukça olumsuz etkilemektedir **(Massuda, 2020; Harris ve Haines, 2010; Oldham ve diğ., 2012, Paim ve diğ., 2011; Forgia, 2008).**

ASS'nin temel birimi coğrafik bölge ve nüfus tabanlı çalışan aile sağlığı ekibidir. Kentlerin gecekondu mahallelerinde hizmet veren bu ekibin temel işlevi, sağlığın geliştirilmesi, önleme ve surveyanstır. Ekipte bir pratisyen hekim ya da aile hekimi, bir lisans mezunu hemşire, bir hemşire yardımcısı, 4-6 TŞÇ, 2004 yılından itibaren dış hekimleri olmak üzere, toplam 10-12 sağlık emekçisi yer almaktadır. Aile sağlığı ekibi, yerel sağlık sisteminde ilk temas noktası olarak tanımlanır, sağlık hizmetlerini koordine eder, diğer sağlık kurumlarıyla sınırlı da olsa entegre çalışır. Belediyelere göre değişmekle beraber, 1000 haneden (ortalama 3.000-4.000 kişi, en fazla 5000 kişi) sorumludur. Ekibin üyeleri hem ev ziyaretleri yapmakta hem de birimde başvuranlara hizmet sunmaktadır. Aile sağlığı ekiplerini desteklemek için 2007'de çok sayıda farklı mesleklerden oluşan destek ekipleri oluşturulmasıyla, kent merkezinde 4-5 aile sağlığı ekibinin bağlı olduğu psikolog, eczacı, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, konuşma terapisti gibi sağlık emekçilerinin sağlık hizmeti ve desteği sunduğu sağlık birimleri bulunmaktadır. Tamamen kent yönetimleri tarafından yönetilen bu birimler, aynı zamanda sağlık alanındaki öğrencilerin uygulama

ya da staj mekânlarıdır. Özel sigorta sağlık planları Tamamlayıcı Sağlık Ajansı, aile hekimlerinden hiçbir ek ödeme olmaksızın hizmet almaya başlamıştır (**Harris ve Haines, 2010; Tikkanen ve diğ., 2020; Couttolenc ve Dmytraczenko, 2013**).

Aile sağlığı ekibinin bir üyesi olan TSC, topluma sağlık sistemi arasında ilk ilişkiyi kuran kişidir. TSC nerede yaşıyorsa oradaki aile sağlığı ekibinde çalışmak zorundadır. Her aile sağlığı ekibindeki sayıları, nüfusun veya bölgenin büyüklüğüne ve ihtiyaçlarına göre değişmekle beraber, 12'yi geçmemektedir. En fazla 150 aileden (750 kişi) sorumludur. Kronik hastalık yönetimini desteklemek, anemi ve dehidratasyon gibi sorunlarda triyaj, tüberküloz gibi hastalıklara yönelik programlar yürütmek, üreme sağlığı hizmeti sunmak, emzirmeye yardım etmek, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım, çocuk gelişimini değerlendirmek, kanser taraması, aşılama programlarını desteklemek, eğitim ve sağlık planlaması, sağlığı geliştirmede ve navigasyon sisteminde danışmanlık, aileleri kaydetmek, bulaşıcı hastalıkları izlemek gibi oldukça fazla sayıda ve kapsamda görevleri bulunmaktadır. Bu görevler için her aileyi ayda en az bir ev ziyareti yapmak zorundadır. TSC olabilmek için en az dokuz yıllık örgün eğitimi tamamlama kriteri aransa da %65'i orta öğretim mezunudur. Bunlara karşın, sağlık emekçisi olarak kabul edilmemekte, yasalarda belirtilen işçi haklarına sahip olamamakta ve sadece belediye çalışanı olarak görülmektedir. Ayda 100-228 dolar arasında oldukça düşük gelire sahiptir ve %75-95'i kadındır (**Paim ve diğ., 2011; Oldham ve diğ., 2012; Machado ve Silva, 2019**). Bugün sayıları 280bini aşan TSC, böylesi çalışma koşulları nedeniyle "kömür madenindeki kanaryalara" benzetilmektedir (**Lotta ve diğ., 2020a**).

Sağlık reformlarıyla, 1968-2010 yılları arasında toplam 39.518 birinci basamak kliniği mevcuttur. 2019 yılında nüfusun %65'ine 48.000 aile sağlığı ekibi, 290.000 TSC, 31.000 ağız sağlığı ekibi, 2018 yılında ise 63 bin hekim (toplam 451.000), 70 bin hemşire (toplam hemşire sayısının üçte biri) hizmet vermektedir (**Massuda, 2020**). Bu sayılar eyaletlere ve şehirlere göre de farklılık göstermektedir. Örneğin, 645 şehri olan São Paulo eyaleti 1195 aile sağlığı birimiyle toplam nüfusun %43.6'sına hizmet sunmaktadır (**Nasser, 2013**). Salvador nüfusunun %45.7'si BBSH kapsamında olup, sadece 250 aile sağlığı ekibi hizmet vermektedir (**Oliveira**

**ve diğ., 2021**). Sonuç olarak, DB tarafından halen desteklenen BSSH, sürekli sağlık hizmeti sunmaktan uzak, ülke nüfusunun bir kısmını kapsamına almakta, köylüler ve yerliler ise bu hizmetlerden yararlanamamaktadır. Sağlık sistemi içinde ilk başvuru yeri değildir. Hekimlerin bu alanı tercih etmemesi nedeniyle yeterli sayıda hekim bulunmamaktadır. Hiçbir sağlık kurumu birbiriyle eşgüdüm içinde çalışmamakta, ne ekip üyeleri ne de diğer basamaktaki sağlık emekçileri hizmet sundukları kişilerin verilerine ulaşamamaktadır (**Oldham ve diğ., 2012; Harris ve Haines, 2010; Paim ve diğ., 2011**).

### 3.3. Sağlık sistemiyle ilgili diğer özellikler

SB, politika geliştirme, planlama, finansman, denetim ve kontrol olmak üzere, BSS'nin ülke düzeyde koordinasyonundan sorumludur. İkinci basamak sağlık hizmetleri belediye, eyalet veya federal düzeydeki kamu kuruluşlarıyla kâr amacı güden ve gütmeyen özel kurumlar olup, çoğu özel sağlık kurumları tarafından yürütülür. Dolayısıyla belediyeler, BBSH'nin yanında, ikinci basamak sağlık hizmetlerinin yönetiminden de sorumludur. BSS, hastaneden taburcu olduktan sonra ayakta tedavi hizmetlerine erişim sağlar. Aksi takdirde, birinci basamak hekiminden sevk gereklidir. Diğer bir ikinci basamak sağlık birimi, hastane yatağı eksikliğini telâfi etmek için 2008 yılında kurulan "mesai sonrası bakım" birimleridir. Bunlar, acil bakım ağının önemli bir bileşeni olup, her birim 50.000-300.000 nüfusu kapsayacak şekilde 24 saat hizmet vermektedir. Diğer birimler ise psikososyal bakım merkezleri, psikososyal destek ve rehabilitasyon merkezleridir. Bu merkezler 2019'da 2.000 belediyede 3.000'e ulaşmıştır. Hastanecilik hizmetleri büyük oranda BSS ile sözleşme yapan özel sektör tarafından yürütülür (**Couttolenc ve Dmytraczenko, 2013; Türkkan, 2007**). Hastaneler 2019 yılında 6702 olup, %63.6'sı özel sektöre aittir. BSS kapsamındaki beş kamu hastanesinden birisi hastaların evinin bulunduğu belediye dışındadır. Belediyelere bağlı hastanelerin (tüm hastanelerin %52'si) çoğunluğu küçük, 50'den az yataklı, verimlilik ve etkililik düzeyi ise düşüktür. Federal ve eyalet devlet hastaneleri genellikle daha büyük, daha yüksek doluluk oranına sahiptir ve daha karmaşık prosedürlerinden oluşmaktadır. Kamu hastanelerinin dörtte biri belediye yönetimleri tarafından kontrol edilmektedir. Özel sektördeki yatakların %38.7'si sözleşmeler yoluyla BSS tarafından kullanılabilir. Uzun süreli bakım ve sosyal destek hizmetleri daha çok hastane dışı ya da evde bakım ve aile sağlığı ekibi tarafından



ev ziyareti şeklinde yürütülür. Ülke genelinde 2019 yılında 241 belediyede 831 evde bakım ekibi olup, her ekip 30-60 hastaya hizmet vermektedir (**Paim ve diğ., 2011; Tikkanen ve diğ., 2020**).

Sağlık sistemi içinde 2018 yılında toplam 3.25 milyon sağlık ve sosyal hizmet emekçisi mevcuttur. Onların %70'i hemşire, %15.7'si hekim, %9'u diş hekimi ve %4.9'u eczacıdır. Toplam sadece 290 ebe bulunmaktadır. Sağlık emekçileri kamu hastanelerinde, genellikle hükümet tarafından sözleşmeli ve sabit aylık maaşla çalışmaktadır. Kamuda çalışan uzmanlar ise ek olarak özel hastanede çalışabilir ve kamuda özel hasta bakabilir. Toplam 451.777 hekimin %63'ü uzmandır. 2017 yılındaki 289 tıp fakültesinin %65'i, 2019'da ise %80'i özeldir. Hemşirelerin %24.5'i (565.458) lisans mezunu, %57.2'si (1.320.239) lise eğitime dayalı hemşire teknisyen ve %18.2'si (419.959) ise formal bir eğitimi olmayan hemşire yardımcısıdır. Sağlık emekçileri gelir, çalıştıkları kurumlar, eyalet ve belediyelere göre eşitsizlikler göstermektedir (**Statista, 2020; Oliveira ve diğ., 2020, COFEN, 2020**). Örneğin, ülke genelinde bin kişiye 3.3, kuzey ve kuzeydoğu bölgelerinde ise 2.1 hekim düşmektedir (**Rodrigo, 2020**). İddia edilen sağlık emekçisi eksikliği ise 2013 yılında başlatılan "Daha Fazla Doktor" programıyla giderilmeye çalışılmıştır. Program kapsamında sağlık sistemine 8332'si Küba'dan gelen toplam 18.000 sağlık emekçisi eklenmiştir. Ancak Brezilyalı hekimlerin Küba'dan gelen hekimlerden şikâyetçi olması nedeniyle, bu ortaklık iptal edilmiştir.

### 3.4. Brezilya'da pandemi öncesi yaşam ve toplumsal sağlık düzeyi

Orta gelirli çevre kapitalist bir ülke olan Brezilya, dünya ölçeğinde en eşitsiz, Latin Amerika ülkeleri arasında ise gelir dağılımı açısından birinci sırada eşitsiz bir ülkedir. Sınıf, etnik, ırk ve toplumsal cinsiyete dayalı eşitsizlikler bugünkü Brezilya'nın en önemli fotoğrafıdır. Özellikle neoliberal ekonomi politikalarıyla bu eşitsizlikler daha da derinleşmiştir. Bu ekonomik ve sosyal eşitsizlikler, demografik ve coğrafik olarak epidemiyolojik verilerle de kanıtlanmıştır (**Machado ve Silva, 2019; Paim ve diğ., 2011**). Örneğin, en zengin altı kişinin serveti, en yoksul %50'lik kesimin (10 milyon) servetine denk gelmektedir. Ya da ülkenin en zengin %5'lik kesimin serveti geri kalan %95'lik kesimin servetinin toplamına eşittir. Her dört kişiden birisi yoksulluk sınırının altında, her üç kişiden birisi de yoksul ve aşırı yoksuldur. Beyazların %15.4'ü, siyahların %32.9'u

yoksulluk sınırında yaşamaktadır. Yaklaşık üç milyon Brezilyalı ya da hanelerin %5.6'sı, kuzey bölgesindeki her on kişiden birisi, Rio de Janeiro'da ise her üç kişiden birisi hijyen ve sanitasyonun yetersiz olduğu favelalarda yaşamaktadır. En zengin kesimin yüksek eğitime katılımı %47 iken, bu, yoksullarda %5'e kadar düşmüştür. İlkokulu tamamlama şansı ise kentli hane reisi beyaz erkeklerde %79-95, iken, kırsaldaki hane reisi siyahlarda %16-56 arasında değişmektedir. Ülke nüfusunun %55.8'ini oluşturan siyahlar toplam iş gücünün %54.9'udur. Buna karşın, siyahların gelirleri beyazlara göre %56, siyah kadınların beyaz erkeklere göre gelirleri ise %44 daha düşüktür. Toplam emek gücünün %41.4'ü kayıt dışı işlerdedir (**Tikkanen ve diğ., 2020; WENR, 2019; AgenciaBrasil, 2019; Carnut ve diğ., 2020**). 2019 yılında nüfusun %14.4'ü halen genel su şebekesine sahip değildir. Bu, kuzeyde %41.2, güneyde %7.7'dir. Mevcut belediyelerin %31'inin su güvenliği düşüktür. Su hizmeti alamayanların %40'ı asgari ücretin altında bir gelire sahiptir. Kanalizasyona erişim, kuzeyde %27.4-47.2, güneydoğuda %88.9, orta-batı bölgelerinde ise %68.7'dir (**Gomes ve diğ., 2020; Oxfam International, 2020**). Bir başka ifadeyle, 100 milyon kişinin kanalizasyon şebekesi bulunmamaktadır (**Ribeiro ve Leist, 2020**). 20 yaşındaki erkekler ve kadınlardaki sağlıklı yaşam beklentisi, daha zengin güney ve güneydoğu bölgelerinde en yoksul kuzey ve kuzeydoğu bölgelerinden 6.2 yıl daha yüksektir. Dünyada en yüksek adölesan gebelik prevalansı açısından 10 ülke arasında olup, ilk gebelik yaşı güneydoğu bölgesinde 30-39 yaş grubunda iken, kuzey bölgesinde 10-14 yaşa kadar düşmektedir. 2018 yılında beş yaş altı ölüm hızı en kötü 188 ülkeden 104. (%14.4), anne ölümleri en kötü 182 ülkeden 88. (yüz binde 60), bebek ölümleri en kötü 226 ülkeden 94. (%15.9), yaşam beklentisi ise en kötü 227 ülkeden 125. sıradadır (74.74 yıl) (**Indexmundi, 2020**). Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı, OECD ülkelerinin çok altındadır (**Benitez ve diğ., 2020**). Sadece kentlerde bulunan toplam 22.215 yoğun bakım ünitesi (YBÜ)'nin %58'i özel sektöre aittir (**David ve diğ., 2021**).

Özetle, verilerle de ortaya konduğu gibi, çevre kapitalist bir ülke olan Brezilya'da yaşamakta olan tabloya egemen olan; yoksulluk, yolsuzluk, eşitsizlik, işsizlik, önlenebilir sağlık sorunlarında artış, sağlık hizmetlerine erişememe vb. sonuçlardır. Ayrıca, devlet kurumları krizdedir ve mevcut iktidara halkın güveni de düşüktür. Böyle bir tablo, salgınların artmasına, kontrol edilememesine ve onarılamaz zararların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Brezilya, böyle bir toplumsal mirasla COVID-19 pandemisini karşılamıştır (**Carnut ve diğ., 2020**). Nitekim, Latin Amerika ülkelerinde

yapılan bir çalışmada, pandemi öncesindeki sosyal eşitsizliklerin ve yüksek informal istihdamın pandemi sürecini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Benitez ve diğ., 2020). Zaten, geçmiş yıllardaki grip salgınları modelleme çalışmalarında da yoksullarda, işsizlerde, gecekondu bölgelerinde ve kalabalık hane halklarında hastalığın çok daha sık görüldüğü gösterilmiştir (Monteiro de Oliveira ve diğ., 2020).

#### 4. Brezilya'nın COVID-19 Pandemisine Yönelik Yanıtları

##### 4.1. Devlet başkanı Bolsonaro'nun yanıtları

Salgını öngörebilmek, salgına hazırlanmak, etkin toplumsal önlemler alabilmek ve salgın sürecini toplum lehine yönetebilmek kadar, iktidarın, hükümetin, mevcut siyasi aktörlerin ve sağlık sisteminin yanıtları da büyük bir öneme sahiptir. Hem dünyada hem de Brezilya'da Başbakan Bolsonaro, geçmişte defalarca parti değiştiren ve şu anda herhangi bir parti üyeliği bulunmayan neoliberal otoriterliğin ve bilimsel düşünce inkârcılığıyla sembolleşmiş siyasi figürlerden "Tropiklerin Trump'u" olarak anılmaktadır. Yanı sıra, COVID-19 pandemisi öncesinde ve sırasındaki yanıtları itibarıyla en çok tartışılan, popülist sağ temsil eden en önemli siyasetçilerden birisidir. Öyle ki Bolsonaro'nun COVID-19 pandemisine yönelik yaklaşımları, Brezilya'da COVID-19'un doğrulanmış vaka sayısı açısından dünyada üçüncü, ona bağlı ölümler açısından dünyada ikinci olmasının nedeni olarak bile görülmektedir (Ortega ve Orsini, 2019; Idrivo ve diğ., 2021). Lasko'ya göre (2020), COVID-19 pandemisine yönelik siyasi liderlerin tarzı ve yaklaşımı popülizm olup, onu yoğun olarak kullanan siyasetçilerden birisi de Bolsonaro'dur. Çünkü O, pandemi sürecinde dini, milliyetçiliği ve ırkçılığı baskın olarak kullanmakta, sahte, çarpıtılmış, gerçek dışı ve bilimsel olmayan düşünce ve beyanlara başvurmaktadır. Örneğin, 1 Ocak-20 Aralık 2020 tarihleri arasında toplam 888 sahte ve gerçek olmayan ifadesi ya da cümlesi olduğu saptanmıştır. Bunlar en fazla Haziran (%18) Nisan (%13.2) ve Temmuz (%11.3) aylarındadır (Statista, 2021a). Bu tarihler, doğrulanmış COVID-19 vaka sayılarının ve ona bağlı ölümlerin de en yüksek olduğu zamanlardır (Worldometers, 2021). Gerçeğin çarpıtıldığı 188 ifade; COVID-19 salgınına, tedavisine, kamusal önlemlerine ve aşısına yöneliktir. Bolsonaro'nun COVID-19 pandemisine yönelik tarzı ve yaklaşımı yedi maddede özetlenebilir. Bunlar;

**a. COVID-19 pandemisini basitleştirdi, önemsizleştirdi, hafife aldı ya da salgınla ilgili bilimsel kanıtları inkâr etti.** Bolsonaro'nun bu yaklaşımları ve açıklamaları 2020 yılının Şubat ayı sonlarında başlayıp, Nisan ayı sonlarına kadar yoğun olarak devam etmiştir. Doğrulanmış ilk vaka 25 Şubat 2020 tarihinde

saptanmasına, 7 Mart 2020 tarihinde ise 19'a ulaşmasına karşın (Worldometers, 2021), ABD'ye Trump'u ziyarete giden Bolsonaro, COVID-19 salgınının olmadığını iddia etti. Miami'deki gezisinde ise COVID-19 pandemisinin, finans piyasalarındaki kargaşanın ya da "fantezinin" bir sonucu olduğunu, siyasi nedenlerden dolayı bu virüsün abartıldığını, Brezilya ana akım medyasının bunu yaygınlaştırarak, ülke çapında histeriye yol açtığını açıkladı. Ve onu destekleyemeyen medyayı da suçladı, kendisine soru soran muhabirlere hakaretler etti, aleyhinde haber yapanlarının sosyal medya hesaplarını kapattı. DSÖ'nün 11 Mart 2020'de COVID-19 salgınını pandemi olarak kabul etmesi hükümetler ve sağlık sistemleri için bir dönüm noktası olmasına karşın, Bolsonaro bilim dışı açıklamalarına ısrarla devam etti. Daha sonraki günlerde bu virüsün "hafif bir soğuk algınlığı" olduğunu, 16 Mart 2020 tarihindeki bir röportajında medyaya: "...Koronavirüs sorununu fazla büyütmeyin. Bu histeriyi sanki dünyanın sonuymuş gibi düşünemeyiz..." dedi. Alvorada Sarayı önünde toplanan destekçilerine seslenirken, destekçilerinden birisi, COVID-19 nedeniyle ölenlerin yakınlarına bir mesaj göndermesini istemesi üzerine, Bolsonaro: "...Ölen herkes için üzgünüm; ancak ölüm, bütün dünyanın kaderi..." ifadesini kullandı. Ülkenin artan ölüm sayıları sorulduğunda ise Bolsonaro: "Ne olmuş yani? İstifalar, işten atmalar gibi, fark yok... Aslında daha fazla endişelenecek başka konular var..." açıklamasında bulundu (Capponi, 2020; Idrivo ve diğ., 2021). 29 Mart 2020 tarihinde: "Bu virüsle yüzleşmeliyiz, ama onunla bir erkek gibi yüzleşmeliyiz, kahretsin, çocuk gibi değil..." diyerek yaş ve toplumsal cinsiyet ayrımcılığıyla dikkat çekmeye devam etti. Yine Mart ayı sonunda: "...Brezilyalıları hiçbir şey olmaz, Brezilyalılarıdaki antikorlar virüsün bulaşmasını engeller. Tanrı Brezilyalıdır..." ardından, "Benim atletik geçmişim göz önüne alındığında, virüsü hafif grip benzeri bir hastalık olarak geçirmem kaçınılmaz. O yüzden, hastalansam bile endişelenmem....." dedi (Carnut ve diğ., 2020; Dias, 2020; CPFRB, 2020; Ortega ve Orsini, 2019; Dyer, 2020a). Özellikle bu son iki açıklamasıyla Bolsonaro, yurttaşlarının ve kendisinin COVID-19'a karşı dirençli olduğunu ya da istisnai olduklarını ima ederek, pandeminin üstesinden gelinebileceğine dair halka gerçek olmayan açıklamalar yapmıştır (Lasko, 2020). Nisan ayı başlarında ölüm sayısının en fazla olduğu São Paulo'daki durumun yanlış ve abartılı olduğunu, hatta bir muhabir o gün rapor edilen günlük ölüm sayıları konusunda ne söylemesi gerektiğini sordu ve şu yanıtı aldı:

“...Peki ne olmuş yani?... Tabiki üzgünüm. Ama ne yapmamı istiyorsunuz? (Adına atıfta bulunarak) Ben bir Mesih'im, ama mucize de yaratamam...” Nisan ayı ortalarında Bolsonaro, Brezilya futbol takımının formasını giyen birkaç yüz kişilik kalabalığa: “...Ben iman edenlerden Brezilya adına bu kötülükten kurtulmak için bir günlük oruç istiyorum...” şeklinde seslendi. Daha sonraki aylarda da kamuya dönük benzer içerikte açıklamalar yaptı. Kasım ayında sarayında “... Gerçeklerden kaçmanın bir faydası yok. İbneler ülkesi olmayı bırakmalıyız. .... Bununla yüzleşmeli ve savaşmalıyız. Bu ibne şeyden nefret ediyorum.” şeklindeki açıklamasıyla homofobik duruşunu yine açık olarak göstermiş oldu. İtalya’da COVID-19’a bağlı ölüm sayısının yüksek olmasını ise nüfusun yaşlı olmasına bağladı. Futbol sezonunun devam etmesini, futbolcular genç sporcular olduğundan, ya hasta olmayacaklarını ya da COVID-19’a yakalansa bile ölüm risklerinin düşük olacağını belirtti. Günlük vaka sayılarının en yüksek olduğu Ağustos ayında ise: “Brezilya pandemisinin sonunun yaklaşıyor. ... salgın bitme noktasında. Diğer ülkelerle karşılaştığımızda, başa çıkmada en iyisi ya da en iyilerinden biriyiz...” şeklinde yine gerçek dışı başka bir beyanda bulundu (Ortega ve Orsini, 2019).

İki yıl sonraki seçimlerde tekrar aday olmayı düşünen Bolsonaro örneğinde de görüldüğü gibi, hangi ülkede olursa olsun popülist sağ ve milliyetçi siyasi figürler, salgının özellikle ilk üç-dört ayında, COVID-19 salgınının abartıldığını, gerçekte sayıların öyle olmadığını, hastalığın söylenen kadar ciddiye alınmaması gerektiğini, bunun medyanın muhaliflerin ya da dış düşmanların gerçek dışı söylemlerinden ibaret olduğunu vurguladı (Leão, 2020). Çünkü iktidarlar kendilerini rahatsız eden ya da otoriterliğini tehdit eden bir durumla karşılaştıklarında onu reddetme, inkâr etme ya da gerçekleri saptırma eğiliminde olup, hakikate adeta düşman olur (Ortega ve Orsini, 2019; Lasko, 2020).

**b. COVID-19 tedavisinde klorik ve hidroksiklorik’in reklâmını yaptı.** COVID-19 hastalığında hidroksiklorik tedavisinin etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmamasına rağmen, üç neofaşist lider ABD başbakanı D. Trump, Filipinler başbakanı R. Duterte ve Brezilya başbakanı J.M. Bolsonaro ısrarla onu savundu. Ne yazık ki Brezilya’da São Paulo Üniversitesi virologlarından Paolo Zanotto gibi bunu savunan bilim insanları da oldu (Lemos, 2020). Bolsonaro, hidroksiklorik tedavisine yönelik ilk açıklamasını doğrulanan ilk vakadan bir ay sonra silahlı kuvvetlerin hidroksiklorik üretimini artırması gerektiğini belirterek yaptı ve ilacın hammaddesini temin edeceği Hindistan Başbakanı’na ve onu

savunan hekimlere teşekkür etti. Bu tarihten itibaren hidroksiklorik üretimi, Mayıs ayından itibaren ise Bolsonaro’nun hidroksiklorik açıklamaları büyük bir hızla arttı. Birleşmiş Milletler toplantısında dâhi Bolsonaro bu yaklaşımdan vazgeçmedi. 7 Temmuz 2020 tarihinde önce kendisi, daha sonra eşi, iki kızı ve oğlu da COVID-19 hastası oldu. Hatta Bolsonaro, bu süreçte, ilacı ekranlar önünde içerek, sosyal medyada reklâmını yaptı. Örneğin: “...Dünyadaki hiçbir ülke Brezilya gibi hidroksiklorokin kullanmadı. Bundan pişmanlık duymuyorum. Ben iyiyim, Tanrı’nın lütfuyla, daha uzun süre yaşayacağım...” şeklinde açıklama yaptı. Hatta, hasta olmadan önleyici tedavi olarak bu ilacı almış olsaydı hasta olmayacağını ifade etti (Ortega ve Orsini 2019; Lasko, 2020). Bolsonaro’nun yakın mütteliklerinden birisi olan milyarder ve Tanrı Krallığının Evrensel Kilisesi’nin kurucusu Piskopos Edir Macedo, COVID-19’dan iyileşmesini Tanrı ve onun ikiz gücü olarak adlandırdığı klorokinine bağladı (Capponi, 2020). Bolsonaro’nun São Paulo eyaleti milletvekili ve COVID-19 hastası oğlu da benzer tutum içinde oldu. Böylesi açıklama ve eylemler, hastaların bu ilacı almasında teşvik ediciydi ve ülke düzeyinde bir tedavi politikasına dönüştü. DSÖ güvenlik endişeleri nedeniyle hidroksiklorokin tedavisini ertelediği halde, Brezilya bu tedaviye devam etti. Hem Brezilya’da yürütülmüş bir araştırmada hidroksiklorokin kullanımının etkisizliğinin ortaya koyulması hem de Temmuz ayının ikinci haftasından sonra Yüksek Mahkeme yargıcı Gilmar Mendes ile görüşmesinin etkisiyle, Bolsonaro bu konuda görüşlerinin az da olsa değiştiğini gösteren beyanlar vermeye başladı (Lasko, 2020; Lemos, 2020). Lasko (2020), popülist liderlerin böylesi açıklamalarının “epizodik değil, acil durumlarda tanıdık bir yanıt” olduğunu belirtmektedir.

**c. COVID-19 salgınıyla mücadelede halk sağlığı önlemlerinin karşısında oldu.** Bolsonaro, ilk doğrulanmış vakadan on beş gün sonra işyerlerini, plajları ve kafeleri vb. yerleri kapatmayı reddetti. Halkın içinde olduğu, yoksul ve işçi sınıfının yanında durduğu ya da onları savunduğu izlenimini yaratmak için işçi sınıfının yaşadığı yerlerde işçilerle ve sokak satıcılarıyla konuşup: “...Onlar sadece çalışmak istiyor... Kapanmalar, kısıtlılıklar çılgınlık... Ekonominin çarkı dönmeli ve bu öncelikli olmalı... Sosyal izolasyon aşırı ve katı bir önlemdir... Sosyal izolasyon olacaksa da sadece yaşlılar gibi yüksek risk gruplarına yönelik olmalı...” dedi. Ayrıca, taraftarlarına düzenlediği mitinglere katılması için çağrılar yaptı. Mitiglerde fizik mesafe kurallarına dikkate etmeden herkesle tokalaştı, sarıldı, kucaklaştı. ABD gezisinden sonra, basın sekreterinin PCR testi pozitif çıktığı için kendisi de test yaptırıp, sonucunu beklemeden üç gün sonra Brezilya’daki Kongreyi protesto etmek



için yine mitinge katıldı. Karantina ve izolasyon önlemlerini "toplu hapis cezası" olarak nitelendirdi, 16 Mart 2020 tarihindeki bir röportajında: "... İnsanlarla el sıkışıyorsam bu benim hakkım... Asla bu virüs nedeniyle kapanmayacağım..." dedi. Nisan 2020 tarihinde Brezilyalıları işlerine ya da ticarete dönmeye çağıran bir konuşmasında alışveriş merkezlerin, işletmelerin ve okulların kapatılmasının, karantinanın ekonomiye ağır derecede zarar verdiği için açılması gerektiği konusunda kampanya başlattı, bunları uygulayan eyalet valileri ve belediye yöneticilerini engellemek için her türlü zoru kullandı. Brezilya Yüksek Mahkemesi valilerin karantina, izolasyon ve kısıtlılık gibi önlemleri uygulamaya yetkisi olduğu kararı vermesine karşın, Bolsonaro mitinglerinde bu yargıçlara saldırdı ve onları askeri müdahaleyle tehdit etti. Bolsonaro'nun rakibi São Paulo valisi, karantınayı 10 Mayıs 2020'ye kadar uzatınca, Bolsonaro destekçileri gösterilerinde valiye küfürler ederek, tabutla dans etti. İlerleyen günlerde Bolsonaro, "Salgını İnkâr Hareketi"nin lideri oldu. Bu ve benzeri nedenlerle yerel yönetimlerle Bolsonaro arasındaki tezatlık toplumun kafasının karışmasına ve sağlık sisteminin organize edilememesine yol açtı (Lasko, 2020; Ortega ve Orsini, 2019; Andrade, 2020a; Akgemci, 2020).

Bolsonaro, maske kullanımı konusunda: "... Sona ermesi gereken son tabu... Diktatörce bir uygulama... Maskelerin etkinliği için yeterli çalışma yok... maskeler hanımefendiler içindir..." şeklinde açıklamalar yaptı. Uzun bir süre kamusal alanda maske takmadı, Mart ve Nisan aylarında destekçilerinin düzenlediği gösterilere maskesiz katıldı. Mahkeme Haziran ayı sonunda Bolsonaro'nun halka açık alanlarda maske takması yönünde karar aldı ve buna uymadığı durumda para cezası verileceğine karar verdi. Ancak Temyiz Mahkemesi, kararı "gereksiz" bularak reddetti. Bolsonaro COVID-19 testi pozitif çıktığını duyurmasına rağmen, televizyonda iyi olduğunu göstermek için maskesini çıkardı. Maske taktığı son zamanlarda ise doğru takmadı ve militarizmin dilinin bir yansıması da olarak maskesinde "Askeri Polis, Federal Bölge" gibi ifadeler yer aldı. Temmuz ayında hapisanelerde maske kullanımını zorunlu kılacak yasayı veto etti. Ancak Yüksek Mahkeme, bu yasanın uygulanmasına karar verdi. Bolsonaro, "haneye tecavüze sebebiyet verme" gerekçesiyle kamuya açık alanlarda maske kullanılmasını kapsayan yasayı, dini kurumlar, eğitim merkezleri, ticari işletmeler, fabrikalar gibi kapalı mekânları kapsam dışı tutarak onayladı. Düşük gelirliilere ve şirket çalışanlarına yönelik parasız maske yardımını

onaylamadı. Brezilya ırkçılığını sistematik ve yoğun olarak yapıldığı Siyah ve yerli toplulukların COVID-19'dan korunmasını amaçlayan yasanın içme suyuna erişim, kişisel hijyen ürünlerinin parasız temini, daha fazla hastane yatağı ve YBÜ sağlanması, solunum cihazlarının alınmasıyla ilgili yasa tasarısını yine veto etti. Fakat bu karar da Kongre tarafından bozuldu (Ponce, 2020; Andrade, 2020b; Akgemci, 2020).

**d. Aşılarla ilgili gerçek dışı bilimsel olmayan açıklamalar ve uygulamalar yaptı.** Bolsonaro, koronavirüs aşısı istemediğini, olmayacağını ve aşığı reddetme hakkı olduğunu, özellikle zorunlu aşılamaya da karşı olduğunu kamuoyunda deklare ederek, yine toplumu karmaşanın içinde bıraktı. Bunun karşısında Yüksek Mahkeme, COVID-19'a karşı aşılanmasının zorunlu olduğunu ancak vatandaşların buna zorlanamayacağını belirtti. 2020 yılında Aralık ayının ilk haftasında, parasız COVID-19 aşısı programının başlatılacağı ilân edildikten sonra, Bolsonaro: "...Pfizer sözleşmesi çok açık. Diyor ki herhangi bir yan etkiden sorumlu değiliz..... (Aşı üreticisine atıfta bulunarak) Birtimsah olursan, bu senin sorunun. İnsanüstü hale gelersen, yani, bir kadın sakal bırakmaya başlarsa veya bir erkek kadını bir sesle konuşmaya başlarsa, ne olacak? Ya da daha kötüsü, başlıklık sistemimizle oynanırsa...?" Brezilya topraklarında henüz kanıtlanmamış aşuların gönüllüler üzerinde uygulanmasına yönelik ise: "... Brezilya halkı kimsenin kobayı olmayacak..." dedi. Aşı ithaline karşı olduğunu açıklarken, tabanca ve tabancaların Brezilya'ya ithalatını kolaylaştıran bir kararnameyi kolayca kabul etti. Ayrıca, São Paulo eyaletinde klinik deneme aşamasında olan Sinovac firmasının aşısı çalışması için ekonomik olarak desteklemeyeceğini beyan edip, adeta "Çin aşısına hayır" kampanyası yaptı. Bu ve benzeri yaklaşımlarının sonucunda, yaz aylarında COVID-19 aşısı olmak istemeyenler %10 iken, Kasım 2020'de %20'ye yükseldi. Brezilya halkı, Çin ve Rusya'da geliştirilen aşuları ABD ve İngiltere'dekilerden daha fazla reddetti ve bu Bolsanaroyu destekleyenlerde daha fazla oldu. COVID-19 salgınının bir yılı sonunda hem Brezilya'nın karşı karşıya kaldığı sonuçlar hem COVID-19 asısının başka ülkelerde yapılmaya başlamasıyla Bolsonaro, sert söylemini aşığı duyduğu nefretini yumuşatmaya başkadı, hatta kendisi ve taraftarları gönülsüzce de olsa desteklemeye başladı (Boschiero ve diğ., 2021a; Gramacho ve Turgeon, 2021).

**e. COVID-19 ile ilgili doğru verilerin kamuoyuyla paylaşılmasını yasakladı.** Salgın sırasında doğru ve güvenilir verilerin engellenmediğini ya da değiştirilmediğini bilmek herkes için hayati öneme sahiptir. Hükümetlerin, siyasetçilerin ve sağlık



bakanlıklarının salgınla ilgili verileri ve bilgileri bilimsel gerçeklere dayandırması, onların erişilebilir, açık ve şeffaf olması, toplumda güvenin inşasında, panik ya da kafa karışıklıklarının önlenmesinde, mevcut politikaların analiz edilmesinde ve salgınla etkili mücadelede adeta bir anahtardır ve etkili kamu politikaları için zaruridir. Ayrıca, mevcut verilerdeki sorunların tespit edilmesine ve bunların aşamalı olarak ortadan kaldırılmasına da olanak tanır. Ancak otoriter rejimle yönetilen ülkelerde insanlık dışı ve etik olmayan bir girişim olarak "gerçek verilerin manipüle edilmesi, gizlenmesi" hem bu pandemide hem de herhangi bir sağlık krizinde yaygın bir uygulama haline gelmiştir (**Idrivo ve diğ., 2021; Ponce, 2020**). Nitekim, Brezilya, Şili ve Ekvator sağlık bakanlıklarının COVID-19 verileriyle, akademisyenlerin araştırma ve raporlarındaki verilerinin birbiriyle tutarsız olduğu ortaya konmuş, 188 ülkede yürütülen bir araştırmada, Brezilya'da toplumun %60'ı, hükümetin COVID-19 konusunda gerçek verileri kamuoyuyla paylaşmadığını belirtmiştir (**Benitez ve diğ., 2020**). 4 Haziran 2020 tarihinde COVID-19 nedeniyle ölüm sayısı 1473 olunca, Bolsonaro sosyal medya üzerinden toplam COVID-19 verilerinin her gün yayımlanmasının ülkenin bulunduğu anı yansıtmadığını açıkladı. Bir gün sonra, daha önceden Amazon ormanlarının yok edilmesi konusunda yaptığı gibi, sansürcü alışkanlığının bir gereği olarak, SB web sitesindeki toplam COVID-19 sayılarını kaldırıp, yalnızca son 24 saatteki doğrulanmış vaka ve ölüm sayılarının duyurulacağını belirtti. O gün web sayfasında sadece son 24 saatte 27.075 yeni doğrulanmış vaka ve 904 ölüm olduğu ve 10.209 hastanın da iyileştiği bilgisi paylaşıldı. Çünkü Bolsonaro gerçek verilerin ortaya çıkmasını istemiyordu. Buna paralel olarak, SB Bilim ve Teknoloji sekreteri ve iş insanlarından birisi, gazete röportajında verilerin bilfiil kamu yöneticileri tarafından abartıldığından, revize edildiğini itiraf etti (**Dyer, 2020a**). Bolsonaro daha da ileriye gidip, mevcut COVID-19 verilerinin doğruluğunu kontrol etmek için taraftarlarının hastanelere ve YYÜ'lerine gelmesi için çağrı yaptı (**Lotta ve diğ., 2020b**). Bolsonaro'ya yönelik tepkiler giderek artmaya başlayınca, Yüksek Mahkeme 8 Haziran 2020'de tüm COVID-19 verilerin yayımlanmaması kararını iptal etti. Mahkeme başkanı, bu karardan sonra sosyal medya hesabından istatistiklerin manipüle edilmesinin totaliter rejimlerin manevrası olduğunu, hilenin olası bir soykırım davranışından farklı olmadığı açıklamasını yaptı. Paralelinde, Pernambuco eyalet valisi ve ulusal sağlık bakanları konseyi başkanı

da benzer açıklamalarda bulundu (**Dyer, 2020a**). Bu ve benzeri muhalif tavırlardan ve bu mahkeme kararından sonra, tüm doğrulanmış COVID19 vaka ve ölüm verileri kamuoyu ile yeniden paylaşılmaya başlandı (**Idrivo ve diğ., 2021; Editorial, 2020b**). Şu anda COVID-19'a bağlı ölümlerin yaş, cinsiyet ve bölgelere göre veriler mevcutken ve yayımlanırken, doğrulanmış vakaların bazı demografik değişkenlere göre dağılımı, YBÜ'lerindeki hasta durumuyla ilgili veriler kamuoyuna açık olarak yayımlanmamaktadır (**Benitez ve diğ., 2020**).

**f. Salgının ilk dört ayında üç Sağlık Bakanı'nı görevinden aldı, istifa ettirdi.** Bolsonaro'nun 1 Ocak 2019'da göreve başlayan ilk sağlık bakanı, pediyatrik ortopedist doktor Luiz Henrique Mandetta'dır. Doktor Mandetta, pandemi öncesi ve sırasında BSS'nin finansal krizi için herhangi bir önlem almamış, sağlık sistemiyle ilgili gerekli hazırlıkları yapmamıştır. Bolsonaro'nun COVID-19'a yönelik bilim ve gerçek dışı açıklamaları ve eylemleri karşısından sessiz kalırken, kamusal önlemlerle ilgili yaklaşımları karşısında çatışmaya başlamıştır. Bu önlemleri savunan eyalet valilerini desteklemiş ve bunu kamuoyuyla paylaşmıştır. Yakın gelecekte eğilim bu şekilde devam ederse, sağlık sisteminin çökebileceğini ve alçak gönüllülükten yoksun Bolsonaro'nun kendisini de işten atacağını açıklamıştır. Toplumun %76'sından destek gören Dr. Mandetta, nitekim 4 Nisan 2020'de 16 aylık görevinden alınmıştır. Üç gün sonra yerine onkolog, aynı zamanda girişimci olan Dr. Nelson Teich atanmıştır (**Dyer, 2020b; Aquino ve diğ., 2020; Amigo, 2020**). Dr. Teich, göreve gelir gelmez, mevcut politikada radikal bir değişiklik yapmayacağını ve Bolsonaro ile uyum içinde çalışacağını belirtmiştir. Ancak, Bolsonaro hidroklorikini savunup, toplu testlere karşı çıkınca, sağlık bakanı bunu kabul edilemez buldu. Hatta, sosyal medya hesabından, klorikinin ciddi yan etkileri olduğunu, hastalara risklerinin anlatılmasını ve buna rağmen hastalar onam verirse klorokin kullanılması gerektiğini belirtmiştir (**Andrade, 2020a; Idrivo ve diğ., 2021; Amigo, 2020**). Bu ve benzeri çatışmalar nedeniyle, Bolsonaro'nun baskılarına dayanmadığı için Dr. Teich de 15 Mayıs 2020 tarihinde iki aylık görevinden istifa ettirilmiştir. COVID-19 pandemisinin ilk dört ayında üçüncü sağlık bakanı, sağlıksız olmayan general Eduardo Pazuello önce vekaleten, 16 Eylül 2020 tarihinden itibaren ise sağlık bakanı olarak atandı (**Andrade, 2020a; Idrivo ve diğ., 2021**). Bu sağlık bakanı COVID-19 hastası oldu, Bolsonaro'nun COVID-19'a yönelik yaklaşımlarını desteklemesine

karşın, 16 Mart 2021 tarihinde görevinden alındı. Fakat salgın sırasındaki ihmalleri nedeniyle halen yargılanmaktadır. Salgının döneminin dördüncü bakanı ise kardiyolog Marcelo Queiroga'dır.

**g. Kendisini desteklemeyen ve eleştirenleri "düşman" olarak gösterdi, toplumu kutuplaştırdı.**

Popülist sağ, otoriter ve milliyetçi iktidarlar, salgınlardan sorumlunun kaynağını ararken, toplumu kutuplaştırır ya da düşmanlaştırır. Bolsonaro da toplumu "tehlikeliler-düşmanlar" ile "destekçileri" olarak kutuplaştırdı (**Lasko, 2020; Carnut ve diğ., 2020**). Bolsonaro ve destekçileri, COVID-19 pandemisinde kamusal önlemleri, test sayısının artırılması ve toplu test yapılması, KKE kullanımı ve aşığı savunanları, hidrosiklorikin tedavisini bilimsel olarak kabul etmeyenleri, yerlileri, "tehlikeli ya da iç düşman", Çin'i ve DSÖ'yü ise "dış düşman" olarak gördü; gösterdi. Yerliler üzerinden sıklıkla ırkçı yorumlar yaptı. Örneğin, defalarca bir santimetrelik toprağın dâhi yerli halklara verilmeyeceğini kerelerce açıkladı. Hatta iki insan hakları örgütü Bolsonaro'yu böylesi yaklaşımlarından dolayı, soykırımı kışkırttığı gerekçesiyle Yerli Halklar Uluslararası Ceza Mahkemesi'ne şikâyet etti (**Dos Santos ve diğ., 2020**). Bolsonaro, Brezilya halkını DSÖ politikalarının karşısında olmaya davet etti. Daha da ileriye gidip, DSÖ'yü çocukları cinsel aktiviteye teşvik etmekle suçladı. Bolsonaro ve milletvekili oğlu DSÖ'yü partizan olarak tanımladı ve gerekirse DSÖ üyeliğinden çıkabileceğini iddia etti. Oğlu aynı zamanda sosyal medya hesabından Çin için: "... Virüsün bir adı ve soyadı var: Çin Komünist Partisi." şeklinde bir açıklama yaptı. Bu açıklama Brezilya ile Çin arasında bir diplomatik krize yol açtı. Bunun üzerine, Çin yetkilisi, derhal özür dilenmesini talep etti ve O da özür diledi (**Lasko, 2020; Leão, 2020; Ortega ve Orsini, 2019; David ve diğ., 2021**). Bolsonaro için diğer "tehlikeli grup-iç düşman", kamusal önlemleri destekleyen eyalet valileri ve belediye yöneticileri, özellikle bir sonraki seçimde kendisine rakip gördüğü São Paulo eyalet valisidir. Bolsonaro'nun bu tutum ve davranışları Ulusal Sanayi Konfederasyonu São Paulo Eyaleti Sanayiciler Federasyonu, Tarım ve Hayvancılık Konfederasyonu, Santa Catarina Tarım ve Hayvancılık Federasyonu vb. neofaşist burjuvazi tarafından desteklendi. Bu burjuvazi, dikey izolasyonu savunup, işçilerin korunmasına karşı çıktı ve ekonomik çıkarı ya da kazancı merkezine aldı (**Carnut ve diğ., 2020**). Diğer destekçisi, Bolsonaro'yu 2018 yılından beri destekleyen neopentekostal kiliseler ve Evanjelik yetkililerdir. Onlar, Brezilya'da temel ahlaki ve manevi destek sağladığı, ilahi güce güven eksikliği anlamına geldiği için ibadet merkezlerinin kapatılmasını reddetti. Silas Malafaia gibi ünlü

papazlar, sosyal medya hesaplarından, pandemiden korkulmamasını, tanrının inananları koruyacağı çağrısında bulundu (**Capponi, 2020**).

Bolsanaro örneğinde görüldüğü gibi, iktidarların böylesi yaklaşımları ve uygulamaları onların siyasi desteğini ve otoritesini güçlendirmemiş, tersine destekleyenleri giderek azalmıştır (**Barberia ve Gómez, 2020**). Örneğin, Haziran 2020 tarihinde Bolsonaro'yu iyi bulanlar %37 iken, iki ay sonra %32'ye düşmüştür. Brezilyalıların %41'i yeni koronavirüsten kaynaklanan ölümlerde suçlulardan birisinin Bolsonaro, %11'i ise tek sorumlunun Bolsonaro olduğunu düşünmektedir (**Williams, 2020**). Öte yandan, pandemi sırasında Bolsonaro karşıtı muhalif hareketler de artmaya başladı. Örneğin, 18 Mart 2020 tarihinden itibaren Bolsonaro'nun mevcut uygulamalarını protesto etmek için her akşam 20.30'da balkonlarda tencere-tava eylemleri (Panelaços) yapıldı. Hatta Dr. Mandetta SB görevinden alındığında, bu muhalif eylemlere orta ve üst sınıftakiler de eklendi. Sağlık Hizmetleri Birliği, salgını yönetemediği gerekçesiyle Bolsonaro'yu, "İnsanlığa Karşı Suçlar" ile suçladı ve mahkemeye başvurdu. Temmuz ayının sonuna doğru sağlık emekçileri, COVID-19 salgını sürecindeki yaklaşımları nedeniyle suçlu olduğu iddiasıyla yine Bolsonaro'yu Uluslararası Ceza Mahkemesine şikâyet etti (**Barberia ve Gómez, 2020; Akgemci, 2020; Dyer, 2020b**).

**4.2. Devletin, kurumlarının yanıtları ve kamusal önlemler**

İlk COVID-19 vakalarının karnaval öncesinde, yani ilk doğrulanan vakadan bir ay önce, Şubat ayının başından itibaren ise São Paulo eyaletinde toplumsal düzeyde bulaşın olduğu tahmin edilmektedir (**Morato ve diğ., 2020**). Bununla birlikte, DSÖ 30 Ocak 2020'de, COVID-19 salgını için Uluslararası Halk Sağlığı Acil Durumu ilân ederken, Brezilya'da, ilk doğrulanan vakadan 22 gün önce, ulusal düzeyde önem arz eden acil bir durum olarak görülmüştür. Fakat bu, çok sayıda eyalette ancak Mart ayının ikinci haftasından itibaren kabul edilmeye başlanmıştır. Örneğin, federal bölge ve tüm eyaletlerde 18 Mart-31 Aralık 2020 tarihleri arasında COVID-19 salgını "Afet Durumu" olarak benimsenmiştir (**Benitez ve diğ., 2020**). Örneğin, halk sağlığı acil durumu Amazonlar eyaletinde ilk COVID-19 vakasından on gün sonra, en kalabalık eyaletlerden birisi olan Rio de Janeiro'da ise 16 Mart 2020 tarihinde kabul edilmiştir (**Garcia ve Duarte, 2020; Schaefer ve diğ., 2020**).

Bu salgınla mücadele için ilk doğrulanan vakadan yaklaşık on beş gün sonra 13979 sayılı Yasa DSÖ direktifleri doğrultusunda yeniden düzenlenmiş,

izolasyon, karantina, muayene ve testlerin yapılması, geçici olarak sınırların kapatılması vb. önlemler tarif edilmiştir. Bolsonaro ve hükümeti bu önlemlerin karşısında olmasına rağmen, üst mahkeme fizik mesafe önlemlerinin federal, eyalet ve belediye düzeyinde alınması yönünde karar almıştır. Ne var ki bu karar, az sayıda eyalette uygulanmış, federal hükümet ile eyaletler arasında da çatışma nedeni olmuştur. SB 14 Mart 2020 tarihinde federal bölge eyalet ve belediyelerinin sağlık bölümlerine COVID-19'u kontrol altına almak için farmasötik olmayan önlemleri (halk sağlığı önlemleri) değerlendirmesini ve benimsemesini tavsiye etmekle sınırlı kalmıştır (**Silva ve diğ., 2020a**). Buna karşın, 25 Şubat-26 Nisan 2020 tarihleri arasında, 25 eyalet valisi tarafından bu önlemlerle ilgili 367 mevzuat çıkarılmıştır (**Schaefer ve diğ., 2020**).

Eyaletlere göre farklılık gösterse de az sayıda fizik mesafe önlemi kısa süreli uygulanmış, karantina uygulaması ise federal hükümet tarafından zorunlu tutulmamıştır. Oysa, 1-3 Nisan 2020 tarihleri arasındaki bir araştırmada, ekonomik zarara rağmen, salgını kontrol altına almak için katılımcıların %76'sı fizik mesafe önlemlerin alınması gerektiğini belirtmiştir. Bu, güney bölgesinde en düşükken (%70), kuzeydoğu bölgesinde en yüksek düzeyde (%81) bulunmuştur (**Aquino ve diğ., 2020; Benitez ve diğ., 2020**). Brezilya'da COVID-19 pandemisini kontrol altına almak, ya da azaltmak için uygulanan sekiz önlem; olayların askıya alınması (kamusal ve özel etkinlikler, kültürel, serbest zaman ve dini etkinlikler, spor aktiviteleri vb.) okul öncesi kurumları da dâhil, tüm eğitim kurumlarının ve faaliyetlerinin kapatılması, risk gruplarının karantinası ya da dikey izolasyonu (60 yaş üstü, hamile, emziren kadınlar ve/veya kronik hastalık gibi risk grupları için tele çalışma, evden çalışma, uzaktan çalışma vb.), tam ya da kısmi ekonomik kapanma, ulaşımın sınırlandırılması (belediyeler ve /veya eyaletler arası ulaşım yolcuğunun kısıtlanması veya askıya alınması) ve toplumsal karantinadır. Bu önlemlerin tümü ne federal bölge ne de eyaletler tarafından uygulanmaktadır. İlk üç fizik mesafe önlemi federal bölge ve 26 eyalet, ulaşımın sınırlandırılması 21, kısmi ekonomik kapanma 20, tam ekonomik kapanma ve toplumsal düzeyde karantina ise sadece yedi eyalette uygulanmıştır. Eyaletlerin çoğu, önlemleri ilk doğrulanmış vakadan bir aydan daha kısa bir sürede uygulamıştır. Böyle bir bulgu, 160 ülkede yürütülen bir araştırma bulgusuyla paralellik göstermiştir. Eyaletlerin çoğu fizik mesafe önlemlerini ilk kayıtlı ölüm gerçekleşmeden

önce, Tocantins eyaletinde ise ilk kayıtlı ölümden bir ay sonra uygulamıştır (**Silva ve diğ., 2020b; Benitez ve diğ., 2020**). Kuzey ve kuzeydoğu bölgelerindeki eyaletlerin çoğu, ticareti kısıtlama ve halka açık etkinliklerin askıya alınmasına daha hızlı karar vermiş, hatta bazı eyaletler ilk vakanın görülmesinden önce bu önlemlere başlamıştır (**Schaefer ve diğ., 2020**). Bu önlemler daha ayrıntılı ifade edilecek olursa;

**a. Olayların askıya alınması:** İlk girişim, federal bölgede 11 Mart 2020'de 100 kişiden fazla olan etkinliklere herhangi bir yetki verilmemesi, sonucusu ise Pará eyaletinde 7 Nisan 2020'de on kişiden fazla kişinin bulunduğu etkinliklerin yasaklanmasıdır (**Benitez ve diğ., 2020; Aquino ve diğ., 2020; Silva ve diğ., 2020a**). Büyük oranda kuzey ve kuzeydoğu bölgelerinde kullanılan olayların askıya alınması önlemi, ilk vaka ortaya çıkmadan önce yapan sadece sekiz eyalet bulunmaktadır. Parkların, plajların, nehirlerin, göllerin havuzların, spor tesislerinin kullanım ve ziyaretlerinin yasaklanmasına yönelik önlemlerin tamamı ya da bir bölümü 17 Mart-6 Nisan 2020 tarihleri arasında 12 eyalette (Alagoas, Amazonlar, Ceara, Espírito Santo, Mato Grosso, Pará, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo ve Tocantins) yasaklanmıştır. Pará eyaleti tüm bu önlemlerin yanında, dini toplantıları, Sergipe ise sadece sinema ve tiyatro gibi kültürel etkinlikleri yasaklayan tek eyalettir. Federal mahkeme ise 27 Mart 2020 tarihinde dini, piyango gibi temel faaliyetlerin dışındaki faaliyetleri askıya almıştır (Tablo) (**Aquino ve diğ., 2020; Benitez ve diğ., 2020**).

**b. Okulların kapatılması:** Tüm eğitim kurumlarını Federal bölge en erken (11 Mart 2020), beş eyalet (Alagoas, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Espírito Santo, São Paulo) ise en geç sürede (23 Mart 2020) kapatmıştır (**Benitez ve diğ., 2020; Silva ve diğ., 2020a**). São Paulo eyaleti eğitim kurumlarını önce kısmen, daha sonra tamamen kapatmıştır. Amazonlar eyaleti devlet okullarını, Acre, Bahia, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Sul, Roraima ve Tocantins eyaletleri ise tüm eğitim kurumlarını kısmen kapatmıştır (**Aquino ve diğ., 2020**). Tüm kuzey ve kuzeydoğu bölgelerinde olan 10 eyalet ilk vaka görülmeden önce okulları kapatırken, güneydoğu bölgesinden São Paulo ve Espírito Santo eyaletleri on gün sonra bu kararı almıştır. Temmuz ve Ağustos 2020 tarihlerinde Manaus'da kamu okulları, Rio de Janeiro'nun metropol bölgesinde ise bazı kamu ve özel

okullar yeniden açılmıştır (**Schafer ve diğ., 2020**). 110 yüksek eğitim kurumunun %67'si uzaktan eğitime geçememiştir. Bir başka ifadeyle, 1 Ağustos 2020'de 69 üniversiteden 23'ü uzaktan eğitim verebilmiştir. Ancak uzaktan eğitime ulaşabilen öğrenci sayısı oldukça sınırlıdır (**Gimenez ve diğ., 2020**). Daha sonra 14 Eylül 2020 tarihinde bazı şehirlerde özel okulların hazırlık sınıfları yeniden eğitime başlarken, devlet okulları eğitiminin askıya alınması devam etmiştir (**Fiocruz, 2020**).

**c. Ulaşımın sınırlandırılması:** Belediyeler ve eyaletler arası yolculuğu sınırlandırmayan altı eyalet; São Paulo, Espírito Santo, Federal bölge, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte, Tocantins'dir. Bu önlemi alan ilk eyalet ilk doğrulanmış vakadan 11 gün sonra Rio de Janeiro, son eyalet ise 15 gün sonra Piauí'dir (**Silva ve diğ., 2020a**). Eyalet dışından tüm uçuşların, şehirlerarası taşımacılığın, diğer ülkelerden tüm araçların girişinin, motosiklet ve taksilerin dolaşımının yasaklanması vb. en fazla uygulayan eyalet Rondonia'dır. Permambuco ve Bahia eyaletleri Mart ayının ikinci haftasında büyük gemilerin yanaşmasını, Permambuco ve Paraíba ayrıca kargo gemilerindeki mürettebatın karaya çıkışını yasaklamıştır (**Aquino ve diğ., 2020**). Şili, Kolombiya, Ekvator ve Peru, salgını ulaşım ile ilgili sınırlamayı ilk vakanın hemen ardından uygularken, Brezilya ülke düzeyinde ancak ilk doğrulanmış vakadan yaklaşık bir ay sonra sınırlarını kapatarak, bu dört ülke içinde en fazla geciken ülke olmuştur. Üstelik, yurt dışından gelenlerin kontrolü, karantina ve izolasyonu da doğru yürütülemedi. Bu dört Latin Amerika ülkesine göre, Brezilya 28 Temmuz 2020 tarihinde yabancı turistlere uluslararası hava seyahatini ilk kaldıran ülke olarak görünse de yabancıların ülkeye girişiyle ilgili kısıtlamalar oldukça sınırlı kalmıştır. Komşu ülkelerinin kara sınırlarını sadece 15 gün kapalı tutup, uluslararası hava yolculuğundaki kısıtlılıkları ise 19 Temmuz 2020'den itibaren yeniden başlatmıştır. Böylece, başka ülkeden gelen turistler sağlık sigortaları olduğunda Brezilya'ya seyahat edebilmektedir (**Benitez ve diğ., 2020; Silva ve diğ., 2020a**).

**d. Risk gruplarının karantinası:** Bolsonaro, salgın belirli noktaya geldiğinde bile, ekonomiyi kurtarmak, sermaye sınıfını ve küçük girişimcileri korumak için yaşlıları, komorbiditesi olan ve bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerin eve kapatılmasından ibaret olan risk gruplarının izolasyonunu (dikey izolasyon) savunmuştur. Hatta daha da ileriye gidip, işyerleri kapanırsa, ekonomik faaliyetler durdurulursa işsizlik ve kıtlık olacağını,

bunun da toplumsal karmaşaya yol açacağını iddia etmiştir. Bunların bir sonucu olarak, etkili kamusal önlemler almak yerine, toplumda ve bazı akademik ortamlarda "dikey ve yatay izolasyon" tartışmaları egemen olmuştur. Risk gruplarının karantinası 14-30 Mart 2020 tarihleri arasında uygulanmakta olup, 18 eyalette risk altındaki memurların uzaktan çalışması, 10 eyalette evden çalışabilen tüm memurların uzaktan çalışması şeklindedir. Alagoas, Mato Grosso do Sul eyaletleri ilk iki uygulamayı birlikte kullanmıştır (**Aquino ve diğ., 2020; Silva ve diğ., 2020a; Garcia ve Duarte, 2020**).

**e. Ekonomik önlemler:** Tam ya da kısmi ekonomik kapanma; temel olmayan kamu hizmetlerinde yüz yüze hizmetin askıya alınması ve/veya kamu çalışanlarının tele çalışmaya adaptasyonu, alışveriş merkezleri gibi ticari merkezlerin, spor salonlarının ve merkezlerinin (tanımı gereği kalabalık ticari kuruluşlar) kapatılması, yüz yüze hizmet veya yerinde gıda tüketiminin yasaklanması da dâhil olmak üzere, bar, restoran market gibi gıda işletmelerinin hizmetlerinin askıya alınması, hizmet ve diğer temel olmayan ticari kuruluşların ve sanayi faaliyetlerin askıya alınmasından oluşmaktadır (**Benitez ve diğ., 2020; Silva ve diğ., 2020a**). Ekonomik faaliyetlerin askıya alınmasına yönelik mevzuat 19-23 Mart 2020 tarihleri arasında yayımlanmıştır (**Batista ve diğ., 2020**). Ekonomik olarak tam kapanma yedi (19-21 Mart 2020), kısmi kapanma (17 Mart-5 Mayıs 2020) 20 eyalette uygulanmıştır (**Silva ve diğ., 2020a**). Ekonomik kapanma, eyaletlerin %67'sinde 10. doğrulanmış vakadan önce, %89'ununda COVID-19 kaynaklı ilk kayıtlı ölümden önce uygulanmıştır. Eyaletlerin %74'ünde, ilk önlemin uygulanmasıyla ekonomik kapanma arasındaki süre bir haftadan kısadır. Yedi eyalette uygulanan tam ekonomik kapanma ilk doğrulanmış COVID-19 vakasından 13 gün sonra, Amapá ve Maranhão'da bir ya da iki, Ceará'da ise 68 vaka olduğunda uygulanmıştır. Kısmi ekonomik kapanma; merkez, güney ve güneydoğu bölgesindeki eyaletlerde benimsenmiştir.

Ekonomik önlemler uygulandığında, São Paulo'da 810, Pará'da 4756, Mato Grosso'da ise altı doğrulanmış COVID-19 vakası vardı (**Silva ve diğ., 2020a**). Zorunlu olmayan ticari faaliyetlerin kapatılmasını ilk uygulayanlar ise kuzey ve kuzeydoğu bölgelerindeki eyaletlerdir (**Schafer ve diğ., 2020**). En fazla (13 eyalet: Acre, Amapá, Alagoas, Goiás, Maranhua Paraíba, Roraima, São Paulo, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Rondônia Santa Catarina, Sergipe) teslimatlar



dışındaki zorunlu olmayan işletmeler ve hizmetler kapatılmıştır. Federal bölge, sadece zorunlu olmayan ticari ve hizmet sektöründeki faaliyetleri durdurmuştur. Amazonlar, zorunlu olmayan işlerin ve hizmetleri, doğrudan gıda hizmetine dâhil olan tüm kuruluşları ve eğlence etkinlikleri sektörünü, perakende işletmeleri, restoranları kapatarak en fazla uygulayan eyalettir **(Aquino ve diğ., 2020)**.

Brezilya'da diğer kapitalist ülkelerde olduğu gibi, ekonomik önlemler büyük oranda sermaye sınıfını koruma odaklı olup onlar için, çok sayıda yardım ve destek programı geliştirilmiştir. Bunlar; a) kurumlar vergisinin ertelenmesi b) şirketlerin likiditelerini korumak (örneğin, vadesi gelen ödemelerinin ertelenmesi) c) küresel kredi programı kapsamında küçük ve orta büyüklükteki işletmelerin finanse edilmesi d) kredi limitlerinin yükseltilmesi, yeni kredilerin açılması e) işletmelerin tüm ödemelerinin geçici olarak askıya alınması f) işverenlere/patronlara geçici işçi sözleşmeleri yapması için daha esnek koşulların sağlanması g) işverenlere/patronlara işçilerinin sosyal güvenlik prim ödemelerinin ertelenmesi h) Federal Tasarruf Bankası'nın bazı kredilerdeki faiz oranlarını düşürmesi i) 60 günlük ödemesiz süre tanınması j) Ulusal Kalkınma Bankası'nın, mikro ve küçük firmalar için işletme sermayesi kredilerinin açılmasını ve ödenmemiş kredi ödemelerinin 6 ay süreyle askıya alınması k) ekonomik canlanma için Merkez Bankası'nın faiz indirimleri. Örneğin, 19 Mart 2020'de faiz %4 iken, 6 Ağustos 2020'de %2'ye düşürülmüştür. Eyaletlerin ve belediyelerin borç ve ödemeleri Aralık 2020 tarihine kadar ertelenmiştir **(Silva ve diğ., 2020b; Benitez ve diğ., 2020; KPMG, 2020)**.

Hükümetler ekonomik önlemler alırken, yoksulları, düşük gelirli, güvencesiz çalışanları ve işsizleri ekonomik ve sosyal olarak etkili kamu politikalarıyla korursa ya da desteklerse, bu önlemler uzun süre uygulanabilir ve başarılı olabilir **(Morato ve diğ., 2020; Nadanovsky ve Santos, 2020)**. Ne var ki Brezilya, ekonomik önlemlerinde sermaye sınıfını geniş ölçüde desteklerken, işçi ve emekçileri ne ekonomik ne de sosyal olarak korumuş, hatta tümüyle görmezden gelmiştir. Örneğin, salgınla birlikte, işçilerin %80'i savunmasız duruma gelmiş, 26 Mayıs 2020'ye kadar toplam işsiz sayısında 4.9 milyon artış olmuş, 8.1 milyon işçinin çalışma saatleri ve ücretleri düşürülmüştür **(Prates ve Barbosa, 2020; Lotta ve diğ., 2020b)**. Emekçilere ve diğer savunmasız gruplara yapılan ekonomik destekler gecikmeli olarak başlamış, onların da

miktarı az, süresi ise kısa tutulmuştur **(Carnut ve diğ., 2020)**. İlk zorunlu kapanma uygulamasıyla, kayıt dışı işçiler için ilk gelir desteğinin ödenmesine kadar geçen süre Brezilya'da 11-64 gün, kırılğan sektörler için 15-19 gündür. Bu zaman aralıkları, Şili, Kolombiya, Ekvator ve Peru'ya göre en kısa süredir **(Silva ve diğ., 2020b; Benitez ve diğ., 2020)**. Kayıt dışı işçilere ödenen aylık ücret, Eylül 2020 tarihinde yarı yarıya düşerek, 39.6 dolardır **(Carnut ve diğ., 2020)**. Favelalarda yaşayan ailelerin yaklaşık yarısı herhangi bir yardım dâhi alamamıştır **(Ortega ve Orsini, 2019)**. Formal ve informal sektörde emeğin korunması, küçük ve orta ölçekli aile işletmeleri için kredi destekleri oldukça azalmıştır. Kolombiya, Ekvator, Peru ve Şili'de hane halklarına verilen gelir ve kredi desteği %75 iken, Brezilya'da %50'dir. Bu dört ülke içinde Brezilya, kişi başı 880 dolar (GSYİH'nin yaklaşık %10'u) ile en az harcama yapan ülkedir **(KPMG, 2020; Benitez ve diğ., 2020)**. Yaklaşık 26 milyon işçi ne işsizlik sigortası, ne de acil temel gelir desteği almıştır **(Prates ve Barbosa, 2020)**. İşten ayrılan, çalışma saatleri azaltılan işçilere asgari ücret tabanından sağlanan sübvansiyon, altı ay (Nisan-Ekim 2020) sürmüş, Ağustos 2020'ye kadar sadece 16 milyon işçi bundan yararlanmış. Salgın nedeniyle işten çıkarılan kayıtlı işçilerin bir kısmı yasal olarak kıdem tazminatı almaya hak kazanabilmiştir. Arjantin ve Meksika'da işverene işten çıkarma yasağı konmuşken, Brezilya'da böyle bir yasak ya da kısıtlama da bulunmamaktadır. Sosyal sigorta kapsamında olmayan düşük gelirli haneler için Nisan 2020 tarihinde acil yardım programı uygulanmaya başlarken, bu yardımdan mevcut düşük gelirli ve kayıt dışı çalışanların sadece üçte biri aylık 107 dolar olarak alabilmiştir. Hatta, bu, Ekim 2020'den itibaren ayda 54 dolara düşürülmüştür **(Blofield ve diğ., 2021)**.

### 4.3. COVID-19'a yönelik kamusal önlemlerinin gevşetilmesi

Brezilya'da doğrulanmış vaka sayısının, fizik mesafe önlemlerinin, onların katılık düzeyinin ve süresinin etkili olduğu gösterilmesine karşın, ülke düzeyinde COVID-19'u kontrol altına almayı amaçlayan önlemlerle, onların etkinliğini analiz etmek için yeterli veri bulunmamaktadır **(Endo ve diğ., 2020; Prado ve diğ., 2020a)**. Ayrıca, alınan önlemlerin katılık düzeyi %60-70 olup, Şili, İspanya, Arjantin ve İtalya'dan daha düşüktür. Çünkü, Şili, Kolombiya, Ekvator ve Peru, merkezi düzeyde önlemler alırken, Brezilya, ağır yükü eyaletlere ve şehirlere bırakmış, hükümet, ülke düzeyinde önlemler almada hep isteksiz ve muhalif olmuş, hatta fizik mesafe

önlemlerinin hatalı olduğuna dair beyanlarda bulunulmuştur (**Benitez ve diğ., 2020; Morato ve diğ., 2020**). Brezilya'nın aldığı fizik mesafe önlemleri 28 Mart 2020'de en yüksek düzeye ulaşmışken, SB 6 Nisan 2020'de tüm önlemleri gevşetme niyetini ifade etmiş, ardından, kriter olarak sadece sağlık hizmetlerinin kapasitesini alarak, Nisan ayının ikinci haftasından itibaren alınan sınırlı ölçüdeki önlemler gevşetmeye başlamıştır. Oysa Brezilya'da Ağustos 2020'den önce hiçbir fizik mesafe önleminin gevşetilmemesi gerektiği belirtilmiştir (**Aquino ve diğ., 2020; Morato ve diğ., 2020**). Bilimsel araştırmalar da Ocak 2021 tarihine kadar salgını hafifletme önlemleri alınmazsa ve aşı da ülke çapında uygulanmazsa vaka sayısının 28 milyona, ölüm sayısının 902.787'ye ulaşabileceğini göstermiştir (**Monteiro de Oliveira ve diğ., 2020**). Ayrıca, Ocak 2021 tarihine kadar önlemlere yenilerinin eklenmesi, bilimsel kanıtlara dayalı, aşamalı olarak gevşetilmesi, bu olmadığı ya da kapanmaların ve gevşemelerin deneme-yanılmaya göre uygulandığında, hastalık ve ölüm sayısı ile sosyal sonuçların büyük boyutlara ulaşacağı ileri sürülmüştür (**Nadanovsky ve Santos, 2020; Morato ve diğ., 2020; Silva ve diğ., 2020b**).

Brezilya'da kayıtlı ilk ölümün hemen ardından, sermaye yanlısı kurum ve kuruluşlar, birkaç aylık kapanmanın ülke düzeyindeki üretimde %15 kayba yol açacağını, bunun da gayri safi milli hasıla (GSMH) büyümesinde her kapalı kalınan ay için yıllık %2 olacağını hesaplamıştır (**Carnut ve diğ., 2020**). Kısmen kapanma uygulandığında, Brezilya ekonomisinin 2020 yılında %5 küçüleceği tahmin edilmiştir (**Ponce, 2020**). Bu hesaplamalarda da görüldüğü gibi, salgında alınacak önlemlerde sermayenin kârının öncelendiği açıktır. Nitekim, Bolsonaro ve onu destekleyen eyalet valileri, sermaye gruplarının desteğiyle Nisan 2020'den itibaren Acre, Goiás, Rio Grande do Sul, Sergipe, Tocantins vb. eyaletlerde salgın kontrolsüz bir biçimde artarken, özellikle ticari ve sanayi faaliyetlerinin tekrar tam kapasite başlaması için bazı fizik mesafe önlemlerini gevşetmeye başlamıştır (**PPS, 2020; Aquino ve diğ., 2020; Morato ve diğ., 2020**). Böyle bir yaklaşım, önlemleri gevşetme kararı almayan eyaletleri de olumsuz etkilemiştir. Örneğin, São Paulo eyaleti valisi 11 Mayıs 2020'den itibaren aşamalı olarak önlemleri hafifleteceğini, daha sonra da ekonomik ve politik baskılar sonucunda, Haziran ayının sonlarından itibaren, birçok eyalet, artan sayıda vakalara rağmen, işletmeler ve ortak alanlar üzerindeki kısıtlamaları kaldırmıştır. Böyle olunca, Mart ayının sonuna kadar devam eden katı önlemler, Haziran 2020'den itibaren kaldırılmaya

başlamıştır. Kiliseler, mağazalar, alışveriş merkezleri, kuaför salonları, oto tamircileri, oteller vb. alanlar çok sayıda eyalette açılmıştır. Örneğin, 6 Mayıs 2020'de Amazonlar eyaleti, tüm ibadet merkezlerinin yeniden açılmasına izin veren yasa tasarısını onayladı. Temmuz ayının ilk haftasında, Rio de Janeiro'daki barlar, restoranlar ve kafelerde masalar arası iki metre mesafeye ve açık havada yemeğe ve içmeye %50 kapasiteyle çalışmaya izin verilmiştir. Ancak, bu kurallara uyulmamış, pek çok kişi çalışmak zorunda olduğu için kendini karantinaya alamamış ya da izole edememiştir (**Silva ve diğ., 2020b; Monteiro de Oliveira ve diğ., 2020**). Sonuç olarak, tüm önlemlerden Mayıs 2020'den itibaren vazgeçildiği için, Temmuz, Ağustos ve Aralık aylarında en yüksek vaka sayısına ulaşılmıştır (**Worldometers, 2021**). Bunların sorumlusu Bolsonaro hükümeti ise iki ay içinde doğrulanmış vaka sayısı 80bini, ölüm sayısı on bini aştığında, 9 Mayıs 2020'de üç günlük ek ulusal yas ilân etmekle yetinmiştir (**Fiocruz, 2020**). Ayıca, eyalet ve belediyelerde yürütme organını desteklemek, mevcut politikaları takip etmek için kriz komiteleri ve komisyonlar kurulmuş; ancak bu yapılarda emek örgütleri ve meslek örgütleri yerine, daha çok iş dünyasının temsilcileri ve yöneticileri yer almıştır (**Bispo ve Morais, 2020**).

## 5. COVID-19 Pandemisine Sağlık Sisteminin Yanıtları

### 5.1. SB'nin yanıtları

SB, ilk doğrulanmış COVID-19 vakası ortaya çıkmadan önce hazırlıklara başladığını ifade etmektedir. Örneğin, COVID-19 ile ilgili haberler çıkar çıkmaz topluma ve basına bilgi vermek için strateji belirlemek, planlama yapmak, mevcut durumu izlemek ve organize etmek için sağlık surveyans sekreterliğini yetkilendirmek, SB Acil Durum Operasyon Merkezini faaliyete geçirmek, acil durum uyarısını ikinci düzeye çıkarmak, tıbbi malzemelerin satın alınmasının kolaylaştırmak, SB, Oswaldo Cruz Vakfı (Fiocruz) ve PAHO ortaklığıyla Latin Amerika'daki dokuz ülkenin temsilcileriyle laboratuvar düzeyinde tanılamaya ilgili eğitim düzenlemiştir (**de Oliveira ve diğ., 2020; Benitez ve diğ., 2020; Fiocruz, 2020**). İlk doğrulanmış vakanın hemen ardından, surveyansa rehberlik edecek epidemiyolojik bültenler yayımlanmaya başlanmıştır. Bilgi paylaşımı için neredeyse her gün basın toplantıları yapılmış, toplum ve sağlık emekçileri için rehberler hazırlanmış, araştırma ve geliştirme teşvik edilmiş, ulusal çok merkezli klinik araştırmalara öncelik verilmiştir (Tablo) (**de Oliveira ve diğ., 2020**). Ayrıca, uzun süreli bakım kurumlarına 30.3 milyon, eyaletlere ve belediyelere 21.3 milyar dolar ek kaynak ayrılmıştır

**(Benitez ve diğ., 2020).** COVID-19 salgının ilk sağlık bakanı Dr. Mandetta'nın da yazarı olduğu bir makalede, SB'nin COVID-19 pandemisine de hazırlıklı olduğu, kaynakların tahsis edildiği, önlemlerle ilgili önerilerde bulunduğu, kamuoyuna açıklamalar yaptığı, acil durum önlemlerini izlediği, raporlar hazırladığı, yerel ölçütlerin tanımlanması için kılavuzlar oluşturduğu ve bakanlıklar arası yürütme grubu çalışmalarının yeniden başladığı belirtilmiştir **(Croda ve diğ., 2020)**. Bu girişimler önemlidir; ancak, salgına hazırlıklı olmak için yeterli değildir.

SB, 1990 yılından itibaren uyguladığı tele sağlık uygulamalarının salgınla birlikte, yeni mevzuatlarla kapsamını genişletmiştir. Mart 2020'nin sonlarında, planlanan sağlık prosedürlerinin ve randevuların kademeli olarak iptal edilmeye başlanması, COVID-19 salgınında yüz yüze sağlık hizmetlerine kısıtlamalar getirilmesi de bu süreci hızlandırmıştır. Böyle olunca, mevcut tele-sağlık hizmetleri artmış ya da yeni uygulama alanları ortaya çıkmıştır. Tele sağlık hizmetleriyle kişilere randevu verilmekte, hastalar hastane dışında tutulmakta, asemptomatik ve hafif COVID-19 hastaları evlerinde izlenmekte, çok sayıda klinik prosedür yürütülmekte ve daha ciddi vakalar hastanelere sevk edilmektedir. Sağlık emekçileri birbirleriyle ve yöneticileriyle tele konsültasyonlar yapmakta, BSS kapsamındaki UNA-SUS ile eğitim almaktadır. Teleradyoloji, teleECG, tele-spirometri, telepatoloji vb. ile tanılama, çevrimiçi eğitim platformlarıyla telerehabilitasyon, yaşlılar, çocuklar ve ergenler için oyun temelli psikoterapi yürütülmektedir. Yine, ağız ve diş sağlığında danışmanlık, eğitim, randevu, kontrol hizmetleri sunulmaktadır **(Caetano ve diğ., 2020; Souza ve diğ., 2020; Benitez ve diğ., 2020; Daumas ve diğ., 2020; de Oliveira ve diğ., 2020)**. Özetle, tele sağlık hizmetleri bu salgında yüz yüze hizmetlerin eksikliğini tamamlamak yerine, hizmetin kendisine dönüşmüştür. Daha önceden de belirtildiği gibi, Brezilya'da nüfusun önemli bir bölümünün internete ulaşamadığı düşünülürse, bu sağlık hizmetine erişimde önemli bir sorundur. Bir diğer sorun, tele sağlık hizmetleri ne kadar iyi olursa olsun, sağlık sistemi içindeki kurumların birbiriyle eşgüdüm içinde çalışmaması ve bağlantısız olmasıdır **(Daumas ve diğ., 2020)**.

COVID-19 salgını kapsamında SB düzeyinde ifade edilen tüm bu öneriler ve girişimler önemlidir; ancak, kesinlikle yeterli değildir. Tabloda da görüldüğü gibi, SB'nin müdahaleleri en az salgın öncesinde

olurken, en fazla ilk kayıtlı ölümden sonra olmuştur. Oysa bunun tam tersi olmalıydı. SB herkesin maske takması tavsiyesini oldukça geç bir tarihte (1 Nisan 2020) vermiştir. Bakanlık mücadele yerine, büyük oranda hastalığın yayılmasının önlenmesi için karantina, fizik mesafe ve erken tedavi tavsiyelerinde bulunmuştur. Ayrıca, Federal hükümet salgının başlarında COVID-19 için SB'ye 44.2 milyar dolar ayırdığını belirtmesine karşın, Temmuz 2020'ye gelindiğinde onun %28.3'ü harcanmıştır **(Lotta, 2020b)**. Şubat-Mayıs 2020 tarihleri arasında SB'ye 2.6 milyar dolar ek kaynak transfer edilmiştir. Kamu sağlık sistemine GSMH'den ayrılan pay ise %0.4 gibi oldukça sınırlı düzeydedir. Bu bütçeden üstelik BSSH ve ayaktan sağlık birimlerine oldukça az pay ayrılmıştır. Ayrıca, mevcut bütçe ve ek kaynaklar, pandemi düzeyindeki salgınla baş edebilmek için yeterli değildir. Öte yandan, Bolsonaro hükümetinin özel sağlık sigorta şirketlerine 2 milyar dolar destek sağlaması da başka bir sorundur **(Benitez ve diğ., 2020; Carnut ve diğ., 2020)**. Bunların dışında, COVID-19 pandemisinin ilk sağlık bakanı Dr. Mandetta hiçbir kamusal hizmetin ulaşamadığı favelaları "devletin olmadığı bölgeler" olarak niteleyip, SB'nin bu bölgelerde bilimsel yaklaşımın tersine, salgınla mücadele için uyuşturucu kaçakçıları ve milislerle diyalog içinde olabileceğini bile belirtmiştir. Ne yazık ki bazı bölgelerde de bu uygulanmıştır **(Ortega ve Orsini, 2019)**.

## 5.2. COVID-19 testleri

COVID-19 salgınıyla etkin mücadele araçlarından birisi de hem hastaların hem de asemptomatiklerin belirlenebilmesi için öncelikle toplumsal/kitlese düzeyde herkese tanı testlerinin yapılmasıdır. Bu noktada, DSÖ de toplu-kitlese-yaygın testlerin yapılması gerektiğini önermektedir **(Benitez ve diğ., 2020)**. Ancak, çoğu ülkede olduğu gibi, Brezilya'da da bu düzeyde testlerin yapılması söz konusu olmamıştır. Salgının başında Bolsonaro yönetimi, Kongre çoğunluğu olmadan, BSS bünyesinde uygun bir sağlık merkezi olmadığı gerekçesiyle, testi yalnızca ciddi COVID-19 vakaları ve onun semptomları nedeniyle hastanedeki hastalarla sınırlamıştır **(Silva ve diğ., 2020c; Barberia ve Gómez, 2020)**. Kısa bir süre sonra, risk gruplarına da test yapılmaya başlanmıştır. Fiocruz, 4 Mart 2020'de tanı kitlerini her bir eyalette bulunan toplam 27 merkez laboratuvara dağıtmaya başlamış, 15 Mart 2020 tarihinde hızlı testlerin yapılması onaylanmış, konuyla ilgili eğitimler de devam etmiştir. Nisan ayı sonundan itibaren, eczanelere hızlı test yapma yetkisi verilmiş, 6 Mayıs 2020'de SB ulusal test yapma stratejisinin toplumun %22'sine ulaşmak olduğunu belirtmiş ve bu konuda



PAHO'dan destek almıştır (Tablo) (**Fiocruz, 2020; Caetano ve diğ., 2020; Monteiro de Oliveira ve diğ., 2020; Vasconcelos, 2020**). Tüm bunlara rağmen, çoğu sağlık biriminde hızlı testler olmadığı için test, özel laboratuvar, klinik ve hastanelerde paralı olarak yapılmaktadır. Dolayısıyla, hızlı testlere yoksul kesimlerin erişmesi zordur. Ayrıca, hızlı tanı kitlerinin güvenilirliği de oldukça şüpheli, kitlerin standardizasyonunda ise sorunlar olduğu belirtilmektedir (**Rafael ve diğ., 2020; Vasconcelos, 2020**). Tüm bu sınırlı müdahalelerin de sonucu olarak, Brezilya halen mevcut test kapasitesi kısıtlı ve politikası da oldukça yetersizdir. Günlük kamuoyuyla paylaşılan verilerde testlerin kimlere ne kadar yapıldığı, kaç testin tekrarlayan test olduğu vb. bilgiler yer almamaktadır. Sınırlı sayıda yapılan testlerin sonuçları gecikmektedir (**Batista ve diğ., 2020; Nadanovsky ve Santos, 2020**). Ocak 2021'de bir milyon kişiye düşen test sayısı 138.710 olup, 220 ülke içinde en az test yapan 100. ülkedir (**Worldometers, 2021**). Brezilya, nüfusu 1 milyondan fazla olan ülkeler arasında enekte olduğu bildirilen kişiler sıralamasında 13. sırada iken, tanı testleri uygulamasında 29. sıradadır. Ülkede 25 Mayıs 2020'ye kadar toplam 1.182.581 test yapılmış olup, bir milyon kişiye 5566 test düşmektedir. Bu, ABD, İspanya ve Portekiz'den oldukça düşüktür (**Silva ve diğ., 2020c**). Ayrıca, bu eyaletler arasında da büyük farklılıklar göstermektedir. Örneğin, Mayıs 2020 sonunda ülke genelinde bir milyon kişi başına 4.200, en yüksek test sayısına sahip Ceará eyaletinde ise 5.400 test düşmektedir. 2 Aralık 2020'ye kadar, bir milyon kişi başına 296 test uygulanmıştır. Test sayısı Aralık 2020 sonunda günde ancak 65binin üzerine çıkabilmiştir.

Bilimsel çalışmalarla da gösterildiği gibi, böylesi sorunlar, salgının kontrol edilmesini engellemekte, hastalık ve ona bağlı ölümlerin gerçek durumunu gizlemekte ve eksik bildirimlere yol açmaktadır (**Vasconcelos, 2020; Rafael ve diğ., 2020; Ribeiro ve Bernardes, 2020; Caetano ve diğ., 2020**). Örneğin, bir araştırmada, eyaletlerde raporlamanın %32'nin altında ve Brezilya'daki gerçek vaka sayısının, resmi olarak bildirimlerden yaklaşık 11 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (**Prado ve diğ., 2020a**). Başka bir araştırmada, COVID-19 ile ilişkili ölümlerin yaklaşık %40.7'sinin eksik raporlandığı, bunun eyaletlere göre %25.9-%62.7 arasında farklılık gösterdiği, en yüksek raporlamanın Manaus ve Recife kentlerinde olduğu bulunmuştur (**Silva ve diğ., 2020c**). Bir başka çalışmada ise SB tarafından bildirilen COVID-19 vakalarının gerçekte 12-15 kat daha fazla olduğu ve eksik raporlamanın yoksul bölgelerde yapıldığı ortaya konmuştur (**Rafael ve diğ., 2020**).

### 5.3. Hastaneler ve YBÜ'ler

Brezilya dâhil çok sayıda kapitalist ülkede, COVID-19 salgını sırasında genelde hastanecilik hizmetlerine, mekanik ventilatörlerin temin edilmesine, özelde hastane ve YBÜ'lerdeki yatak sayısının artırılmasına odaklanılmıştır (**Medina ve diğ., 2020; Farsalinos ve diğ., 2021; de Oliveira ve diğ., 2020**). Salgına hazırlık aşamasında hastanelerin YBÜ'lerinin yatak kapasitesinin artırılması, alt yapının düzenlenmesi, sağlık emekçileri ve ekipmanın ihtiyaçları doğrultusunda yeniden gözden geçirilmesi, sağlıklı çalışma ortamı ile koşullarının oluşturulması vb. önlemler alınmamış ya da çok sınırlı düzeyde alınmıştır (**Farsalinos ve diğ., 2021**) (Tablo). Bu durum, yerlilerin ve yoksuların yaşadığı bölgelerde daha da dikkat çekicidir (**Jardim ve diğ., 2020**). Yetişkinler için yoğun bakım yatağı toplam 32.757 olup, yüz bin kişiye 17 yatak düşmektedir. Bu, Şili, Kolombiya, Ekvator ve Peru'dan daha iyidir; ancak, yeterli değildir (**Benitez ve diğ., 2020**). Hastane ve YBÜ yataklarıyla solunum cihazları kamu ve özel sektör, beş demografik bölge vb. açısından eşitsiz dağılmıştır. YBÜ'ler en yoksul bölgelerde hiç bulunmazken, güneydoğu bölgesinde ve bazı metropollerde yoğunlaşmıştır. Örneğin, toplam YBÜ yatak sayısının %56'sı özel sektörde, %53.4'ü güneydoğu'da, % 5.2'si ise kuzey bölgesindedir. Kamuda on bin kişiye 1.4 YBÜ yatağı düşerken, bu, özelde 4.9'dur. Oysa Brezilyalıların %24.6'sının özel sigortası vardır. Güneydoğu bölgesindeki São Paulo eyaleti, mevcut YBÜ'lerin %74'üne, São Paulo şehri %90'ına sahiptir. Yine, São Paulo'da yüzbin kişiye 22.3, Manaus'da ise 9.63 YBÜ yatağı düşmektedir. Amazonlar eyaletinde YBÜ yataklarının neredeyse tamamı başkenti Manaus'dadır (**Carnut ve diğ., 2020; Silva ve diğ., 2020c; Rafael ve diğ., 2020; Betonico ve Avezedo, 2020**). İlk doğrulanmış vakadan iki ay sonra hastane yataklarının yetersizliği dikkat çekici boyutlara ulaşmış ve durum giderek daha da kötüleşmiştir. 30 Nisan 2020'de hastaneler dâhil, sağlık sistemi çökme noktasına gelmiştir. YBÜ yataklarının %95'inden fazlası COVID-19 hastalarıyla dolmuştur (**Ortega ve Orsini 2019; Morato ve diğ., 2020**). Mart 2020'de COVID-19 hastaları için yoğun ve yarı-yoğun bakım hastaneleri, acil hastaneleri, Nisan 2020'de 20 tane sahra hastanesi yapılmaya başlanmış, São Paulo gibi metropollerde artan sağlık ihtiyacını karşılamak için stadyumlar hastaneye dönüştürülmüştür (**Betonico ve Avezedo, 2020; Amigo, 2020**). SB, 13 Mart 2020'de 10.800, 8 Nisan 2020'de 14.000, 14 Haziran 2020'de ise 15.300 solunum cihazı satın almış olsa da gereksinim karşılanamamıştır



**(Szylovec ve diğ., 2021; Oliveira ve diğ., 2021; Benitez ve diğ., 2020; Fiocruz, 2020; KPMG, 2020)** (Tablo). Giderek artan COVID-19 vakaları karşısında ne hastaneler ne de YBÜ'ler mevcut talebi karşılamıştır. Salgında yoğun bakım yatakları COVID-19 hastalarıyla dolmuş, hastanelerden ihtiyaç duyulan sağlık hizmetleri ise alınamamıştır **(Ortega ve Orsini 2019; Morato ve diğ., 2020)**.

#### 5.4. BBSH'nin yanıtları

Tarihsel olarak da bilindiği gibi, en iyi hastanecilik hizmetleri bile herhangi bir salgınla mücadelede asla yeterli değildir. Sağlık sistemi içinde BBSH; toplumun sağlığını korumada, kişilerin sosyal destek, gıda, ilaç vb. gereksinimlerini belirlemede, karantinaya alınmış kişilerin sağlık izlemlerinde, bakımında, hastalığının seyrinin izlenmesinde ve kötüleşenlerin durumunun zamanında tespit edilmesinde, toplum düzeyinde risk değerlendirmesinin yapılmasında, vakaların erken saptanmasında, surveyansta, fiyasyonda, temaslı izleminde, zorunlu sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında, hastanenin yükünü ve yatak doluluk oranını azaltmada özetle, COVID-19 pandemisiyle etkin mücadelede yegâne olanağa sahiptir. COVID-19 hastalarının %80'i asemptomatik, hafif ve orta seyirli vakalar olup, bu kişilerin yaşadıkları ortamda farkına varamadan hastalığı geçirdiği dikkate alınır, BBSH, sağlık hizmetlerine açılan ilk kapıdır **(Farsalinos ve diğ., 2021; Prado ve diğ., 2020b)**. Parasız, nüfus ve bölge tabanlı, geniş ve yeterli sayıda sağlık ekibine dayalı, sağlık sisteminin ilk başvuru yeri, diğer sağlık kurum ve kuruluşlarıyla eş güdümlü, ev ziyaretleriyle herkesin ayağına kadar hizmet götürülen, sağlığın geliştirilmesi ve korunmasını önceleyen, özetle, güçlü bir BBSH, COVID-19 salgının önlenmesini, morbidite ve mortalitesinin azaltılmasını, salgının etkilerinin ve sonuçlarının hafifletilmesini sağlar. Bu nedenle, COVID-19 pandemisi öncesi BBSH'nin tüm öğelerinin yeniden düzenlenmesi zorunluluktur **(Daumas ve diğ., 2020; Medina ve diğ., 2020; Sarti ve diğ., 2020; Gois-Santos ve diğ., 2020)**.

Brezilya'daki çok sayıda belgede ve raporda, COVID-19 salgınında BBSH'nin önemi, öncü olması ve yeniden düzenlenmesi gerektiği vurgulanmış, surveyansın her zamankinden daha fazla merkezi bir role sahip olduğu belirtilmiştir. Hatta, tüm zayıflıkları ve eksikliklerine rağmen, aile sağlığı ekiplerinin etkin rol alması gerektiğinin altı çizilmiştir. Ne var ki BBSH düzeyinde ne salgın öncesinde ne sonrasında sınırlı sayıda tedbir dışında, özellikle yerli halkların yaşadığı yerlerde kayda değer düzenlemeler yapılmamıştır **(Jardim ve diğ., 2020)**. Sınırlı sayıdaki ve kapsamdaki düzenlemelerden birincisi, ilk doğrulanmış vaka görülmeden önce "Previne

Brasil" kapsamında her BBSH birimine ayda 200 dolarlık ek kaynak sağlanmasıdır. İkincisi, SB'nin BBSH ve Sağlık Surveyans Sekreterliği ortaklığıyla, yerel yöneticilere destek sağlamak için Ulusal Sağlık ve Ulusal Belediye Sağlık Sekreterlikleri Konseylerini kurmasıdır **(Medina ve diğ., 2020; Harzheim ve diğ., 2020)**. Üçüncüsü, SB'nin yerelin özelliklerini de belediyeler düzeyinde ve daha önceki salgınlarda da aktif olan epidemiyolojik surveyans birimlerinin güçlendirmesidir **(Prado ve diğ., 2020b)**. Dördüncüsü ise "Anında Sağlık" programı kapsamında BBSH'de istihdam edilmek üzere, 7500 hekim alınması, BBSH'ndeki hekimler için 5815 ek iş pozisyonu sağlanmasıdır **(Harzheim ve diğ., 2020; de Oliveira ve diğ., 2020)**.

Federal düzeyde BBSH çalışanlarının SARS-Cov-2'ye maruz kalmaması için bu birimlerde ya da hizmet verdikleri nüfusun evlerinde yüz yüze hizmetten kaçınması gerektiği belirtilmiştir. Dünyada da yaygın olan bu yaklaşımla beraber, Brezilya'da eyaletlerin ve belediyelerin neredeyse tamamında COVID-19'a bağlı ilk kayıtlı ölümden hemen sonra, BBSH'ye yapılan başvurular, ilaç reçeteleme, danışmanlık, riskli grupların taranması, hipertansiyon ve diyabeti kontrol etmeye yönelik girişimler, acil dışındaki tüm ağız-diş sağlığı hizmetleri, sağlık kontrolleri, doğum öncesi bakım, aile planlaması, hemşirelik ve sosyal hizmet bakımları iptal edilip, tele sağlık hizmetleriyle sunulmaya başlanmıştır **(Fernandes ve diğ., 2020; Gois-Santos ve diğ., 2020; Medina ve diğ., 2020)**. Hatta BSS, böylelikle, BBSH kapsamı dışında kalan 50 milyon kişiye artık tele sağlık ile ulaşılabileceğini belirtmiştir. Salgın sürecinde, eyalet ya da belediye düzeyinde kişilerin sağlık hizmetleriyle ilk teması çağrı merkezleriyle yürütülen tele sağlık hizmetleriyle olmuştur **(Daumas ve diğ., 2020; Sarti ve diğ., 2020; Prado ve diğ., 2020b)**. TeleSUS ile COVID-19 hastaları tanılanmış, tedavi edilmiş ve izlenmiştir. 1990'lı yılların başlarında kurulmuş olan BBSH Sekreterliği ve BSS'nin Bilişim Bölümü (DATASUS), SB'yi desteklemek için çağrı merkezleriyle hizmet vermiştir **(Harzheim ve diğ., 2020; Medina ve diğ., 2020)**. COVID-19 bildirimlerini kaydetmek için özel bir modül içeren e-SUSES adında yeni bir surveyans aracı uygulamaya konmuştur **(Teixeira ve diğ., 2020)**. Ayrıca, COVID-19 hastaları ve temaslı izlemleri için cep telefonu mesajları ve telefon görüşmeleri kullanılmıştır **(Fernandes ve diğ., 2020)**. Dolayısıyla, salgın sürecinde aile sağlığı ekipleri rutin hizmetlerinin yanında, COVID-19 hastalarına tele sağlık ile danışmanlık vermiştir.

Belediyelere göre farklılık göstermekle birlikte,

surveyans birimleri hizmet sunmuştur. Bir epidemiyolog, bir teknisyen, bir yönetici yardımcısı, bir hemşire ve bir hekimden oluşan sağlık ekibi, temaslıların evlerine giderek numune almış, örneklerin her bir eyalette bulunan merkez laboratuvarına gönderilmesini sağlamış, COVID-19 hastalarının evlerine ilaç götürmüş, karantinede ve izolasyonda olan kişileri ise tele sağlık hizmetleriyle izlemiştir. Aile sağlığı ekibi içinde yer alan TSC ise sadece ulaşılması zor, ücra yerleşim yerlerindeki COVID-19 hastalarına ilaç götürmüştür. Ancak diğer salgınlarda da bu salgında da surveyans birimleriyle aile sağlığı ekipleri eşgüdüm içinde çalışmamıştır **(Teixeira ve diğ., 2020; Fernandes ve diğ., 2020; Lotta ve diğ., 2020b)**.

BBSH'nin tele sağlık hizmetleri kapsamında verildiği belirtilirken, ülke genelinin %30'unun, kuzeydoğu bölgesinin %36'sının, güneydoğu bölgesinin ise %25'inin internete ulaşamadığı göz ardı edilmemelidir **(Garcia-Filho ve diğ., 2020)**. Yanı sıra, sağlık reformunu uygulamış Brezilya'da, BBSH için salgın öncesi neredeyse herhangi bir hazırlık yapılmamış, ona hak ettiği önem verilmemiş, COVID-19'u azaltma stratejilerinde bile açılan bir kapı olamamıştır. Hatta, temel görevi COVID-19'da solunum semptomları olan hastalar için hastaneden yatak talep etmekle sınırlı kalmıştır. Hastanelerin kapasiteleri yetersiz kaldığında, ağır COVID-19 hastaları, bu birimlerde birikmiştir **(Prado ve diğ., 2020b; Farsalinos ve diğ., 2021; Souza ve diğ., 2020; Medina ve diğ., 2020; Gois-Santos ve diğ., 2020)**. SB, BBSH'de karşılaşılan COVID-19'a yönelik ülke çapında bir kılavuz hazırlamadığı gibi, salgın öncesi ve sırasında BBSH'nin nasıl yeniden düzenlenmesi gerektiği konusunda da rehberlik yapamamıştır. Özelde BBSH'de, genelde sağlık hizmetlerinde ülke düzeyinde bir koordinasyon sağlanamamıştır. Bazı belediyeler pandemi sırasında BBSH'yi yeniden düzenlerken, bazıları fiziksel mesafeyi nasıl sağlayacaklarını bilmedikleri ya da yeterli sürede uygulayamadığı için tüm BBSH birimlerini kapatmıştır. BBSH'ye kaynakların tahsisi, eğitim ve hizmetlerin yönetimi için çok az rehber hazırlanmış, bu konuda federal hükümetin önerileri ise düzensiz ve parçalı olmuştur **(Lotta ve diğ., 2020b)**. Yanı sıra, mevcut sağlık politikalarının yetersizliği, fiyasyon yapılmaması, testlerin duyarlılığının düşük olması vb. nedenlerle aile sağlığı ile surveyans ekipleri şüpheli ve hafif seyreden vakalara ulaşamamış, COVID-19 testleri BBSH kapsamında olmamıştır **(Teixeira ve diğ., 2020; Medina ve diğ., 2020; Prado ve diğ., 2020b)**.

BBSH'de 2017 yılından beri, TSC sayısının azaltılması, tüm sağlık emekçilerinin sözleşmeli ve güvencesiz çalışma gibi esnek çalışma biçimleri, "Daha Fazla Doktor Programı"nın kaldırılmasıyla hekim sayısının yetersizliği başka bir sorundur **(Medina ve diğ., 2020)**. İlk doğrulanmış vakadan 20 gün sonra, "Anında Sağlık" programı güncellenip, sağlık emekçilerinin çalışma saatleri artırılarak, çalışma saati haftada 60-70'e çıkarılmıştır. Hemşireler çoklu ve uzun vardiyalarla çalışmaya başlamıştır. BBSH çalışanları için hükümet ve eyalet düzeyinde yeterli ölçüde kaynak, ekipman, bilgi ve eğitim sağlanmamıştır. Aynı ekiplerde olmalarına karşın, hekimler, hemşireler ve TSC farklı kaynağa, eğitim olanağına ve desteğe sahip olmuştur. Örneğin, sadece %9'u enfeksiyondan korunma eğitimi alabilmiştir. Salgına hazırlık yapılmadığı için sağlık emekçileri, yeni görevler, yeni çalışma süreçleri, tele sağlık gibi çok sayıda zorlukla karşılaşmış; fakat buna yönelik çözümler sağlık emekçilerine bırakılmıştır **(Lotta ve diğ., 2020b)**. Salgında sınırlı ölçüde görev alan TSC'nin görevleri, çalışma koşulları belediyelere göre büyük farklılık göstermiştir. Örneğin, onlar federal düzeyde ev ziyareti yapmazken, bazı belediyelerde sosyal ağları ve tele tıbbi kullanarak, uzaktan çalışmayla ailelerle iletişim halinde olmaya devam etmiştir. Bazı belediyelerde, kamusal alanda fiziksel mesafe önlemlerini yerine getirmek için başka birimlerde ya da başka işlevlerde görevlendirilmiştir. Bazı belediyelerde COVID-19 hastalarının evine girmeden ev ziyareti yapmış, sayıları az da olsa bazı belediyelerde bu hastalar evde izlenmiştir. Yine, bazı belediyeler kronik hastalığı olanları çalıştırmıştır. Bunların sonucunda, TSC özerkliğini kaybetmiş, meslekleri sorgulanır hale gelmiş ve değersizleştirilmiştir. Aile sağlığı ekipleri ile surveyans ekipleri ise salgın sürecinde kendisini "çukurları örten 'tamirciler' gibi görmüştür. KKE'ler halen oldukça yetersizdir ve çoğu belediye günde her bir BBSH sağlık emekçisine bir adet KKE verdiği için onlar da satın almak zorunda kalmaktadır **(Lotta ve diğ., 2020a, 2020b; Gois-Santos ve diğ., 2020; Prado ve diğ., 2020b)**. Böylesi zorlu çalışma koşulları sonucunda, 40.000'den fazla BBSH çalışanı COVID-19'a yakalanmıştır. Sağlık emekçilerinin ölümleri içinde yetmiş TSC arasında görüldüğü belirtilse de onlar sağlık emekçisi olarak kabul edilmediği için, gerçek hastalık ve ölüm verileri resmi verilere yansımamaktadır **(Lotta ve diğ., 2020a)**. Castro, BBSH'deki bu durumu şu şekilde özetlemektedir: "*BBSH entegre edilemedi ve bunun için herhangi bir protokol oluşturulamadı. Aile sağlığı ekipleri, SARS-Cov-2 ile enfekte kişileri*

bulmak için filyasyon ve temaslı takibi yapabiliyordu; yaptırılmadı... Bu başarısızlık, daha az para ya da daha az düzeyde irade göstermeyle değil, hükümetin koordinasyon eksikliğiyle ilgilidir”(Andrade, 2020a). Bu tespit, bir ölçüde doğru da olsa eksiktir. Çünkü, üçüncü bölümde de belirtildiği gibi, adı BBSH olsa da sağlık reformlarıyla özünü kaybetmiş, tüm kapitalist ülkelerde neredeyse tek tipleşmiştir. Bir başka ifadeyle, sağlık ekibinden yoksun, bölge ve nüfus tabanlı, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmet merkezli olmayan, paralı, yalnızca kendisine başvuranlara hizmet veren birimlerdir. Bunun bir sonucu olarak, COVID-19 pandemisi sırasında Brezilya’da da etkin rol alamamıştır (Prado ve diğ., 2020b; Farsalinos ve diğ., 2021).

### 5.5. Hapishanelerde BBSH ve özgürlüğünden mahrum bırakılanların sağlığı

Brezilya, 2019 yılında, 2.608 hapishanesinde 773.151 özgürlüğünden mahrum bırakılmış kişiyle ABD ve Çin’in ardından dünyanın en büyük üçüncü hapishane nüfusuna sahiptir. Onların %6.7’si Rio de Janeiro eyaletindeki hapishanelerde. Her üç kişiden biri yargılanmak için ilk duruşmasını beklemektedir. Hapishaneler, özellikle Bolsonaro hükümetiyle beraber, %151, hatta bazıları %300 doluluk kapasitesine yükselmiştir (WPS, 2021; Arantes, 2020; Sánchez ve diğ., 2020). Bu nedenle, hapishanelerin %79’u aşırı kalabalıktır. Öyle ki bazı hapishanelerde 6 metrekarelik tek hücrede 20 kişi yaşamaktadır. Dolayısıyla, özgürlüğünden mahrum bırakılanların COVID-19 açısından 2 metrelik fizik mesafeyi muhafaza etmesi söz konusu bile değildir. Diğer Latin Amerika ülkelerinde olduğu gibi, Brezilya’da da hapishaneler aşırı kalabalık olmasının yanında, nemli, havalandırması yetersiz, sabuna, içme ve kullanma suyuna erişimi sınırlı mekânlardır. Hapishanelerdeki yemekler yeterli olmadığı için özgürlüğünden mahrum bırakılanların temel gıda gereksinimlerini yakınları karşılamaktadır. Fakat, 2019 ve 2020 yıllarında aileleri tarafından gönderilen gıda ve hijyen malzemelerinin %34.1’i ellerine geçmiş, geri kalanı hapishanelere bile ulaşmamıştır (de Oliveira Andradei, 2020; Carvalho ve diğ., 2020a). Carvalho ve ark. araştırmasına göre (2020a), çoğu hapishanede yeterli sayıda ve nitelikte KKE bulunmamaktadır. Böylesi hapishane koşulları sadece COVID-19 açısından değil, diğer bulaşıcı hastalıklar ve sağlık sorunları açısından da önemli risk faktörüdür. Nitekim, 2020 yılında ölen tutuklu ve hükümlü sayısı 2019’a göre %50 artmıştır (Arantes, 2020). Bu koşullar dikkate alınarak yapılan bir çalışmada, her bir doğrulanmış COVID-19 hastasının on tutuklu ya da hükümlüyü,

150 kişilik bir koğuştaki olanların %67’sinin 14 gün, tümünün ise 21 gün içinde enfekte edebileceği hesaplanmıştır (Sánchez ve diğ., 2020).

Hapishanelerde ilk doğrulanmış COVID-19 vakası Mart 2020 başlarında Rio de Janeiro eyaletinde, ilk ölüm ise yine aynı eyalette 17 Nisan 2020’de kaydedilmiştir (Souza, 2020). Hapishanelerde doğrulanmış vaka sayısı Mayıs 2020’de %800 artarak, 2200’e, Temmuz ayında 6000’e Aralık ayı sonunda 43.957, ona bağlı ölüm sayısı ise 21 eyalette 135’e ulaşmıştır. Doğrulanmış vaka sayıları en fazla sırasıyla; São Paulo (12.016), Minas Gerais (4.913), Mato Grosso (4.221) ve Santa Catarina (2.582)’dir (Pereira, 2021; de Oliveira Andradei, 2020; Arantes, 2020). Üstelik, COVID-19 testleri sadece durumu ağırlaşan ve acil servise sevk edilenlere yapıldığından, bir literatüre göre özgürlüğünden mahrum bırakılanların sadece %1’ine (Arantes, 2020) başka bir literatüre göre, %3.2’sine test yapılmıştır. Ayrıca, bu verilerin ne zaman, nasıl toplandığı, hangi testin kullanıldığı bilinmediği için güvenilir olmadığı da sıklıkla belirtilmektedir (de Oliveira Andradei, 2020; Carvalho ve diğ., 2020a). COVID-19 salgınıyla ilgili mevcut resmi belgelerde hapishanelerdeki durumdan ise hiç bahsedilmemektedir (Sánchez ve diğ., 2020). Temaslıların izolasyonu için hapishanede uygun bir ortam ve koşul bulunmamaktadır (de Oliveira Andradei, 2020). Sağlık hizmetlerine erişim ise büyük bir sorundur ve sağlık gereksinimleri devletin sorumluluğu olarak görülse de BSS kapsamında değildir Hapishanelerin yanında hekim muayene odası, üçte birinde kurum hekimisi bulunmamaktadır (Carvalho ve diğ., 2020a). Yine hapishanelerin yaklaşık yarısında ne ağız-diş sağlığı birimi (%48), ne de eczane (%46) bulunmaktadır. Özgürlüğünden mahrum bırakılan toplam 773.151 kişiye sadece 1151 hekim ve hemşire, 2473 hemşire yardımcısı ve teknisyeni, 1.244 sosyal hizmet uzmanı ve diğer sağlık emekçisi olmak üzere, 127.208 sağlık ve sosyal hizmeti emekçisi vermektedir. Bir başka ifadeyle, 6.800 kişiye bir hekim, 5.500 kişiye bir hemşire ve 6.300 kişiye bir sosyal hizmet uzmanı düşmektedir (Depen, 2020). Üstelik bu sağlık emekçileri de eyaletlerdeki hapishanelerde eşitsiz dağılmıştır. Hükümetin hapishanelerde COVID-19’a yönelik girişimleri; Ulusal Adalet Konseyi’nin 62 sayılı kararı uyarınca, özgürlüğünden mahrum bırakılanların avukatları, aileleri ve yakınlarıyla yüz yüze görüşmemesi, hapishanede spor, toplantı, kurs gibi bir araya gelenebilecek olayların yasaklanması, duruşmaların video konferans ile yapılması, Mart-Haziran 2020 tarihleri arasında 32.500 kişinin (60 yaş üzeri, kronik hasta, gebe, şartlı tahliyesi olanlar vb.) tahliye edilmesi ya da ev hapsine gönderilmesiyle sınırlıdır. Tüm bu sorunlar



halen devam ettiğinden, bazı hapisanelerde isyanlar devam etmektedir (**de Oliveira Andradei, 2020; Sánchez ve diğ., 2020; Pereira, 2021**).

### 5.6. Sağlık emekçileri

Salgın öncesinde çoğu ülkede olduğu gibi, Brezilya'da da sağlık emekçisi adayı öğrencilerin eğitime yönelik herhangi bir hazırlık yapılmamış ve salgın sırasında ise sağlık sistemiyle ilgili sınırlı sayıda yapılan düzenlemede mezuniyet öncesi eğitim arka sıralarda kalmıştır. İlk doğrulanmış vakadan yaklaşık 15 gün ile 5 hafta arasında özel üniversiteler çevrimiçi eğitime geçerken, bu sürede kamu üniversiteleri alt yapı ve öğrencilerin internete erişim sorunları nedeniyle, sadece kapalı kalmış ve tüm eğitim faaliyetleri askıya alınmıştır. Daha sonra kamu üniversitelerinin bazıları çevrim içi eğitime başlasa da öğretim elemanlarının deneyimsiz olması, alt yapı, öğrenci ve öğretim elemanı arasındaki etkisiz iletişim, laboratuvar uygulamalarının ve stajların alanda yapılamaması, eğitimin değerlendirilememesi, eğitimin süresi konusundaki belirsizlik, internete ulaşım güçlükleri gibi ciddi sorunlar ortaya çıkmıştır. Örneğin, tıp fakültesi 4. sınıfın yarısı teorik, yarısı uygulama olduğu halde, uygulamalar çevrim içi yürütülmektedir. Ayrıca, internete erişebilen öğrenciler de çevrim içi teorik ve uygulamalı eğitimlerden memnun değildir, yoğun olarak kaygı ve güçsüzlük yaşamaktadır (**Carvalho ve diğ., 2020b; Peloso, 2020; Lira ve diğ., 2020**).

COVID-19 salgını sürecinin ilk sağlık bakanı Dr. Mandetta, 23 Mart 2020'den itibaren sağlık emekçilerinin eksikliğini gidermek için meslek örgütlerinin görüşlerini almadan "Brezilya Bana Güveniyor" programını başlatmıştır. Bu programla, tıp, hemşirelik, eczacılık ve fizyoterapi bölümlerinin son sınıf öğrencileri stajlarında bir öğretim üyesi denetiminde kaza sigortaları ve sağlık güvenceleri olmaksızın haftada 20 saate kadar çalıştırılmaya başlanmıştır. Ayrıca, stajyerler stajlarının %75'ini tamamladığında mezun edilip, istihdam edilmiştir. COVID-19 pandemisinde aktif olarak sağlık kurumlarında çalışmalarına karşın, kamusal olarak KKE'ye erişimleri hep sınırlı olmuştur (**Carvalho ve diğ., 2020b; Peloso, 2020; Lira ve diğ., 2020**).

Sağlık emekçilerinin KKE ve hastane ekipman eksikliği en belirgin sorundur ve halen devam etmektedir. Federal Hemşirelik Konseyi (COFEN), 4.800 KKE'nin eksik olduğunu duyurmuştur. Ayrıca, 60 yaşın üzerinde, kronik hastalığı ve komorbiditesi olan sağlık emekçisinin COVID-19'lu hastaların olduğu birimlerde çalıştırılması, fazla hasta sayısı, düşük ücret, ağır iş yükü, yoğun ve uzun çalışma

saatleri, COVID-19 hastası olan ve buna bağlı ölen meslektaşlarına, hastalarına sıklıkla tanıklık etmeleri, okulların kapanmasıyla çocuğu olanların ek bir yük altında kalmaları, COVID-19 hastasının tedavisi ve bakımı konusunda eğitim alamamaları, etkeni yakınlarına bulaştırma kaygısı vb. sıklıkla karşı karşıya kaldıkları diğer önemli sorunlardır. Eğitim düzeyleri düşükse, göçmense, yardımcı sağlık emekçisi statüsünde ve kadınsa bu istenmeyen durumlar ve sonuçları daha da ağırlaşmaktadır. Bu sağlık emekçileri, uzun vardiyaların ardından, toplu taşıma araçlarıyla uzun süre seyahat ederek yaşadıkları banliyölere ulaşır, COVID-19 testlerine hiç ulaşamaz, gıdaya erişimleri ise sınırlıdır (**Valente ve diğ., 2020; Vedovato ve diğ., 2021; Minayo ve Freire, 2020; Cotrin ve diğ., 2020 ; COFEN 2020**).

Böylesi çalışma ve yaşam koşulları sonucunda ne yazık ki sağlık emekçileri de SARS-CoV-2 etkenine daha fazla maruz kalmakta, COVID-19 hastası olmakta ve ona bağlı ölmektedir. Fakat, test yaptırmada konusunda büyük zorluklarla karşılaşmakta, semptom göstermedikleri müddetçe test olamamaktadır. Salgın başladığından beri homojen, şeffaf ve kapsamlı bir surveyans sistemi bulunmamaktadır. Brezilya'da ilk doğrulanmış vakadan 37 gün sonra ilk kez kuzeydoğuda Pernambuco eyaleti, acil ve YBÜ'lere öncelik vererek, sağlık emekçileri arasında tanı amaçlı sürüntü almayla ilgili politika geliştirebilmiştir (**Vedovato ve diğ., 2021; Minayo ve Freire, 2020; Cotrin ve diğ., 2020**). Ayrıca, COVID-19 olan ya da ona bağlı ölen sağlık emekçileriyle ilgili resmi veri bulunmamakta, mevcut veriler ise büyük oranda COFEN Gözlemevi ve Fiocruz tarafından elde edilmektedir. COFEN, SB verilerinin de güvenilir olmadığını altını çizmektedir (**Grabois, 2020**). Sağlık emekçileri arasında doğrulanmış COVID-19 vakalarıyla ilgili bilgiler ise sadece altı eyaletin (Pernambuco, Espírito Santo, Paraíba, Maranhao, Sergipe ve Federal bölge) resmi bültenlerinde yer almaktadır (**Valente ve diğ., 2020**).

DSÖ, 8 Nisan 2020'ye kadar kendisine bildirimde bulunan 52 ülkede, 22.073 sağlık emekçisinin COVID-19 hastası olduğunu, Brezilya'da ise yedi bin sağlık emekçisinin şüpheli semptomlar nedeniyle izinli olduğu ya da izole edildiği, sadece 1.400'ünün doğrulanmış vaka olduğunu bildirmiştir (**Grabois, 2020**). Nisan ayı sonunda altı eyaletteki sağlık emekçilerinde COVID-19 prevalansı sırasıyla; Espírito Santo'da %32.4, Pernambuco'da %30.8, Paraíba'da %17.1, Maranhao'da %12.3, federal bölge'de %9 ve Sergipe'de %6.9'dur (**Valente ve diğ., 2020**). Haziran ayına kadar, SB sağlık

emekçilerine yaklaşık 432 bin COVID-19 testi yapıp, 83 bini (%19.2) pozitif çıktı (**Grabois, 2020; Fiocruz, 2020**). Bu sayı iki ay sonra iki kattan daha fazla artarak, 268.954'e ulaştı. Onların %72'si kadın, %34'ü hemşire teknisyen ve yardımcısı, %14'ü lisans mezunu hemşire, %11'i hekim, %5'i TSC %4'ü sağlık yöneticisidir (**PAHO/WHO, 2020**). Öte yandan, SB Sağlık Surveyans Sekreterliği'ne göre sağlık emekçilerinde doğrulanmış vaka sayısı Şubat 2021 tarihinde 173.440'a ulaşmış olup, %34.4'ü hemşire teknisyeni ve yardımcısı, %14.8'i lisans mezunu hemşire, %10.8'i hekim, %6'sı TSC'dir (**MSB, 2021b**). Mart-Ağustos 2020 tarihleri arasında toplam 226 sağlık emekçisi ölüyor (**Grabois, 2020**), bu sayı 2020 yılının sonunda 465'e yükseldi. Ölenlerin büyük bir çoğunluğu da São Paulo eyaletinde, yarıdan fazlası güneydoğu bölgesinde (%58.1) kadın (%63.9), hemşire teknisyeni hemşire yardımcısı ve lisans mezunu hemşire (%54.4)'dir. Dünya genelinde COVID-19 nedeniyle yaşamını kaybeden her üç hemşireden birisi Brezilya'da olup, büyük bir çoğunluğu kadın ve 41 yaş üstündedir (**Valente ve diğ., 2020; COFEN, 2020; Fiocruz, 2020**). Üstelik mevcut sayılar, tıpkı Brezilya genel nüfusunda olduğu gibi, sağlık emekçilerinde de düşük testler nedeniyle buzdağının sadece görünen kısmıdır. Bu tabloya rağmen, hasta olan sağlık emekçileri tedavi olmada zorluklarla karşılaşmakta, COVID-19'un meslek hastalığı olarak kabul edilmesi ise halen belirsizliğini korumaktadır.

## 6. Aşılama

COVID-19 pandemisiyle mücadelenin en etkin araçlarından birisi de toplumların büyük çoğunluğunun aşılmasıdır. Bu nedenle, ülkelerin hızlıca ulusal bir aşı programı başlatması ve sürdürmesi son derece önemlidir (**Jokura, 2021**). Bolsonaro ve hükümetiyle onların taraftarlarının aşı karışıklığına rağmen, muhalif hareketlerin artması, sağlık sisteminin çökme eşiğine gelmesi, COVID-19 salgının giderek kötüleşmesi karşısında, 2020 yılının Nisan ayından bugüne Brezilya'da COVID-19 aşısının üretimi, dağıtımı ve uygulanması konusunda bazı önemli adımlar atıldı. İlk olarak Fiocruz Minas araştırmacıları, COVID-19 aşısını geliştirmek için Ulusal Aşı Bilim ve Teknoloji Enstitüsü'nün ağına katıldı. Haziran 2020'de Brezilya Sağlık Düzenleme Kurumu (ANVISA) henüz aşıya izin vermemesine karşın, São Paulo valisi, eyaletinde devlet tarafından finanse edilen *Butantã* Enstitüsü ile Çinli Sinovac Biotech şirketinin CoronaVac aşısı üreteceğini ve

100 milyon doz satın alacağını duyurdu. Aynı ay, SB, Fiocruz ve Oxford Üniversitesiyle AstraZeneca aşısının alımı ve teknoloji transferi için anlaşma yaptı, bir ay sonra da 100 milyon doz aşı üretimiyle ilgili bir mutabakat imzaladı. Temmuz ayında Fiocruz ile *Butantã* Enstitüsü CoronaVac aşısının klinik denemelerine başladı ve henüz klinik aşamada olmayan toplam 6 tane COVID-19 aşısı daha geliştirildi. Eylülün ikinci haftasında Fiocruz, bu aşının üretim, dağıtım ve pazarlama haklarını elinde bulunduran 100 milyon doza erişimi garanti eden sözleşmeyi imzaladı. Çok sayıda Brezilyalı, Pfizer'in BioNTech, AstraZeneca ilaç firmasıyla Oxford Üniversitesi'nin AstraZeneca ve *Butantã* Enstitüsü ile Çinli Sinovac Biotech şirketinin CoronaVac aşılarının üçüncü fazında gönüllü oldu. Ancak önce CoronaVac aşısı çalışması Çin'de, daha sonraki ayda Astra Zeneca aşısı Brezilya'da açıklanamayan bir hastalık nedeniyle küresel olarak çalışmaları durduruldu. Kasım 2020'de CoronaVac aşısı çalışması Çin'de tekrar başladı (Tablo) (**Fiocruz, 2021; Gramacho ve Turgeon, 2021**). Bu tarihlerde Brezilya Yüksek Mahkemesi COVID-19'a karşı aşılamanın zorunlu olduğunu; ancak, kişilerin buna zorlanamayacağını belirtti ve Aralık ayının ilk haftasında, parasız COVID-19 aşısı programının başlatılacağını duyurdu. Yanı sıra, Mahkeme, aşığı reddeden vali ve belediye başkanlarının cezalandırılması gerektiği yaklaşımından vazgeçtiğini açıkladı. Aynı tarihlerde SB, 2021 yılı sonuna kadar 330 milyon aşı uygulama kitinin tedarik edilmesi için halka açık bir çağrı yaparken, Bolsonaro, SB'nin Çin'den alacağı 46 milyon doz CoronaVac aşısını iptal etti. Fakat Ocak 2021'de Brezilya Uyuşturucu Ajansı CoronaVac aşısının acil kullanımını onayladı ve Bolsonaro hükümeti, büyük bir baskının ardından nihayet 100 milyon doz Çin aşısı satın almak için sözleşmeyi imzaladı (**Jokura, 2021; Gramacho ve Turgeon, 2021**). Ardından, SB ulusal düzeyde aşı planını açıkladı. Buna göre, tüm risk gruplarının (50 milyon kişi) 2021 yılının ilk yarısında aşılacağını, nüfusun geri kalanını ise 1.5 yıl içinde tamamlanacağını taahhüt etti (**Paula ve diğ., 2021**). 17 Ocak 2021'de ANVISA, COVID-19 aşılara yönelik teşvik edici açıklamalar yapmaya başladı ve CoronaVac ve Astra Zeneca aşılarının acil kullanımına izin verdi. Ve resmi olarak ilk aşılama yine bu tarihte CoronaVac aşısıyla 54 yaşındaki bir hemşireye yapıldı (**Our World in Data, 2021; Fiocruz, 2021**). 18 Ocak 2021'de SB ülke çapında

COVID-19 aşısına başlanacağını beyan etse de öyle olmadı ve São Paulo, Rio de Janeiro olmak üzere, sadece 16 eyalet aşılamaı başlatabildi. Brezilya aşılamaıyla ilgili onlarca yıllık deneyime rağmen, Arjantin ve Şili'den daha geç başlamış oldu (**Statista, 2021b**). 23 Ocak 2021'de de ilk olarak AstraZeneca aşısı yapıldı. Aşı programının ilk aşamasında aşılanaılar sağlık emekçileri, huzurevlerinde yaşıayan 60 yaş üstü nüfus, 18 yaş ve üzeri engelliler ve yerlilerdir (**Boschiero ve diğ., 2021b**). Aşılamaıda ikinci öncelikli grup 60 yaş üstü tüm nüfus, üçüncü grup, kronik hastalığı olanlar, dördüncü grup ise sokakta yaşıayanlar, özgürlüğünden mahrum bırakılanlar, eğitim kurumundaki öğrenci ve çalışanlar, silahlı kuvvetler personeli vb. nüfustur. 17 Şubat 2021'de São Paulo eyaletinin Serrane şehri Coronavac aşısının bir çalışması gereği 18 yaş üstü nüfusun toplu olarak aşılandığı ilk yerleşim yeri oldu. Aşı zorunlu olmamasına karşın, yaklaşık bir ay içinde nüfusun %97'si bir doz, Nisan ayı sonunda da ikinci doz aşılardı oldu. Bu çalışması sonucunda semptomu olan COVID-19 hastalarının hastaneye yatışlarında %80, ölümlerde %95 düzeyinde azaldığı saptanmıştır. Hemen ardından, yine aynı eyaletin bir başka şehri Botucatu'da AstraZeneca'nın etkinliğini test etmek için 18 yaş üstü herkese aşı yapıldı (**Fiocruz, 2021; Moutinho, 2021**). Şubat 2021 tarihinde 40 milyon dolarlık CoronaVac aşısı getirilerek, Latin Amerika ülkeleri içinde Şili'den sonra ikinci ülke oldu. Aynı tarihlerde dünyada eşit erişimi sağlama taahhüdü ile DSÖ ve GAVI tarafından desteklenen COVAX ile 10.7 milyon doz AstraZeneca aşısını güvence atına alarak, Latin Amerika ülkeleri içinde birinci sıradaydı (**Statista, 2021b**). 3 Mart 2021'e gelindiğinde, Brezilya'da kullanım için onaylanan aşılarda: BioNTech ve AstraZeneca iken, sadece acil kullanımda yetkilendirilmiş ve öncelikli gruplara yapılan aşılarda CoronaVac ve Janssen'dir. Bu aşılardan Coronavac aşısı tüm aşılardıın %47'sini, Astra Zeneca %46'sını, BioNtech %7'sini, Janssen ise geri kalanı oluşturmaktadır. Mart ayının ilk haftasında İmmünobiyoloji Teknoloji Enstitüsü (Bio-Manguinhos/Fiocruz), COVID-19 aşısının büyük ölçekli üretimine başladı (**Fiocruz, 2021**).

COVID-19 aşısıyla ilgili gelişmeler olurken, Bolsonaro hükümetinin bazı yetkililerinin aşı satın almadan önce rüşvet istedikleri kanısı Brezilya'da yaygınlaşmaya başladı. Mart ayı sonunda yeni bir yasaya göre, öncelikli grupların aşılanaması

tamamlanıncaya kadar aşılardı hükümete bağışlamak koşuluyla özel bazı şirketlerin aşı satın alınmasına izin verildi. PAHO ve Brezilya'daki muhalifler bu yasanın eşitsizliği artıracağını, Brezilyalıların üçte ikisi aşılardıın temini ve dağıtımdan hükümetin sorumlu olması gerektiğini belirtmesine karşın, ülkeninin kamu sisteminin önceliğini ortadan kaldıran uygulama, halen devam etmektedir (**Saravia, 2021**). SB 2021 yılının ilk yarısında risk gruplarının aşılardıın tamamlanacağını taahhüt etse de başarılı olamamıştır (**Paula ve diğ., 2021**). Örneğin, sadece bir doz aşılardıın payı; 6 Şubat 2021'de %1.6, 30 Mart 2021'de %6.6, 30 Nisan 2021'de %13.7'dir. İki doz aşılardıın payı ise 3 Mart 2021'de %1.1, 1 Nisan 2021'de %2.1, 1 Mayıs 2021'de %6.4'dür (**Our World in Data, 2021**). Aşılama, yine diğer sağlık ve sosyal göstergelerinde olduğu gibi, eşitsizlik göstermektedir. Örneğin, iki doz aşı en fazla güneydoğu, kuzeydoğu bölgelerinde, São Paulo, Minas Gerais, Rio De Janeiro, Rio Grande do Sul, Bahai ve Paraná eyaletlerindedir (**Statista, 2021b; G1, 2021**). Sosyal güvenlik ve sağlık sistemi sağlık emekçilerini koruyamadığı için 2021 yılına gelindiğinde ancak yarısı aşılanaabilmiştir (**Vedovato ve diğ., 2021**). Başka bir sorun ise Brezilya sağlık bakanı General Eduardo Pazuello'nun ulusal ve kitlesel düzeyde aşı planı oluşturmada, aşı üreticileriyle anlaşmalar yapmada ve temel malzemelerin satın alınmasını sağlamada başarısız olmuştur (**Boschiero ve diğ., 2021b**).

### Sonuç

Salgınlar mevcut sağlık sistemini olduğu kadar, onun içinde geliştiiği hâkim üretim biçimini de test eder. Kapitalizmin yaşamın her alandaki eşitsizliklerini yaşıayan Brezilya, faşist, bilim karşıtı popülist sağın siyasetçilerinden Bolsonaro ve hükümetinin politikaları ve onların sağlık reformlarıyla COVID-19 pandemisi karşısında "başarısız" bir sınav vermiş; vermeye devam etmektedir. Hatta, Brezilya, ülke ve toplumsal düzeyde önlemler almadığı için en kötü ya da en başarısız ülkelerden birisi olmuştur. Dolayısıyla, barbar kapitalizmin her türlü yüzü, bu salgınla Brezilya'da açığa çıkmıştır. Bunun bedelini de ne yazık ki genelde işçiler, emekçiler, yoksullar, yerli halklar, dar gelirli, özeldede sağlık emekçileri ödemektedir. O nedenle, COVID-19 pandemisinde emekçilerle, sermaye sınıfı, Bolsonaro hükümeti ve onun savunucuları aynı fırtına içinde olabilir, ancak, aynı gemide değildir (**Minayo ve Freire, 2020**).



**Tablo . Brezilya'da COVID-19 pandemisi izlenesi (22 Ocak-23 Eylül 2020)**

Tarih	Müdahaleler
22 Ocak 2020	SB, Sağlık Surveyans Bölümü Acil Operasyon Merkezi faaliyete geçti.
28 Ocak 2020	COVID-19 "yakın tehlike" olarak tanımlandı, acil durum uyarısı ikinci düzeye yükseltildi. SB üç şüpheli vakayı izledi. Dünyada doğrulanmış vaka sayısı: 9.824, toplam ölüm sayısı: 213
30 Ocak 2020	Ulusal ve uluslararası önem arz eden halk sağlığı acil durumlarına dair bakanlıklar arası yürütme grubu (IEGPHENIC) yeniden faaliyete geçti.
03 Şubat 2020	SB, COVID-19'un ulusal öneme haiz halk sağlığı acil durumu olduğunu ilân etti.
07 Şubat 2020	SB, Fiocruz ve 9 Latin Amerika ülke temsilcisiyle laboratuvar düzeyinde tanılama eğitimi düzenledi.
9 Şubat 2020	Vuhan'da ikamet eden 34 Brezilyalı, hava kuvvetleri uçaklarıyla Brezilya'ya getirilip, Goiás eyaletinin askeri tesisinde karantinaya alındı.
<b>İLK DOĞRULANMIŞ VAKA (25 Şubat 2020) SONRASI</b>	
28 Şubat 2020	SB, 20 milyon maske ve 600 bin hastane önlüğü satın aldığını açıkladı. <b>Brezilya'da doğrulanmış vaka sayısı:1, ölüm yok</b> <b>Dünyada doğrulanmış vaka sayısı: 85.236, toplam ölüm sayısı: 2921</b>
03 Mart 2020	Sağlık bakanı, karantina ve fizik mesafe önleminin önemini vurguladı.
04 Mart 2020	Fiocruz, COVID-19 tanı kitlerini eyaletlerin merkez laboratuvar (LACEN)'larına dağıtmaya başladı
06 Mart 2020	İmmünolog Ester Sabino ve ekibi, Adolfo Lutz Enstitüsü'nde SARS-Cov-2 genom dizilemini araştırdı.
11 Mart 2020	İlk kez federal bölgedeki okulların dersleri askıya alındı.
13 Mart 2020	SB, şüpheli ya da doğrulanmış COVID-19 hastalarında izolasyon ve karantina kriterlerini düzenledi.
15 Mart 2020	ANVISA COVID-19 teşhisi için ilk sekiz hızlı testi onayladı.
16 Mart 2020	Rio de Janeiro ve São Paulo'da toplumsal bulaşlar olmaya başladı. "Anında Sağlık" programı güncellendi.
17 Mart 2020	COVID-19 nedeniyle ilk ölüm, São Paulo'da kaydedildi.
18 Mart 2020	Temsilciler Meclisi, COVID-19 salgını nedeniyle kamuya açık bir afet kararı çıkardı. Fiocruz, Brezilya'daki Merkez Laboratuvarı (LACEN)'nin COVID-19 teşhisi için eğitimini tamamladı. Bolsonaro'yu protesto etmek için muhalifler her akşam 20.30'da "Pelaçosa" eylemine başladı.
19 Mart 2020	Yerli Sağlığı Özel Sekreterliği/SB, Yerli Halklarda COVID-19 için Ulusal Acil Durum Planını ve Özel Yerli Sağlık Bölgeleri için ilk Teknik Rapor (DSEI) yayımladı.
20 Mart 2020	SB, toplumsal/kitlese bulaşmayı onaylayan bir kararname yayımladı.
23 Mart 2020	"Brezilya Bana Güveniyor" programıyla son sınıf sağlık emekçisi öğrencileri erken mezun edilip, istihdam edildi.
<b>COVID-19'A BAĞLI İLK ÖLÜMDEN (27 Mart 2020) SONRASI</b>	
27 Mart 2020	Fiocruz, "Solidarity" isimli uluslararası düzeyde çok merkezli klinik araştırmalar yürütmek için DSÖ ile ortaklık kurduğunu duyurdu.
30 Mart 2020	Virolog Felipe Naveca, Manaus şehrinde Fiocruz'da yürüttüğü araştırmada, SARS-CoV-2 genomik dizilemini koordine etti ve diğer örneklerle karşılaştırarak virüs mutasyonlarını belirledi. COFEN, sağlık emekçilerinde COVID-19 vakalarını belirlemek ve izlemek için bir form geliştirdi.
31 Mart 2020	Adalet ve Kamu Güvenliği Bakanı, COVID-19 ile mücadelede en çok etkilenen bölgelerde 60 gün süreyle geçerli olacak yardım için ulusal güç kullanımına izin verdi. <b>Brezilya'da doğrulanmış vaka sayısı:4579, toplam ölüm sayısı:159</b> <b>Dünyada doğrulanmış vaka sayısı:807.629, toplam ölüm sayısı: 38.719</b>
01 Nisan 2020	Maske takma protokolü değiştirilerek, herkesin kullanması önerildi. İlk yerli COVID-19 vakası doğrulandı.
02 Nisan 2020	Salgından zarar gören bazı yoksul ailelere ayda 600 Brezilya doları acil yardımı onaylandı. Yayımlanan geçici tedbirle (940/2020) SB'ye 9.4 milyar Brezilya dolar verildi. Fiocruz'a, yaklaşık 457.3 milyon, Ulusal Sağlık Fonu'na ise 8.9 milyar Brezilya dolar verildi.
06 Nisan 2020	SB tüm önlemleri gevşetme niyetini ifade etti.
08 Nisan 2020	Federal Üst Mahkeme'den Brezilya Baro Birliği'nin talep ettiği insan hareketliliğinin sınırlandırılması ve okulların kapatılmasına yönelik önlemlerle ilgili karar alındı. Kritik hastaların tedavisi için Brezilya'da üretilen 14.000 mekanik solunum cihazı satın alındı.
09 Nisan 2020	Fiocruz "COVID-19 Gözlemevi" kuruldu Amazonlar'daki Yanomami kabilesinde ilk ölüm (15 yaşında erkek çocuk) bildirildi.
16 Nisan 2020	COVID-19 pandemisinin ilk sağlık bakanı Dr. L.H. Mandetta, Bolsonaro tarafından görevinden alındı
17 Nisan 2020	Rio de Janeiro eyaletindeki hapishanede ilk kayıtlı ölüm oldu.
20 Nisan 2020	Manaus kentinde COVID-19'a bağlı yüksek ölüm hızı nedeniyle toplu mezarlar açılmaya başlandı. <b>Brezilya'da doğrulanmış vaka sayısı:78.162, toplam ölüm sayısı:5.466</b> <b>Dünyada doğrulanmış vaka sayısı 3.138, toplam ölüm sayısı: 227.895</b>

- 06 Mayıs 2020** SB, yeni koronavirüs pandemisiyle mücadele etme ve kontrol altına almanın bir parçası olarak ulusal test yapma planını (ülke nüfusunun %22'sine test yapma) yayımladı.
- 07 Mayıs 2020** COVID-19'dan oldukça kötü etkilenen Manaus ve Belém gibi kentlerde kapanma ilân edildi.
- 14 Mayıs 2020** Fiocruz'un İmmünobiyolojik Teknoloji Enstitüsü (Bio-Manguinhos), ülkedeki kamu laboratuvarları için 1 milyon COVID-19 tanı testi üretimine ulaştı.
- 15 Mayıs 2020** Sağlık bakanı Dr. N. Teich istifa etti. Yerine vekâleten General Eduardo Pazuello atandı.
- 19 Mayıs 2020** Geçici tedbir olarak Ulusal Sağlık Fonu'na 4.8 milyar, Fiocruz 713.2 milyon Brezilya doları tahsis edildi. Evandro Chagas Ulusal Bulaşıcı Hastalıklar Enstitüsü (INI/Fiocruz) COVID-19 pandemisi hastanesi açıldı.
- 28 Mayıs 2020** InfoGripe'nin raporu, Brezilya'nın birkaç bölgesinde vaka sayısında kalıcı bir büyüme eğilimi olduğunu ve fizik mesafe önlemlerinin sürdürülmesi gerektiğini gösterdi.  
**Brezilya'da doğrulanmış vaka sayısı:498.440, toplam ölüm sayısı:28.834**  
**Dünyada doğrulanmış vaka sayısı 6.012.227, toplam ölüm sayısı: 368.042**
- 08 Haziran 2020** Brezilya Yüksek Mahkemesi 4 Haziran 2020 tarihinde Bolsonaro emriyle sadece günlük doğrulanmış COVID-19 vakasıyla ona bağlı ölüm verilerinin yayımlanması kararını iptal etti. Bu tarihten itibaren günlük olarak toplam doğrulanmış vakalarının ve ona bağlı ölümler kamuoyuyla paylaşıldı
- 11 Haziran 2020** São Paulo valisi, Çin laboratuvarı Sinovac Biotech ve Butantan Enstitüsü ortaklığıyla COVID-19 aşısı üretileceğini duyurdu.
- 19 Haziran 2020** Fiocruz ve ABRASCO'daki araştırmacılar, COVID-19 ve yerli halkların karşı karşıya kaldığı ve hakları üzerine bir rapor hazırladı ve bu rapor BM'ye gönderildi.
- 27 Haziran 2020** SB, COVID-19 aşısı satın alımı ve teknoloji transferi için Fiocruz ve AstraZeneca arasında bir anlaşma yaptığını duyurdu.  
**Brezilya'da doğrulanmış vaka sayısı:1.368.195, toplam ölüm sayısı:58.314**  
**Dünyada doğrulanmış vaka sayısı 10.245.214, toplam ölüm sayısı: 502.123**
- 15 Temmuz 2020** PAHO, Amerika'da yerli halklar bağlamında COVID-19 ile yüzleşmeye yönelik eylemleri yoğunlaştırmanın önemi konusunda bir uyarı yayımladı.
- 23 Temmuz 2020** InfoGripe Bülteni, Amapá, Maranhão, Ceará ve Rio de Janeiro gibi eyaletlerde salgının ikinci dalgasına işaret etti.
- 28 Temmuz 2020** SB, COVID-19'a bağlı vaka ve ölümlere tanısız görüntülemeyi ekledi.
- 31 Temmuz 2020** Fiocruz ve AstraZeneca, teknoloji transferi ve 100 milyon doz Oxford aşısının üretimini içeren anlaşmanın temelini oluşturan bir mutabakat imzaladı  
**Brezilya'da doğrulanmış vaka sayısı:2.610.102, toplam ölüm sayısı: 91.263**  
**Dünyada doğrulanmış vaka sayısı 17.298.375, toplam ölüm sayısı: 668.329**
- 06 Ağustos 2020** Federal hükümet, teknoloji transferini sağlamak için Oxford Üniversitesiyle COVID-19 aşısı için işbirliği anlaşması imzaladı.
- 07 Ağustos 2020** Brezilya'da COVID-19 nedeniyle ölüm sayısı 100 bine ulaştı. SB erken tedavinin önemini vurguladı.
- 10 Ağustos 2020** Fiocruz, COVID-19 ulusal test kapasitesinin genişletildiğini duyurdu. SB tarafından finanse edilen ülkenin merkez laboratuvarlarını desteklemek için bir strateji sunuldu.
- 24 Ağustos 2020** Okullarda yüz yüze derslerin yeniden başlaması ertelendi.
- 31 Ağustos 2020** Üst Mahkeme, COVID-19'un köylerde yayılmasını önlemek için "İzolasyon ve Yakın Zamanda Temas Eden Yerli Halklar için Sanitasyon Bariyerleri Planı"nı onayladı.  
**Brezilya'da doğrulanmış vaka sayısı:3.862.311, toplam ölüm sayısı:120.828**  
**Dünyada doğrulanmış vaka sayısı 25.275.808, toplam ölüm sayısı: 846.949**
- 01 Eylül 2020** Hükümet, 300.00 Brezilya doları acil durum yardımını 4 ay uzattı.
- 09 Eylül 2020** Fiocruz, AstraZeneca ile 100 milyon doza erişimi garanti eden Teknolojik Düzen sözleşmesini imzaladı.
- 14 Eylül 2020** Bazı şehirlerde hazırlık sınıfları eğitime başlarken, çoğu devlet okulu öğrencisi için bu mümkün olmadı.
- 22 Eylül 2020** D'Or Enstitüsü ve UFRJ ile ortaklaşa Sağlıkta Teknolojik Gelişim Merkezi (CDTS/Fiocruz) tarafından yapılan araştırma, COVID-19 virüsünün sinir hücrelerini enfekte edip, beyin hasarı oluşturabildiğini gözlemledi.
- 23 Eylül 2020** Butantan Enstitüsü ile ortaklaşa üretilecek olan COVID-19 aşısına yönelik çalışma durduruldu.  
**Brezilya'da doğrulanmış vaka sayısı:4.777.522, toplam ölüm sayısı:141.921**  
**Dünyada doğrulanmış vaka sayısı: 33.731.717, toplam ölüm sayısı: 1.009.117**

**Not:** Brezilya'da ülke kapsamlı COVID-19 sağlık izlenesi sadece 6 Kasım 2020 tarihinde Fiocruz tarafından (2020) Ocak 2019-Eylül 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu tarihler arasında ayrıca yazar tarafından Caetano ve diğ. (2020), Idrivo ve diğ. (2021), Editorial, (2020b), Vedovato ve diğ. (2021) kaynaklarından bu tabloya eklemeler yapılmıştır.

**Kaynaklar**

- AgenciaBrasil.** (2019) Blacks make up majority of Brazil's unemployed and informal workers. Erişim adresi: <https://agencia-brasil.ebc.com.br/economia/noticia/2019-11/blacks-make-majority-brazils-unemployed-and-informal-workers>
- Akgemci, E.** (2020) Bovid-17: Brezilya'da salgın ve siyasi kriz. *Birikim*. Erişim adresi: <https://birikimdergisi.com/guncel/10064/bovid-17-brezilyada-salgin-ve-siyasi-kriz>
- Almeida, C., Travassos, C., Porto, C.S., Labra, M.L.** (2000) Health sector reform in Brazil: A case study of inequity. *Int. J. Health Serv.* 30(1):129-162.
- Amigo, I.** (2020) Indigenous communities in Brazil fear pandemic's impact. *Science*, 368: 6489.
- Amnesty International.** (2020a) Health workers deaths due to COVID-19. September 3, 2020. Erişim adresi: <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2020/09/mapping-covid19-health-worker-deaths/>
- Amnesty International.** (2020b) Exposed slienced attacked: Failures to protect health and essential workers during the COVID-19 pandemic. Erişim adresi: <https://www.amnesty.org/en/documents/pol40/2572/2020/en/>
- Andrade, R.O.** (2020a) COVID-19 is causing the collapse of Brazil's national health service. *BMJ*, 370:m3032 | doi: 10.1136/bmj.m3032
- Andrade, R.O.** (2020b) COVID-19: Prisons exposed in Brazil's crisis. *BMJ*, 370:2884.
- Aquino, E.M.L., Silveira, I.H., Pescarini, J.M., et al.** (2020) Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: Potential impacts and challenges in Brazil. *Ciênc. Saúde Colet.* 25(supl. 1):2423-2446.
- Arantes, M.** (2020) COVID-19 in Brazilian prisons: Pandemic or a necropolitical project? Erişim adresi: <https://www.opendemocracy.net/en/democraciaabierta/covid-19-brazilian-prison-pandemic-or-necropolitics/>
- Barberia, L.G., Gómez, E.J.** (2020) Political and institutional perils of Brazil's COVID-19 crisis. *Lancet*, 396 (10248):367-368.
- Batista, F.M.A., Mascarenhas, M.D.M., Marinelli, N.P., et al.** (2020) COVID-19 in Piauí: Initial scenario and perspectives for coping. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 53(13):1-2.
- Benitez, M.A., Velasco, C., Sequeira, A.R., et al.** (2020) Responses to COVID-19 in five Latin American countries. *Health Policy and Technol.* 9(4):525-559.
- Betonico, G.N., Azevedo, L.C.P.** (2020) Approaching COVID-19-Bedside strategies for intensive care. *The Eur. J. Clin. Invest.* 50(7): e13310
- Bispo, J.P., Morais, M.B.** (2020) Community participation in the fight against COVID-19: Between utilitarianism and social justice. *Cad. Saúde. Pública*, 36(8):e00151620.
- Blofield, M., Lusting, N., Trasber, M.** (2021) Social protection during the pandemic: Argentina, Brazil, Colombia, and Mexico. *Tulane University, Working paper:104*. Erişim adresi: <http://repec.tulane.edu/RePEc/ceq/ceq104.pdf>
- Boschiero, M.N., Palamim, C.V.C., Marson, F.A.L.** (2021a) COVID-19 vaccination on Brazil and the crocodile side-effect. *Ethics Med. Public Health*, 17:100654. doi: 10.1016/j.jemep.2021.100654.
- Boschiero, M.N., Palamim, C.V.C., Ortega, M.M., et al.** (2021b) One year of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Brazil: A political and social overview. *Ann. Glob. Health*, 18;87(1):44, 1-27
- Boratav, K.** (2010) Latin Amerika'da "Sol" iktidarlar: Brezilya örneği. *SoL*, 28.11.2010. Erişim adresi: <https://haber.sol.org.tr/yazarlar/korkut-boratav/latin-amerika-da-sol-iktidarlar-brezilya-ornegi->
- Boratav, K.** (2018) Brezilya: 'Piyasalar' faşist adayı destekliyor. *SoL*, 12.10.2018. Erişim adresi: <https://haber.sol.org.tr/yazarlar/korkut-boratav/brezilya-piyasalar-fasist-adayi-destekliyor-248994>
- Caetano, R., Silva, A.B., Guedes, A.C.C.M., et al.** (2020) Challenges and opportunities for telehealth during the COVID-19 pandemic: Ideas on spaces and initiatives in the Brazilian context. *Cad. Saúde. Pública*, 36(5):e00088920.
- Capponi, G.** (2020) Overlapping values: Religious and scientific conflicts during the COVID-19 crisis in Brazil. *Soc. Anthropol.* 28(2):236-237.
- Carnut, L., Mendes, A., Guerra, L.** (2020) Coronavirus, capitalism in crisis and the perversity of public health in Bolsonaro's Brazil. *Int. J. Health Serv.* 51(1):18-30.
- Carvalho, S.G., Santos, A.B.S., Santos, I.M.** (2020a) The pandemic in prison: Interventions and overisolation. *Cien.Saude Colet.* 25(9):3493-3502.
- Carvalho, V.O., Conceição, L.S.R., Gois, M.B. Jr.** (2020b) COVID-19 pandemic: Beyond medical education in Brazil. *J.Card. Surg.* 35(6):1170-1171.
- Central Intelligence Agency-CIA.** (2020) South America: Brazil-The World Factbook Erişim adresi: [https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/print\\_br.html](https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/print_br.html)
- Chamber of Deputies Federative Republic of Brazil-CPFRB.** (2020) Report on Jair Bolsonaro's actions against the prevention and control of the novel coronavirus. Erişim adresi: [https://static.congressoemfoco.uol.com.br/2020/03/Report\\_OMS\\_UN\\_Bolsonaro\\_Coronavirus-1.pdf](https://static.congressoemfoco.uol.com.br/2020/03/Report_OMS_UN_Bolsonaro_Coronavirus-1.pdf)
- Conselho Federal de Enfermagem-COFEN.** (2020). Enfermagem Numeros. Erişim adresi: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-numeros>
- Cotrin, P., Moura, W., Gambardela-Tkacz, C.M., et al.** (2020) Healthcare workers in Brazil during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional online survey. *Inquiry-J Health Care*, 57:1-11.
- Couttolenc, B., Dmytraczenko, T.** (2013) Brazil's primary care strategy. *UNICO Studies Series 2, Brazil's primary care strategy.* The World Bank, Washington DC. Erişim adresi: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13287>
- Croda, J., Oliveira, W.K., Frutuoso, R.L., et al.** (2020) COVID-19 in Brazil: Advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. *JBSTM, Vol.:53:e20200167.*
- Cupertino, G.A., Cupertino, M.C., Gomes, A.P., et al.** (2020) COVID-19 and Brazilian indigenous populations. *The Am. J. Trop. Med. Hyg.* 103(2):609-612.
- David, H.M.S.L., Acioli, S., Silva, M.R.F.D., et al.** (2021) Pandemics, crisis conjunctures, and professional practices: What is the role of nursing with regard to COVID-19. *Rev. Gaúcha. Enferm.* 42(spe):e20190254
- Daumas, R.P., Silva, G.A.E., Tasca, R., et al.** (2020) The role of primary care in the Brazilian healthcare system: Limits and possibilities for fighting COVID-19. *Cad.Saúde Pública*, 36(6):e0010412.
- de Oliveira Andradei, R.** (2020) Covid-19: Prisons exposed in Brazil's crisis. *BMJ*, 370:m2884 | doi: 10.1136/bmj.m2884
- de Oliveira, W.K., Duarte, E., de Franca, G.V.A., Garcia, P.** (2020) How Brazil can hold back COVID-19. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 29(2):e2020044.
- Departamento Penitenciário Nacional- Depen-** (2020) Depenlança Infopen com dados de dezembro de 2019. Erişim adresi: <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen-lanca-infopen-com-dados-de-dezembro-de-2019>
- Dias, I.** (2020) Could the Coronavirus topple Jair Bolsonaro? Erişim adresi: <https://slate.com/news-and-politics/2020/03/coronavirus-bolsonaro-brazil-panelaco.html>
- Dos Santos, R.A., Osorio Severo, D., da Graça Luderitz Hoefel, M.** (2020) Bolsonaro's hostility has driven Brazil's indigenous peoples to the brink. *Nature*, 584(7822):524.
- Dyer, O.** (2020a) COVID-19: Bolsonaro under fire as Brazil hides figures. *BMJ*, 369:m2296 doi: 10.1136/bmj.m2296
- Dyer, O.** (2020b) COVID-19: Brazil's president rallies supporters against social distancing. *BMJ*, 369:m1589
- Editorial.** (2020a) COVID-19 in Brazil: "So what?" *Lancet*, 395(10235):1461.
- Editorial.** (2020b) Political casualties of the COVID-19 pandemic. *Lancet Infect. Dis.* 20 (7):755.
- Elias, P.E.M., Cohn, A.** (2003) Health reform in Brazil: Lessons to consider. *Am. J. Public Health*, 93(1):44-48.
- Endo, P.T, Silva, I., Lima, L., et al.** (2020) #StayHome: Monitoring and benchmarking social isolation trends in Caruaru and the Região Metropolitana do Recife during the COVID-19 pandemic. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 24;53:e20200271.
- Farsalinos, K., Poulas, K., Kouretas, D., et al.** (2021) Improved strategies to counter the COVID-19 pandemic: Lockdowns vs. primary and community healthcare. *Toxicol. Rep.* 8:1-9.
- Fernandes, L.M., Pacheco, R.A., Fernandez, M.** (2020) How a pri-



- mary health care clinic in Brazil faces Coronavirus treatment within a vulnerable community: The experience of the Morro da Conceição area in Recife. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, Sept. 24:10.1056/CAT.20.0466.
- Fiocruz.** (2020) Observatory after six months of the pandemic in Brazil. *Bulletin of Covid-19 Observatory*. Erişim adresi: [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/imagensPortal/covid-19-bulletin-six-months\\_2020-11-06\\_en-web.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/imagensPortal/covid-19-bulletin-six-months_2020-11-06_en-web.pdf)
- Fiocruz.** (2021) COVID-19 vaccine in Brasil. Erişim adresi: <https://portal.fiocruz.br/coronavirus-noticias/?article>
- Forgia, G.L.** (2008) Brazil. Innovative approaches to extending family health services. *Enbreve*, No:123. Erişim adresi: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/>
- Garcia, L.P., Duarte, E.** (2020) Nonpharmaceutical interventions for tackling the COVID-19 epidemic in Brazil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 29(2):e2020222. doi: 10.5123/S1679-49742020000200009.
- Garcia-Filho, C., Vieira, L.J.E.S., Silva, R.M.** (2020) Internet searches for measures to address COVID-19 in Brazil: A description of searches in the first 100 days of 2020. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 29(3):1-5.
- Gimenez, A.M.N., Gavira, M.O., Bonacelli, M.B.M.** (2020) Adaptation and future challenges for public universities in Brazil in the face of the covid-19 pandemic. Erişim adresi: <http://www.guninet-work.org/report/adaptation-and-future-challenges-public-universities-brazil-face-covid-19-pandemic>
- Gois-Santos, V.T., Santos, V.S., Souza, C.D.F., et al.** (2020) Primary health care in Brasil in the times of COVID-19: Changes, challenges and perspectives. *Rev. Assoc. Méd. Bras.* 66(7):876-879.
- Gomes, F.M.S., Santo, M.C.C.E., Gryscek, R.C.B., et al.** (2020) Access to drinking water and sewage treatment in Brazil: A challenge for the control of waterborne infectious diseases. *Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo*, 62:1-3.
- Grabois, V.** (2020) Como reduzir o risco de contágio e morte dos profissionais de saúde. Erişim adresi: <https://agencia.fiocruz.br/como-reduzir-o-risco-de-contagio-e-morte-dos-profissionais-de-saude>
- Gramacho WG, Turgeon M.** (2021) When politics collides with public health: COVID-19 vaccine country of origin and vaccination acceptance in Brazil. *Vaccine*, 6;39(19):2608-2612.
- G1.** (2021) Mapa da vacinação contra Covid-19 no Brasil. Erişim adresi: <https://especiais.g1.globo.com/bemestar/vacina/2021/mapa-brasil-vacina-covid/>
- Harris, M., Haines, A.** (2010) Brazil's family health programme: A cost effective success that higher income countries could learn from. *BMJ*, 341: 1171-1176.
- Harzheim, E., Martins, C., Wollmann, L., et al.** (2020) Federal actions to support and strengthen local efforts to combat COVID-19: Primary health care (PHC) in the driver's seat. *Ciën. Saúde Colect.* 25(suppl 1):2493-2497.
- Idrivo, A.C., Manrique-Hernandez, E.F., Fernández Niño, J.A.** (2021) Report from Bolsonaro's Brazil: The consequences. *Int. J. Health Serv.* 51(1):31-36.
- Indexmundi.** (2020) Country comparison. Erişim adresi: [https://www.indexmundi.com/g/r.aspx?t=0&v=74&l=en#google\\_vignette](https://www.indexmundi.com/g/r.aspx?t=0&v=74&l=en#google_vignette)
- Jardim, P.T.C., Dias, I.M.Á.V., Grande, A.J., et al.** (2020) COVID-19 experience among Brasil's indigenous people. *Rev. Assoc. Méd. Bras.* 66(7):861-863.
- Jokuro, T.** (2021) COVID-19 distribution challenges. *Pesquisa*. Erişim adresi: <https://revistapesquisa.fapesp.br/en/distribution-challenges/>
- Jucier, J.G., Moreirab, M.M., Pinheirod, W.R., et al.** (2020) The mental health of those whose rights have been taken away: An essay on the mental health of indigenous peoples in the face of the 2019 Coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Psychiatry Res.* 289:1-2.
- KPMG.** (2020) Government and institution measures in response to COVID-19. Erişim adresi: <https://home.kpmg/xx/en/home/insights/2020/04/brazil-government-and-institution-measures-in-response-to-covid.html>
- Kara, B.** (2019) Brezilya: Tarihi, ekonomisi, dili, dini ve etnik yapısı. *Evren atlası*. 21 Aralık 2029. Erişim adresi: <https://evrenatlas.com/2019/12/brezilya-hakkinda-bilgiler/>
- Lasko, G.** (2020) Medical populism and the COVID-19 pandemic. *Glob. Public Health*, 15(10):1417-1429.
- Leão, J.A.** (2020) Political polarization at the time of the coronavirus: A Brazilian's view. *Oral Dis. Suppl.* 3:713-715.
- Lemos, G.** (2020) Brazilian morenoites join Bolsonaro in promoting hydroxychloroquine against COVID-19. 22 December. Erişim adresi: <https://www.wsws.org/en/articles/2020/12/23/brhc-d23.htm>
- Lira, A.L.B.C., Adamy, E.K., Teixeira, E., Silva, F.V.D.** (2020) Nursing education: Challenges and perspectives in times of the COVID-19 pandemic. *Rev. Bras. Enferm.* 26;73(suppl 2):e20200683.
- Lotta, G., Cohelho, V.S.P. Brage, E.** (2020a) How COVID-19 has affected frontline workers in Brazil: A comparative analysis of nurses and community health workers. *J. Comp. Policy Anal. Res. Pract.* 23(1):63-73.
- Lotta, G., Wenham, C., Nunes, J., Pimenta, D.N.** (2020b) Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil. *Lancet*, 8;396(10248):365-366.
- Machado, C.V., Silva, G.A.** (2019) Political struggles for a universal health system in Brazil: Successes and limits in the reduction of inequalities. *Glob. Health*, 15(Suppl 1):77:1-12.
- Massuda, A.** (2020) Primary health care financing changes in the Brazilian health system: Advance ou setback? *Ciën. Saúde Colet.* 25(4):1181-1188.
- Medina, M.G., Giovanella, L., Bousquat, A., et al.** (2020) Primary healthcare in times of COVID-19: What to do? *Cad. Saúde Pública*, 36(8):e00149720.
- Minayo, M.C.S., Freire, N.P.** (2020) The pandemic exacerbates health inequalities. *Ciën. Saúde Colet.* 25 (9):3555-3556.
- Ministério da Saúde do Brasil-MSB** (2021a) Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Doença pelo Coronavírus. (2020) COVID-19 BOLETIM EPIDEMIOLOGICO ESPECIAL. *Semana Epidemiológica* 6 (7 a 13/2/2021) Erişim adresi: [https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/fevereiro/19/boletim\\_epidemiologico\\_covid\\_50-1.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/fevereiro/19/boletim_epidemiologico_covid_50-1.pdf)
- Monteiro de Oliveira, M., Fuller, T.L., Brasil, P., et al.** (2020) Controlling the COVID-19 pandemic in Brazil: A challenge of continental proportions. *Nat. Med.* 26(10):1505-1506.
- Morato, M.M., Bastos, S.B., Cajueiro, D.O., Normey-Rico, J.E.** (2020) An optimal predictive control strategy for COVID-19 (SARS-CoV-2) social distancing policies in Brazil. *Annu. Rev. Control*, 50:417-431.
- Moutinho, S.** (2021) Brazilian town experiment shows mass vaccination can wipe out COVID-19. Erişim adresi: <https://www.sciencemag.org/news/2021/06/brazilian-town-experiment-shows-mass-vaccination-can-wipe-out-covid-19>
- MSB.** (2021b) Coronavírus Brasil. Erişim adresi: <https://covid.saude.gov.br>
- Nadanovsky, P., Santos, A.P.P.D.** (2020) Strategies to deal with the COVID-19 pandemic. *Braz.Oral Res.* 34:e068. doi: 10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0068.
- Nasser, M.A.** (2013) Primary care in Brazil's public health system. Erişim adresi: <https://www.kcl.ac.uk/lsm/research/divisions/hscr/newsevents/Primary-Care-in-Brazils-Public-Health-System.pdf>
- Oldham, J., Richardson, B., Dorling, G., Howitt, P.** (2012) Primary care-The central function and main focus. Report of the primary care working group. Imperial College London. Erişim adresi: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/public/Primary-care.pdf>
- Oliveira, A.P.C., Ventura, C.A.A., Silva, F.V., et al.** (2020) State of nursing in Brazil. *REV LAT-AM ENFERM*, 28: e3404. 1-4.
- Oliveira, L.M.S., Gomes, N.P., Oliveira, E.S., et al.** (2021) Coping strategy for COVID-19 in primary health care: Experience report in Salvador-BA. *Rev. Gaúcha Enferm.* 3;42(spe):e20200138.
- Ortega, F., Orsini, M.** (2019) Governing COVID-19 without government in Brazil: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership. *Glob. Public Health*, 15(9):1257-1277.
- Oxfam International.** (2020) Brazil: Extreme inequality in numbers. Erişim adresi: <https://www.oxfam.org/en/brazil-extreme-inequality-numbers>
- Our World in Data.** (2021) Coronavirus (COVID-19) vaccinations. Erişim adresi: [https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID\\_WRL](https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL)
- PAHO/WHO.** (2020) Epidemiological alert COVID-19 among healthcare workers. 31 August. Erişim adresi: <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-covid-19-among-health-workers-31-august-2020>

- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., Macinko, J.** (2011) The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *Lancet*, May 21;377(9779):1778-1797.
- Paiva, C.H., Teixeira, L.A.** (2014) Health reform and the creation of the sistema. *Hist. Cienc. Saude Manguinh.* 21(1):1-21.
- Paula, J.E., Camilo, L.P., Siqueira, E.V.** (2021) The race for vaccination against Covid-19 in Brasil: How can the fake news and the negligence of the government influence the immunization? Erişim adresi: <https://cjt.ufmg.br/en/2021/02/03/the-race-for-vaccination-against-covid-19-in-brazil-how-can-the-fake-news-and-the-negligence-of-the-government-influence>
- Peloso, R.M., Ferruzzi, F., Mori, A.A., et al.** (2020) Notes from the field: Concerns of health-related higher education students in Brazil pertaining to distance learning during the Coronavirus. *Eval. Health Prof.* 43(3):201-203.
- Pereira, A.M.G.** (2021) Pandemic COVID-19 in the Brazil prison system. *Trav. Med. Infect. Dis.* May-June 41:102022.
- Políticas Públicas Sociedade-PPS** (2020) Covid-19: Public policies and society's responses. April 30, Bulletin 4. Erişim adresi: <http://www.iea.usp.br/pesquisa/nucleos-de-apoio-a-pesquisa/observatorio-inovacao-competitividade/boletim-oic-4-en>
- Ponce, D.** (2020) The impact of coronavirus in Brazil: Politics and the pandemic. *Nat. Rev. Nephrol.* 16:483.
- Prado, M.F., Antunes, B.B.P., Bastos, L.S.L., et al.** (2020a) Analysis of COVID-19 under-reporting in Brazil. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*, 32(2):224-228.
- Prado, N.M.B.L., Rossi, T.R.A., Chaves, S.C.L., et al.** (2020b) The international response of primary health care to COVID-19: Document analysis in selected countries. *Cad. Saúde Pública*, 36(12):e00183820.
- Prates, I., Barbosa, R.J.** (2020) The impact of COVID-19 in Brazil: Labour market and social protection responses. *Indian J. Econ.* 63(1):31-35.
- Rafael, R.M.R., Neto, M., Depret, D.G., et al.** (2020) Effect of income on the cumulative incidence of COVID-19: An ecological study. *REV LAT-AM ENFERM*, 28:e3344 DOI: 10.1590/1518-8345.4475.3344
- Ribeiro, F., Leist, A.** (2020) Who is going to pay the price of COVID-19? Reflections about an unequal Brazil. *Int. J. Equity Health.* 19:91:1-3.
- Ribeiro, L.C., Bernardes, A.T.** (2020) Estimate of underreporting of COVID-19 in Brazil by Acute Respiratory Syndrome hospitalization reports. Erişim adresi: <https://ideas.repec.org/p/cdp/tecnoc/tn010.html>
- Rizzotto, M.L.F., Campos, G.W.S.** (2016) The World Bank and the Brazilian National Health System in the beginning of the 21<sup>st</sup> century. *Saúde Soc.* 25(2):263-276.
- Rodrigo, O.A.** (2020) COVID-19 is causing the collapse of Brazil's national health service. *BMJ*, 370:m3032.
- Saad-Filho, A.** (2007) Brezilyada Neoliberalizm, Demokrasi ve Ekonomi Politikası. İçinde: Topal A. Latin Amerika'yı Anlamak. Neoliberalizm Direniş ve Sol. Yordam Kitap. s. 122-145.
- Sarti, T.D., Lazarini, W.S., Fontenelle, L.F., Almeida, A.P.S.C.** (2020) What is the role of primary health care in the COVID-19 pandemic? *Epidemiol. Serv. Saúde*, 29(2):e2020166.
- Savran, S.** (2011) Brezilyada Lula faciası. *Praksis*, 14:123-148.
- Sánchez, A., Simas, L., Diuana, V., et al.** (2020) COVID-19 in prisons: An impossible challenge for public health? *Cad. Saúde Pública*, 36(5):e00083520.
- Schaefer, B.M., Resende, R.C., Eptácio, S.S.F., Aleixo, M.T.** (2020) Government actions against the new coronavirus: Evidence from the Brazilian states. *Rev. de Adm. Pública*, 54(5):1429-1445.
- Silva, L.L.S., Lima, A.F.R., Polli, D.A., et al.** (2020a) Social distancing measures in the fight against COVID-19 in Brazil: Description and epidemiological analysis by state. *Cad. Saúde Pública*, 36(9):e00185020.
- Silva, P.C.L., Batista P.V.C., Lima, H.S., et al.** (2020b) COVID-ABS: An agent-based model of COVID-19 epidemic to simulate health and economic effects of social distancing interventions. *Chaos Solitons Fract.* 139:110088, 1-16.
- Silva, V.L., de Andrade Abi Harb, M.D.P., Teixeira Barbosa Dos Santos, A.M., et al.** (2020c) COVID-19 mortality underreporting in Brazil: Analysis of data from government internet portals. *J. Med. Internet Res.* 22(8):e21413.
- Souza, C.D.F., Gois-Santos, V.T., Correia, D.S., et al.** (2020) The need to strengthen primary health care in Brazil in the context of the COVID-19 pandemic. *Braz. Oral Res.* 4: e047.
- Souza, C.D.F.** (2020) Brazilian justice response to protect the prison population from Covid-19. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 66(5):577-579.
- Statista.** (2020) Health-Statistics&Facts. Erişim adresi: <https://www.statista.com/>
- Statista.** (2021a) Brazil: Bolsonaro's fake statements on the novel coronavirus by month 2020. Erişim adresi: <https://www.statista.com/statistics/1118867/bolsonaro-fake-statements-coronavirus/>
- Statista.** (2021b) COVID-19 vaccine in Brazil. Erişim adresi: <https://www.statista.com/statistics/covid-19-vaccine-brazil>
- Szylovec, A., Umbelino-Walker, I., Cain, B.N., et al.** (2021) Brazil's actions and reactions in the fight against COVID-19 from January to March 2020. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 11;18(2):555.
- Teixeira, M.G., Medina, M.G., Costa, M.D.C.N., et al.** (2020) Reorganization of primary health care for universal surveillance and containment of COVID-19. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 29(4):e2020494, 2020.
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., et al.** (2020) Brazil. The commonwealth fund. Erişim adresi: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/brazil>
- Türkkan, A.** (2007) Brezilya Federal Cumhuriyeti sağlık sistemi. *Toplum ve Hekim*, 22(1-2):29-38.
- United Nations.** (2020) World Population Prospects 2019. Department of Economic and Social Affairs Population Dynamics. Erişim adresi: <https://population.un.org/wup/Country-Profiles/>
- Valente, E.P., Cruz Vaz da Costa Damásio, L., Luz, L.S., et al.** (2020) COVID-19 among health workers in Brazil: The silent wave. *J. Glob. Health*, 10(1):010379.
- Vasconcelos, Y.** (2020) Brazil begins testing. *Pesquisa*, 292. June. Erişim adresi: <https://revistapesquisa.fapesp.br/en/brazil-begins-testing/>
- Vedovato, T.G., Santos, D.L., Bitencourt, S.M.** (2021) Health workers and COVID-19: Flailing working conditions? *RBSO*, 46:e1. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000028520>
- Villa, T.C.S., Assis, M.M.A., Mishima, M.S., et al.** (1999) Nursing and the health system in Brazil. *J. Nurs. Scholars.* 31(4):399-401.
- Williams, L.** (2020) Datafolha poll: Despite over 105,000 deaths, Bolsonaro achieves his best rating. *The Rio Times*, August 15. Erişim adresi: <https://riotimesonline.com/brazil-news/brazil/politics-brazil/despite-over-105000-deaths-bolsonaro-shields-himself-from-pandemic-and-achieves-his-best-rating/>
- World Education News Reviews-WENR.** (2019) Education in Brazil. 14 November 2019. Erişim adresi: <https://wenr.wes.org/2019/11/education-in-brazil>
- World Prison Brief-WPS.** (2020) World prison brief data. Erişim adresi: <https://www.prisonstudies.org/country/brazil>
- Worldometers.** (2021) Brazil. Erişim adresi: <https://www.worldometers.info/world-population/brazil-population/>
- Yıldırım, Y.** (2020) Lula da Silva'dan Bolsonaro'ya Brezilyada siyasi dönüşüm. *Mülkiye Dergisi*, 44(3):515-542.