

Ardigó Martino e Renato Tasca

La raccomandazione del distanziamento sociale si scontra con il sovraffollamento nelle case delle classi di reddito più basse, ed il lavarsi frequentemente le mani si scontra con la mancanza di acqua e fogne di cui soffre una parte rilevante della popolazione.

La pandemia vista dal Brasile presenta punti comuni con quello che è avvenuto in altri paesi e spunti di riflessioni che invece sono specifici del locale contesto politico e sociale. **Stando ai numeri, al 24 di aprile il Brasile contava più di 45.757 casi verificati su una popolazione di più 217 milioni di abitanti, 3.313 sono le morti accertate ed il tasso di letalità è del 6,7%**^[1]. I dati sono sottostimati per la cronica difficoltà nel realizzare i test, con 1300 persone testate per milione di abitanti e quindi con una possibilità molto ampia di sub notificazioni.

Il paese è arrivato impreparato all'appuntamento con la pandemia: il primo caso sospetto è stato notificato a São Paulo l'ultimo giorno di carnevale, un brasiliano di 60 anni tornato dall'Italia il **21 febbraio**, che aveva cominciato a presentare sintomi dopo tre giorni, recandosi autonomamente al servizio sanitario. Fino ad allora il Brasile aveva focalizzato la sua attenzione solo sui viaggiatori che provenivano dalla Cina e più specificatamente da Wuhan. **Il secondo caso venne identificato il 29 di febbraio**, sempre a São Paulo, anche lui proveniente da Milano ed anche lui recatosi spontaneamente ai servizi al presentarsi dei sintomi. Il 4 marzo viene diagnosticato un altro caso, un paziente transitato in vari paesi europei, ed il 5 marzo vengono diagnosticati infetti negli stati di São Paulo, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Distretto Federale e Bahia, tutti residenti in Brasile e tutti provenienti dall'Europa. Nello stesso giorno si confermano positivi i familiari del primo caso di São Paulo, i quali avevano partecipato ad un churrasco di bentornato.

Il 10 di marzo c'erano già 34 casi confermati, quasi tutti d'importazione, tutti pazienti brasiliani che hanno soggiornato in più di 15 stati differenti coprendo oltre ad Europa e Stati Uniti, Iran, Israele ed Egitto: nessuno dalla Cina. Una prima doverosa considerazione riguarda dunque le **competenze in Global health sviluppate dal Sistema sanitario brasiliano**, così come da molti altri sistemi sanitari, incluso quello l'italiano. **Il Brasile paga lo scotto del suo sovranismo, di una visione delle relazioni internazionali non aderente alla realtà economica e sociale del paese**, oltre che dell'incapacità del Sistema sanitario nazionale di dialogare con le dimensioni globali dei processi salute e malattia. São Paulo, per esempio, la città più colpita del Brasile, è una

megalopoli di più di 12 milioni di abitanti; l'aeroporto internazionale di Guarulhos, movimentata più di 250 mila persone al giorno tra passeggeri e lavoratori, 43 milioni di passeggeri l'anno. La tratta aerea Rio de Janeiro-São Paulo è stata la quinta più trafficata al mondo nel 2017. Dal punto di vista storico poi, São Paulo ospita una grande quantità di migranti, con una forte presenza di discendenti italiani, portoghesi, tedeschi, e giapponesi. Pertanto, dal punto di vista epidemiologico, la città è tutt'altro che periferica per quanto riguarda i flussi globali di merci, lavoratori e turisti.

Al nord del paese invece, chi sta pagando il prezzo più alto è lo stato di Amazonas, dove l'insufficienza del sistema sanitario ha già prodotto saturazione dei letti di terapia intensiva e la letalità ha superato l'8%. **Ancora una volta a contare sono fattori legati alla globalizzazione.** Manaus ospita infatti un polo industriale dove sono pesantemente presenti le multinazionali asiatiche, soprattutto i colossi sud coreani dell'elettronica e dell'automobile. Per via del polo industriale il virus ha circolato prima nei luoghi di lavoro e negli spazi pubblici e poi nelle famiglie. In Brasile ancor più che in Italia, la mancanza di un approccio geograficamente ampio e storicamente profondo proprio della Global health ha rappresentato una concausa dell'epidemia, annullando il vantaggio offerto dal tempo e dell'esempio di quanto stava avvenendo nei paesi più ad est.

Da un punto di vista più strettamente sanitario, il paese si è presentato all'appuntamento con la pandemia con un Servizio Unico di Salute - SUS (il Sistema Sanitario Nazionale brasiliano) **precarizzato, con carenze storiche,** come la mancanza di professionisti (soprattutto dei medici), la disparità nello sviluppo dei servizi, tra i grandi centri urbani e le zone periferiche, inclusa la distribuzione dei letti ospedalieri prevalente nei grandi centri urbani, mentre nel il resto del paese sono presenti costosi ed inefficienti ospedali di piccole dimensioni a bassa densità tecnologica, e con una scarsità di terapie intensive e ventilatori, contrappesata da una loro maggiore concentrazione nel settore privato.

Il tutto si inserisce in un contesto di contenimento dei costi a partire dalla crisi finanziaria e dalla recessione datata 2015, che è scaturita in una legge costituzionale (EC 95) che ha congelato per 20 anni la spesa pubblica nel sociale, permettendo aggiustamenti solo all'inflazione. Il sistema sanitario pubblico tuttavia si trovava già largamente sotto-finanziato, con una copertura del sistema privato solo parziale. Basti pensare che, nel 2019, la spesa sanitaria è caduta ai livelli del 2014, mentre la popolazione è cresciuta di sette milioni di persone nello stesso periodo.[2] L'IBGE (l'Istituto di Geografia e Statistica Brasiliano) nel 2017 misurava un investimento pubblico in salute del 3,9% del PIL ben sotto la soglia raccomandata OMS del 6%, ma con una spesa out of pocket delle famiglie del 5,4% (una delle più alte del mondo, come peso relativo), il che porta la spesa

totale in salute al 9,3% del PIL[3,4]. Nel 2018 il 5% della popolazione (10,4 milioni di persone) viveva con 51 reais mensili (nel 2018 equivalente a circa 12 euro), il 50% della popolazione (circa 104 milioni di persone) con 413 reais mensili (meno di 100 euro nel 2018) ed 60% con un salario regolare o irregolare guadagnava una media di 928 reais (salario minimo del 2018 era 954 reais, valore corrispondente al 40% della rendita media di tutti i lavoratori occupati nel 2018, ovvero 2.234 reais). All'altro estremo, l'1% più ricco (2,1 milioni di persone) beneficiava di un reddito medio di 16.297 reais mensili per persona.

Questo per dare un'idea generale della dipendenza della popolazione più povera da un SUS sottofinanziato e con severi limiti strutturali per la risposta alla pandemia da Sars-Cov-2. A fronte di questo quadro sanitario e sociale il Presidente della Repubblica **Bolsonaro ha fin da subito sposato una linea negazionista** rispetto alla pericolosità del virus. In un primo momento ha infatti minimizzato le ricadute dell'epidemia, definendola una "*gripezinha*" (influenzuccia)[5] ed ha sottolineato come non si sarebbe arrivati ai livelli di contagio di altri paesi, "anche perché il brasiliano dovrebbe essere studiato, si tuffa nelle fogne, si immerge e non succede niente"[6]. Si è fatto riprendere più volte in pubblico mentre contravveniva alle misure di distanziamento sociale, mentre promuoveva assembramenti con in suoi supporter accompagnati da contatti ravvicinati e strette di mano. Questa condotta ha aperto uno scontro istituzionale con il Ministro della Salute, successivamente dimissionato, con i governatori degli stati soprattutto quelli più colpiti come São Paulo e Rio de Janeiro ma anche dentro la popolazione stessa, acuendo ancora di più la frattura sociale che attraversa il paese già dall'epoca dell'impeachment della Presidente Dilma Rousseff.

Con l'aumentare del numero dei casi il Presidente ha modificato in parte il suo discorso, affermando la necessità di temperare gli interessi sanitari con quelli economici, opponendosi al contempo a misure di lockdown e di distanziamento individuale e sempre stimolando la radicalizzazione di un vero e proprio fondamentalismo negazionista. In questo scenario si è rimessa in moto la macchina delle fake news che da qualche anno accompagna lo scenario politico brasiliano. A livello di governo, farmaci come la cloroquina sono stati presentati come curativi, ed il ministero della scienza e tecnologia ha già annunciato un farmaco curativo nel 94% dei casi (senza tuttavia divulgarne il nome).

A livello comunitario le fake news circolano in maniera ancor più fantasiosa, approfittano pericolosamente della rabbia e della disinformazione di molta parte della popolazione brasiliana, facilitando così l'adozione di comportamenti a rischio e l'uso improprio di farmaci. Il governo di fatto ha puntato sulla costruzione di una contrapposizione tra diritto alla salute e il diritto al lavoro e al reddito, un'opposizione discorsivamente strategica sulla quale ha soffiato anche la classe imprenditoriale. Gli

imprenditori (ben protetti nelle loro automobili) hanno manifestato contro i sindaci ed i governatori, pretendendo la riapertura delle attività commerciali ed industriali e minacciato i lavoratori di licenziamenti. Queste “*carreatas*”, i cortei di automobili degli imprenditori, sono emblematici delle diseguaglianze sociali brasiliane in epoca di Covid-19 e ribadiscono ancora una volta la sacrificabilità dei poveri per il mantenimento del benessere delle élites. Se da un lato è facile comprendere come gli effetti della Covid-19 siano ben differenti nelle diverse classi sociali, dall’altro, in merito alla riapertura delle attività economiche, è completamente assente il tema di come garantire protezione ai lavoratori (specialmente a quelli di classe economica più bassa).

In paesi con diseguaglianze sociali inferiori rispetto a quelle brasiliane, come gli USA e il Regno Unito, è stato misurato come la mortalità per Covid-19 sia disproporzionalmente alta nella popolazioni “disegualizzate”, come afro-discendenti, ispanici e immigranti in genere[7,8]. Allo stesso modo in Brasile è già osservabile una netta differenza di incidenza della malattia e di mortalità per classi e gruppi sociali differenti: usando come indicatori i quartieri delle città (centro ricco e periferie) e le differenze di colore della pelle (in Brasile come negli stati Uniti vengono registrati i parametri di razza/colore), si rileva infatti una minore mortalità nella popolazione bianca, a sfavore degli afrodiscendenti e degli indigeni e differenze di genere (con una maggiore mortalità delle donne)[9,10,11]. **La popolazione più povera è soggetta ad una serie di determinanti sociali negativi: non ha accesso ai test**, ha un più scarso accesso ai servizi sanitari, i suoi livelli di salute sono di solito più precari e le sue condizioni di vita sono maggiormente disagiate, con effetti concreti sulla capacità di prevenzione e gestione dell’infezione. Per esempio, la raccomandazione del distanziamento sociale si scontra con il sovraffollamento nelle case delle classi di reddito più basse, ed il lavarsi frequentemente le mani si scontra con la mancanza di acqua e fognie di cui soffre una parte rilevante della popolazione.

Le diseguaglianze in termini di reddito e di sicurezza sociale espongono le classi di reddito più basse anche ad una maggiore incidenza del lavoro informale e senza ammortizzatori sociali. In epoca di Covid-19, la disoccupazione ha coinvolto interi nuclei familiari, costringendo i più poveri a scegliere tra fame e salute. La fame e la mancanza di reddito sono cavalcate dal Presidente che, a più riprese, ha affermato la necessità di un ritorno alla normalità della vita quotidiana, convivendo con il virus, proprio perché gli informali, le persone che svolgono i lavoro più umili e sotto-retribuiti possano ritornare a lavorare ed essere salvati dalla fame: un discorso che apparentemente sembrerebbe indirizzato a preservare le popolazioni più vulnerabili. Ma il Presidente non si sofferma sul fatto che il prezzo più caro di questa riapertura, in termini di malattia e mortalità, sarà

pagato proprio da questa popolazione senza diritti. In altre parole, è evidente come il governo non abbia fatto altro che mettere in campo le solite ricette di riduzione di quel poco di protezione sociale che il Brasile aveva, insistendo sulla riforma del lavoro e pensionistica e sulla riduzione del finanziamento al sistema sanitario. **Questa preoccupazione per i più poveri e per gli informali, dunque, sembra più una preoccupazione per la tenuta di un'economia dello sfruttamento** che necessita della forza lavoro a basso costo di questa fetta ingente di popolazione che vive con meno di un salario minimo, per mantenere il benessere di quella parte della popolazione che guadagna da 20 salari minimi in su.

In tutto questo scenario, in chiaroscuro si affaccia il SUS, il Sistema Unico di Salute e la sua vocazione territoriale. Il Sistema Sanitario pubblico che serve la più grande popolazione al mondo arriva all'appuntamento con Covid-19 con le ali tarpate, così come la scuola e le università, dopo anni di disinvestimenti in nome della salvaguardia dell'economia e del lavoro. **Arriva con le ali tarpate proprio il più grande patrimonio che il SUS ha, ovvero l'assistenza primaria,** a causa dell'adozione della EC95 e del contenimento dei costi che hanno indebolito l'impronta di Primary Health Care del sistema. Di contro, però, la cultura della PHC è fortemente sviluppata nel settore sanitario, a partire dalle Università, con i corsi di Mestrado (master accademico) e Dottorato in Medicina della Famiglia ed in Salute Collettiva (la declinazione della medicina sociale brasiliana), e attraverso Società Scientifiche come la Rede Unida e Abrasco. La miriade di esperimenti locali di organizzazione e gestione dei servizi, di educazione popolare in salute, di medicina partecipativa rappresentano il brodo di coltura dell'innovazione sono anch'esse improntate alla PHC. **Questi attori si sono messi immediatamente in moto, hanno preso le redini del dibattito tecnico, hanno promosso seminari virtuali, formazioni online, hanno sostenuto lo sviluppo di protocolli locali nelle unità di salute:** tutto un fermento culturale che invece in Italia fino ad oggi è mancato. In definitiva, la PHC brasiliana e la Salute collettiva sembrano gli unici settori in grado di comprendere e metabolizzare i complessi processi culturali, sociali e politici in atto nella società brasiliana ed acuiti dalla crisi da Covid-19. Insomma, nonostante tutte le sue difficoltà, adesso più che mai il SUS, se sufficientemente supportato e finanziato, appare come l'unica possibile soluzione per il contenimento della pandemia e dei suoi effetti sanitari e sociali.

Ardigó Martino, Instituto Integrado de Saúde, Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasile

Renato Tasca, coordinatore sistemi e servizi sanitari. OPS/OMS Brasile

Bibliografia

1. [Coronavirus Brasil](https://covid.saude.gov.br). Covid.saude.gov.br
2. [O Brasil com baixa imunidade - Balanço do Orçamento Geral da União 2019](https://www.inesc.org.br). Inesc.org.br, 23.04.2020
3. Barros A, Szpiz H. [Despesas com saúde ficam em 9,2% do PIB e somam R\\$ 608,3 bilhões em 2017](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br). Agenciadenoticias.ibge.gov.br, 20.12.2019
4. Rocha, R., Furtado, I. e P. Spinola. [Garantindo o Futuro da Saúde no Brasil: Necessidades de Financiamento e Projeção de Gastos. Estudo Institucional n.1](#). São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2019.
5. [Veja frases de Bolsonaro durante o 1º mês de coronavírus no Brasil](https://g1.globo.com) . G1.globo.com, 26.03.2020
6. [Brasileiro pula em esgoto e não acontece nada, diz Bolsonaro em alusão a infecção pelo coronavírus](https://g1.globo.com). G1.globo.com, 26.03.2020
7. van Dorn A, Cooney RE, Sabin ML. [COVID-19 exacerbating inequalities in the US](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30893-X). Lancet Word Report 2020; 395 (10232): 1243-1244
DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30893-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30893-X)
8. [ICNARC report on COVID-19 in critical care 17 April 2020](#)
9. Rossi M. Periferia lidera as mortes por coronavírus na cidade de São Paulo, e as mulheres adultas são as mais infectadas. Brasil.elpais.com, 18.04.2020
10. José Tadeu Arantes. [Desigualdade social torna o combate à COVID-19 ainda mais difícil](https://exame.abril.com.br). exame.abril.com.br, 16.04.2020
11. Pedro Carvalho. [Covid-19: mortes se concentram nas áreas pobres de São Paulo](https://veja.abril.com.br). Veja.abril.com.br, 18.04.2020