

DOENÇAS NEGLIGENCIADAS, ERRADICAÇÃO DA POBREZA E O PLANO BRASIL SEM MISÉRIA

*Tania Araújo-Jorge, Marcus Matraca, Antônio Moraes Neto,
Valéria Trajano, Paulo d'Andrea e Ana Fonseca*

Neste capítulo revisamos a experiência inédita implantada na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) de convocação de seus cientistas e docentes da pós-graduação para contribuir com a geração de conhecimentos relacionados ao esforço de erradicação da pobreza extrema no Brasil. Essa experiência se relaciona à indução da captação de projetos de doutorado e de pós-doutorado de diferentes programas de pós-graduação, para pesquisas relativas aos temas prioritários do Plano Brasil sem Miséria, no eixo de acesso a serviços, particularmente quanto a estudos sobre doenças associadas à pobreza.

Numa dupla cooperação com o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), que balizou diretrizes, prioridades e expectativas, e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), que financiou as bolsas dos doutorandos e pós-doutorandos, a proposta não previa resultados antes de quatro anos após as matrículas, tempo mínimo para os projetos serem desenvolvidos. No entanto, no transcurso do segundo ano dos primeiros projetos selecionados, já se percebem resultados relacionados à motivação dos alunos,

às iniciativas de busca de fomento complementar, à organização de disciplinas com conteúdo específico relacionado às desigualdades, pobreza e saúde.

Acreditamos que essa experiência deve ser acompanhada de perto e divulgada, e que servirá de modelo para ser multiplicado em diferentes situações em que se busca a aproximação da pesquisa básica e aplicada desenvolvida nos ambientes acadêmicos com as políticas públicas relevantes para a transformação do país. Finalmente, neste capítulo também abordamos as experiências das Expedições Fiocruz para um Brasil sem Miséria em alguns estados, reunindo relatos de resultados das oficinas e demais atividades realizadas com apoio e participação de secretarias municipais e estaduais, conselhos, além de debates com foco em educação, ciência e cidadania.

DESAFIOS DA SAÚDE NO ÂMBITO DO ESFORÇO PARA A ERRADICAÇÃO DA POBREZA

Pelo êxito de políticas públicas específicas, em um ambiente de crescimento econômico, elevação do salário mínimo, controle da inflação, acesso ao crédito, e ampliação de programas de transferência de renda, o desenvolvimento social no Brasil permitiu a retirada de dezenas de milhões de pessoas da faixa da pobreza, alterando parte dos principais determinantes sociais da saúde: renda, educação, saneamento e moradia.

Esse processo de inclusão social se reflete também na forte redução dos índices de mortalidade infantil e por doenças infecciosas e parasitárias, na redução da taxa de natalidade e na diminuição do desemprego. Esses avanços, associados à prevenção (vacinas e controle de vetores), à atenção (antibióticos, hidratação oral e outras) e à promoção da saúde, reduziram as mortes por doenças infecciosas que atingiam quase 50% dos brasileiros na década de 30 e em 2007 afetavam menos de 5%, como mostra a revisão de Barreto e colaboradores (2011). Por isso, doenças crônicas como hipertensão, diabetes e câncer assumem maior peso nos indicadores de

mortalidade da população e se superpõem às doenças antigas que o desenvolvimento socioeconômico brasileiro ainda não superou, tais como hanseníase, leishmaniose, esquistossomose e outras doenças infecciosas ditas “negligenciadas”¹, associadas à pobreza e perpetuadoras de sua condição². Temos assim, um quadro complexo³, pois o país apresenta um perfil epidemiológico composto por doenças características do mundo desenvolvido em combinação com doenças típicas de países subdesenvolvidos.

Nesse perfil epidemiológico, agravos como diarreias, doenças infecciosas e desnutrição – características de pobreza – somam-se a doenças crônicas como hipertensão, diabetes e câncer, dentre outras. A complexidade desse quadro aponta para a necessidade de uma mudança nos padrões de atendimento à população e para a importância de políticas públicas que resultem em intervenções adequadas⁴, com a ampliação da atenção básica e especial atenção às desigualdades regionais de acesso à saúde. Nessa direção, registra-se a ampliação da rede básica de saúde com Unidades Básicas (UBS) e Centros de Saúde, e o Programa Mais Médicos, para o esforço de cobertura dos chamados vazios assistenciais. É importante registrar ainda um aspecto que se reflete também na saúde, porém é mais amplo que ela: a enorme desigualdade característica do Brasil, país que por muitos anos manteve os maiores níveis no índice de Gini, que atualmente está em trajetória de queda lenta, mas sustentada.

Essa situação é totalmente incompatível com o papel estratégico que o Brasil pretende exercer no cenário mundial a partir de sua inserção como sétima

1 *As doenças negligenciadas são aquelas causadas por agentes infecciosos ou parasitas e são consideradas endêmicas em populações de baixa renda. Essas enfermidades também apresentam indicadores inaceitáveis e investimentos reduzidos em pesquisas, produção de medicamentos e em seu controle. Texto completo no endereço <http://www.agencia.fiocruz.br/doen%C3%A7as-negligenciadas>. Acesso em 26/09/14.*

2 ARAÚJO-JORGE, 2011.

3 BARRETO E COLS., 2011.

4 DIAS, 1998.

maior economia do mundo e, portanto, o enfrentamento dos problemas da pobreza extrema não é apenas uma questão de dívida histórica, ética e moral com parte importante da população brasileira, mas componente essencial da soberania nacional que se desenha no momento.

Dentre as estratégias que visam a superar os desafios relacionados à saúde, ciência e tecnologia nos países em desenvolvimento, no ano 2000, os Estados-Membros da Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceram oito objetivos de desenvolvimento, 18 metas e 48 indicadores de progresso, os “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” (ODM)⁵ da ONU para 2015. Foi acordado que os países envolvidos teriam que organizar sistemas de pesquisa em saúde com base em prioridades sanitárias e assegurar a incorporação dos resultados às políticas e ações de saúde⁶.

Atingir esses objetivos é tarefa difícil, em particular no caso das regiões e dos países afetados pelas doenças “negligenciadas” e “mais negligenciadas”, contra as quais as intervenções atuais – vacinas, medicamentos, métodos de diagnóstico ou prevenção – ou são ineficientes ou economicamente inviáveis. Na experiência brasileira em relação às Metas do Milênio, todos os oito objetivos foram praticamente atingidos e, em alguns casos, com antecedência. Alguns exemplos reforçam a afirmação. No ODM 1, que visa a diminuir a extrema pobreza a um quarto do nível de 1990 (quando a taxa nacional era de 25,5%), o Brasil atingiu a meta com muita antecedência, e hoje (dados de 2012) a taxa está em 3,5%. Para o ODM 2, a taxa de escolarização no ensino fundamental de crianças de 7 a 14 anos de idade passou de 81,2% em 1990 para 97,7% em 2012 e a taxa de alfabetização dos jovens de 15 a 24 anos passou de 90,3% em 1990 para 98,7% em 2012. O ODM 4 consistia em reduzir em dois terços a mortalidade na infância,

5 IPEA (Brasil). *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento*. Brasília, 2014.

6 MOREL, 2004.

taxa alcançada em 2011, quando chegou a 17,7 óbitos por mil nascidos. Em 1990, a taxa era de 53,7 óbitos⁷.

Para melhor enfrentar gritantes manifestações da pobreza, o Plano Brasil sem Miséria foi lançado pelo governo federal em 2011. Ele é fruto do aprendizado com programas de enfrentamento dos desafios da pobreza, como Fome Zero e Bolsa Família. A estratégia do Brasil sem Miséria dá um passo além, pois já não envolve apenas transferência de renda com condicionalidades vinculadas à educação e à saúde, como no Bolsa Família, mas também a ampliação do bem estar no que se refere ao acesso aos serviços públicos e a oportunidades, pela via da inclusão produtiva urbana e rural.

Em 2013, o Programa Bolsa Família comemorou 10 anos com resultados bastante animadores, e já apresentava reflexos da influência do Plano Brasil sem Miséria. O Plano incluiu mais famílias nos programas de transferência de renda (especialmente o Bolsa Família), ampliou o acesso aos serviços públicos (água, energia elétrica, documentação, saúde, educação, saneamento, entre outros), e aumentou as oportunidades de trabalho e de geração de renda (inclusão produtiva urbana e rural).

No que concerne ao combate às doenças da pobreza, incluído como prioridade no Brasil sem Miséria, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define doenças negligenciadas como aquelas fortemente associadas à pobreza⁸. Há também outras nomenclaturas para essas doenças, como doenças tropicais ou “poverty-related diseases”⁹. Afetam mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo, tornando as pirâmides etárias de ricos e pobres muito diferentes – o que demonstra a iniquidade social geradora de iniquidade na vida.

7 Essas informações sobre o cumprimento dos ODM constam do Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio 2014, editado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

8 OMS, 2010.

9 Doenças relacionadas à pobreza, OMS, 2012.

A realidade brasileira, marcada pelas desigualdades sociais e pela pobreza, configura-se em obstáculo ao desenvolvimento humano, em que um “ciclo vicioso” se coloca como maior desafio a ser superado. Esse ciclo vicioso consiste em desigualdades que levam à pobreza e à exclusão social, o que gera impactos negativos sobre as condições de vida e saúde e torna mais acentuadas as injustiças sociais no país, maculando o bom trabalho realizado para o cumprimento das metas de Desenvolvimento do Milênio¹⁰. No caso da saúde, as doenças decorrentes da pobreza perpetuam o ciclo vicioso, uma vez que, por causarem de alguma forma exclusão socioeconômica, acabam contribuindo para que a situação de pobreza permaneça.

Tuberculose, hanseníase, verminoses como a ancilostomíase e esquistossomose, malária, doença de Chagas, leishmaniose e tracoma são algumas das doenças da pobreza e estão associadas às más condições de higiene e saneamento¹¹. Essas doenças, além de promoverem a pobreza, realimentando o ciclo vicioso, retiram dos brasileiros seu poder, sua força e seu tempo de trabalho, gerando incapacidades físicas e de aprendizado, minando suas chances de desenvolvimento humano. Tudo isso vem na contramão das políticas públicas que têm sido desenvolvidas e implantadas contra a miséria no Brasil.

A FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ E O BRASIL SEM MISÉRIA

Em 2010 e 2011 nos envolvemos intensamente com a elaboração de políticas públicas para a aproximação da academia (Fiocruz/Instituto Oswaldo Cruz – IOC) às necessidades de governo e de Estado, em particular à geração de conhecimentos em apoio ao Plano Brasil sem Miséria. A pedido

¹⁰ COTTA E COLS., 2007.

¹¹ ARAUJO-JORGE, 2011.

da Secretaria Extraordinária para Superação da Extrema Pobreza (Sesep) do MDS, desenvolvemos a Nota Técnica nº 01/2011 para explicitar a dimensão do problema: mais de 100 milhões de brasileiros ainda convivem com essas doenças endêmicas, conhecidas como “negligenciadas”, cada vez mais assumidas como “promotoras da pobreza”¹². Assim, defendemos que controlar as doenças promotoras da pobreza era também requisito para o Brasil erradicar a miséria, em busca de maior equidade e justiça social. Como já afirmava Greco em 1999, assiste-se à expansão dos casos de leishmaniose, hanseníase, dengue, malária e tuberculose, essa última principalmente em associação à AIDS; ao reaparecimento da cólera e da febre amarela urbana; e ao não controle da esquistossomose.

Tivemos papel importante na introdução do tema “combate às doenças associadas à pobreza” como parte do eixo de acesso a serviços do Plano Brasil sem Miséria, construído pelo MDS e pelos demais ministérios parceiros do Plano (Saúde, Educação, Desenvolvimento Agrário, Integração Nacional, Trabalho, entre outros), por influência de artigo publicado no *Correio Braziliense* em janeiro de 2011¹³ e da Nota Técnica publicada em maio do mesmo ano¹⁴, já mencionada acima. Apesar da dificuldade de dimensionar coletivamente o problema, tendo em vista que o impacto das diversas doenças está registrado em diferentes indicadores, bem como o fato de que uma pessoa pode ser acometida por mais de uma doença, especialmente no que se refere às verminoses, nesta Nota, a soma da prevalência estimada de doenças negligenciadas alertou para a relevância do problema: 144 milhões de ocorrências. Mais perversas justamente ao atingir as pessoas em situação de pobreza, essas doenças muitas vezes ultrapassam os limites da baixa renda para refletir situações de vulnerabilidades ambientais e situações ainda deficientes na atenção à saúde.

12 *Idem*, 2011,

13 “Doença e pobreza, desafios para o próximo governo”, publicado em 17 de janeiro de 2011.

14 ARAUJO-JORGE, 2011.

A atividade apresentou desdobramentos efetivos: os convênios firmados pela Fiocruz com a Capes e com o MDS¹⁵, ambos importantes na indução de propostas de projetos para geração de conhecimentos aplicáveis ao Plano Brasil sem Miséria, e que levaram à concessão de bolsas para 100 projetos de doutorado e 25 projetos de pós-doutorado. Esse processo também levou à nossa participação no grupo de trabalho que elaborou os objetivos e as metas do Plano Plurianual do Ministério da Saúde, no que se refere à colaboração para o sucesso do Brasil sem Miséria.

Outros três desdobramentos resultaram desses processos e já podem ser comentados, ainda que para uma análise profunda precisemos de maior tempo de desenvolvimento dos projetos: as expedições Fiocruz para um Brasil sem Miséria, as disciplinas “Seminários Especiais Brasil sem Miséria” e alguns produtos já disponibilizados, que serão mencionados adiante.

OS CONVÊNIOS DA FIOCRUZ COM O MDS E A CAPES

As iniciativas supracitadas instigaram vários colegas e a nossa instituição a participar do esforço nacional para apoiar a eliminação da pobreza extrema no Brasil. Para somar esforços, propusemos a composição de uma Rede Fiocruz, com o objetivo geral de apoiar o desenvolvimento de arranjos criativos locais para o empoderamento social e de ações de mitigação dos problemas da pobreza extrema.

A proposta foi aprovada pelo Conselho Deliberativo da Fiocruz, e o termo de referência para a organização da rede Fiocruz Brasil sem Miséria definia os seguintes resultados esperados: (1) a constituição de uma rede sociotécnica de produção e adequação de tecnologias sociais para a inclusão cidadã; (2) núcleos de apoio ao Plano Brasil sem Miséria organizados nos locais de atuação da Fiocruz; (3)

15 <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1386&sid=32&tpl=printerinterview>

qualificação dos atores relevantes para dinamizar a criatividade local, visando a dar respostas aos problemas sociais; (4) fortalecimento das capacidades e competências para ampliar o capital social; (5) identificação de problemas que afetam a segurança sanitária/epidemiológica local; (6) articulação de soluções para problemas que afetam a segurança epidemiológica local.

Para alcançar esses objetivos, formulamos uma matriz de projetos, no intuito de nortear os pesquisadores para alinhar suas propostas a um referencial lógico que permitisse a coordenação de múltiplos projetos em múltiplas dimensões, tanto em nível das unidades da Fiocruz (sob responsabilidade de suas diretorias) como de modo centralizado pela presidência da Fiocruz (sob responsabilidade do Comitê de Integração Estratégica). A matriz de projetos previa: (1) cinco eixos centrais temáticos para proposição e inclusão de projetos na rede; (2) subtemas de interesse do MDS, do Ministério da Saúde e da Fiocruz identificados em cada tema e, ainda; (3) região geográfica de desenvolvimento do projeto (estados e pólos locais de atuação). Nesse último caso, levou-se em consideração a relevância local do tema proposto no projeto; competência instalada na Fiocruz para o desenvolvimento do projeto; parcerias locais e institucionais a serem articuladas no projeto.

Os temas e subtemas abaixo foram identificados como de interesse do MDS, do Ministério da Saúde e da Fiocruz, tratados como eixos temáticos 1 a 5.

- Eixo 1 – Mitigação de doenças associadas à pobreza através de tecnologias sociais e biomédicas: leishmanioses, parasitoses intestinais e helmintoses; anemias carenciais; doença de Chagas; esquistossomose; doenças sexualmente transmissíveis (DSTs); AIDS e hepatites; febre reumática; surtos febris não identificados (emergentes e reemergentes); tracoma; febre maculosa e hantavirose; leptospirose; malária e dengue; hanseníase; filariose; tuberculose; oncocercose; alcoolismo e drogadição; hipertensão e diabetes.
- Eixo 2 – Educação, cultura e pobreza – educação e promoção da saúde: condicionalidades do Bolsa Família; promoção da saúde; Programa Saúde

da Família; agentes de saúde e cultura; Programa Saúde na Escola; Pronatec e Programa Mulheres Mil¹⁶; segurança alimentar e nutricional (cozinhas comunitárias, bancos de alimentos); conhecimentos tradicionais e plantas medicinais; farmácia popular itinerante; saúde mental; drogas; alcoolismo; crack.

- Eixo 3 – Território, ambiente, saúde: determinantes sociais de saúde; arranjos produtivos e criativos com o Ministério do Desenvolvimento Agrário; o Ministério de Ciência e Tecnologia e o Centro de Orientação e Encaminhamento Profissional (Coep); qualificação e integração com os Centros de Referência de Assistência Social (Cras); saúde urbana e pobreza (saúde da população de rua e favelas); moradias solidárias e geração de renda; empreendimentos do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) – habitação e saneamento, novas Unidades Básicas de Saúde; Programa Água para Todos – cisternas, inquéritos, parcerias com a Fundação Nacional da Saúde (Funasa); resíduos sólidos (lixo, catadores, etc.); saúde ambiental (promoção e gestão, Programa Bolsa Verde); redes sociais locais; participação comunitária e governança no território; prevenção de desastres;
- Eixo 4 – Crianças, jovens, mulheres, idosos – redes de atenção integral à saúde: Rede Cegonha e outras; amamentação e rede de bancos de leite; Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis; Jovens Promotores de Saúde; cuidados especiais: idosos e portadores de necessidades especiais; diálogos intergerações;
- Eixo 5 – Saúde indígena e populações tradicionais: formação de agentes indígenas de saúde; controle de tuberculose, malária, hepatites e oncocercose; atenção à saúde indígena; imunizações.

¹⁶ O Pronatec e o Mulheres Mil são tema do capítulo sobre inclusão produtiva urbana, neste volume.

A escolha dos temas e subtemas levou em consideração seu alinhamento aos três eixos do Brasil sem Miséria (transferência de renda; acesso a serviços, inclusão produtiva) e a identificação de seis dimensões de atuação da Fiocruz: diálogos intersetoriais (articulação e dinamização); redes sociais locais e participação comunitária (fortalecimento e empoderamento para a autonomia); formação e qualificação de pessoas (ensino); pesquisa e desenvolvimento (geração de conhecimentos); intervenção (ações sob a responsabilidade direta da Fiocruz) e apoio à gestão de políticas.

Essas referências serviram de base para a elaboração do protocolo de intenções celebrado entre a Fiocruz e o MDS no estabelecimento da parceria que visa à cooperação técnico-científica para apoio ao Plano Brasil sem Miséria. Nesse convênio foram planejadas e elaboradas a chamada e a captação dos projetos das pós-graduações da Fiocruz, bem como o acompanhamento desses projetos e seus resultados; a constituição de Comitê de Acompanhamento com reuniões periódicas; a realização de seminários com os alunos associados ao programa e a produção de relatórios regulares para o MDS com os produtos do programa.

Para complementar o protocolo com o MDS, foi firmado um acordo de cooperação técnica e acadêmica entre a Fiocruz e a Capes, criando o Programa Capes-Fiocruz para o Brasil sem Miséria (PCF-BSM), “visando a apoiar as atividades de pesquisa e ensino dos programas de pós-graduação *stricto sensu* da Fiocruz credenciados pela Capes, ampliando assim a formação de recursos humanos de alto nível em áreas estratégicas e alcançar as metas do PCF-BSM”, especialmente com concessão de bolsas de doutorado e pós-doutorado.

As diretrizes para a seleção de projetos explicitaram que as bolsas de doutorado e pós-doutorado da cota especial Fiocruz/Capes-BSM se destinavam a apoiar projetos cuja temática de investigação abordasse um ou mais dos problemas relacionados ao público-alvo do Plano Brasil sem Miséria e aos territórios (municípios, estados e regiões) com maior concentração de extrema pobreza, considerados pela saúde como prioritários no âmbito do Plano.

Os projetos deveriam justificar por que e como pretendiam contribuir com a geração de conhecimentos voltados para a mitigação da miséria no Brasil. Essas contribuições esperadas poderiam ser quadros analíticos de situações envolvendo as pessoas e os serviços listados; propostas de aplicação de tecnologias (sociais, educacionais ou biomédicas); recomendações para políticas públicas; proposição de índices de avaliação de desenvolvimento social e condições de saúde; metodologias de avaliação de políticas públicas ou iniciativas similares. Os estudos deveriam adotar referenciais teóricos para validar sugestões ou produtos, subsidiando também sua apropriação em outros contextos.

Assim, cada candidato, no projeto apresentado, deveria explicitar: (1) porque acha que seu estudo pode apoiar o Plano; (2) que tipo de produto prevê que o projeto possa gerar para o Plano; (3) os referenciais teóricos, epistemológicos e metodológicos que subsidiam a proposta, seu desenvolvimento e sua avaliação; (4) se existe necessidade adicional de recursos para acelerar o desenvolvimento do projeto e a divulgação do(s) produto(s).

Cada programa de pós-graduação ficou com liberdade de induzir a captação de projetos através de chamadas regulares ou especiais, pontuais ou em fluxo contínuo. Projetos de candidatos com vínculos empregatícios e sem necessidade das bolsas do PCF-BSM também puderam compor o Programa. Os candidatos e orientadores firmaram um termo de compromisso com o Programa Fiocruz-BSM no qual constam como condições a inserção em temática relativa ao Brasil sem Miséria, a redação específica do produto proposto e a participação dos doutorandos nos seminários especiais do Programa Fiocruz-BSM.

DOCTORANDOS E PÓS-DOCTORANDOS COM PROJETOS ASSOCIADOS AO BRASIL SEM MISÉRIA

A chamada para projetos foi lançada publicamente em 25 de agosto de 2011, antes mesmo da assinatura dos acordos, ocorrida em 7 de março de 2012 e publicada no Diário Oficial da União no dia 16 do mesmo mês. Na realização do 1º Seminário de Acompanhamento, ocorrido em 27 de agosto de 2013, os projetos já selecionados foram apresentados conforme divulgado no jornal de comunicação interna da Fiocruz “Linha Direta” número 15, em outubro de 2013, antecipando e confirmando as expectativas de resultados relevantes.

Os projetos apresentados no Seminário se vincularam a 22 programas de pós-graduação. As patologias cobertas pelos projetos estão no escopo esperado: 33% doença de Chagas, 16% parasitoses, 14% leishmanioses, 7% tuberculose, 7% dengue, 7% hepatites e doenças associadas, 5% leptospirose, 2% esquistossomose, 2% malária, 2% hanseníase, 2% toxoplasmose. Os projetos que abordam neoplasias somam 3%.

Abaixo, exemplos de títulos de alguns dos projetos apoiados com bolsas:

- Eco-epidemiologia de triatomíneos e tripanosomas e o ciclo de transmissão da Doença de Chagas associados a ações de educação em saúde no estado do Ceará em consonância com o Plano Brasil Sem Miséria;
- As doenças infecciosas da pobreza e sua relação com ações do Plano Brasil sem Miséria no contexto das expedições da Fiocruz e da economia da inovação em Saúde;
- Ecologia de triatomíneos e ações de educação visando à prevenção da doença de Chagas na Amazônia;
- Tecnologias sociais em saneamento e saúde para o enfrentamento da transmissão de doenças de veiculação hídrica nos municípios de Madalena, Ceará e Rio Bonito do Iguaçu, Paraná;

- O controle social no Sistema Único de Saúde (SUS): uma leitura em perspectiva histórica nas localidades de Manguinhos;
- Avaliação da efetividade e do custo-efetividade das intervenções para controle da dengue em municípios da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro;
- Brasil sem Miséria: avaliação das leishmanioses em comunidades inseridas em área de preservação ambiental, Parque Estadual da Serra da Tiriricá, Niterói e Maricá/RJ, Brasil;
- Giardíase em populações rurais e ribeirinhas: prevalência, impacto sobre o status nutricional e epidemiologia molecular;
- Proposição ao Plano Brasil Sem Miséria de metodologia participativa para estudo de campo sobre a frequência de parasitoses intestinais e tuberculose em área hiperendêmica com habitações precárias no Distrito do Murinin, Benevides, Pará;
- Avaliação de MTB2 como droga contra a leishmaniose cutânea e visceral;
- Análise do processo da gestão do autocuidado em relação às parasitoses intestinais: uma proposta de dinamização e humanização do serviço no SUS;
- Resíduos sólidos e a frequência das helmintoses de caráter zoonótico no complexo de Manguinhos/ RJ: contribuições em saúde para o Plano Brasil Sem Miséria;
- Aplicação de ensaios moleculares para o estudo das leishmanioses em áreas endêmicas no Brasil;
- Impacto do Plano Brasil sem Miséria e do Programa Bolsa Família sobre a mortalidade materna e neonatal no Brasil;
- Bioética e habitação: reflexões sobre o papel do Estado nos conflitos urbanos;

- A cultura da sustentabilidade no contexto do Programa Mais Educação Oficina de História em Quadrinhos (HQ) no ensino de Ciências: Produção de HQ em uma escola no Acre.

EXPEDIÇÕES FIOCRUZ PARA UM BRASIL SEM MISÉRIA

Outra iniciativa desenvolvida no contexto de apoio ao Plano Brasil sem Miséria foi o projeto de “Expedições Fiocruz para um Brasil sem Miséria”¹⁷, com apoio da Capes, da Fiocruz e de diversos parceiros mobilizados a cada expedição. O projeto foi coordenado pelos autores deste texto e ancorado na relação com as escolas de educação básica.

A primeira expedição foi realizada de 23 a 27 de janeiro de 2012, no município de Paudalho, zona da mata de Pernambuco. O município participa dos estudos da Fiocruz Rio de Janeiro (Instituto Oswaldo Cruz) e da Fiocruz Pernambuco (Centro de Pesquisas Ageu Magalhães) sobre esquistossomose e integra a rede de formação continuada do Espaço Ciência (PE). Pernambuco foi o primeiro estado a lançar um plano estadual específico para o enfrentamento das doenças negligenciadas (Programa Sanar), que conta com o apoio e a participação da Fiocruz. Além disso, é berço de importantes pioneiros históricos da luta contra a fome, a pobreza e pela educação, tais como Josué de Castro, Gilberto Freyre, Paulo Freire e outros tantos que se tornaram fontes adicionais de inspiração para a expedição.

Após Paudalho, realizamos duas expedições ao Acre, em Rio Branco, em setembro de 2012 e em julho de 2014. As equipes eram compostas de 15 a 40 pessoas da Fiocruz, a depender do número de parceiros mobilizados localmente, na perspectiva de formação de núcleos locais que possam multiplicar essa experiência com autonomia.

17 <http://www.fiocruz.br/fioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=288>

Nessas expedições, a ênfase é a formação continuada para professores da educação básica, a partir da metodologia da “dialogia do riso” (Matraca e cols., 2011) e da ArteCiência (Siler, 2011). Para Paudalho, organizamos o curso “Saúde é o que interessa, doença é que não presta”. Em Rio Branco realizamos curso similar em 2012 e organizamos o curso “Ciência e arte” em 2014. A eles associamos um evento de divulgação científica e integração intersetorial ciência-educação-saúde-cultura-assistência social, com atividades para o público em geral e outras para profissionais desses campos.

O arco de parcerias para as expedições envolve gestores locais, docentes e discentes de universidades, centros e institutos federais, quase sempre com cobertura pela imprensa local. Uma rede social¹⁸ foi criada (Rede Fiocruz pelo Brasil sem Miséria, no Facebook), para comunicação em tempo real e registro de imagens, vídeos, comentários e documentos, seguindo, desde então, a dinâmica de contribuições e diálogos sustentados por centenas de participantes. A experiência de Paudalho foi riquíssima e ajudou a dimensionar o alcance da proposta, as lacunas a serem superadas e os maiores desafios para as expedições subseqüentes.

O termo “expedições” remonta às expedições realizadas pelos pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz entre 1911 e 1913¹⁹ para conhecimento das condições sanitárias do Brasil: Vales do São Francisco e do Tocantins, por Astrogildo Machado e Antônio Martins; Rio São Francisco e seus afluentes, por Adolpho Lutz e Astrogildo Machado; Nordeste e Centro Oeste, por Belizário Pena e Arthur Neiva; Ceará e norte do Piauí, por João Pedro de Albuquerque e José Gomes de Faria; Amazonas e Acre, por Carlos Chagas, Pacheco Leão e João Pedro de Albuquerque.

Devido à manutenção de determinantes sociais que sustentam a prevalência da pobreza e das doenças a ela associadas, essas regiões são alvos prioritários do Plano

18 <https://www.facebook.com/groups/252706931462688/?fref=ts>

19 MELLO E PIRES-ALVES, 2009.

Brasil sem Miséria e das expedições do século XXI. Estão sendo realizados estudos sobre as condições socioeconômicas locais, incluindo saúde, educação e cultura, e sobre os egressos e o impacto das atividades das expedições. Os resultados deverão surgir nos próximos anos.

DISCIPLINAS “SEMINÁRIOS ESPECIAIS BRASIL SEM MISÉRIA” E PRODUTOS JÁ EVIDENTES

Com tal envolvimento de alunos de pós-graduação e foco nos problemas da pobreza, foi necessário atualizar a grade de disciplinas no IOC-Fiocruz. Por isso, foram organizadas disciplinas que abordam temas coerentes com os eixos propostos nos projetos. Em “Seminários Especiais Brasil sem Miséria”, trabalhamos módulos de 15 horas, com participação de diversos professores do IOC e outros convidados. No Módulo I fazemos cinco seminários semanais em sequência. No Módulo II, cinco seminários diários. No Módulo III, cinco seminários quinzenais.

O curso “Seminários Especiais Brasil sem Miséria” possibilita a participação presencial e à distância. Sua ementa explicita as temáticas trabalhadas: desigualdade, pobreza e saúde – situação do Brasil e do mundo; políticas públicas de combate à pobreza; cooperação intersetorial para o combate à pobreza; inclusão produtiva; do Bolsa Família ao Brasil sem Miséria; determinantes sociais da saúde; desnutrição e renda; o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (SNCTI); doenças infecciosas da pobreza e o conceito de negligência; cultura-ciência-saúde e desenvolvimento social; internet e desigualdade; comunidades virtuais na saúde. Os seminários e oficinas contribuem para a formação continuada dos alunos para ações de extensão e para expedições relacionadas ao convênio com o MDS. Um caderno de debates está sendo produzido com os textos-base dos professores para os seminários e com os trabalhos finais dos alunos da primeira edição do curso, editado pelos próprios alunos.

Outras disciplinas especialmente desenhadas para esses doutorandos foram: “As doenças negligenciadas da pobreza e sua relação com ambiente e sustentabilidade”, cuja ementa incorporava os fenômenos ambientais que podem afetar a saúde, como determinantes físico- químicos e biológicos, e “As doenças negligenciadas da pobreza e a abordagem dos determinantes sociais”, com enfoque social na interação dos saberes para a compreensão das relações ligadas ao processo de saúde-doença-atenção, além das políticas públicas em saúde, buscando compreender os impactos e as estratégias no enfrentamento desses agravos.

Uma tese de doutorado concluída em março de 2014, aderiu ao Programa e já disponibilizou um produto²⁰. A tese de doutorado de Marcelo Barros versou sobre “O uso da música popular brasileira como estratégia pedagógica para o ensino de ciências numa perspectiva de inclusão social, promoção da saúde e superação da pobreza”. A tese inclui o fascículo “Com Ciência e Arte na Escola” número 2, que traz as sugestões (já testadas) para a abordagem do tema da desigualdade e da pobreza nas oficinas dialógicas de música, com estudantes e professores. Sete músicas foram especialmente selecionadas para promover o debate com os alunos sobre as determinantes sociais dos problemas relacionados à pobreza. Trabalhos correlatos estão sendo motivados, em dissertações de mestrado e trabalhos de conclusão de cursos de especialização.

20 <http://www.fiocruz.br/ioc/media/Com%20Ciencia%20e%20Arte%20na%20Escola%202.pdf>

AÇÕES PARA O BRASIL SEM MISÉRIA NO PLANEJAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Para passar da intenção política desenhada no Plano Brasil sem Miséria à ação política efetiva é necessário que, na articulação dos Planos Plurianuais (PPAs) e nos orçamentos setoriais, apareçam as dotações de recursos, os objetivos, as metas e os indicadores a serem acompanhados. No planejamento estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015²¹ foram formulados 16 objetivos estratégicos, dos quais 15 são diretamente relacionados à gestão da saúde, enquanto o décimo-sexto, “contribuir para erradicar a extrema pobreza no País”, é um objetivo transversal do governo.

O documento, publicado em 2013, consolidou o trabalho realizado em diversas oficinas de planejamento do Ministério da Saúde. Participamos de uma delas em março de 2012. Era necessário harmonizar diversos instrumentos de planejamento e gestão: o PPA 2008/2011, o PPA 2012/2015, o “Mais Saúde” – agenda estratégica do final da gestão do governo Lula, o novo plano estratégico do Ministério da Saúde, o Plano Nacional de Saúde (PNS 2008/2011), o PNS 2012/2015 e a Programação Anual de Saúde (PAS). Tudo isso definindo ações, recursos e outros elementos voltados para o cumprimento das metas do PNS.

O planejamento assume “objetivos estratégicos”, que descrevem os grandes alvos que o Ministério da Saúde busca atingir até 2015, vinculados ao PPA e ao PNS; “estratégias”, que representam as trajetórias percorridas para atingir os objetivos estratégicos; “resultados esperados”, que expressam a transformação dos objetivos na realidade almejada pelo grupo que planeja, ao final de determinado prazo; “marcos intermediários/produtos”, que precisam ser alcançados para que

21 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_ministerio_saude_2011_2015.pdf

o resultado seja atingido, configurando-se como meios para a concretização do resultado; e “ações”, atividades necessárias para a obtenção dos produtos.

O objetivo estratégico 16, relativo à superação da miséria, adotou cinco estratégias que incluem ações para a erradicação da pobreza extrema em outros objetivos estratégicos, e estão listadas abaixo.

- Estratégia 1: Apoio à política de universalização de acesso à água no semiárido (capacitação de agentes de saúde; construção de sistemas de abastecimento de água para comunidades rurais, quilombolas e indígenas; construção de cisternas; construção de poços subterrâneos).
- Estratégia 2: Ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica (UBS nos 2.365 municípios prioritários da saúde no Brasil sem Miséria/agentes contratados/ampliação de UBS; novas unidades; equipamentos; 70 equipes de consultório de rua; 19 UBS fluviais – Amazônia Legal e pantanal; saúde bucal e ocular; acesso a ações básicas de saúde (hanseníase, tuberculose, pré-natal e outras).
- Estratégia 3: Farmácia Popular (maior acesso a medicamentos gratuitos).
- Estratégia 4: Doenças relacionadas à/e perpetuadoras da pobreza (em 334 municípios vinculados ao Programa de Saúde na Escola: diagnóstico e tratamento de hanseníase, tracoma, geo-helminthiases e esquistossomose; identificação e tratamento dos portadores de *Schistosoma mansoni* nos municípios endêmicos; diagnóstico e tratamento do tracoma).
- Estratégia 5: Saúde, ciência e educação na Rede Fiocruz pelo Brasil sem Miséria (120 teses de doutorado + ações de desenvolvimento territorial em áreas prioritárias da saúde no Brasil sem Miséria).

Através das quatro primeiras estratégias, os 15 objetivos estratégicos “gerais” se entrecruzam para incluir ações relativas às doenças da pobreza em municípios prioritários, que concentram grandes contingentes de pessoas nessa condição. Desse modo, diversos programas, como o Brasil Carinhoso, o Programa Aqui Tem

Farmácia Popular, a construção de UBS e a constituição de equipes de consultório na rua (equipes de atenção básica com responsabilidade exclusiva de articular e disponibilizar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua), expressam ações do objetivo estratégico 16. Exemplos dos resultados não faltam. Em 2012, o “Brasil Carinhoso” viabilizou o aumento da oferta de sulfato ferroso e a suplementação com megadoses de vitamina A em 2.179 municípios; com o Olhar Brasil, mais de 93 mil consultas foram realizadas e mais de 32 mil óculos distribuídos aos beneficiários do Programa Saúde na Escola e do Programa Bolsa Família.

Já o objetivo estratégico 2 (reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde) prevê apoio a ações voltadas para o diagnóstico e o tratamento precoce da dengue, com foco na redução do agravamento da doença, bem como apoio em ações específicas para algumas doenças transmissíveis (tuberculose, malária, AIDS, hanseníase, hepatites virais e doença de Chagas) e outras doenças relacionadas à pobreza (esquistossomose, filariose e tracoma).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como citamos acima, é cedo para uma avaliação final dessas ações, que ainda estão em curso. Mas o fato de terem sido formuladas é indicador positivo de intenções e planos. Estamos confiantes de que o engajamento da comunidade acadêmica com os desafios da erradicação da pobreza é um movimento irreversível, e que marcará profundamente a ação futura dos profissionais em formação que estão participando deste processo. Sejam eles os futuros cientistas em fase de doutoramento, ou os recém-doutores chamados a pensar e atuar sobre esse problema historicamente crônico e negligenciado, ou ainda os professores e a população que recebe ações de formação e popularização científica e cultural continuada nas expedições Fiocruz para um Brasil sem Miséria. A articulação intersetorial e a interdisciplinaridade são desafios extremamente atuais e acreditamos que tais profissionais estarão melhor preparados para esse enfrentamento como resultado deste processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO-JORGE, T. C.. *Embasamento técnico e sugestões para ações de controle das Doenças da Pobreza no Programa de Erradicação da Pobreza Extrema no Brasil*. (Nota Técnica n.º 1/2011/ Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz-/Diretoria, versão 4, 2 de setembro de 2011). Disponível em:

≤www.fiocruz.br/ioc/media/NotaTecnica_IOC%20v2%20Doencas%20da%20pobreza%2026%20mai%202011.pdf>. Acesso em: 19/set.2014.

_____ Doença e pobreza, desafios pra o próximo governo. *Correio Braziliense*, Brasília, 17 jan. 2011. Caderno Opinião, p. 13.

BARRETO M. L. et al. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet*, v. 377, n. 9780), p. 1877-89, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto presidencial. Disponível em: ≤http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7492.htm>. 2011. Acesso em: 19 set. 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Plano Brasil sem Miséria. Caderno Técnico*. 2012. Disponível em: ≤<http://www.mds.gov.br/documentos/Caderno%20de%20Graficos%20BSM%20-%203%20anos%20-%2030072014%20-%20SEMMARCAS%20sem%20texto.pdf>>. Acesso em: 19 set.2014.

COTTA, R. M. M. et al. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Rev. Bras. Educ. Med*, v. 31, n. 3 p. 278-286, 2007 .

DIAS, J. C. P. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, n. 14, sup. 2p. 19-37, 1998.

FONSECA, A. *A Superação da Extrema Pobreza no Brasil e a Centralidade da Política Pública de Assistência Social. Texto para a IX Conferencia de Assistência Social.* Brasília: junho 2011.

GRECO, D. B. Ética, Saúde e Pobreza: as doenças emergentes no século XXI. *Rev Bioetica*, v. 7, n. 2, p.1-6, 1999.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento.* Brasília, 2014.

MELLO, M. T. V. B, PIRES-ALVES, F. Expedições científicas, fotografia e intenção documentária: as viagens do Instituto Oswaldo Cruz (1911-1913). *História, Ciências, Saúde –Manguinhos* , n. 16, Supl.1 p.139-179, 2009.

MATRACA, M. V. C.; WIMMER G.; ARAUJO-JORGE, T. C. Dialogia do riso: um novo conceito que introduz alegria para a promoção da saúde apoiando-se no diálogo, no riso, na alegria e na arte da palhaçaria. *Ciência e Saúde Coletiva*, n. 16, p. 4127- 4138, 2011.

MOREL C. M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2 p.261-70, 2004.

SILER, T. The ArtScience Program for Realizing Human Potential. *Leonardo*, Cambridge: MIT Press, n. 44, p.417–424, 2011.

WORLDHEALTHORGANIZATION (WHO). *First WHO report on neglected tropical diseases 2010: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases.* Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564090_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 19 set.2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global Report for Research on Infectious Diseases of Poverty*, 2012. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564489_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 19 .2014.