

# **Políticas sociais e a experiência de um programa de indução à pesquisa em saúde na Fiocruz**

## **Social policies and the experience of a program of induction to health research in Fiocruz**

**Marilyn Anderson Alves Bonfim**

Instituto Oswaldo Cruz - Fiocruz  
[mel.bonfim.fiocruz@gmail.com](mailto:mel.bonfim.fiocruz@gmail.com)

**Tania Cremonini de Araujo-Jorge**

Instituto Oswaldo Cruz - Fiocruz  
[taniaaj@ioc.fiocruz.br](mailto:taniaaj@ioc.fiocruz.br)

**Zulmira Maria de Araújo Hartz**

Universidade Nova de Lisboa  
[zhartz@ihmt.unl.pt](mailto:zhartz@ihmt.unl.pt)

### **Resumo**

Este é um estudo teórico crítico que buscou analisar as interações entre a construção das políticas sociais brasileiras e a contribuição da academia no campo da saúde, à luz da perspectiva histórica e da experiência inédita de um programa de indução à pesquisa, com foco na extrema pobreza, no âmbito de dezesseis programas de pós-graduação da Fundação Oswaldo Cruz (2012-2018), dentre eles, o programa em ensino em biociências e saúde, que apresentou resultados importantes, com retorno à sociedade ao investimento realizado, em busca de justiça social.

**Palavras-chave: políticas sociais, pesquisa em saúde, Brasil Sem Miséria**

### **Abstract**

This is a critical theoretical study that investigates the interactions between the construction of Brazilian social policies and the academy's contribution in the field of health, in light of historical perspective and the unprecedented experience of a research induction program, focusing on extreme poverty, under sixteen postgraduate programs of the Oswaldo Cruz Foundation (2012-2018), among them the bioscience and health education program, which showed significant results, giving back to society to the investment in search social justice.

**Key-words: social policies, health research, Brazil without Misery**

## **Introdução**

Este trabalho é um ensaio teórico crítico, intimamente relacionado ao tema do XII Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências – ENPEC: Diferenças, Justiça Social e Democracia, ao abordar os caminhos das políticas sociais no Brasil, desde o final da Primeira República (1889 a 1930) até o Plano Brasil Sem Miséria – PBSM (2011-2014), este último teve como principal objetivo erradicar a extrema pobreza no país em 4 anos, a partir da integração e articulação de políticas, programas e ações, coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

Dentre as premissas do plano, destaca-se a articulação de ações de garantia de renda com ações voltadas à melhoria das condições de vida da população extremamente pobre, de forma a considerar a multidimensionalidade da situação da pobreza (BRASIL, 2011).

Na perspectiva da multidimensionalidade, o tema “Doenças Negligenciadas, Erradicação da Pobreza e o Plano Brasil Sem Miséria” foi incluído no PBSM, a partir da articulação baseada na Nota Técnica Nº 01/2011<sup>1</sup>, da Fundação Oswaldo Cruz. Essa iniciativa teve como um de seus principais desdobramentos o programa de indução à pesquisa em saúde, no âmbito dos programas de pós-graduação da Fiocruz, para produção de conhecimentos voltados à mitigação de problemas relacionados à extrema pobreza, fruto de uma cooperação tripartite entre a Fundação, a CAPES e o MDS, com o objetivo de ampliar a formação de recursos humanos de alto nível acadêmico em áreas estratégicas e contribuir para o alcance das metas do Plano Brasil Sem Miséria.

O programa de indução contou com 25 bolsas de estudo especiais para pós-doutorado e 100 para doutorado e envolveu 16 Programas de Pós-Graduação da Fundação. Como resultados iniciais, 90 teses foram produzidas e são fontes de dados de pesquisa avaliativa em andamento, que tem por objetivo verificar o retorno do investimento em pesquisa em saúde para sociedade, e, especialmente, aos extremamente pobres, público alvo do programa.

Para subsidiar a pesquisa sobre os resultados e efeitos da indução e a partir da compreensão de que a produção acadêmica não se faz descolada do contexto sócio-político, o estudo teve início no resgate histórico das políticas sociais brasileiras com objetivo de compreender a construção histórica dessas políticas e analisar suas possíveis interações com produção de conhecimentos em saúde.

## **Breve Histórico das Políticas Sociais no Brasil**

Souza e Gonçalves (2014), resgataram a herança histórica da política de assistência social brasileira, destacando a ideia assistencialista e filantrópica que efetivou nosso Estado de Bem-Estar Social e comparando a origem dos modelos de proteção social de países com efetivo bem-estar social, que contaram com o protagonismo das classes trabalhadoras, diferentemente do Brasil, que teve seu processo de efetivação de direitos norteados por uma cultura paternalista, coronelista e populista.

A questão social no Brasil nasceu no final da Primeira República (1889 a 1930), momento em que os problemas sociais ficaram evidentes, diante do processo de

---

<sup>1</sup> Nota Técnica Nº01/2011/IOC-FIOCRUZ/DIRETORIA de 2011.

industrialização como alternativa a crise agrária (PASTOR e BREVILHERI, 2009; PIANA, 2009). Foi no período de 1930 a 1945, que surgiram as primeiras medidas de proteção social, incluindo a criação do Conselho Nacional de Serviço Social (1938). Estavam relacionadas, diretamente, a direitos trabalhistas, excluindo, dessa forma, toda a população que não possuía vínculo empregatício. As ações assistencialistas eram desenvolvidas, principalmente, pela Igreja Católica (SOUZA e GONÇALVES, 2014).

De acordo com Teixeira (2007), a atribuição de *status* de cidadão era apenas para determinados segmentos sociais e, com isso, foi criada uma nova categoria, a de “subcidadão”, atribuída aos pobres e aos que não tinham sua atividade laboral reconhecida.

Excetuando a criação, em 1942, da Legião Brasileira de Assistência (LBA), criada a princípio para atender os pracinhas da segunda guerra mundial, e resguardada a ressalva de sua natureza assistencialista e patriótica, não há na literatura consultada, registros que contemplem a ideia de proteção social, como direito, no período entre 1930 e 1945 (SOUZA e GONÇALVES, 2014).

Entre 1950 e 1960, os debates sociais eram incipientes e não há registro de ações práticas, o que começa a mudar, em 1960, no âmbito da previdência, com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, que embora seja um marco para o país, desconsiderou trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos, que seguiam sem cobertura.

Essas décadas também foram marcadas pelo discurso desenvolvimentista, que supervalorizou a política econômica em detrimento à política social, no governo de Juscelino Kubitschek (1956 – 1961).

Nas décadas seguintes, sob regime ditatorial, as ações seguiram a mesma lógica, somadas às ações que buscavam controle e disciplina para o ajuste social (SOUZA e GONÇALVES, 2014). Um legado elitista e autoritário configurava as políticas sociais (PAIVA, 1999). Mesmo sob efeito do chamado “milagre econômico” da década de 1970, a modernização trouxe uma crise inflacionária e recessiva, com impactos para a política social, que era conduzida por conservadores e tecnocráticos. As ações setorializadas não atenderam às necessidades reais e a insatisfação da sociedade, somada ao debate sobre a questão social, ganharam força e seguiram juntas pela redemocratização do país na década de 1980 (PASTOR e BREVILHERI, 2009).

A promulgação da Constituição Cidadã, em 1988, desconstrói a lógica do “mérito da necessidade” pela “cidadania”, consolidando a proteção social como direito, composta pelo tripé da seguridade social: Previdência, Saúde e Assistência Social (CASTRO e CARDOSO JR., 2005; FONSECA *et al.*, 2006; TEIXEIRA, 2007; BEHRING e BOSCHETTI, 2011; SOUZA e GONÇALVES, 2014).

O modelo de proteção social brasileiro passa a ter características como a universalização, o redistributivismo, a descentralização política e a responsabilização pública (CASTRO e CARDOSO JR., 2005; FONSECA *et al.*, 2006; TEIXEIRA, 2007).

A criação do Orçamento da Seguridade Social a partir de várias fontes de recursos públicos para gastos sociais foi um fato promissor para a garantia dos direitos dos cidadãos, que logo sofreu, quando o movimento conservador ganhou forças, com a proposta vitoriosa de Fernando Collor de Melo, em 1989 (CASTRO; CARDOSO JR.,

2005). Foi a instauração de um conjunto de reformas, antes mesmo da implementação dos princípios constitucionais (TEIXEIRA, 2007).

O modelo neoliberal contrastava com as garantias constitucionais e a ideia de um Estado de Bem-Estar Social não passou de um ensaio (PASTOR e BREVILHERI, 2009). Nessa década, especificamente em 1993, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que dispunha sobre a organização da Assistência Social, marcou a área da assistência por finalmente ter adquirido *status* de política pública, com impactos no campo da proteção social a idosos e pessoas com deficiência física (FONSECA *et al.*, 2006).

Durante os dois governos do Presidente Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2002) o Gasto Social Federal<sup>2</sup> (GSF) aumentou até 1998, em ritmo até mais acelerado que o crescimento econômico, como consequência da obrigação do cumprimento das determinações constitucionais e pressão popular, contudo 72% desses gastos estavam relacionados ao eixo de Trabalho e Emprego (CASTRO; CARDOSO JR., 2005). Era a manutenção do modelo de organização social pré-constituinte.

Foram implementadas ações, incipientes e focalizadas, nos segmentos mais pobres da população, por meio de transferência monetária. E a partir de 1999, com a crise externa e o ajuste fiscal monitorado pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), o GSF sofreu uma quebra estrutural (CASTRO; CARDOSO JR., 2005).

Na década seguinte, no campo social, o combate à fome e à miséria foram prioridade no Governos Lula (2003 a 2010), por meio dos Programas Fome Zero e Bolsa Família, que também sofreram fortes críticas, por se tratarem de políticas sociais focalizadas, não alinhadas ao princípio da universalidade estabelecido na constituição (TEIXEIRA, 2007; PAIVA e MATTEI, 2009; SOUZA e GONÇALVES, 2014).

A democracia e os direitos constitucionais viveram, e vivem, atrelados ao ajuste estrutural da economia e com as limitações dos gastos públicos (PIANA, 2009). A manutenção do *status quo* tem sido alvo de críticas dos movimentos sociais e sindicais, uma vez que o modelo de concentração de renda se manteve (DRUCK; FILGUEIRAS, 2007).

Diante do panorama apresentado, os avanços na questão social são reconhecidos na literatura, atrelados aos enormes desafios para que as políticas tenham a efetividade esperada e ao movimento conservador recorrente de desmonte dos direitos sociais que após 30 anos da promulgação da Constituição, não foram implementados plenamente (MONNERAT e SOUZA, 2011).

Pinheiro (2011) corrobora com as críticas, ao demonstrar que, gastos na área social, isoladamente, não são suficientes para alcançar melhores condições de vida, embora haja uma correlação positiva entre gastos na área social e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). A análise mostra que a estrita canalização de recursos financeiros é insuficiente para um que haja um sistema de proteção social efetivo.

A partir dessa premissa, foi criado o Plano Brasil Sem Miséria no primeiro mandato da Presidenta Dilma (2011 a 2014), como forma de organizar o modelo

---

<sup>2</sup> O Gasto Social Federal é estruturado em dois grandes eixos: i) Proteção Social (seguridade social): Previdência Social Geral e Servidor Público Saúde e Assistência Social; e ii) Promoção Social: Educação, Trabalho e Renda, Desenvolvimento Agrário, Cultura, Saneamento Básico e Habitação e Urbanismo (IPEA, 2012).

descentralizado sob o qual operavam as políticas sociais, (re)colocando a necessidade de promover uma sinergia intersetorial para enfrentar a complexidade dos problemas sociais (MONNERAT e SOUZA, 2011).

O PBSM foi estruturado à luz da concepção da integralidade dos sujeitos e dedicou-se aos mais vulneráveis, que mesmo após oito anos de ações de inclusão, permaneciam sem acesso à mobilidade social e à cidadania (CAMPELLO e MELLO, 2014).

A promoção de direitos, dentre eles o direito à saúde, foi o cerne da narrativa da política oficial do Plano Brasil Sem Miséria (PAES-SOUSA e VAITSMAN, 2013; PAES-SOUSA, 2014). Os estudos sobre determinantes sociais, sob os quais a situação de saúde é relacionada às condições socioeconômicas, culturais e ambientais, pautou a perspectiva da multidimensionalidade da pobreza que orientou o PBSM e a relação doença-pobreza foi reconhecida no plano como um processo de retroalimentação, no qual doenças decorrentes da pobreza contribuem para perpetuação da própria pobreza, sustentando assim o ciclo pobreza – doença – pobreza (BARATA, 2009; ARAUJO-JORGE *et al.*, 2014).

Diante dessa convergência e do cenário de mais de 100 milhões de brasileiros acometidos, em 2011, pelas denominadas doenças negligenciadas<sup>3</sup>, assumidas aqui como promotoras de pobreza, é que o tema foi incluído no PBSM, sendo considerado seu enfrentamento, requisito para erradicação da extrema pobreza (ARAUJO-JORGE *et al.*, 2014).

A partir dessa decisão política e do trabalho de aproximação entre a academia e o planejamento de políticas públicas, é que Fundação Oswaldo Cruz assumiu a tarefa de produzir conhecimentos aplicáveis ao Plano Brasil Sem Miséria.

### **Primeiras Contribuições do Programa de Indução à Pesquisa em Saúde ao Programa Brasil Sem Miséria – Ensino em Biociências em Saúde**

O cenário apresentado retrata que levamos oito décadas de desenvolvimento de Políticas Sociais, para que, um movimento interinstitucional (Fiocruz-CAPES-MDS) induzindo a produção de conhecimentos aplicados a estas políticas fosse desenvolvido no âmbito da saúde.

Foram mobilizados 16 programas de pós-graduação da Fiocruz, que produziram 90 teses, das quais, cinco foram no programa de Ensino em Biociências e Saúde do Instituto Oswaldo Cruz (IOC).

Os estudos do campo do Ensino desenvolveram: (i) ferramentas didáticas em busca da aproximação entre os saberes científicos e escolares; (ii) estudaram a cultura da sustentabilidade no Programa Mais Educação; (iii) prospectaram materiais educativos sobre saúde; (iv) elaboraram estratégias educativas sobre doenças negligenciadas no âmbito do Programa Saúde na Escola; e (v) utilizaram materiais paradidáticos para desenvolvimento de atividades sobre água e saúde, com ênfase nas enteroparasitoses. Estas cinco teses apontam que a interação entre a construção de políticas sociais e a produção de conhecimentos não só é possível, como também é viável.

---

<sup>3</sup> Doenças negligenciadas são doenças que não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, já que representam forte entrave ao desenvolvimento dos países (BRASIL, 2010).

Atualmente, cerca de 50 milhões de brasileiros vivem abaixo na linha da pobreza<sup>4</sup>, o que evidencia que há muito a ser realizado e que a academia pode ter um papel singular a desempenhar para o desenvolvimento do país, em busca de justiça social, a partir da extrapolação de seus resultados e produtos, para além do banco de teses da CAPES e a publicação de artigos científicos.

## Agradecimentos e apoios

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES

## Referências

ARAUJO-JORGE, T.C. *et al.* Doenças negligenciadas, erradicação da pobreza e o plano Brasil sem miséria. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **O Brasil sem miséria**. Brasília: MDS, 2014.

BARATA, R.B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BEHRING, E.R.; BOSCHETTI, I.C. **Política social: fundamentos e história**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011. 216 p.

BRASIL. Decreto nº 7.492, de 02 de junho de 2011. **Institui o Plano Brasil Sem Miséria**. Diário Oficial, Brasília, DF, 03 jun. 2011. Seção 1, p. 6.

BRASIL. **Plano Brasil Sem Miséria – caderno de resultados** (junho/2011 a dezembro/2014). Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social, 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. **Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 200-202, 2010.

CAMPELLO, T.H.G.B.; MELLO, J. O processo de formulação e os desafios do plano Brasil sem miséria: por um país rico e com oportunidades para todos. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **O Brasil sem miséria**. Brasília: MDS, 2014.

CASTRO, J.A.; CARDOSO JR., J.C. Políticas sociais no Brasil: gasto social do governo federal de 1988 a 2002. In: JACCOUD, L. **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005.

\_\_\_\_\_. Políticas sociais no Brasil: organização abrangência e tensões da ação estatal. In: JACCOUD, L. **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005.

COLIN, D. R. A. *et al.* O plano Brasil sem miséria e a contribuição da política de

---

<sup>4</sup> A linha de extrema pobreza foi estabelecida com base em parâmetros internacionais, como a linha do Banco Mundial de US\$ 1,25 por dia e Purchase Power Parity - Paridade do Poder de Compra (CAMPELLO; MELLO, 2014). Em 2017, a métrica do Banco Mundial foi alterada, considerando as múltiplas dimensões de bem-estar, defendidas por Amartya Sen. A nova linha é de US\$ 5,50 por dia para países como o Brasil, que possui renda média alta. Com a mudança, o IBGE calcula que cerca de 50 milhões de brasileiros viviam abaixo da Linha da Pobreza, em 2017.

assistência social na oferta de serviços para a garantia de necessidades sociais básicas. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **O Brasil sem miséria**. Brasília: MDS, 2014.

DRUCK, G.; FILGUEIRAS, L. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. **Revista Katalysis**, v. 10. n. 1 – p. 24-34. Florianópolis, jan./jun. 2007.

FONSECA, K. H. C.; SANTOS, I.S.; TADEUCCI, M.S.R.; CARNIELLO, M.F.; KAMIMURA, Q.P. A trajetória das políticas sociais e a assistência social no Brasil: avanços e espaços de conquistas. **V Encontro Latino Americano de Pós-graduação, Universidade do Vale do Paraíba**. Vale do Paraíba: Univap; 2006.

MONERRATE, G.L.; SOUZA, R.G. Da seguridade social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katalysis**, v. 14. n. 1 – p. 41-49. Florianópolis, jan./jun. 2011.

PAES-SOUSA, R. Plano Brasil Sem Miséria: Incremento e Mudança na Política de Proteção e Promoção Social no Brasil. **Working Paper**, nº 113, Agosto de 2013.

PAES-SOUSA, R., VAITSMAN, J. The zero hunger and brazil without extreme poverty programs: a step forward in brazilian social protection policy. **Ciência & Saúde Coletiva**. 19(11): 4351-4360, 2014.

PAIVA, B.A. Assistência social e políticas sociais no Brasil - configuração histórica, contradições e perspectivas. **Revista Katálisis**, Santa Catarina, n. 04, 1999.

PAIVA, B.A.; MATTEI, L. Notas sobre as políticas sociais no Brasil: a primeira década do século XXI. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.8, n.2, p. 175-194, 2009.

PASTOR, M.; BREVILHERI, E.C.L. Estado e política social. **Serviço social em revista**, Londrina, v. 12, n. 1, p. 135-156, jul./dez. 2009.

PIANA, MC. As políticas sociais no contexto brasileiro: natureza e desenvolvimento. In: **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

PINHEIRO, D.S. Gasto social federal e melhoria da qualidade de vida no contexto do modelo orçamentário federal brasileiro. **Boletim Regional, Urbano e Ambiental**. IPEA. 2011.

SOUZA, S.A.S.; GONÇALVES, S.F. Política de assistência social: uma breve análise de seus avanços e retrocessos. **VI Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais e II Seminário de Direitos Humanos**, Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Paraná: Unioeste; 2014.

TEIXEIRA, S.M. Políticas sociais no Brasil: A história (e atual) relação entre o “público” e o “privado” no sistema brasileiro de proteção social. **Sociedade em debate**. Pelotas, 13(2): 45-64, jul.-dez. 2007.