



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO,
FILOSOFIA E HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS**



ISMAEL MENDES ANDRADE

**O CENTRO DE REFERÊNCIA EM LEISHMANIOSE DO BAIXO SUL DA BAHIA
(1986 – 2017): UMA GENEALOGIA DA GEOGRAFIA MÉDICA BRASILEIRA**

Salvador
2022

ISMAEL MENDES ANDRADE

**O CENTRO DE REFERÊNCIA EM LEISHMANIOSE DO BAIXO SUL DA BAHIA
(1986 – 2017): UMA GENEALOGIA DA GEOGRAFIA MÉDICA BRASILEIRA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal da Bahia e da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Ensino, Filosofia e História das Ciências.

Orientadoras:

Profa. Dra. Bárbara Carine Soares Pinheiro
Profa. Dra. Fernanda Rebelo Pinto (*In memoriam*)

Coorientadora:

Profa. Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi

Salvador
2022

Andrade, Ismael Mendes.

O Centro de Referência em Leishmaniose do Baixo Sul da Bahia (1986 - 2017) : uma genealogia da Geografia Médica Brasileira / Ismael Mendes Andrade. - 2022.

137 f. : il.

Orientadoras: Prof.^a Dr.^a Bárbara Carine Soares Pinheiro e Prof.^a Dr.^a Fernanda Rebelo Pinto (*In memoriam*).

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Sandra Noemi Cucurullo de Caponi.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências, Salvador, 2022.

Programa de Pós-Graduação em convênio com a Universidade Estadual de Feira de Santana.

1. Geografia Médica. 2. Centro de Referência em Leishmaniose do Baixo Sul da Bahia. 3. Leishmaniose. 4. Genealogia. I. Pinheiro, Bárbara Carine Soares. II. Pinto, Fernanda Rebelo. III. Caponi, Sandra Noemi Cucurullo de. IV. Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências. V. Universidade Estadual de Feira de Santana. VI. Título.

CDD 614.4281 - 23. ed.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO,
FILOSOFIA E HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS**



ISMAEL MENDES ANDRADE

**O CENTRO DE REFERÊNCIA EM LEISHMANIOSE DO BAIXO SUL DA BAHIA
(1986 – 2017): UMA GENEALOGIA DA GEOGRAFIA MÉDICA BRASILEIRA**

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Ensino,
Filosofia e História das Ciências – UFBA/UEFS, em 14 de março de 2022.

Banca Examinadora:

Prof^a Dra. Bárbara Carine Soares Pinheiro
Universidade Federal da Bahia

Prof^a Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a Dra. Indianara Lima Silva
Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof^a Dra. Paloma Nascimento dos Santos
Universidade Federal da Bahia

Prof^a Dra. Rozilda Vieira Oliveira
Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. George Mariane Soares Santana
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Salvador
2022

Dedico esta tese à minha família e aos
docentes que fizeram parte da minha
história em especial a Fernanda
Rebelo Pinto e Fran Demétrio
(*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

A Deus – ser de luz – por me guiar e iluminar em todos os momentos de minha vida.

À minha família, apoiadora emocional: minha mãe Sizinia, meu pai Florisvaldo, meus irmãos Floriso, Edinaldo e Camila e meus sobrinhos Bianca, Bruna, Gustavo e Rafael. Amores incondicionais. Ao meu companheiro Luiz Henrique pelo seu amor, carinho, suporte, compreensão; pelas alegrias e angústias vividas ao longo desta trajetória. E aos demais familiares, tios, primos e cunhados pela conexão afetiva.

Ao Programa de Pós-Graduação Ensino, Filosofia e História das Ciências, especialmente ao colegiado 2018-2020. Às professoras: Dra. Andreia, Dra. Barbara, Dra. Claudia, Dra. Indianara e Dra. Fernanda.

À minha primeira orientadora Prof.^a Dra. Fernanda Rebelo Pinto (*in memoriam*) pela construção-reconstrução deste trabalho. Sua memória é viva a cada escrita; e a saudade está presente todo o tempo.

À minha atual orientadora Prof.^a Dra. Barbara Carine; palavras me faltam para agradecer, um ser de luz a quem admiro para além da academia. Obrigado por me acolher e dá colo quando mais precisava.

À minha Coorientadora Prof.^a Dra. Sandra Caponi, seu acolhimento foi fundamental para continuidade deste estudo e para construção de laços de amizade da tríade Ismael-Fernanda-Sandra. Gratidão pela continuação dessa memória.

À Prof.^a Dra. Hildete Leal pelas contribuições nas correções gramaticais. Você é uma referência na Língua Portuguesa.

Às professoras Dra. Indiana, Dra. Rozilda e ao Professor Dr. George pelas contribuições na qualificação deste trabalho.

À Associação União de Moradores Povoado de Corte de Pedra e ao Centro de Referência em Leishmaniose Dr. Jackson Maurício Lopes.

Aos entrevistados na construção histórica da pesquisa, muito obrigado pela contribuição.

Aos pesquisadores e à população de Corte de Pedra e do seu entorno.

À CAPES pelo incentivo na continuidade desta pesquisa.

À Prefeitura e a Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Tancredo Neves pelas contribuições ao longo da pesquisa.

Aos amigos-familiares que apoiaram ao longo da trajetória acadêmica: especialmente aos meus avôs-padrinhos, Lero (*in memoriam*) e Antônia; minhas primas Patrícia, Ana Martha, Marina e Hélio (*in memoriam*); meus tios avôs José Mendes (*in memoriam*) e Dulce; aos Professores Antônio Cesar Almeida e Fernando Eliodoro; e aos amigos Genilda Barreto e Leo Barsan.

Aos demais amigos e colegas que apoiaram em todos os momentos necessários.

“É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar.
É melhor tentar, ainda que em vão que sentar-se, fazendo nada até o final.
Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias frios em casa me esconder.
Prefiro ser feliz embora louco, que em conformidade viver.”

Martin Luther King

RESUMO

O Centro de Referência em Leishmaniose do Baixo Sul da Bahia, fundado em 1986, atualmente é uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em parceria com Universidade Federal da Bahia e Associação da União dos Moradores do Povoado de Corte de Pedra do município de Presidente Tancredo Neves. O objetivo deste trabalho é apresentar uma genealogia da Geografia Médica Brasileira a partir do Centro de Referência em Leishmaniose do Baixo Sul da Bahia no período de 1986 a 2017. Esta pesquisa consta das etapas: pesquisa histórica documental, entrevista, e referenciais teóricos. A pesquisa histórica baseada em análise de documentos do Centro de Referência em Leishmaniose e referenciais teóricos sobre a Geografia Médica, sob o ponto de vista da genealogia de Foucault. No levantamento documental, foi identificada a ata de fundação da União de Moradores do Distrito de Corte de Pedra e o Estatuto do Centro de Referência. Nas entrevistas, evidenciou-se a importância do CRL e sua relação com a Geografia Médica Brasileira, a partir de estudos iniciados por pesquisadores médicos da Universidade de Brasília (UnB) em 1983. Esses profissionais vieram desbravar a área endêmica da Leishmaniose Tegumentar no entorno do Distrito de Corte de Pedra para pesquisa de seus trabalhos de conclusão de curso (dissertação e tese) e, posteriormente, orientaram a comunidade e participaram efetivamente do movimento e da organização da associação para implantação do CRL que possibilitou atender à população acometida pela Leishmaniose; a época em que o SUS nem existia e as pessoas aclamavam por atendimento integral à saúde. Concluiu-se, então, que as pesquisas em Geografia Médica Brasileira na localidade de Corte de Pedra permitiram entender genealogicamente o porquê da implantação do CRL em 1986.

Palavras-chave: Centro de Referência. Leishmaniose Tegumentar. Geografia Médica. Genealogia.

ABSTRACT

The Reference Center on Leishmaniasis of Baixo Sul da Bahia, founded in 1986, is currently a unit of the Unified Health System (SUS) in partnership with the Federal University of Bahia and the Association of the Union of Residents of the Village of Corte de Pedra in the municipality of President Tancredo Neves. Therefore, the objective of this work is to present a genealogy of Medical Geography from the Reference Center on Leishmaniasis of Baixo Sul da Bahia from 1986 to 2017. This research consists of steps: documental historical research, interview, and theoretical references. This research consists of steps: documental historical research, interview, and theoretical references. Historical research based on the analysis of documents from the Reference Center for Leishmaniasis and theoretical references on Medical Geography, from the point of view of Foucault's genealogy. In the documentary survey, the founding minutes of the Union of Residents of the Corte de Pedra District and the Statute of the Reference Center were identified. The interviews showed the importance of the CRL and its relationship with Brazilian Medical Geography, based on studies initiated by medical researchers at the University of Brasília (UnB) in 1983. These professionals came to explore the endemic area of Tegumentary Leishmaniasis around the District of Corte de Pedra to research their course conclusion works (dissertation and thesis), and who later guided the community and effectively participated in the movement and organization of the association for the implementation of the CRL that made it possible to serve the population affected by Leishmaniasis; the time when the SUS didn't even exist and people clamored for comprehensive health care. Concluding then that the researches in Brazilian Medical Geography in the locality of Corte de Pedra allowed to understand genealogically why the implantation of the CRL in 1986.

Keywords: Reference Center. Cutaneous Leishmaniasis. Medical Geography. Genealogy.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AUMCP – Associação da União dos Moradores do Povoado de Corte de Pedra

BIS – Bacharelado Interdisciplinar em Saúde

CRL – Centro de Referência em Leishmaniose

CRLDJMLC – Centro de Referência em Leishmaniose Doutor Jackson Mauricio Lopes Costa

FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LTA – Leishmaniose Tegumentar Americana

LV – Leishmaniose Visceral

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PPGEFHC – Programa de Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências

PTN – Presidente Tancredo Neves

SEPLAN – Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UFRB – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

UnB – Universidade de Brasília

UNEB – Universidade do Estado da Bahia

USP – Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|----------|--|----|
| Figura 1 | Roteiro Metodológico | 22 |
| Figura 2 | Ciclo da Leishmaniose Tegumentar Americana | 50 |
| Figura 3 | Áreas notificadas com LTA nos municípios do Território do Baixo Sul da Bahia | 69 |
| Figura 4 | Mapa de localização do município de Presidente Tancredo Neves | 73 |
| Figura 5 | Vista do Centro de Referência em Leishmaniose | 85 |
| Figura 6 | Placa de inauguração do Centro de Referência em Leishmaniose | 90 |
| Figura 7 | Placa de Convênio do Ministério da Saúde e o CRL | 91 |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| MEU LUGAR NA PESQUISA..... | 17 |
| PERCURSO METODOLÓGICO | 22 |
| CAPÍTULO I – EPISTEMOLOGIAS - CIÊNCIA E A GENEALOGIA | 26 |
| 1.1 O CONHECIMENTO CIENTÍFICO E A EPISTEMOLOGIA DA CIÊNCIA | 26 |
| 1.2 A GENEALOGIA DE MICHEL FOUCAULT: DIÁLOGO E CAMINHO | 37 |
| 1.2.1 O diálogo da genealogia | 37 |
| 1.2.2 O caminhar na genealogia | 40 |
| CAPÍTULO II – GEOGRAFIA E A HISTÓRIA SAÚDE-DOENÇA DA LEISHMANIOSE | 44 |
| 2.1. ESPAÇO GEOGRÁFICO NA SAÚDE-DOENÇA..... | 44 |
| 2.2. PROCESSO HISTÓRICO-GEOGRÁFICO DAS LEISHMANIOSES..... | 50 |
| CAPÍTULO III - ESTRUTURAÇÃO DA GEOGRAFIA MÉDICA BRASILEIRA: HISTÓRIA, OBJETO DE ESTUDO, MÉTODOS E TÉCNICAS DE ANÁLISE | 56 |
| 3.1 HISTÓRIA DA GEOGRAFIA MÉDICA | 56 |
| 3.2 OBJETO DE ESTUDO DA GEOGRAFIA MÉDICA | 61 |
| 3.3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE ANÁLISE DA GEOGRAFIA MÉDICA | 65 |
| CAPÍTULO IV - GENEALOGIA DA GEOGRAFIA MÉDICA BRASILEIRA E O PROCESSO HISTÓRICO DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM LEISHMANIOSE DO BAIXO SUL DA BAHIA | 69 |
| 4.1 IDENTIDADE TERRITORIAL DO CENTRO DE REFERÊNCIA | 69 |
| 4.2 TERRITORIALIZAÇÃO: POLÍTICA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE..... | 73 |
| 4.3 PROCESSO HISTÓRICO NA CONSTRUÇÃO DO CENTRO DE REFERÊNCIA | 77 |
| 4.3.1 A história oral dos desbravadores do Centro de Referência | 77 |
| 4.3.2 Documento histórico da fundação do Centro de Referência | 86 |
| 4.4 GENEALOGIA POR MEIO DA GEOGRAFIA MÉDICA BRASILEIRA..... | 93 |

| | |
|---|------------|
| 4.4.1 A genealogia e o espaço-poder no/do Centro de Referência | 93 |
| 4.4.2 Do Centro de Referência em Leishmaniose para a Geografia Médica Brasileira | 97 |
| CONCLUSÕES..... | 99 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 102 |
| APÊNDICE | 111 |
| ANEXOS | 113 |

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa é decorrente de uma investigação iniciada desde a graduação em Geografia que resolvi agora historicizar. É, ao mesmo tempo, uma contribuição para a História das Ciências da Saúde e da Geografia Médica Brasileira contada a partir do Centro de Referência em Leishmaniose. Este trabalho contou com o auxílio e apoio da Professora Doutora Fernanda Rebelo Pinto, a partir da percepção que ela teve sobre minha experiência e da afetividade com o lugar em que nasci.

Estudar a Geografia Médica é imergir na epistemologia das ciências humanas e da saúde, compreendendo que seu processo histórico exige um aprofundamento teórico voltado para a área das humanidades, especificamente a Geografia, o que possibilita observar as mudanças na dinâmica do espaço geográfico e no processo saúde-doença, por meio das transformações realizadas pelo indivíduo.

Nas várias linhas do conhecimento geográfico existe direcionamento da produção científica, a depender do campo de pesquisa. Para tanto, a Geografia Médica, cuja origem é bastante antiga, excita momentos variáveis que permeiam a geografia física e humana, sempre integrada com a medicina, contribuindo no desenvolvimento da pesquisa, dependendo da época, do lugar, tanto no Brasil, como em outros países.

A compreensão do processo teórico acerca da concepção epistemológica da Geografia Médica é ponto essencial para a Ciência Geográfica, pois articula a produção do conhecimento epistêmico trazendo respostas da dinâmica geográfica e do espaço da medicina. Portanto, pesquisar a Geografia Médica Brasileira e sua genealogia a partir de um Centro de Referência em Leishmaniose permitirá demarcar ainda mais uma linha que é interdisciplinar nos aspectos conceituais e históricos.

Assim, contar narrativas históricas sobre o processo científico é evidenciar a história da ciência por meio de pesquisa, métodos, fatos do espaço-tempo, conectando, por meio do passado, ações da cientificidade. Para Caponi (2000) e Canguilhem (1989), o processo passado/presente da ciência é validado quando compreendidas as razões de sua destruição histórica.

No Brasil, a publicação do primeiro livro da Geografia Médica traz um estudo do médico Carlos Lacaz (1972), uma publicação de cunho mais teórico que aborda a paisagem geográfica e sua relação com saúde-doença. Esse estudo foi realizado no período militar, obtendo pouca interação crítica (discussão) dos determinantes da saúde (alimentação, moradia, renda...), já que não havia na época liberdade de expressão para as críticas sobre intervenção de políticas públicas. Dessa forma, Lacaz visualiza a Geografia Médica como uma disciplina que estuda a patologia a partir dos fatores geográficos.

Ainda sobre a história da Geografia Médica, casos históricos foram citados no estudo de Caponi (2007): *“a un cuando existieran diversos estudios de geografía médica antes de 1857, Jean Christian Marc Boudin es reconocido como autor de la primera obra sistemática sobre el tema: el Traité de géographie et de statistique médicales et des maladies endémiques”*. Essa obra cita Boudin (1857) com o objetivo definir as relações do espaço geográfico específicos, como o clima, e sua relação com os fenômenos patogênicos. Para Sandra Caponi, a Geografia Médica no Brasil surge da necessidade de investigação comparativa de doenças exóticas e desconhecidas nos trópicos, já no período da colonização.

Relatos históricos de Ujvari (2003) afirmam que a geografia médica foi inserida pelo ambientalíssimo hipocrático, que surgiu aproximadamente 480 a.C. Hipócrates em sua pesquisa utilizou o estudo do espaço geográfico para responder como os fatores ambientais interferem no processo saúde-doença. Esse estudo de Hipócrates tem uma correlação com o estudo da Geografia Médica, e marca o momento que ele produziu sua famosa obra *“Dos ares, das águas e dos lugares”*. Essa obra já registrava, naquela época, a preocupação humana com a relação entre os fatores ambientais e o surgimento das doenças.

Hipócrates difundiu uma teoria segundo a qual as doenças são ocasionadas pela natureza, sendo que seus sintomas constituem uma reação do organismo. Além disso, ele escreveu sobre as epidemias e atribuiu às condições climáticas, particularmente aos ventos e ao frio, a causa do aparecimento de determinados problemas de saúde humana (UJVARI, 2003).

Os processos de mudança histórica da Geografia Médica, antes da descoberta da bacteriologia e posterior a ela, permitiram compreender melhor a

relação do Centro de Referência em Leishmaniose do Baixo Sul e a Geografia Médica Brasileira, por meio da imersão na genealogia.

Fazer a história crítica do presente é fazer genealogia, não com busca pelas origens, mas com análise da emergência de certa problemática (FOUCAULT, 1979). Para Foucault (1979), a genealogia é a tática que faz intervir a partir dessas discursividades locais, assim descritas, os saberes de dessujeitados que daí se desprendem. Seria o modo de problematizar certa unidade de discurso e do contexto histórico, uma vez que trabalha com dispersão dos dados, diversidades das fontes e acidentes de percurso. A problematização parte de uma inquietação nos termos em que ele se coloca e tenta fazer sua genealogia.

A genealogia apresenta afinidade com o pensamento cartográfico, interligada à Geografia - correlacionado com a Geografia Médica - no momento em que também se afasta da ideia de buscar estabelecer um caminho linear para atingir um fim; mas, também é considerado um método que visa acompanhar um procedimento, investigar um processo de produção; e não representar um objeto.

No Brasil, a Geografia Médica, conhecida como Geografia Médica e da Saúde, vem apresentando uma ascensão em especial pelas produções de cunho *Strictu sensu*, conectando o estudo da geografia e da saúde, não somente sobre a relação espaço e doença, mas, também, espaço e serviços de saúde no processo de apoio à saúde-doença, promoção e prevenção. Atualmente, o Brasil possui um Congresso e Revista Científica específica sobre a Geografia Médica e da Saúde. Efetivando assim, importantes contribuições para o universo científico.

O estudo da Geografia Médica, e em especial da disciplina no Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical da Universidade de Brasília, instigou pesquisadores a investigar sobre doenças tropicais no Sul da Bahia, culminando no processo de mobilização para implantação do Centro de Referência em Leishmaniose, que até o presente momento está sendo apoiada por outra instituição, a Universidade Federal da Bahia (UFBA), validando a importância da pesquisa e da ciência para a sociedade.

Os registros históricos produzidos pela Associação de União de Moradores de Corte de Pedra e Centro de Referência em Leishmaniose possibilitaram uma investigação mais precisa da implantação do Centro de Leishmaniose e suas

evidências sobre as contribuições/relações da Geografia Médica Brasileira e da história da saúde.

Nas entrevistas, os líderes da comunidade (principais autores) para implantação do Centro confirmaram, o que estava registrado nos livros ata da União de Moradores, reafirmando o processo histórico da existência de pesquisadores, desbravadores do espaço geográfico, que contribuíram para a compreensão do processo saúde-doença e para a implantação do Centro de Referência em Leishmaniose do Baixo Sul da Bahia.

Essas considerações remetem a uma questão problema: é possível fazer uma genealogia da Geografia Médica Brasileira a partir do Centro de Referência em Leishmaniose do Baixo Sul da Bahia? Esse questionamento aponta para a importância em discutir o arcabouço da geografia médica, tanto na dimensão espaço-saúde-doença, como epistemológica, que contribuirão para este estudo.

Assim, a hipótese deste trabalho é: um estudo de caso da implantação do Centro de Referência em Leishmaniose do Baixo Sul da Bahia permite contar a história da Geografia Médica Brasileira por meio da genealogia. Vale ressaltar, no entanto, que a genealogia é bastante multifacetada para ser aprisionada no chavão de presunçoso estudo das origens; é também uma maneira de escrever a história (FOUCAULT, 1979) a partir dos processos que a constituem.

A partir do questionamento e da hipótese apresentada, foram definidos os objetivos para a pesquisa, sendo como objetivo geral: fazer uma genealogia da Geografia Médica a partir do Centro de Referência em Leishmaniose do Baixo Sul da Bahia (1986-2017). Ou seja, o estudo visa entender genealogicamente porque o Centro de Referência foi fundado em 1986, antes do SUS, e qual sua relação com a Geografia Médica. Para detalhar e chegar a um resultado conciso, definiu-se como objetivos específicos: a) discutir as epistemologias da ciência e da genealogia e as interfaces com a Geografia e a história saúde-doença da Leishmaniose; b) discutir a estruturação da Geografia Médica Brasileira, a partir do seu objeto de estudo, métodos e técnicas de análise; e c) verificar documentos e argumentos (entrevistas) históricos que levaram ao processo da implantação do Centro de Leishmaniose e sua relação com a Geografia Médica Brasileira.

A tese a ser defendida ao longo dos quatro capítulos tem relevância para evidenciar a historiografia das ciências no Brasil por meio da genealogia da Geografia Médica e do Centro de Referência em Leishmaniose Tegumentar do Baixo Sul da Bahia. No Capítulo I discorre-se sobre epistemologias, ciência e genealogia; e apresentam-se os entendimentos contemporâneos sobre o conhecimento e epistemologia, e também sobre a origem e a metodologia da genealogia.

Com a perspectiva de melhor entender a Leishmaniose Tegumentar a partir da ciência geográfica e da saúde, realizou-se no Capítulo II um apanhado da transição epistêmica do espaço geográfico e da saúde, além de discutir o processo histórico-geográfico da saúde-doença da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) no Brasil. É importante fazer menção que ao longo desta tese foi referenciada a LTA no estudos em humanos; conhecida também pela Leishmaniose Tegumentar Humana (LTH), uma vez que existe a manifestação no modelo animal.

No Capítulo III são abordadas teorias sobre estruturação, métodos e técnicas na Geografia Médica, sua estrutura e origem até o presente momento.

Já no Capítulo IV buscou-se apresentar análise histórica do Centro de Referência e sua genealogia por meio da Geografia Médica. Além disso, faz-se uma narrativa do processo histórico, territorial, político e assistência à saúde do Centro de Referência em Leishmaniose (CRL); destaca-se o nascimento do CRL até os tempos atuais, suas lutas e conquistas para ser referência no Brasil e no Mundo; apresenta-se também documentos históricos da implantação e sua relação com a Geografia Médica Brasileira.

Por fim, apresentamos as conclusões, achados e repercussões, no âmbito da Geografia Médica Brasileira, dos resultados obtidos por meio do estudo histórico dos dados da pesquisa sobre o Centro de Referência em Leishmaniose do Baixo Sul da Bahia e sua importância para a História das Ciências e da Saúde.

MEU LUGAR NA PESQUISA

Meu lugar na pesquisa assume uma perspectiva de apresentar a cientificidade por meio das narrativas históricas, apresentando minhas afinidades, minhas

afetividades e meu espaço geográfico, desde a fase inicial do meu mundo estudantil até o presente momento.

Sou Ismael Mendes Andrade, natural do município de Valença, criado na Fazenda Sapucaia, localizada no distrito conhecido na época por Itabaina, território que foi emancipado em 1989, como município de Presidente Tancredo Neves – onde vivi até o momento que ingressei na Universidade. Meus pais são agricultores, minha mãe cursou até o quinto ano do Ensino Fundamental e meu pai é semianalfabeto. Tenho orgulho de minha origem; mas, a minha escolha era seguir com os estudos, não que o trabalho dos meus pais fosse algo de menor valor, pelo contrário; mas eu sempre desejei galgar o espaço do conhecimento acadêmico e científico. Na minha família, sou o terceiro filho de quatro irmãos e o único que buscou cursar o ensino superior. Iniciei meus estudos tarde, aos sete anos de idade, numa escola multisseriada, distante da minha residência e, incentivado por minha mãe, andava diariamente seis quilômetros. Mas, naquela época, tudo era diversão: caminhar pela mata, passar por riacho e plantação, até chegar à escola. Concluí o Ensino Médio com 19 anos de idade e ingressei na Universidade aos 23 anos.

As dificuldades que encontrei nesse início foram extremamente importantes para minha formação, pois entendi que deveria ter forças para caminhar e enfrentar cada obstáculo que surgisse ao longo da vida. Dessa forma, ao longo da pesquisa, apresento as narrativas e experiências mais importantes em minha vida acadêmica que explicitam oportunidades e aprendizagens vivenciadas nos últimos anos.

Na Universidade do Estado da Bahia – Campus V, Santo Antônio de Jesus – vivi momentos únicos de aprendizado, tanto na vida acadêmica como na vida pessoal. Iniciei o curso de licenciatura em Geografia em 2008, a partir do segundo semestre. Em 2011, dei início a construção do projeto de pesquisa, quando decido estudar os pacientes do Centro de Referência em Leishmaniose Tegumentar e a Geografia Médica. Ao iniciar a pesquisa na formação do discente e futuro profissional que busca solucionar ou propor algo novo, deparei-me com várias inquietações e questionamentos, tanto sobre o processo de educar, quanto sobre problemas observados no cotidiano.

Percebi que o objeto de estudo já fazia parte da minha realidade local, o município que vivi, por ser minha história e pelo vínculo afetivo que desenvolvi pelo lugar. Na UNEB, conheci três autores que me fizeram entender o porquê da

importância 'do meu espaço, do meu lugar, do meu território'. Foram eles: Ana Rieper (2009), ao afirmar que o espaço tem uma carga emotiva, que faz parte da história de quem vive nele; Milton Santos (2000) que aborda o conceito de território constituindo-se como um todo complexo onde são tecidas tramas de relações complementares e conflitantes; e Tuan (1980) que apresenta um estudo topofílico, fazendo elo entre valores afetivos atribuídos pelo indivíduo ao espaço/lugar.

As abordagens feitas por esses autores e uma autora me ajudaram a eleger como objeto de pesquisa a situação de saúde do município de Presidente Tancredo Neves, onde vivi por vinte três anos. Nesse município, existe a maior área endêmica de uma doença infecto-parasitária conhecida como Leishmaniose Tegumentar, que é transmitida por um vetor de *habitat* natural da Mata Atlântica, sendo a expansão da doença decorrente de impactos ambientais ocasionados pela ação humana; e eram os trabalhadores rurais, os mais acometidos pela doença. Essa foi uma oportunidade de unir a pesquisa monográfica ao desejo de ajudar a minha comunidade/município a buscar soluções. Portanto, a temática da pesquisa foi: análise ambiental da Leishmaniose Tegumentar Americana na zona rural do município de Presidente Tancredo Neves.

Assim, na busca de solucionar o problema da doença por meio de estudo do espaço geográfico, encontro respaldo no percurso da Geografia Médica, conhecida também com uma disciplina que estuda a geografia das doenças e que teve sua origem nos estudos do espaço geográfico para a resposta da doença, focando o meio ambiente e a sociedade e o comportamento cultural (ANDRADE e PEREIRA, 2010).

Na decisão pela temática, deparei-me com barreiras que fizeram refletir sobre o mundo acadêmico, nos papéis de pesquisador, professor e de indivíduo. Adentro em uma universidade (UNEB), em um curso que tem como objetivo formar professores-pesquisadores, e neste objetivo encontro no meu caminho professores que não aceitam minha escolha, minha temática voltada para a geografia médica: professores que sugerem mudança de tema; professores que me abandonam na reta final do curso, por questionarem que estão formando licenciados (professores) e não bacharéis; e por não ter professores que pesquisam essa temática. Foram vários questionamentos e sentimentos, mas que não me abalaram, não me levaram à desistência. Nesse caminho, tive mudança de professor orientador (sei que no fundo foi pela minha discordância em não mudar o tema), e fui acolhido na época por uma

professora substituta (atualmente efetiva) – Dra. Rozilda – que me abraçou, escutou e acolheu a “nossa” pesquisa. Ela foi e continua sendo um marco em minha vida acadêmica.

Foi a partir dessa dificuldade que busquei outra formação para complementar meu saber na área da saúde. Resolvi então cursar o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; o que se constituiu em uma peça-chave para minha formação de pesquisador. No trabalho de conclusão do BIS estudei também a distribuição geográfica da Leishmaniose Tegumentar no Vale do Jiquiriçá – BA, fazendo conexão com a geografia e a saúde. A escolha do território foi a partir da minha inserção no Grupo de Pesquisa Leishmaniose Tegumentar (GPELT) da UFRB, cujo orientador e o grupo estudavam essa localidade. Não tive dificuldade na aceitação dessa temática no curso de saúde.

Tanto a UNEB como a UFRB foram essenciais na minha formação, vivenciada nos três pilares da educação: o ensino, a pesquisa e a extensão. Nessa trajetória tive a oportunidade de conhecer o papel social e educacional da universidade.

Após a graduação, busquei fazer o Mestrado em Planejamento Territorial na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS, 2013 - 2015), na vertente da Geografia e da Saúde, o que me possibilitou a pesquisa sobre a interseção entre as categorias saúde e território. O município escolhido para a pesquisa foi Santo Antônio de Jesus, por ser o território onde passei e vivenciei o universo acadêmico e onde conheci mais a fundo a área da saúde por meio da UFRB. Procurei problematizar a realidade no município, sobre a organização da atenção primária à saúde, caracterizada pela falta do planejamento do território em saúde, que é de grande importância para a organização dos serviços e acessibilidade da população. O olhar geográfico e interdisciplinar na saúde me possibilitou realizar um estudo mais rico sobre a territorialização em saúde.

No Mestrado, enfrentei novamente barreiras para a pesquisa, pela dificuldade de encontrar um orientador que se alinhasse à essa temática. Era um misto de sentimentos pelo ocorrido. Cheguei a me questionar sobre que caminho trilhar: o meu ou o caminho sugerido para mim? A pesquisa é construída também pelos afetos, identidade e valores. Nesse processo, tive mudança de orientador que possibilitou a conclusão do curso.

Quando busquei o Programa de Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências para o doutorado, fui na intenção de pesquisar outra temática sobre Educação do campo e desenvolvimento territorial no município de Presidente Tancredo Neves. Realizei a seleção em 2017 indicando a Professora Dra. Bárbara Carine Pinheiro para orientar, mas não fui aprovado. Resolvi então adentrar como aluno especial, cursando quatro disciplinas ao longo de um ano.

Nesse percurso, conheci a Professora Dra. Bárbara Carine Pinheiro e a Professora Dra. Fernanda Rebelo Pinto, ambas de áreas distintas de pesquisa. Assim, resolvi participar novamente da seleção em 2018 com a intenção de continuar com o pré-projeto anterior. Como não havia oferta de vaga de orientação com a Professora Dra. Bárbara, resolvi buscar a Professora Dra. Fernanda. Desse modo, tive a oportunidade de adentrar na linha da História das Ciências e da Saúde para pesquisar sobre a história da Leishmaniose Tegumentar na Bahia.

Em conversações com a Professora Dra. Fernanda Rebelo Pinto sobre relatos de experiência da vida acadêmica na graduação, surgiu uma outra perspectiva de contar, a partir do Centro de Referência do município de Presidente Tancredo Neves, a genealogia da Geografia Médica Brasileira, temática com a qual eu tinha afinidade. A partir de então, resolvemos adentrar nesse universo da história da ciência da saúde e da geografia.

Após aprovação no doutorado, iniciamos uma relação muito respeitosa permeada por muita afetividade e adentrei no grupo de pesquisa da Professora Dra. Fernanda, cursando disciplina ofertada por ela. 2018 foi um ano intenso, de aulas, de reuniões de grupo de pesquisa, além dos almoços junto com todo grupo de orientandos. Ao final do ano tivemos a triste notícia da enfermidade da Professora Dra. Fernanda que acabou ceifando sua vida.

Sem a Professora Fernanda, eu e demais colegas orientandos ficamos órfãos (no sentido de orientadora e “mãe” acadêmica). Foram vários sentimentos que nos levaram a pensar até na desistência. Mas, como desistir e não seguir os ensinamentos deixado por ela? Tivemos uma reunião dos orientandos quando pactuamos não mudar nossa temática – em respeito a nós e a memória dela – além de buscar orientadores por afinidade e coorientadores conhecedores da temática.

Assim, pactuamos e seguimos em busca desses professores. Procurei a Professora Dra. Barbara que me acolheu com todo carinho e cuidado que necessitava naquele momento. Posteriormente, convidamos para coorientação a Professora Dra. Sandra Caponi, que foi orientadora da Professora Dra. Fernanda no mestrado em Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Catarina.

Os acontecimentos ao longo de minha vida acadêmica formavam um misto de tristeza e alegrias, mas aprendi que a produção de conhecimento vem de suas relações com o mundo e com as afinidades entre pessoas.

Por fim, está tese enfrentou dificuldades na sua construção, tanto na escrita, quanto na pesquisa de campo, causada pelo isolamento social, ocasionada pela Pandemia da Covid-19. Contudo, tivemos resultados satisfatórios para uma historiografia genealógica do espaço-poder-subjetividade.

PERCURSO METODOLÓGICO

A história emerge de uma epistemologia do entrelaçamento entre objetividade e subjetividade, de explicação e de compreensão (BELENS, 2002; PORTO, 2009). Para Belens (2002) e Porto (2009), o tempo é inseparável do espaço. E se a história depende desses dois elementos para a sua produção, podemos afirmar que história das ciências é feita de descontinuidades, rupturas e retificações sobre o seu tecido de erros para elucidação das questões do passado para o futuro. Nessa direção que é se pretende discutir a história da ciência em uma perspectiva genealógica.

Para esse trabalho, a pesquisa histórica foi baseada na análise de documentos do Centro de Referência em Leishmaniose, nas entrevistas com líderes da comunidade, além de referenciais teóricos sobre a ciência geográfica e o campo da Geografia Médica, sob o ponto de vista da genealogia de Foucault.

O ponto de partida é o Centro de Referência em Leishmaniose Doutor Jackson Mauricio Lopes Costa, atualmente registrado no Ministério da Saúde como uma unidade de saúde em referência para tratamento de pessoas acometidas por Leishmanioses. Essa unidade acolhe também pesquisadores de diversas áreas no estudo relacionado à Leishmaniose Tegumentar Americana. A unidade conta também com uma casa de apoio ao fundo do Centro com toda infraestrutura necessária para

acolher profissionais da saúde e pesquisadores que necessitam passar uma temporada realizando atendimento à população.

O Centro de Referência possui salas para consultas, sala de observação, recepção, banheiros, laboratório de análises, sala de curativo, sala de esterilização, sala de teste e sala de reunião. O atendimento médico é de responsabilidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia, sendo realizado duas vezes (quinzenalmente) ao mês, nos dias de quinta-feira e sexta-feira.

Este estudo sobre o Centro de Referência procura partir do momento atual e do solo concreto de constituição dos problemas presentes, a fim de percorrer as relações que se formaram em torno da questão problema. Desse modo, trata-se de fazer uma genealogia a partir da criação do Centro de Referência em Leishmaniose que é referência brasileira no cuidado, estudo de casos clínicos e pesquisa relacionada à doença. Portanto, esta pesquisa é de suma importância no estudo da história das ciências correlacionada ao espaço histórico geográfico do Centro de Referência para contribuição da História da Geografia Médica Brasileira.

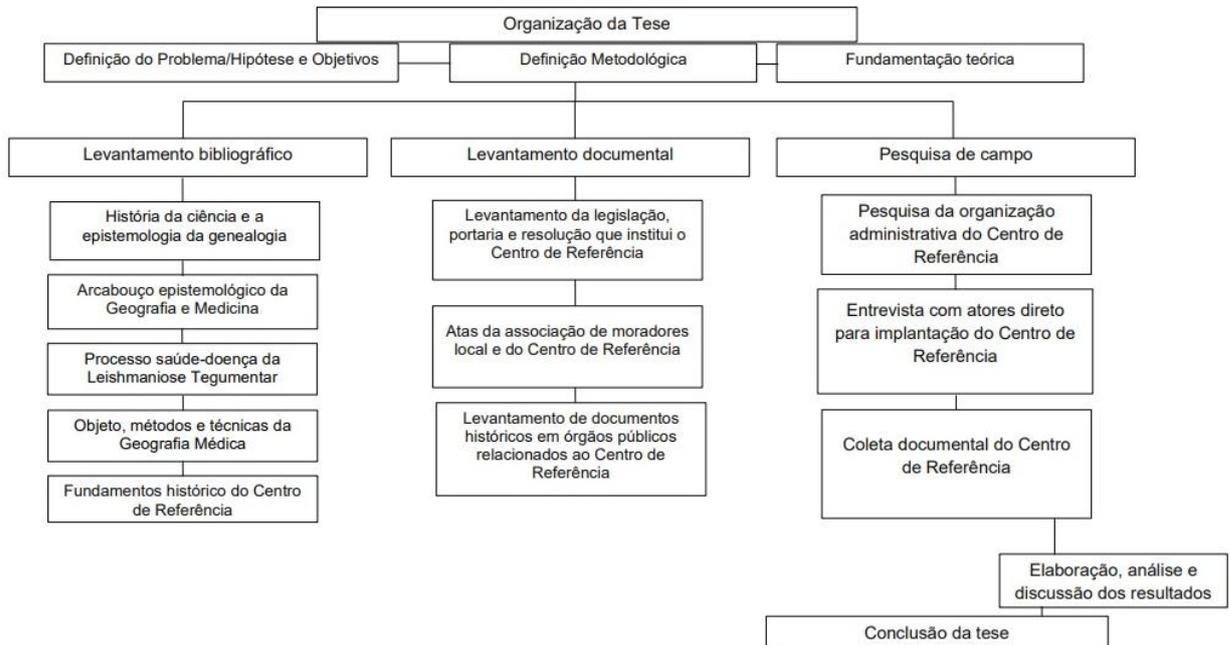
A pesquisa de Doutor Jackson Maurício em Corte Pedra (1984 a 1986) permitiu a articulação para a implantação do Centro de Referência em Leishmaniose em parceria com a comunidade por meio da Associação da União dos Moradores do Povoado de Corte de Pedra e a Universidade de Brasília. Busca, então, entender genealogicamente porque o Centro de Referência foi fundado em 1986, antes do SUS, e qual sua relação com a Geografia Médica.

A opção pela pesquisa histórica, corroborando com Barros (2013), nos permitem conhecer e refletir acerca de um fenômeno considerando basilar: o domínio acerca de conceitos e hipóteses, da compreensão das relações da História com o Tempo, com a Memória ou com o Espaço. Nesse sentido, o estudo histórico parte do caso do Centro de Referência para a abordagem 'do caso' da Geografia Médica Brasileira.

O objeto da pesquisa é o Centro de Referência em Leishmaniose Doutor Jackson Mauricio Lopes Costa (CRLDJMLC), localizado no Distrito de Corte de Pedra, Município de Presidente Tancredo Neves, no Território de Identidade do Baixo Sul da Bahia. A pesquisa utilizará fontes documentais da Associação e CRLDJML, além de levantamento de fontes sobre a Geografia Médica e a genealogia de Foucault.

Neste contexto, a fim de alcançar os objetivos apresentados, verificar a hipótese e responder à questão problema sobre a Geografia Médica Brasileira e sua genealogia por meio do Centro de Referência em Leishmaniose do Sul da Bahia, seguiu-se as etapas descritas no fluxograma da Figura 1.

Figura 1 – Roteiro Metodológico



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Assim, definiu-se a hipótese, os objetivos, procedimentos metodológicos e a fundamentação teórica, sendo que, com essa última, realizou-se um levantamento bibliográfico sobre o aporte teórico relacionado ao conhecimento da Ciência, epistemologia da genealogia, Geografia, processo saúde-doença da Leishmaniose, objeto, métodos e técnicas da Geografia Médica Brasileira além de buscar possíveis fundamentos históricos registrados na literatura sobre o Centro de Referência.

Posteriormente, realizou-se levantamento de documentos oficiais, – como portaria, resolução, lei – relacionados ao Centro de Referência, além de busca de atas de associações de moradores e do próprio Centro e levantamento de documentos históricos em órgãos públicos.

Na etapa de pesquisa de campo, pesquisou-se sobre a organização administrativa do Centro de Referência e da Associação que gerencia o CRL, coleta documental de pesquisas depositadas no Centro e realizou-se entrevistas com quatro

atores responsáveis pelo surgimento e o atual funcionamento do Centro. Os questionamentos foram: quais pessoas foram responsáveis pelo movimento para proposta de criação do Centro de Referência? Como se deu o processo para criação e implantação? Teve participação política e de órgãos públicos? Aqui, considerou-se também outras colocações livres dos entrevistados, além da coleta documental do Centro.

As entrevistas foram configuradas como semiestruturadas, pois, segue uma dinâmica mais espontânea, deixando o entrevistado mais à vontade para trazer outras narrativas históricas que foram importantes no processo de construção do Centro. Cada participante autorizou a utilização do seu nome e sobrenome na escrita desse trabalho. Teve uma participante que pediu para além do seu nome, utilizar também seu apelido (como é conhecida na comunidade). Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, (conforme modelo no apêndice). Uma cópia foi arquivada pelo pesquisador e a outra foi fornecida ao entrevistado.

Seguindo, a outra etapa do desenvolvimento da pesquisa foi a elaboração, análises e discussões dos resultados. Por fim, a conclusão da tese, seguindo a noção de obstáculo epistemológico abordado por Bachelard (1996) buscou-se subsídios na produção científica da Geografia que evidenciem a fase pragmática em que se encontra a Geografia Médica Brasileira.

CAPÍTULO I – EPISTEMOLOGIAS - CIÊNCIA E A GENEALOGIA

O capítulo I apresenta as contribuições sobre a história das ciências e seu surgimento, por meio do conhecimento científico; além de discutir a epistemologia da genealogia, necessária na interconexão da Geografia Médica e do Centro de Referência em Leishmaniose do Baixo Sul da Bahia.

1.1 O CONHECIMENTO CIENTÍFICO E A EPISTEMOLOGIA DA CIÊNCIA

As ideias que as pessoas produzem constituem o conhecimento de algo que exprime o todo ou parte dele e das condições materiais em um dado momento histórico, concepções essas complexas para a epistemologia. Assim, o conhecimento humano apresenta-se sob diferentes formas, tais como o senso comum, científico, teológico, filosófico, estético e outros (HESSEN, 2000).

Quando falamos em conhecimento, podemos mencionar o ato de conhecer ou produto do conhecimento. Primeiramente, refere-se à relação que se estabelece entre a consciência que conhece e o objeto a ser conhecido; enquanto o segundo é o que resulta do ato de conhecer, ou seja, o conjunto de saberes acumulados e recebidos pela tradição (DUTRA, 2011).

Interconectando esse entendimento com a Geografia Médica, pode-se considerar que ela constituiu em conhecimento, ou seja, parte das ideias que o indivíduo produziu sobre o contexto geográfico com foco na saúde das populações. Em sua maioria, temos os produtos desse conhecimento, porém eles carecem de aprimoramento da consciência sobre suas estruturas epistemológicas e metodológicas.

No entendimento de Aranha e Martins (2004, p. 53), “há verdade ou não dependendo de como a coisa aparece para o sujeito que conhece; por isso dizemos que algo é verdadeiro quando é o que parece ser”. Os autores expõem, então, que todo conhecimento indica o problema da verdade, ou seja, exige interrogarmos se o que está sendo dito corresponde ou não à realidade.

Essa problemática, foi abordada, no âmbito histórico da Geografia Médica, com o mapeamento dos casos de cólera realizado pelo médico inglês John Snow em Londres, no século XIX, quando ele identificou que a doença estava associada à água do abastecimento (UJVARI, 2003) que na época a água era fornecida, em carros-pipa, por companhias privadas, que se abasteciam em diversos poços. Mapeando os casos de cólera, Snow constatou que a maioria dos casos se concentravam em uma parte da cidade servida por uma única companhia que usava água de um poço. Snow mandou retirar a alavanca da bomba do poço. Com isso, o número de casos diminuiu substancialmente, embora não houvesse o conhecimento real da relação entre a bactéria e a sua transmissão pela água. Hoje, sobejamente comprovada, não apenas o cólera, como depois se constatou, também a febre tifoide, doenças diarreicas, hepatite (UJVARI, 2003).

Outra inquietação em torno do problema do conhecimento perpassa a possibilidade ou não de o espírito humano atingir a certeza; neste caso, é possível relatar duas tendências: o dogmatismo e o ceticismo. Para Hessen (2000), o dogmatismo é um arranjo epistemológico para a qual o problema do conhecimento não chega a ser levantado. E o ceticismo, é o oposto ao dogma.

Entretanto a possibilidade e a realidade do contato entre o sujeito e o objeto são pura e simplesmente pressupostas. É evidente que o sujeito apreende seu objeto, que a consciência é capaz de assimilar o conhecimento, ou seja, apreende aquilo que está diante dela. Esse ponto de vista é sustentado por uma autoconfiança na razão humana que ainda não foi acometida por nenhuma dúvida. Convém recordar que o dogmatismo pode ser visto como outra forma de conhecimento sob diversas perspectivas – teórico, ético, político e/ou religioso – (DUTRA, 2011; HESSEN, 2000).

Sobre o processo de saúde e doença no aspecto do dogmatismo, tem-se o surgimento dos casos de lepra no final do século XI, quando a Igreja, fortalecida pelo dogma religioso, afirmava que as pessoas com suspeita de lepra eram impuras, pecadoras, sem moral e, portanto, a doença era uma punição de Deus; toda a sociedade excluía o enfermo da comunidade sem questionar o pressuposto. Já pelo aspecto da Saúde, eram vistas como pessoas puras e sem pecados (DUTRA, 2011; LEWINSOHN, 2003).

Já o ceticismo, na concepção de Dutra (2011), muitas vezes transforma-se em oposto ao dogmatismo, pois se concentra na investigação, na procura, sendo que a sabedoria não consiste em alcançar a verdade, mas somente em procurá-la.

No entanto, o cético, conclui, nos casos mais radicais, pela impossibilidade do conhecimento. Nas tendências moderadas, orienta para a suspensão provisória de qualquer juízo ou admite uma forma relativa de conhecimento, reconhecendo os limites para a apreensão da verdade. A maioria dos autores relatam que, mesmo que seja impossível encontrar a certeza, não se deve abandonar a sua busca (ARANHA e MARTINS, 2004).

No aspecto do conhecimento humano, específico ao senso comum, Aranha e Martins (2004) compreendem que o conhecimento é adquirido por tradição, herdado dos antepassados e ao qual acrescentamos os resultados da experiência vivida na coletividade a que pertencemos. Os mesmos autores abordam sobre um conjunto de ideias que nos permite interpretar a realidade bem como de um corpo de valores que nos ajuda a avaliar, julgar e, portanto, agir.

Então, o senso comum compreende a reflexão misturada com as emoções, sentimentos e outros sistemas de validação; assim, encontra-se misturado a crenças e preconceitos. É um conhecimento não crítico (ingênuo), porque é difuso, assistemático e muitas vezes sujeitos a incoerências, ou seja, fragmentário e resistente às mudanças, é conservador, portanto.

Na área da saúde esse tipo de conhecimento é muito comum, associando a causa das doenças a fatores ambientais de determinadas regiões, a exemplo das contribuições de Hipócrates, que foram passadas por tradição, de geração em geração, e confirmados posteriormente por meio das experiências científicas sobre a relação do meio ambiente e os fatores causadores das doenças.

No entendimento de Chauí (2005), o conhecimento científico se opõe ponto por ponto às características do senso comum. Em diversas situações, a ciência precisou se posicionar contra as evidências dessas crenças ou criticar as soluções encontradas pelo senso comum; entretanto, não há como desprezar essa forma de conhecimento tão universal, nem desconsiderar o grande volume de saberes já construído ao longo da história humana e cuja aplicação se mostrou inesgotável.

No aspecto amplo podemos diferenciar o senso comum da ciência, considerando que ela se constitui de associações de conhecimento arranjado, nas quais as classificações admitem uma tarefa indispensável. Mesmo que o senso comum seja capaz de arranjar conhecimentos e de fazer classificações, a ciência se diferencia dele, porque suas conclusões se baseiam em investigações sistemáticas, empiricamente fundamentadas pelo controle dos fatos (NAGEL, 1978). Esse autor complementa que as explicações científicas são estabelecidas em enunciados gerais, obtidos pelo exame das diferenças e semelhanças das propriedades dos fenômenos, de modo que um número pequeno de princípios explicativos possa unificar um grande número de fatos.

Entretanto, a produção de conhecimento científico não é prerrogativa do ser humano contemporâneo. Quer seja nas primeiras formas de organização social, quer seja nas sociedades atuais, é possível identificar a constante tentativa do indivíduo para compreender o mundo e a si mesmo. É plausível, também, como marca comum aos diferentes momentos do processo de construção do conhecimento científico, a interrelação entre as necessidades humanas e o conhecimento produzido. Ao mesmo tempo em que atuam como geradoras de ideias e explicações, as necessidades humanas vão se transformando a partir, entre outros fatores, do conhecimento produzido (ANDERY *et al.*, 2004).

Tanto o processo de construção de conhecimento científico quanto seu produto refletem o desenvolvimento e a ruptura ocorridos nos diferentes momentos da história. Ou seja, os antagonismos presentes em cada modo de produção e as transformações de um modo de produção a outro serão transpostos para as ideias científicas elaboradas pelo indivíduo, sob a forma como a pessoa explica racionalmente o mundo, buscando superar a ilusão, o desconhecido, o imediato e compreender de forma fundamentada as leis gerais que regem os fenômenos (DUTRA, 2011).

Para Andery (2004), o caráter histórico da ciência se revela, muda o que é considerado ciência e muda o que é considerado explicação racional em decorrência de alterações nas condições materiais da vida humana. Enquanto tentativa de explicar a realidade, a ciência caracteriza-se por ser uma atividade metódica. É uma atividade que, ao se propor conhecer a realidade, busca atingir essa meta por meio de ações passíveis de serem reproduzidas. O método científico é um conjunto de concepções sobre o ser humano, a natureza e o próprio conhecimento, que sustenta um conjunto

de regras, de ações, de procedimentos, prescritos para se construir conhecimento científico. Assim, a possibilidade de propor determinadas teorias e os critérios de aceitação, bem como a proposição ou não de determinados procedimentos na produção científica, refletem aspectos mais gerais e fundamentais da própria sociedade, a exemplo das mudanças que geram novas possibilidades de ação humana, alterando o modo como se dá a interferência do indivíduo sobre a realidade.

Historicamente são apresentadas três principais concepções de ciência ou de ideias de cientificidade: racionalista, empirista e construtivista. A primeira tem como modelo de objetividade a matemática; a segunda toma como modelo de objetividade a medicina grega e a história natural do século XVII; e a terceira tem como modelo de objetividade a ideia de razão como conhecimento aproximativo (CHAUÍ, 2005).

É importante ressaltar que existem outras ideias de cientificidade, geradas por conceitos ou aspectos de ideias centrais, possuindo uma rede de significados, evidenciando a suas origens, princípios, consequências, causas e efeitos. Ou seja, traz consigo um conceito ou ideia de sua origem. Por essa razão, Chauí (2005) expressa que os conceitos ou ideias podem ser redes de significações cujos nexos ou ligações são expressos pelo pensamento por meio dos juízos, pelos quais estabelecemos os elos internos e necessários entre um ser e as qualidades, as propriedades, os atributos que lhe pertencem, assim como aqueles predicados que lhes são acidentais e que podem ser retirados sem que isso afete o sentido e a realidade de um ser.

Segundo Morin (2005), há muitos pontos adversos nos vários trabalhos de Lakatos, Popper, Kuhn, Feyerabend entre outros, mas têm como traço comum a apresentação de que as teorias científicas são como os icebergs, ou seja, possui enorme parte imersa não científica, mas indispensável ao desenvolvimento da ciência. Portanto, sendo a zona cega da ciência que acredita ser a teoria o reflexo do real, não é próprio da cientificidade refletir o real, mas traduzi-lo em teorias mutáveis e refutáveis.

Lakatos (1979) revelou explicitamente que o problema central da filosofia da ciência é o problema de explicar condições universais sob as quais uma teoria seja científica. Essa é uma questão que está intimamente ligada ao problema da racionalidade da ciência, cuja solução deveria oferecer orientação do quanto é ou não racional a aceitação de uma teoria científica. O progresso científico conceitua um

efeito de adesão aos vitoriosos, pois na ausência de critérios racionais que guiem a escolha teórica, sua mudança aproxima-se da conversão religiosa. O critério universal de Lakatos segue-se de seu princípio de que a metodologia dos programas de pesquisa científica é mais adequada para a aproximação da verdade. Esse autor considerava uma conjectura testável, oferecendo um critério universal de racionalidade conjectural, que deve ser testado na história da ciência.

Para Popper (1980; 1999), a ciência se desenvolve a partir de revoluções constantes, renovando-se permanentemente. O critério de falseabilidade está associado à ideia de movimentação e rupturas de paradigmas científicos, ao contrário do verificacionismo, que tem como princípio básico a ideia de verdade, portanto algo que se estabiliza em determinado momento; o falseacionismo ou falibilismo não pressupõe uma verdade primeira, mas um enunciado seguido de uma contraprova ou de sua “falseação”. A ideia é a de que a ciência ou o conhecimento científico se desenvolve a partir da busca e da tentativa de encontrar lacunas para falsear uma teoria. Nesse aspecto, os cientistas desenvolveriam teorias (métodos) cada vez mais consistentes e flexíveis, pois as teorias contariam com o princípio da incerteza e das mudanças de paradigmas.

Kuhn (2003), ao contrário de Popper, afirma que a ciência se desenvolve a partir de revoluções científicas que ocorrem em intervalos específicos de tempo. Para Kuhn, a ciência segue um certo tipo de dogmatismo nesses intervalos, pois se comportará e se desenvolverá de acordo com o paradigma vigente. Esse paradigma engloba um conjunto de valores, teorias e métodos que irão influenciar e servir de “modelo” para uma ou várias comunidades científicas. Com as revoluções científicas, os paradigmas se renovam e os “velhos” paradigmas são substituídos depois de um período de crise dentro da própria ciência.

Feyerabend (1977) defende que nenhuma das metodologias da ciência propostas são bem sucedidas, argumentando que as metodologias da ciência fracassaram em fornecer regras adequadas para orientar as atividades dos cientistas. A metodologia das ciências deveria ser compreendida como termos de regras, como orientação das escolhas e das decisões dos cientistas. Assim, ele atinge as metodologias, interpretadas como fornecedoras de regras para a orientação do cientista, que deve ser restringido pelas regras da metodologia. Ou seja, se você quer fazer uma contribuição para uma ciência, não é preciso que você esteja por dentro

das metodologias da ciência contemporânea. Ele argumenta não ser aconselhável que as escolhas e decisões dos cientistas sejam restringidas por regras estabelecidas ou implícitas nas metodologias da ciência.

Para Bloor (2010), a “racionalidade científica” é um conceito relativamente abstrato que, em geral, apenas reproduz a história da ciência vista pelos vencedores. Quando uma teoria científica é finalmente aceita, tem-se a tendência a dizer que ela é a que sempre foi racional. Entretanto, no visível da história, entra em jogo toda uma série de elementos que, pelo menos em nossa época, nunca foram considerados científicos. Na argumentação de Newton, por exemplo, havia tantos raciocínios filosóficos, teológicos quanto raciocínios “científicos” (embora a distinção entre esses vários tipos de raciocínios seja feita posteriormente por nós, ao passo que Newton pensava de maneira global, misturando o que nós chamamos de física e teologia). Portanto, um tipo de raciocínio que consideramos “racional” em determinada época pode, mais tarde, ser considerado como não sendo (BLOOR, 2010).

No entendimento de Morin (2005), as teorias científicas dão forma, ordem e organização aos dados verificados em que se baseiam e, por isso, são sistemas de ideias, construções do espírito que se aplicam aos dados para lhes serem adequadas. Entretanto, meios de observação ou de novos experimentos ou uma nova atenção fazem surgir dados desconhecidos, invisíveis. Assim, as teorias, então, deixam de ser adequadas se não for possível ampliá-las.

Para Fourez (1995), no momento em que uma disciplina está a ponto de nascer, o período em que ela é ainda relativamente flexível, chama-se de fase pré-paradigmática. É o período em que as práticas das disciplinas não estão ainda bem definidas. Quando uma disciplina está efetivada, fala-se do período paradigmático. É a época durante a qual ela tem seu objeto construído de maneira relativamente estável e suas técnicas são relativamente descritivas e perceptíveis. Nessa ocasião, os problemas não são mais definidos tanto pelas demandas externas quanto por termos disciplinares.

A conexão ao período anterior ao da aceitação de um paradigma, descrito por Fourez (1995), também é evidenciado por Kuhn (2003) como pré-paradigmática, na qual diversos candidatos a paradigma concorrem, buscando a adesão de subgrupos cada vez maiores. Entretanto, é a firme adesão a um único paradigma que permite a

maturidade de um campo de estudos. Durante esse procedimento, os demais pretendentes a paradigma desaparecem.

Kuhn (2003) afirma ainda que a evolução do conhecimento científico não é unicamente de crescimento e de extensão do saber, mas também de transformações, de rupturas, de passagem de uma teoria para outra. As teorias científicas são mortais por serem científicas. Já no entendimento de Popper, a evolução da ciência vem a ser a de uma seleção natural em que as teorias resistem durante algum tempo, não por serem verdadeiras, mas por serem as mais bem adaptadas ao estado moderno dos conhecimentos. Kuhn traz outra ideia, não menos importante, de que se produzem transformações revolucionárias na evolução científica, em que um paradigma desaba para dar lugar a um novo paradigma.

Cotrim (2001) afirma que Kuhn desenvolveu sua teoria acerca da história da ciência entendendo-a não como processo linear e evolutivo, mas como uma sucessão de paradigmas que se confrontam entre si. Assim, ele apoia a tese de que a ciência se desenvolve durante certo tempo a partir da aceitação, por parte da comunidade científica, de um conjunto de teses, pressupostos em categorias que formam um paradigma, ou seja, um conjunto de normas e tradições dentro do qual a ciência se move e pelo qual ela pauta a sua atividade. Porém, em ocasiões essa visão ou paradigma se altera, provocando uma revolução, que abre passagem para um novo tipo de desenvolvimento científico; é como se fosse uma nova reorientação da visão integral.

Já para Bachelard (1996), a ciência prospera por rupturas epistêmicas, causadas por obstáculos epistemológicos. Isso significa que a ciência caminha por saltos, que se caracterizam pela negação dos pressupostos e métodos que orientavam a pesquisa anterior, porque esses pressupostos e métodos atuam como obstáculos, ou seja, são barreiras que fazem com que ocorra a estagnação ou mesmo a regressão de um dado patamar já alcançado.

Foucault (2008) considera que é no limiar da cientificidade que se interroga a maneira pela qual o conhecimento pode ser transposto a partir de figuras epistemológicas diversas. Trata-se de saber, por exemplo, como um conceito com metáforas ou de conteúdos imaginários se purificou e pode assumir status e função de conceito científico, de saber como uma região de experiência, já demarcada, já

parcialmente articulada, mas ainda atravessada por utilizações práticas imediatas ou valorizações efetivas, pode constituir-se em um domínio científico, de saber, de modo mais geral, como uma ciência se estabeleceu acima e contra um nível pré-científico, que, ao mesmo tempo, a preparava e resistia a seu avanço, e como pode transpor os obstáculos e as limitações que ainda se opunham, conforme foi descrito por Bachelard (1996).

De tal modo, quando se buscam as condições do progresso da ciência, logo se chega à convicção de que é em termos de obstáculos que o problema do conhecimento científico deve ser colocado, pois Bachelard (1996) considera que o conhecimento adquirido pela busca científica pode declinar. A pergunta abstrata é franca e se desgasta e a resposta concreta fica.

Bachelard (1996) ainda ressalta que, para incorporar novas provas experimentais, será preciso então deformar os conceitos primitivos, estudar as condições de aplicação desses conceitos e, sobretudo, incorporar as condições de aplicação de um conceito no próprio sentido do conceito. Como a aplicação está sujeita as sucessivas aproximações, o conceito científico corresponde a um fenômeno particular que é o agrupamento das aproximações sucessivas bem ordenadas. A conceitualização científica precisa de uma série de conceitos em via de aperfeiçoamento para chegar à dinâmica que pretendemos, para formar um eixo de pensamentos inventivos. Essa conceitualização totaliza e atualiza a história do conceito.

Entretanto, conforme as narrativas anteriores da epistemologia da ciência centrada em estudo eurocêntrico, único e universal, existe uma vertente pouco publicizada a partir do processo de decolonialidade da ciência, importante para evidenciar argumentos que validam esse entrosamento. Apresentamos uma perspectiva validada por Pinheiro e Oliveira (2019) que descrevem que a ciência europeia tem seu inegável grau de relevância social e que ela não precisa existir à base do apagamento de conhecimentos científicos anteriores e, inclusive, basilares.

Pinheiro (2019) questiona as narrativas epistemológicas da história da ciência não contada a partir do Antigo Egito (3200 a.C – 332 d.C.) no Continente Africano, anteriormente aos estudos da Grécia antiga (1200 a.C.–529 d.C.), onde está o berço histórico da ciência. A autora reafirma que, mesmo com “todo processo de sequestro

de memória e de subalternização social”, é necessário apresentar “esses espaços de poder” que foram (e são) “negados, como a ciência” (PINHEIRO, 2019, p. 341).

A decolonialidade é entendida como desconstrução do processo de ser, somente, unicamente, colônia, ou seja, raiz de Portugal ou da colonialidade europeia. Esses padrões históricos permanecem em nossas vidas até o atual momento como poder para controlar a subjetividade dos povos colonizados (QUIJANO, 2010; PINHEIRO, 2019).

A origem da ciência foi apresentada historicamente como narrativas europeias, negando outros “saberes produzidos por povos ancestrais não europeus”, hoje, reconhecimento tão necessários para a base do conhecimento greco-romano. Essa ciência possuía também uma identidade “branca de homens cis e heterossexuais” que detinham o “poder para a representação dos sujeitos sociais aceitos e hegemônicos” (PINHEIRO, 2019; PINHEIRO e OLIVEIRA, 2019).

Silva (2013) e Pinheiro (2019) narram que na África antiga existiam (existem) cientistas com o conhecimento que estava presente em diversos ambientes culturais e sociais do continente, e esses povos foram sequestrados e escravizados, lançaram mão dos seus saberes ancestrais para sobreviverem em outras terras.

Há estudos no Continente Africano, especificamente no Egito Antigo, descrito pelo médico Imhotep, datado de 1700 a.C (antes mesmo dos relatos de Hipócrates). Imhotep é considerado como Deus da Medicina e até mesmo reconhecido como o verdadeiro “Pai da Medicina” como afirma o médico canadense Sir William Osler. No seu estudo documentado no papiro (tratado médico), Edwin Smith, aborda sobre Imhotep e suas observações anatômicas, doenças e curas sobre os povos africanos (MACHADO, 2014).

Os conhecimentos médicos, por exemplo, produzidos antes mesmo do avanço moderno da medicina europeia, foram destaque a partir dos experimentos e estudos voltados para o interior do organismo humano, elaborados em função da prática da mumificação, do embalsamento dos corpos dos faraós e de pessoas influentes daquela sociedade (PINHEIRO, 2019; NASCIMENTO, 1996).

Pinheiro (2019, p. 336) considera que se “a humanidade surgiu na África e, com ela, as primeiras civilizações, é extremamente plausível se pensar que foram estes

primeiros humanos que desenvolveram formas de produção e reprodução de conhecimento”. São vários achados históricos que validam a importância da produção científica africana que é pouco divulgada e negada.

Vale salientar que os estudos de Pinheiro (2019) buscam apresentar o estado de racismo institucional e colonialidade epistêmica que coloca corpos e mentes brancas em um lugar de brilhantismo intelectual e reduz a trabalho forçado a pessoas negras e de outras etnias a condições subalternas, de ausência de inteligência acadêmica e de propensão unilateral. Sabemos que as primeiras civilizações foram do continente africano. Então, por que as produções de conhecimento foram produzidas somente na Europa ou no dito “Antigo Mundo”? Sabemos que onde existe civilização, existe conhecimento, produção e ciência.

Portanto, Pinheiro e Oliveira (2019) afirmam que a ótica universal do conhecimento não deve ser concentrada somente na Europa; mas, a partir de um resgate histórico que valorize os conhecimentos clássicos construídos e apropriados dentro de outras cosmovisões de mundo, validando assim o processo histórico das ciências.

A história das ciências é a história das pessoas que buscam investigar e compreender a estrutura e funcionamento da natureza. Essa mesma História também estuda as instituições que foram criadas em conjunturas concretas, nas quais a ciência foi abarcada consagrando algumas das suas práticas teóricas e técnicas experimentais (GAVROGLU, 2007). Assim, a história das instituições compreende uma conexão válida com o estudo proposto para o Centro de Referência de Leishmaniose do Baixo Sul, que tendo por objetivo a ciência como fenômeno social e cultural que, nesta investigação, considera sua história, seu apreço às particularidades locais, temporais e culturais, desempenhando um papel importante na formação não somente do discurso científico, como também da função social da ciência.

Esse embasamento é necessário para reforçar a importância da ciência nas novas aplicações de conceitos, abordagens e métodos que a Geografia Médica pode vir a apresentar. O estudo por meio de uma narrativa histórica da genealogia possibilita reafirmar uma nova estruturação geográfica que se interconecta com a medicina, por meio de estudos na área da saúde pública relacionada à população do lugar, territórios espaciais, seus determinantes e condicionantes, entre outros.

1.2 A GENEALOGIA DE MICHEL FOUCAULT: DIÁLOGO E CAMINHO

Esta seção visa mapear a existência de um arcabouço teórico metodológico sobre a genealogia a partir dos estudos de Michel Foucault que é, necessário, para o desenvolvimento deste trabalho. Sabemos que a genealogia possui elementos questionadores sobre o conhecimento, o saber e as verdades. É necessário dialogar sobre as produções, condições e relações de poder, constituídas historicamente.

1.2.1 O diálogo da genealogia

Michel Foucault foi um filósofo contemporâneo que estudou e escreveu sobre o fazer genealógico. Sabemos que as ideias de Foucault são bastantes produtivas, capaz de criar um novo marco conceitual que possibilita contribuir para se compreender problemas vivenciados pela sociedade, permitindo, assim, distintas respostas para antigas perguntas, ou melhor, fazer novas questões para encontrar outros significados e produzir novos sentidos (COSTA *et al.*, 2008).

Nos estudos de Galantin (2019) sobre Foucault, ele apresenta aspectos da obra de Foucault. A primeira obra é datada de 1960, concentrado apenas no eixo discursivo, isto é, nos saberes e na arqueologia que visa tornar visíveis as transformações de suas condições de existência. Já na década de 1970, seu foco mudou para as práticas de poder com o desenvolvimento de sua analítica do poder, os estudos sobre as disciplinas e a biopolítica. Finalmente entre a década de 1970 para 1980, seus estudos voltaram-se para a genealogia das técnicas de si e das formas de subjetivação na antiguidade e nas primeiras experiências cristãs, as quais formam o eixo ético de seu pensamento e um novo recorte histórico de suas pesquisas.

O surgimento da genealogia proposta por Foucault traz um processo histórico, diferente de sua narrativa de fundamentação das identidades. Essa história acaba por mostrar que uma pluralidade de almas habita a homogeneidade daquilo que o presente teria de mais próprio. Mesmo cada uma das nossas várias almas é apenas um sistema complexo de elementos, também, distintos, e que nenhum poder de síntese domina. Portanto, Foucault afirma que, se a genealogia, por sua vez, põe a

questão da língua que falamos ou das leis que nos regem, é para trazer à luz os sistemas heterogêneos que, sob a máscara de nosso eu, interdita toda identidade (FOUCAULT, 2001; GALANTIN, 2019).

Assim a propagação de máscaras deixa julgar e a genealogia incita um efeito análogo àquele referido pelo famoso trecho da carta de Rimbaud a Georges Izambard, em que o desacordo entre sujeito e verbo remete antes a uma fratura no sujeito que a um erro gramatical. Nesse caso, poderíamos afirmar que a genealogia mostra que “Eu é um outro” (RIMBAUD, 2006, p. 155).

Para Galantin (2019), a genealogia não deve ser demarcada enquanto produtora de um conhecimento cujo efeito seria um acúmulo de verdades que, por sua vez, conduziria a qualquer forma de progresso. Diversamente, de outro modo, a genealogia é um saber inquietante que opera uma modificação tanto daquele que conhece quanto na realidade a ser conhecida.

Foucault, em uma entrevista concedida a Hubert Dreyfus e Paul Rabinow, apresentou três domínios da genealogia que são possíveis: o primeiro, uma ontologia histórica de nós mesmo em semelhança à verdade por meio da qual nos constituímos como indivíduos do saber; o segundo, uma ontologia histórica de nós mesmos em relação a um campo de poder por meio do qual nos constituímos como indivíduos de ação sobre os outros; e o terceiro, uma ontologia histórica em semelhança à ética por meio da qual nos constituímos como agentes morais. Ou seja, saber-poder-subjetivação, respectivamente (DREYFUS e RABINOW, 2010).

Para Correio (2014, s/p), o olhar genealógico da obra de Michel Foucault é uma constante. Justamente o que o pensador francês denominou de “ontologia histórica de nós mesmos”, entendida não “como um campo teórico, um sem-número de disciplinas e matérias, mas uma atitude, um ‘ethos’ diante deste nosso presente e dos limites que nos foram impostos”. O trabalhar filosoficamente a História nada mais consiste que uma maneira de dizer aquilo que nos tornamos, ou melhor, problematizar aquilo que somos por meio de uma analítica dos limites de nosso campo de experiência e uma abertura para possibilidades de superação do mesmo.

Foucault optou por fazer genealogias no início da década de 1970 como uma forma de escapar da unicidade da narrativa histórica tradicional e de sua eterna busca pela origem, bem como do desdobramento meta-histórico das significações ideais e

das indefinidas teologias que a animavam. Significa que é uma análise que buscava trazer à tona não aquilo que somos, pensamos e fazemos, mas a contingência (probabilidade/acaso) daquilo que produziu o que somos, pensamos e fazemos (CORREIO, 2014).

Para Foucault, a genealogista deve focar-se na análise da proveniência e da emergência de um dado objeto, como forma de mostrar o caráter contingente de sua constituição. Percebemos que a genealogia, assentada sobre esses dois conceitos, nada mais é do que uma peça estratégica no projeto foucaultiano de análise do poder; por meio da análise da proveniência, podemos captar “a qualidade de um instinto, sua intensidade ou seu desfalecimento e a marca que ele deixa em um corpo”, ao passo que por meio da análise da emergência, podemos designar “um lugar de confrontação” das forças (FOUCAULT, 2010, p. 269).

Portanto, a genealogia surge como uma nova estratégia elaborada por Foucault no calor da luta, para a promoção daquilo que o pensador chamou de insurreição dos saberes, ou seja, uma briga no interior do campo do saber contra os efeitos centralizadores do poder que são ligados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade como a nossa (FOUCAULT, 2005; CORREIO, 2014).

A genealogia permite o questionamento e a percepção dos efeitos centralizadores de poder que vinculam os discursos científicos formulados em nossa sociedade e que fazem determinados saberes serem considerados e outros não, estabelecendo uma escala hierárquica e classificatória. Portanto, a genealogia permite considerar os saberes da sociedade sem exclusão no processo a partir das condições de emergência de determinado saber em uma dada população (MORUZZI, 2011).

A genealogia seria, pois, relativamente ao projeto de uma inserção dos saberes na hierarquia do poder próprio da ciência, uma espécie de empreendimento para desconsiderar os saberes históricos e torná-los livres, isto é, capazes de oposição e de luta contra a coerção de um discurso teórico unitário, formal e científico (FOUCAULT, 1999).

Dizer aquilo que somos não por meio da análise do que dizemos ou do que fazemos, mas, sim, clarificando por meio de genealogias aquilo que tornou possível

dizer e fazer algo de uma determinada forma. Nesse movimento, o pensamento acaba por construir sua própria história (passado), para se libertar do que ele pensa (presente) e poder, enfim, pensar de outra forma (futuro) (DELEUZE, 2006).

1.2.2 O caminhar na genealogia

Diante das múltiplas possibilidades de abordagens metodológicas para a análise do estudo sobre a Geografia Médica Brasileira e o Centro de Referência em Leishmaniose, Foucault nos referencia a perceber o que se desenvolve ao nosso entorno, na tentativa de descobrir quais são os processos históricos que vêm construindo e sustentando o nosso cotidiano e, quem sabe, a nossa própria existência. Pelo método genealógico é possível buscar um novo olhar sobre a história, não de modo descritivo linear, mas, aproximando-se da realidade pela análise e desconstrução do discurso e pela busca de discontinuidades no percurso histórico.

Antes do método genealógico, Foucault utilizava o método arqueológico, preocupando-se com as regras que regiam as práticas discursivas, enfatizando uma prevalência teórica sobre a prática e as instituições. Depois, Foucault passa a priorizar as práticas sobre as teorias, saindo de uma posição contemplativa de discursos, ao introduzir a genealogia (saber-poder) como um modo de problematizar as práticas sociais de dentro de uma produção subjetiva (LEMOS *et al.*, 2009).

Para Moraes (2018), o método genealógico surge como questionamento de leituras metafísicas da história, segundo as quais a pesquisa sobre a origem das coisas apresentaria como resultado sua essência supra histórica, o que permitiria tanto o reconhecimento de seu valor solene, quanto a descoberta de sua verdade oculta.

Como contraponto, Foucault propôs uma investigação genealógica que problematiza três elementos. Em primeiro lugar, a genealogia é “dissociativa”, buscando refutar a existência de essências e identidades eternas, e procurando apresentar os acontecimentos múltiplos, heterogêneos e disparatados presentes na origem. Em segundo lugar, ela é “paródica”, destruindo os valores e as realidades aceitas, negando-se a venerá-los, o que permitiria a liberação de potências vitais e criativas. Finalmente, a genealogia é “disruptiva” do sujeito do conhecimento e da

verdade, não se limitando a inquirir a verdade daquilo que se conhece e questionando também quem conhece, de modo a propor uma crítica do próprio fundamento antropológico do saber, isto é, do sujeito do conhecimento (MORAES, 2018).

Quando o genealogista deixa de buscar na história a origem primária das coisas, sua narrativa muda radicalmente. A história genealógica descobre que aquilo que está no começo de algo não é sua identidade ou um estágio de seu desenvolvimento no devir, mas a interação conflituosa entre coisas distintas. Aquilo que encontramos no começo histórico das coisas não é a identidade ainda preservada de sua origem – é a discórdia de outras coisas, é o disparate (FOUCAULT, 2001).

Portanto, o método genealógico consiste em um instrumental de investigação voltado à compreensão da emergência de configurações singulares de sujeitos, objetos e significações nas relações de poder, associando o exame de práticas discursivas e não-discursivas (MORAES, 2018). O olhar genealógico implica na recusa em procurar uma certa rigidez metodológica, como se houvesse um verdadeiro fazer genealógico em detrimento de um falso, e na adoção de uma ferramenta analítica o mais flexível possível (CORREIO, 2014).

O método genealógico, que é a interconexão desse estudo, por sua vez, é compreendido como a análise do porquê dos saberes, que pretende explicar sua existência e suas transformações, situando-o como peça de relações de poder ou incluindo-o em um dispositivo político. É a possibilidade de constituir um saber histórico das lutas, ativando saberes locais, descontínuos, podendo ser não legitimados e/ou contra os efeitos de poder centralizadores ligados à instituição de um único discurso (NARDI, *et al.*, 2005; MARTA *et al.*, 2016).

A genealogia se opõe ao método histórico tradicional; seu objetivo é assinalar a singularidade dos acontecimentos, fora de toda finalidade uniforme. A história genealógica trabalha com a descontinuidade, desfaz os pontos fixos, quebra as identidades e introduz o corpo na História. A Genealogia é cautelosa e exige, portanto, a minúcia do saber, evitando a todo custo o que está acima da história, suas significações ideais. Exige paciência, pois requer um olhar diferenciado, não do seu segredo essencial e sem data, mas sua essência construída peça por peça a partir de figuras que lhe eram estranhas (AZEVEDO *et al.*, 2003).

A utilização do método genealógico por Foucault não fez apologia à descontinuidade, mas se propôs a interrogar questões sobre as possibilidades de certos momentos e em certas ordens de saber, mudanças bruscas, evoluções, transformações que não correspondem à imagem tranquila e contínua como normalmente se faz. Ele não se preocupou com o tempo linear ou a amplitude dessas transformações, mas, sim, com a modificação nos preceitos de formação dos enunciados que são aceitos como cientificamente verdadeiros; enfim, debruçou-se sobre problemas de política do enunciado científico (AZEVEDO, 2003; STEVENSON, 2006).

Foucault, em seus estudos, corroborou com temáticas relacionadas ao poder disciplinar, pastoral e biopoder, que produzem a subjetivações do cuidado de si e a governabilidade. Na sua leitura, contribui para a ressignificação do poder, que insurge com a ideia de que o Estado não seria o órgão central e único, pois, se difunde e repercute nos outros setores da vida social de modo homogêneo, tendo existência própria e formas mais superficiais. O poder é um feixe de relações mais ou menos organizado, mais ou menos piramidalizado, mais ou menos coordenado. Ou seja, é uma coisa em si, é uma prática social construída historicamente, não estando localizado em nenhum ponto específico da estrutura social (FOUCAULT, 2008; COSTA *et al.*, 2008).

Todavia, o poder nessa perspectiva foucaultiana se cria e se estabelece nas relações e formas de sentido, que se torna visível e instrumentalizado. De fato, encontra-se em qualquer nível da escala social e pode ser visualizada de forma sutil ou manifestada. Nos diferentes processos que envolvem as atividades cotidianas, as relações de saber-poder estão presentes em todos os espaços, gerando relações assimétricas entre os diferentes atores pela busca de domínios de espaços, competitividade e conflitos (SANTUCHO, 2012; PINHEIRO *et al.*, 2006).

A discussão genealógica do poder produziu um importante deslocamento com relação à ciência política, que limitava ao Estado a forma fundamental de investigação sobre o poder. A esse deslocamento do espaço (macro) de análise, quanto ao nível (micro) em que está se efetua, Foucault chamou de microfísica do poder. A investigação do poder em suas extremidades se realiza a partir de suas formas locais, por meio de um controle minucioso do corpo – gestos, atitudes, comportamentos, hábitos, discursos (FOUCAULT, 2008; SANTOS, 2009).

Portanto, a genealogia evita a profundidade, busca a superfície dos fatos, os mínimos detalhes, as menores transformações e os contornos sutis. O genealogista estuda o surgimento de um campo de batalha que define e esclarece um espaço, escreve a história efetiva, aceita o fato de que não somos nada além da nossa história; tem o cuidado de escutar a história em vez de acreditar na metafísica (NARDI, 2005; WALBER, *et al.*, 2006).

O método genealógico foucaultiano é interpretativo, de modo que essa compreensão só pode advir de alguma pessoa que compartilha do envolvimento do ator, mas dele se afasta. Antes de construir uma teoria geral da produção, ao contrário, Foucault nos oferece uma analítica interpretativa de nosso cotidiano. Assim, caracteriza-se por atribuir ao saber-poder uma função positiva, indo de encontro ao mito platônico de que o acesso ao conhecimento verdadeiro nada deve à benevolência dos governantes. Foi esse mito que, no entender de Foucault, começou a mostrar que por trás de todo saber, de todo conhecimento, o que está em jogo é uma luta de poder, ou uma tensão de poder (MARIGUELA, 2007; AZEVEDO, 2003).

Enfim, o estudo da genealogia do Centro de Referência de Leishmaniose pretende entender sua existência a partir da Geografia Médica Brasileira na atualidade, no que concerne ao campo da saúde, para que se possa em seguida problematizá-lo com vistas a construir certos vieses de leitura, portanto, uma prática historiográfica genealógica. Assim, Foucault (1979) indica que o trabalho do genealogista é contemporizar sobre os documentos que descrevem o cotidiano e os detalhes considerados banais, que pareciam não ter história. Ou seja, constituição de um saber histórico das lutas e o uso deste saber nas estratégias atuais.

CAPÍTULO II – GEOGRAFIA E A HISTÓRIA SAÚDE-DOENÇA DA LEISHMANIOSE

Neste capítulo discutimos a categoria espaço geográfico na Saúde para além de uma compreensão unicasual das áreas Humanas e/ou da Saúde. Em seguida, abordaremos o entendimento sobre a história, saúde-doença da Leishmanioses e sua conexão com o espaço geográfico do Centro de Referência em Leishmaniose do Baixo Sul da Bahia, para além de uma influência curativa.

2.1 ESPAÇO GEOGRÁFICO NA SAÚDE-DOENÇA

O espaço geográfico é uma categoria que permeia há mais de dois mil anos a história da medicina ocidental e da saúde pública. Um exemplo clássico é de Hipócrates na sua publicação “*Sobre o ar, a água e a terra*”, em que pesquisou no espaço geográfico fontes bastante distintas sobre a relação de saúde-doença e ambiente.

A categoria de espaço geográfico permite identificar pontos estratégicos importantes para situar e auxiliar uma população específica. A exemplo da localização de uma área endêmica por Leishmaniose, um ponto ideal para construção de uma unidade de saúde, ou seja, acessibilidade, e um local que tenha possibilidade de expansão urbana. Esses fatores possibilitam apresentar a existência da relação do espaço geográfico e a implantação de um equipamento de saúde; e esses para evidenciar uma história da saúde-doença.

A Geografia analisa as relações humanas com o seu meio, ou seja, tem o espaço geográfico como objeto de estudo, preocupando-se em descrever e problematizar as diferentes paisagens oriundas dessa complexa relação, que envolve a interação entre elementos físicos, biológicos e humanos. Como afirma Castro *et al.* (2008), esse campo de estudo envolve temas diversos, tanto econômicos, políticos e culturais, quanto das relações humana, meio e saúde.

A concepção espacial atualmente vem sendo utilizada em vários estudos empíricos de diversas áreas das ciências, em destaque, aqui, a ciência da saúde; a exemplo de estudos de padrão espacial de morbimortalidade, cartografia médica,

geoprocessamento em saúde, distribuição espacial das desigualdades sociais, como também dos serviços de saúde.

O entendimento de “espaço”, abordado neste trabalho, refere-se à categoria da Geografia. Sendo que espaço geográfico, na concepção de Milton Santos (1978), é central e compreendido como um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado e do presente e por uma estrutura representada por relações que estão acontecendo e manifestam-se através de processos e funções. “O espaço é um verdadeiro campo de forças cuja formação é desigual. Eis a razão pela qual a evolução espacial não se apresenta de igual forma em todos os lugares” (SANTOS, 1978, p.122).

Na perspectiva da relação desigual em diferente contexto é equiparado ao processo de saúde-doença, ou seja, conexões sociais e de saúde no espaço geográfico é modificado a todo momento. Por exemplo, os vários fatores determinantes e condicionantes da saúde, relacionados à vida e trabalho, definem a relação espacial do indivíduo para o processo da saúde-doença. Santos (1978) complementa que o espaço possui várias características em seu funcionamento, mas que apresenta atividades entre pessoas, suas relações e produções sociais, o que resulta em um espaço que evolui pelo movimento da sociedade.

Para tanto, Santos (1985) considera também o espaço, como um mosaico de elementos da evolução da sociedade, não somente como um fator social, mas também com situações que se apresentam por meio do tempo, ou seja, uma unidade espaço-temporal. Entretanto, essa unidade geográfica está direcionada com a formação em espaço biológico e espaço antrópico, ou seja, transformado pela ação humana. Esse também é denominado por Santos (1985) como espaço vivido, geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica e com identidades, tanto sociais, culturais como ambientais, além da inclusão dos processos de saúde-doença e acessibilidade. Essa concepção de Milton Santos é muito utilizada na definição e no estudo em territorialização em saúde.

Para Santos (2003, p. 63), o espaço geográfico consiste em “(...) um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como quadro único na qual a história se

dá.” Espaço, portanto, não é apenas um reflexo da sociedade, mas uma instância da própria sociedade, um fator social que é socialmente produzido e reproduzido.

Durante o século XIX e parte do século XX, a concepção de espaço prevalente nas ciências sociais e na saúde pública foi amortizada às dimensões físicas e cartográficas, tendo seu status científico diminuído, como Foucault (1980) destacou em seus escritos, abordando que o espaço foi tomado como morto, não-dialético, imóvel. Já na compreensão de tempo foi apresentado como riqueza, fecundidade, a vida e a dialética. Sendo que os processos de transformação conceitual de saúde vêm evoluindo e modificando as relações no espaço saúde-indivíduo-doença.

A concepção da saúde em sua definição não é algo pronto e concreto, mas busca estabelecer relação estável com o indivíduo e sua relação com o ambiente habitado; e pode ser considerada como um estado que no nível individual pressupõe a sensação de bem-estar (PEREIRA, 2007).

Almeida-Filho e Paim (2014) analisam o conceito de saúde como um valor social e político das atuais sociedades, a partir do valor de uso, do qual a vida faz sentido, além de criticar seu valor de troca. A Saúde não é um poder que se encontra no corpo, mas trata-se de um mediador da interação cotidiana dos sujeitos sociais no espaço.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, que redemocratizou o País após a ditadura militar no período de 1964 a 1985, define a seguridade social como um valor social; portanto, é a base para o surgimento do Sistema Único de Saúde como uma política social de direito e estratégia descentralizadora para dar atendimento e cuidado à saúde da população.

Para tanto, a implantação do sistema de saúde no Brasil como atual efetivação está embasado nas categorias da geografia. Ou seja, o entendimento da saúde-doença passa a ser inserido nos estudos ambientais, sociais, econômicos, educacionais entre outros, ampliando assim o conceito e entendimento sobre saúde.

A garantia do direito à saúde envolve também a acessibilidade da população ao serviço e com este a sua organização territorial para melhor servir. Esse território, por sua vez, está interligado ao espaço geográfico que pode ser entendido como fração de região, território, lugar, sendo espaço físico ou humano. Santos (2004)

reforça que a interpretação de espaço e sua gênese ou seu funcionamento e sua evolução dependem de como fazemos antes a correta definição de suas categorias analíticas relacionadas à ciência geográfica.

O estudo do espaço geográfico na saúde vem sendo desenhado desde o período colonial das grandes navegações, conhecida também na história crítica, como um processo de invasão causado por essas expedições colonizadoras. Conforme relatos de Barcellos (2008) e Magalhães (2011), nesta época pesquisadores viajantes ocupavam-se em conhecer as doenças mais frequentes que se desenvolviam nas terras conquistadas, sobretudo nas terras de clima tropical, recém-incorporadas aos domínios coloniais europeus, onde a preocupação voltava-se para a identificação e explicação da distribuição espacial das enfermidades, relacionando-as a fatores físicos.

A Geografia destaca-se também em estudos sobre relação saúde-doença por meio de estudo de dependência espacial e técnicas de análise espacial, que compreendem análise de fenômenos proximais dos aspectos geográficos (correlação) e sua dependência com o processo saúde-doença (ANDRADE e OLIVEIRA, 2020). O estudo de Andrade e Oliveira (2020) com Leishmaniose Tegumentar em área endêmica apresentou índices e intensidades espaciais com dependência de ocorrência de números de casos pela correlação geográfica.

Entretanto, o estudo do processo saúde-doença por meio do espaço geográfico é apresentado também na saúde pelo modelo multicausal conectando uma tríade ecológica indivíduo-agente-ambiente, trazendo a importância da inter-relação entre pessoas e meio na propagação de determinadas doenças, por exemplo da Leishmaniose Tegumentar (MAGALHÃES, 2011).

Na percepção de Barcellos e Monken (2007), a compreensão da doença é uma manifestação do indivíduo e a situação de saúde é uma manifestação do lugar, pois os espaços geográficos e seus diversos contextos sociais são resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças. É nessa perspectiva, espacial, social, ambiental, histórica, epidemiológica que se evidenciará a conexão do processo saúde-doença com Centro de Referência em Leishmaniose.

A saúde e a doença envolvem dimensões subjetivas e não apenas biologicamente objetivas, pois o normal e o patológico variam. As variações das doenças podem ser verificadas historicamente, em relação ao seu aparecimento e desaparecimento, aumento ou diminuição de sua frequência, da menor ou maior importância que adquirem em variadas formas de organização social e diferentes espaços geográficos (CANGUILHEM, 1995; DULTRA, 2011).

Portanto, a promoção da saúde e a proteção é o melhor caminho, sendo que deve-se compreender as mudanças ocorridas ao longo do tempo e lugar nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica. Para Omram (2001), em geral, essas transformações ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas, o que envolve o conhecimento da transição epidemiológica

Uma enfermidade pode se disseminar em diferentes momentos históricos, em diferentes espaços geográficos, para tanto, a distribuição espacial de uma doença representa a realização manifesta dos processos geradores subjacentes, e o seu estudo capta a dinâmica da estrutura epidemiológica, já que o perfil epidemiológico dos diferentes espaços é criado pela interação das relações sociais, que caracterizam a sua organização e é modificado através do tempo, das relações sociais, que são fatores determinantes da organização do espaço (COSTA e TEIXEIRA, 1999).

No Brasil, especificamente na República em 1889, houve o processo de modernização das áreas urbanas para adesão do crescimento econômico do país em específico ao comércio e exportação de produtos, que frequentemente era paralisado pelas epidemias da febre amarela e varíola que assolavam o país e o deixavam com péssima imagem internacional. Como afetava a economia, naquele momento, a saúde deixou de ser menos importante e passa a ser primordial para o governo da capital.

Para Rebelo (2016) e Hochman (1998), as políticas de saúde tornaram-se elemento de expansão da autoridade estatal pelos territórios. A iniciativa se deu pela necessidade de coletivização de algum bem-estar, o que levou as elites nacionais a promoverem campanhas para a erradicação de doenças e/ou controle de enfermidades específicas.

Finkelman (2002) aborda sobre a transição epidemiológica do Brasil e a importância da melhoria das condições sanitárias, que, naquele contexto, era

entendida como dependente basicamente do controle das endemias e do saneamento dos portos e do meio urbano. O que fez com que o controle de doenças endêmicas e o saneamento se tornassem, efetivamente, políticas de Estado, embora as ações estivessem bastante concentradas no eixo agrário-exportador e administrativo formado pelos estados do Rio de Janeiro e São Paulo.

A crescente exportação de alimentos, o crescimento da indústria e do comércio no país, junto com a imigração, dão início a uma mudança do espaço urbano e da saúde. Com uma população aumentando, a necessidade de investimento nas áreas urbanas era inevitável, além da saúde pública; e a partir da década de 20, passa a ser discutida também a importância social do cuidado com a saúde pública.

A cada década a saúde vem sendo transformada evolutivamente, especialmente para classe menos favorecidas, com ações como campanha sanitárias por intermédio do Médico Osvaldo Cruz que tem foco nas populações das periferias. Só a partir das décadas de 70 e 80 surge um movimento para lutar por um sistema de saúde para todos, sendo que essa conquista foi confirmada na Constituição Federal de 1988, onde a saúde torna-se um direito de todos e dever do Estado, conforme abordado anteriormente.

Na década de 1990 é criado e efetivado o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de lutas de movimentos sociais, sociedade civil, cientistas e diversos sindicatos e associações de classe; esse movimento, conhecido como Reforma Sanitária foi o principal movimento de luta para implantação de um sistema público de saúde. A lei orgânica do SUS, nº 8.080 de 1990, apresenta um importante norteador do processo saúde-doença, ou seja, um conceito de saúde que busca incluir fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso a bens e serviços essenciais.

Após a implantação do SUS, os problemas de saúde têm recebido investimentos crescentes em assistência médica curativa e individual, ainda que se identifique, de forma clara, que medidas preventivas e a promoção da saúde são a melhor saída para a melhoria das condições de vida em geral. A ideia deve ser de promover a saúde, e não apenas de curar a doença, emergindo daí os conceitos de vigilância da saúde, políticas públicas saudáveis e cidades saudáveis (MENDES, 1996).

Essa evolução na saúde pública brasileira perpassa também por dificuldades inerentes ao acesso das pessoas, principalmente dos menos favorecidos, ou seja, da classe pobre, não somente urbana, mas, também rural. Esse processo de saúde-doença pode ser evidenciado por meio da genealogia da geografia médica.

No geral, o que se verifica é a sobreposição do espaço conectado com o processo saúde-doença. Para tanto, o espaço é apresentado como o momento, no qual as formas da paisagem se agregam às pessoas, às relações sociais; modificam-se os significados das formas e seus valores. Não há espaço sem construção humana, sem vida e relações sociais. Em consequência, não há como se falar do espaço como atributo, substrato onde simplesmente aconteceriam 'coisas'. O espaço é entendido como "um conjunto indissociável de sistemas de objetos e de sistemas de ações" (SANTOS, 1996, p. 83).

Portanto, é necessário entender a concepção do espaço geográfico a partir dos estudos na saúde, necessário para se compreender o aspecto histórico e evolutivo da Leishmanioses, e, assim, entender essa conexão com a geografia médica.

2.2. PROCESSO HISTÓRICO-GEOGRÁFICO DAS LEISHMANIOSES

A importância de conhecer a história da Leishmaniose possibilita contrapor sobre as narrativas dessa enfermidade para o surgimento de um movimento social na construção de um Centro de Referência para cuidar de pessoas acometidas pela doença. Quando falamos sobre uma genealogia de um Centro, devemos saber sua origem, a partir de um objeto, que foi ponto inicial desse ciclo, que é a Leishmaniose. As leishmanioses são doenças negligenciadas, correlacionadas à pobreza com ocorrências em regiões geograficamente tropicais e subtropicais.

É uma doença que acompanha o ser humano desde a antiguidade, existindo relatos e descrições encontrados na literatura desde o século I d.C. (CAMARGO, 2003). Nas Américas, foram encontradas cerâmicas pré-colombianas, datadas de 400 a 900 anos d.C., feitas pelos índios do Peru, que mostram deformações de lábios e narizes, características da espúndia, hoje conhecida como leishmaniose tegumentar americana (LAINSON, 1988). Depois, por meio de estudos de paleomedicina, foram

descobertas múmias com lesões de pele e mucosas características da leishmaniose (SANTOS, 1994).

As primeiras teorias sobre a disseminação da Leishmaniose Tegumentar Americana narradas por Benchimol e Jogas Junior (2020) foram combinadas aos conhecimentos produzidos no âmbito da microbiologia e medicina tropical que fizeram pensar sobre a ingestão de frutas, a determinação geográfica e climas e as condições de higiene e ao consumo de água, tudo isso correlacionado a uma região endêmica. Posteriormente, ganhou força também a suspeita por ser uma doença tropical e ter origem em um inseto, vetor ou hospedeiro intermediário.

Para Benchimol e Jogas Junior (2020), a Leishmaniose Tegumentar Americana já apresentava, desde 1940, ampla distribuição geográfica desde México até o norte da Argentina, Peru e Brasil, sendo esses últimos os países com maior incidência da doença.

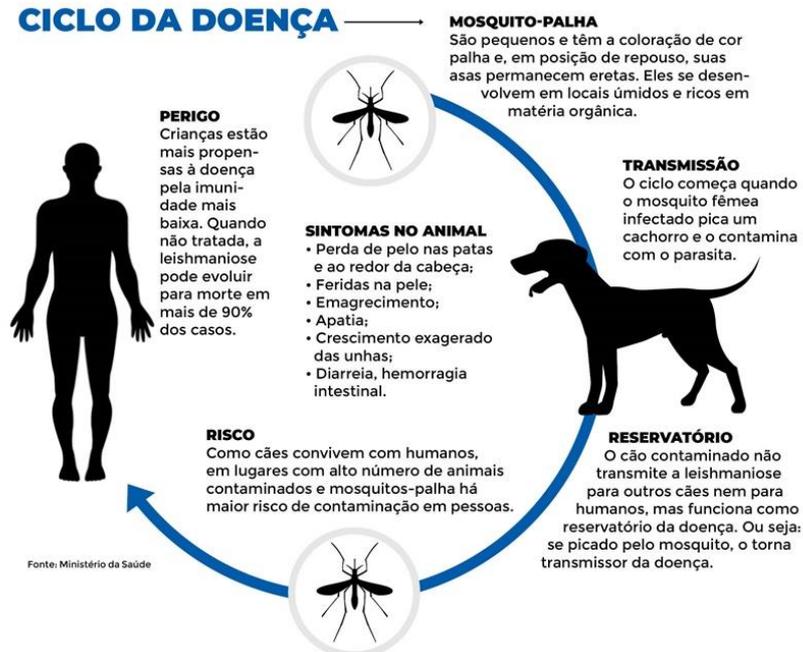
A primeira literatura sobre história da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) no Brasil está no documento da Pastoral Religiosa Político-Geográfica de 1827, citado no livro de Tello intitulado “*Antiguidad de la Syphilis en el Peru*”, que relata a viagem de Frei Dom Hipólito Sanches de Fayas y Quiros de Tabatinga (AM) até o Peru, percorrendo as regiões do vale amazônico (PESSÔA, 1982).

Em 1898, o estudo de Patrick Manson relacionava a etiologia da Leishmaniose a determinado ambiente e espaço geográfico. O ciclo biológico, no precário conhecimento do agente causal na época, dificultava a sua identificação no organismo do possível hospedeiro intermediário. Não havia um consenso de qual parasita procurar (BENCHIMOL e JOGAS JR., 2020).

A *Leishmania* sp. é transmitida ao hospedeiro (ser humano e animal, exemplo na figura 2) durante a picada de um inseto fêmea do gênero flebótomo que, quando faz o repasto sanguíneo, ocorre regurgitação de saliva com forma promastigota de *Leishmania* sp. no lago sanguíneo formada pela proboscida desse inseto na pele do hospedeiro. Em humanos a Leishmaniose é uma enfermidade que causa várias deformações tanto na pele como na mucosa ou nas vísceras; a doença é causada por 21 espécies de *Leishmania* sp (ANTOINE *et al.*, 1998; DESJEUX *et al.*, 1996; SHAW *et al.*, 1994; ASHFORD, 1996-1997) e transmitidas por cerca de 30 espécies de flebotomíneos (DESJEUX, 2001). Geograficamente, os flebotomíneos estão

distribuídos em dois gêneros: *Phlebotomus* (Velho Mundo) e *Lutzomyia* (Novo Mundo) (Young; Duncan, 1994).

Figura 2 – Ciclo da Leishmaniose Tegumentar Americana



Fonte: Ministério da Saúde, s/a.

O ciclo da doença, apresentado na Figura 2, representa um esquema de como é feita a transmissão; usa-se o cão por ser um animal doméstico com maior incidência de ser reservatório da Leishmaniose Tegumentar no Brasil ocasionando maior risco de transmissão da enfermidade nos seres humanos.

Os flebotomíneos são insetos hospedeiros de *Leishmania* sp. e no seu ciclo biológico dependem da umidade do solo para se reproduzirem. No total, da oviposição à eclosão dos adultos leva cerca de 36 dias, a depender do clima local em relação à umidade relativa e o período de chuva. Como o Brasil tem regiões tropicais, esses flebotomíneos reproduzem três ou quatro gerações por ano. Essas espécies, vetores da Leishmaniose, ingerem os parasitas quando picam o reservatório vertebrado infectado pela doença. As formas amastigotas, que vivem dentro da célula, nos seres humanos ou animais domésticos ou silvestre, transformam-se em promastigotas no intestino do vetor (COSTA *et al.*, 2009, p. 70). Nesse ciclo, o período de incubação nas pessoas corresponde ao tempo decorrido da picada do inseto até o aparecimento da lesão úlcero-crostosa indolor, com fundo granuloso e bordos elevados e varia entre

duas semanas a três meses, ocorrendo a morte das células resultando na desintegração da epiderme e que culmina com a formação de uma lesão úlcera-crosta, dependendo da imunidade de cada indivíduo, da virulência da cepa e da carga do inóculo (FERREIRA, 2006; NEVES, 1998).

As *Leishmanias* apresentam-se sob a forma amastigota em seus hospedeiros vertebrados. São estruturas arredondadas ou ovaladas sem flagelos, que parasitam o hospedeiro vertebrado em seu sistema linfomonocitário, alojando-se nos fagossomos dos monócitos, histiócitos e macrófagos onde vivem e se multiplicam por divisão assexuada até romperem a célula, disseminando-se pela via hematogênica e linfática, iniciando uma reação inflamatória e proporcionando a atração de outros macrófagos, gerando um ciclo vicioso (FERREIRA, 2006; NEVES, 1998).

Os Flebotomíneos constituem um grupo de insetos hematófagos, responsáveis pela transmissão das Leishmanioses; esses vetores não ultrapassam 0,5 cm de comprimento, tendo pernas longas e delgadas e o corpo densamente piloso. Têm como característica o voo saltitante e a manutenção das asas eretas, mesmo em repouso, ao contrário dos outros dípteros, sendo geralmente de cor parda. Apenas as fêmeas estão adaptadas com o respectivo aparelho bucal para picar a pele de vertebrados e sugar o sangue, junto com as formas amastigotas de um animal infectado, que se alojam em partes de seu intestino levando-as a se transformarem em promastigotas. Essa forma é alongada e apresenta um longo flagelo livre. No sistema digestivo dos vetores, multiplica-se por aparente divisão simples e assexuada e migram para a probóscide do inseto após aproximadamente 4 a 5 dias. A esta altura, bloqueiam o proventrículo, de onde podem ser inoculados na pele do hospedeiro vertebrado, junto com a saliva do inseto.

As Leishmanioses visceral (LV) e tegumentar americana (LTA) são consideradas endêmicas em 88 países, dos quais 16 são desenvolvidos e 72 estão em desenvolvimento; na maioria, é considerada uma enfermidade de classe social baixa e a pobreza e a desnutrição são fatores importantes no aumento da susceptibilidade à doença. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a LTA como uma das seis mais importantes doenças infecciosas do mundo pela sua capacidade em causar desfigurações; por isso, constitui-se grave problema de saúde pública, já que a estimativa de doentes é de 2,3 milhões, está presente na África, Ásia, Europa, América do Norte e América do Sul e é uma doença predominantemente rural (OMS, 2010;

2011). Em 1898 o estudo de Patrick Manson não determina a população mais suscetível com relação a raça, sexo, idade ou ocupação (BENCHIMOL e JOGAS JR., 2020). Nos contextos geográficos, específico a climas temperados entre final do inverno e no início do verão, há variação de incidência que em algumas vezes é alta e em outras é baixa (BENCHIMOL e JOGAS JR., 2020).

Nas Américas, a LTA é considerada uma zoonose primária de mamíferos silvestres, todavia os humanos fazem parte desse círculo por ter uma relação heterotópica desarmônica. Dessa forma, pode adquirir a infecção ao entrar em contato com as áreas florestais ou em ambientes modificados pelo indivíduo onde estão presentes os flebotomíneos.

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) ou Leishmaniose Tegumentar Humana (LTH) no Brasil é conhecida popularmente como ferida brava, na maioria das vezes apresenta uma única lesão ulcerada cutânea ou múltipla. A lesão ulcerada é a mais comum, caracterizando-se por bordos elevados em molduras com o fundo granuloso com ou sem secreção. Diferentemente do que ocorre no mundo, no Brasil atinge o ser humano de qualquer classe social, idade, gênero, raça e cor; a LTA ocorre mais frequentemente em homens do que em mulheres e também em indivíduos mal nutridos quando comparados com pessoas mais jovens e bem nutridas. Dessa forma, o risco de LTA aumenta significativamente conforme diminui o 'status' nutricional e aumento da idade dos indivíduos. Inclui-se aqui outro fator que seria a exposição maior dos agricultores nas áreas de lavouras por ser seu ambiente de trabalho, ficando mais exposto ao vetor (MACHADO *et al.*, 2005).

A distribuição geográfica da leishmaniose no Brasil é restrita a regiões tropicais e temperadas onde existe o habitat natural dos flebotomíneos como a Floresta Amazônica e a Mata Atlântica, que são locais úmidos e predominantemente com pouca luminosidade, bem como, pouca circulação de ar. Esses elementos conjuntamente criam o ambiente favorável à proliferação desses vetores. No Brasil, em meados de 1939 a 1940, Cruz (2008) descreveu a LTA como doença profissional da margem da mata. A Leishmaniose Tegumentar Americana tem sido notificada em todos os estados do Brasil e atualmente apresenta extensa ampliação geográfica com registros de casos em todas as regiões brasileira, com várias manifestações clínicas que incluem a leishmaniose cutânea localizada, a leishmaniose cutânea mucosa e a leishmaniose cutânea difusão (COSTA *et al.*, 2009).

No Brasil existem, atualmente, seis espécies de *Leishmania* sp. responsáveis pela infecção em seres humanos. Na Região Nordeste, o manual de vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana (BRASIL, 2017), sobre o número de casos registrados de LTA no período de 1995 a 2014, registra uma média anual de 25.763 casos novos registrados e coeficiente de detecção médio de 14,7 casos/100 mil habitantes.

Na Bahia, a existência de focos de LTA é de 25 das 29 Regiões de Saúde (86,2%). De acordo com a classificação dos municípios por Coeficiente de Detecção de 2016, 137 municípios têm risco de transmissão, representando 32,8% do total. As maiores incidências da enfermidade em 2016 estão registradas nos Núcleos Regionais de Saúde (NRS) Sul (46,2), Oeste (4,1) e Centro Norte (4,0). Por outro lado, destacam-se os municípios com mais incidências nos últimos três anos: Taperoá, Wenceslau Guimarães, Nilo Peçanha, Teolândia e Presidente Tancredo Neves (BAHIA, 2016). Todos esses municípios com maiores notificações ficam localizado no território do Baixo Sul da Bahia, ou seja, é a maior área endêmica da Bahia.

O Território de Identidade do Baixo Sul da Bahia concentra os maiores números de pessoas infectadas pela LTA no Estado, podendo ser influenciado pela pobreza, nível de instrução, ambiente de trabalho – já que a maioria está ligada à agricultura, ficando mais exposto ao vetor.

No município de Presidente Tancredo Neves, encontram-se duas espécies de *Leishmania*: a *Leishmania (Viannia) brasiliensis* (CUBA *et al.*, 1985; HOCH *et al.*, 1986); e raramente a *Leishmania (Leishmania) amazonensis* (BARRETO *et al.*, 1984; ROSA *et al.*, 1988). Essas espécies podem-se adaptar a ambientes agrícolas, que em sua maioria reproduzem condições favoráveis iguais ao do seu habitat natural. Em Presidente Tancredo Neves existem várias áreas de plantio de lavouras de cacau, além da presença de animais domésticos na zona rural do município que pode contribuir para um aumento dos números de flebotomíneos, resultando em risco para a população local.

CAPÍTULO III - ESTRUTURAÇÃO DA GEOGRAFIA MÉDICA BRASILEIRA: HISTÓRIA, OBJETO DE ESTUDO, MÉTODOS E TÉCNICAS DE ANÁLISE

Neste capítulo apresentamos resultados da investigação sobre o processo histórico da Geografia Médica Brasileira, seus objetos de estudo, métodos e técnica de análise. Portanto, apresentar e validar a estrutura de estudo da Geografia Médica é importante para produzir situação epistêmica em que esse entendimento possa contar a genealogia por meio do surgimento do Centro de Referência em Leishmaniose do Baixo Sul da Bahia.

3.1 HISTÓRIA DA GEOGRAFIA MÉDICA

O processo histórico da Geografia Médica e seu objeto de estudo narra várias inquietações e discussões sobre o caminho percorrido por esse campo ou especialidade de estudo. Ademais, esse processo não é pronto e nem acabado para concluir essa discussão aqui e agora, ao contrário, é um processo contínuo e epistemológico.

A gênese da Geografia Médica tem sua conexão entre Geografia e a Medicina desde a antiguidade, conforme relata Glacken (1990), identificada por meio de correlações entre as diferentes regiões, o meio ambiente, o clima (especialmente) e a saúde dos seres humanos na Antiguidade Clássica na História de Heródoto. Também na Idade Antiga, a obra "*Dos Ares, das Águas e dos Lugares*", de Hipócrates (480 a.C.), descrevia a influência das mudanças sazonais, dos climas e dos ventos sobre o corpo humano e suas doenças.

Para Edler (2001), a geografia médica é evidenciada a partir do século XIX, sendo responsável pela produção de importantes inovações no saber médico. Naquela época, na Europa, houve pesquisas que envolveram vários médicos na investigação anatomoclínica, parasitária e da estatística médica no viés da patologia e da terapêutica nos trópicos.

Nesse mesmo período abordado por Edler (2001), começaram a ser produzidos os tratados de climatologia médica, muito utilizados por Maximillien Sorre na

elaboração de suas pesquisas, pois se tratavam de estudos elaborados com maior precisão científica que procuravam correlacionar a ocorrência das doenças, direta ou indiretamente, com aspectos da geografia física, especialmente com as variações climáticas (FERREIRA, 1991; EDLER, 2001).

Segundo Caponi (2007, s/p), Jean Christian Marc Boudin é conhecido como o autor da primeira obra sistemática sobre a Geografia Médica, tido como tema: “el *Traité de géographie et de statistique médicales et des maladies endémiques*”. Boudin e seus seguidores adotam uma mesma linha que é definir relações precisas sobre particularidades geográficas nos diferentes climas e fenômenos patológicos.

Na compreensão de Edler (2001), Boudin (1857; 1842) inaugurou, na França, os estudos que pretendiam focalizar o indivíduo doente nas suas relações com o globo terrestre, tendo em vista a constituição de uma carta nosográfica que abrangesse os limites do ecúmeno, tanto da clínica, estatística como parasitologia, por meio da relação da doença com a climatologia.

Peiter (2005) relata que nos séculos XVI e XVII vários médicos que viajavam para as colônias da Ásia, África e América descreviam, em seus diários, informações sobre as cidades, distritos ou países que haviam visitado, as pessoas e os lugares, as doenças que os afligiam, os métodos locais de tratamentos e as crenças sobre sua causa. Essas descrições ficaram conhecida como médico geográfico, porém, geralmente, não apresentavam uma exatidão quanto à localização e temporalidade dos eventos.

Nesse período, desenvolveu-se a chamada Geografia Colonial em função da necessidade de utilizar a Geografia como instrumento de conquista, herdada de trabalhos produzidos nos séculos XVI, XVII e XVIII pelos exploradores e naturalistas. Assim, o estudo colonial fundamentou a Geografia Médica, pois seu maior desenvolvimento ocorreu com a entrada dos países imperialistas nos trópicos, descrito também nos Atlas de Geografia Médica produzidos nessa época, com informações preventivas a serem tomadas pelos exércitos europeus em caso de ocupação militar dos territórios insalubres do mundo tropical (NETO, 2000; PEITER, 2005).

Costa e Teixeira (1999) relatam que a aproximação entre o saber médico e a geografia foi impulsionada a partir do século XVI com as grandes navegações gerando

descobrimientos que colocaram a necessidade de se conhecer as doenças nas terras conquistadas, visando a proteção de seus colonizadores e desenvolvimento das atividades comerciais. Esses estudos eram marcados pela concepção determinista da geografia sobre a relação indivíduo-natureza, de modo que as características geográficas, principalmente o clima, eram colocadas como responsáveis pela ocorrência das doenças.

Entre o século XVII e XVIII, os médicos concebiam que o ser humano dominava o ambiente com relação às doenças, no sentido do seu controle preventivo, de um lado calculando diferenciais de morbidade em climas quentes e frios, contextos urbanos e rurais, no Antigo e Novo Mundo; e por outro lado, apoiando ações de drenagem, desmatamento, técnicas agrícolas e melhoramentos urbanos, convencidos que já estavam de seus grandes benefícios para a saúde pública. O que resultou também em ensaios pioneiros da Geografia Médica, produzindo discussões detalhadas da distribuição regional das doenças, a partir da aplicação dos recursos cartográficos (FREITAS, 2001; PEITER, 2005).

Assim, até meados do século XIX, a Geografia Médica foi, portanto, um campo de conhecimento construído por médicos que desconheciam os agentes etiológicos microbianos das doenças. Esses médicos buscavam informações no espaço geográfico para as suas práticas no diagnóstico e cura (EDLER, 2001; PEITER, 2005).

A partir do descobrimento das bactérias e parasitas, por Moris Pasteur (1842-1895) e Robert Koch (1843-1910) é que ocorreu uma série de transformações nos conhecimentos da Medicina, período esse que ficou conhecido como revolução bacteriológica, o qual serviu de base a uma nova teoria, a Teoria Bacteriana, e também levou a uma reformulação na concepção do processo saúde-doença, fato que refletia no ensino da medicina e no campo de atuação dos médicos.

No final do século XIX, houve um longo declínio nos estudos de Geografia Médica, que se prolongou até a década de 1930, devido à hegemonia da Teoria Bacteriana, cujo principal foco era a Biologia. Assim, a incidência das doenças não era mais relacionada com a natureza, mas sim o corpo humano enquanto meio de proliferação de bactérias que causavam doenças, logo o que se devia fazer era encontrar meios de controlá-las (JUNQUEIRA, 2009; DUTRA, 2011).

Na década de 1930, a Geografia se aproxima da Epidemiologia na busca de estabelecer, para diversas doenças, as suas redes de causalidades; assim, a produção de trabalhos é marcada por forte influência das descobertas bacteriológicas. É nesse contexto que se estabelece o paradigma da Tríade Ecológica (humano – agente – ambiente) desenvolvido por Pavlovsky em sua obra “A Teoria dos Focos Naturais das Doenças Transmissíveis”, que estudou o espaço geográfico e sua relação com a doença (JUNQUEIRA, 2009).

O trabalho de Pavlovsky teve grande influência para estudiosos no Brasil, a exemplo do parasitologista Samuel Pessoa, que se inspirou especialmente nos trabalhos de Pavlovsky, criando uma escola de estudos em Geografia Médica no Brasil, no contexto da chamada medicina tropical. Ele estudou as endemias prevalentes no Brasil, também, e especialmente, as transmitidas através de vetores, como esquistossomose, doença de Chagas, filariose, malária etc. (VIEITES, 2007).

No mesmo período, na França, o geógrafo Maximilian Sorre desenvolveu um conceito parecido ao de Pavlovsky, o de Complexo Patogênico, segundo o qual no espaço (meio) poderá haver a possibilidade de ocorrer doenças. De acordo com Paraguassu-Chaves (2001), foi através de Sorre que se fez a introdução de dois conceitos-chaves para a Geografia Médica: o ecúmeno e o complexo patogênico. O ecúmeno, como o espaço de relações entre organismos vivos (e habitat); e o complexo patogênico, como uma unidade biológica de ordem superior que inclui os organismos vivos que condicionam ou comprometem sua existência, ou seja, a saúde (PARAGUASSU, 2001).

Na Segunda Guerra Mundial, a Geografia Médica voltou a ter evidência, já que se tornava fundamental e estratégico o conhecimento das doenças encontradas nos campos de batalha. É nesse período que ocorre a criação da Comissão de Geografia Médica da União Geográfica Internacional - UGI (1949) – sediada em Lisboa (ROJAS, 1998).

No Brasil, os primeiros relatos sobre a distribuição das doenças em seu território foram feitos pelos viajantes estrangeiros e os naturalistas como Thevet, Saint Hilaire, Spix e outros (PESSÔA, 1978).

A partir da década de 1950, o interesse geopolítico pela expansão, interiorização e integração do interior do território brasileiro incentivou estudos de

Geografia Médica, que resultaram em pesquisas sobre doenças tropicais presentes nas áreas em vias de ocupação como da Amazônia e do Centro-Oeste. Esses estudos atendiam ao interesse do governo que implantava projetos de produção de energia, agropecuária e de mineração no interior do país, no entanto, não apresentavam maior reflexão sobre os problemas relacionados à saúde e, sim, a aspectos político-econômicos (FERREIRA, 2003).

Foi no período militar que Lacaz (1972) publicou o seu livro “Introdução à Geografia Médica no Brasil” que tinha por objetivo aproximar os conhecimentos de médicos e geógrafos sobre a região Nordeste e Centro-Oeste do país. Como era um período de regime monitorado, o livro não teve um cunho crítico sobre os relatos da geografia e do processo saúde-doença; e, apesar de não conseguir cumprir seu objetivo de integrar tais conhecimentos, ainda assim tem contribuído para o resgate histórico das discussões entre geografia e saúde.

Segundo Ferreira (2003), a geografia médica esteve quase sempre a serviço de interesses colonialistas ou desenvolvimentistas de base capitalista no viés político-econômico. A maior parte dos trabalhos atendia diretamente ao capitalismo estatal ou aos interesses imediatos de uma classe dominante.

Na década de 1970 é criada a Escola Nacional de Geografia Médica, a qual recebeu importante contribuição de Milton Santos para a formação de uma nova abordagem, e priorizava analisar a interação entre o social e o meio ambiente, a partir da contribuição da Geografia Crítica (ROJAS, 2003). A importância de entender a categoria Espaço da Geografia possibilita, assim, compreender melhor o processo histórico e objeto da Geografia Médica Brasileira.

No Brasil, a Geografia Médica está associada, sobretudo, a estudos descritivos de distribuição de doenças, em especial as infecciosas, ao contrário da tendência internacional. A Geografia Médica teve início, no Brasil, com os naturalistas do século XIX quando, em suas viagens pelo interior do país, descreveram o comportamento de inúmeras moléstias que afetavam os habitantes das mais longínquas regiões brasileiras. Mas, foi nos primórdios do século XX que essa disciplina se afirmou, com o aumento de investigações que associavam as condições climáticas do ambiente tropical com as doenças humanas, os ideais higienistas e sanitaristas (MEADE *et al.*, 1988; SPERANDIO e PITTON, 2005).

Assim, a depender do objeto de estudo, a Geografia Médica, atualmente, deixa de ser associada a interesses políticos econômicos e passa a ser de interesse político social, possibilitando ganhos e contribuições para a saúde pública.

3.2 OBJETO DE ESTUDO DA GEOGRAFIA MÉDICA

A Geografia Médica abriga uma constância e combinação com a Ciência Geográfica. Para Mazetto (2008), nos estudos de Geografia Médica, desenvolvidos no período compreendido entre o final do século XVIII e início do XIX, estão incluídas as pesquisas correspondentes ao conhecimento generalizado e pouco sistematizado da temática, ou seja, o conhecimento pré-científico, com estreita relação com as ideias e os princípios hipocráticos. De modo geral, os estudos dessa época direcionavam como objeto de estudo a qualidade de vida por meio da relação saúde-meio e a distribuição de doenças que, predominantemente, tinham na dimensão espacial a análise de um espaço absoluto com ênfase para o espaço local.

Assim, entende-se como o objeto de estudo da Geografia Médica vem evoluindo ao longo da história, concomitantemente com a epistemologia da Geografia, ou seja, de acordo com as mudanças na sociedade e no processo saúde-doença as abordagens e métodos de análise vêm se adequando ao espaço-tempo.

Conforme afirma Dutra (2011), os estudos da antiguidade que evoluíram até a fase mitológica com interrelação no processo de adoecer, cura e natureza, tiveram seu declínio devido às associações que eram realizadas entre as causas das doenças e os desígnios dos deuses. As análises envolvendo a geografia e a medicina foram reestruturadas a partir das abordagens hipocráticas, que foram abaladas, durante a Idade Média, pela ascensão da crença de que a cura para os males do corpo/materialidade estava na espiritualidade.

A evolução dos estudos para descoberta da microbiologia, a partir das bactérias e parasitas no estudo de Pasteur e Koch, ocasionou uma nova concepção do processo saúde-doença que levou abaixo a teoria dos miasmas e, posteriormente, gerou novas mudanças envolvendo estudos da Geografia Médica em decorrência da desagregação dos processos saúde e doença por causas ambientais.

Na tese da professora Fernanda Rebelo (2010), intitulada *Travessia: imigração, saúde e profilaxia internacional (1890-1926)*, ela traz investigação das questões sanitárias provocadas pelas viagens realizadas por imigrantes europeus para a América no final do século XIX e início do XX. E conta sobre o processo de seleção de profissionais para adentrar a inspetoria sanitária brasileira, que necessitava de conhecimento dos temas relacionados à Geografia Médica: “clima, moléstias pestilenciais exóticas; moléstias contagiosas em geral; profilaxia e meios de isolamento, sistemas de desinfecção e natureza e modo de ação dos agentes desinfectantes” (REBELO, 2010, p. 157).

Para Rebelo (2010), esse processo de conhecimento sobre a higiene naval e os médicos que atuavam nos portos e hospitais marítimos e militares apresentavam uma compreensão da forma de transmissão de doenças mais próxima à Geografia Médica, ou seja, não tinha um objeto definido sobre a temática, e muitos não possuíam domínio e conhecimento necessário. Além disso, na formação científica na graduação destes profissionais não se discutia sobre a Geografia Médica.

No processo de mudança da Teoria Microbiana, na metade do século XX, Ferreira (1991) destaca o estado saúde-doença advindo das causas ambientais que assumem destaque nos tratados de climatologia médica. Esse autor pondera sobre a geografia física em seus aspectos climáticos, além das pesquisas enfatizados por Sorre que vão além do determinismo natural.

Com intuito de buscar um objeto da Geografia Médica, May (1950) realizou uma classificação inicial contendo temas como: fatores patológicos (agentes, vetores, hospedeiros, reservatórios), fatores biológicos (vegetal, animal, parasitismo), fatores físicos (envolvendo aspectos da geografia física: hidrografia, climatologia, pedologia), fatores humanos (envolvendo aspectos da geografia humana: densidade demográfica, nível de vida, religião). Esses aspectos eram definidos por ele como essenciais aos pesquisadores de Geografia Médica e que inclusive serviriam como guia aos estudos médico-geográficos; estabelecia-se, assim, aos tipos de fatores por ele denominados de patogênicos e geográficos.

Rais Akhtar (1991) apresenta a Geografia Médica com dois vieses, o tradicional e o contemporâneo, ou seja, aborda os objetos de estudo com uma divisão dessa temática que se subdividiram em: Geografia médica ecológica (cartografia médica e

ecologia das enfermidades) e a Geografia da saúde (estudos sociais da doença e a distribuição dos serviços da saúde), ambos tendo com norteador a análise espacial. Ou seja, a Geografia Médica em duas linhas de pensamento.

O pesquisador Nossa (2005) considera que com o advento da Nova Geografia, conhecida como Geografia Quantitativa, Teorética ou Pragmática que critica a interpretação empírica e exige uma interpretação racional e lógica, emerge da Geografia Médica, com uma abordagem clássica, cujo objeto de estudo é a aceitação da doença como ocorrência natural, culturalmente isenta, conectada com o modelo biomédico (mecanicista, centrado na doença), privilegiando a mensuração e a modelização dos fatores envolvidos.

Já Mazetto (2007) expõe que os geógrafos estão vinculados ao tema da geografia médica e narram pouca correlação dos princípios da geografia e do método fenomenológico sobre a temática. A exemplo da categoria geográfica, na maioria estão mais presentes nos estudos da Psicologia, Enfermagem e Medicina, todavia, é válido destacar que a ciência geográfica e sua contínua discussão epistemológica devem existir em todo contexto.

No Brasil, a Geografia Médica para Meade *et al.* (1988) esteve associada, sobretudo, a estudos descritivos de distribuição de doenças, em especial as infecciosas. A grande maioria desses estudos foram elaborados por médicos, num momento em que se desenvolvia no país uma grande preocupação de ordem higienista, particularmente na capital, o Rio de Janeiro. Naquela época, o foco do estudo foi a ligação das doenças com as condições naturais e mesmo com a precariedade do saneamento básico. Como exemplo desses estudos descritivos podem ser citados os trabalhos de Carlos Chagas, Oswaldo Cruz, Gavião Gonzaga, Afrânio Peixoto, Jorge Maia, Victor Godinho, Seabra e Xavier da Silveira, dentre inúmeros outros, todos descrevendo distribuições de doenças infecciosas no país correlacionando-as com as condições naturais (PESSÔA, 1941; DUTRA, 2011).

Lewinsohn (2003) afirma que Oswaldo Cruz foi o pioneiro no estudo das moléstias tropicais e da medicina experimental no Brasil. Após a sua chegada da França, ele assumiu a Diretoria de Saúde Pública e coordenou as campanhas de erradicação da febre amarela e da varíola, no Rio de Janeiro, além de organizar os batalhões de mata-mosquitos, encarregados de eliminar os focos dos insetos

transmissores. Convenceu o presidente na época, Rodrigues Alves, a decretar a vacinação obrigatória, o que provocou a rebelião de populares e da Escola Militar (1904) contra o que consideravam uma invasão de suas casas e uma vacinação forçada, o que ficou conhecido como Revolta da Vacina. Osvaldo foi responsável pela fundação do Instituto Soroterápico Nacional no Rio de Janeiro em 1990, que posteriormente transformou-se em Instituto Osvaldo Cruz.

Além de Osvaldo Cruz, tiveram outros pesquisadores que estudaram a correlação da Geografia e Medicina para obterem resultado contra as doenças tropicais, a exemplo de Carlos Chagas que estudou o ciclo evolutivo da malária; Gavião Gonzaga que estudou sobre clima, pluviometria e doença; Afrânio Peixoto, na sua obra “Clima e Saúde”, um dos pioneiros a estabelecer correlações entre algumas doenças e as condições climáticas do país. Os estudos de Geografia Médica apresentam uma explanação delineada da amostra de inúmeras doenças e suas correlações com o meio natural, desmistificando as doenças climáticas ou tropicais (LEWINSOHN, 2003; SOUZA e SANT'ANNA NETO, 2008).

Como citado anteriormente, o médico Carlos da Silva Lacaz (1972) escreveu um introdutório teórico sobre Geografia Médica no Brasil que, mesmo sendo publicado num momento em que a geografia brasileira apresentava sinais de profundas mudanças epistemológicas, é um exemplo de trabalho marcado por um grau de determinismo no campo da Geografia Médica. Lacaz (1972) destaca que ao estudar uma doença sob o ângulo da Geografia Médica, devemos considerar, ao lado do agente etiológico, do vetor, do reservatório, do hospedeiro intermediário e do ser humano susceptível, os fatores geográficos representados pelos fatores físicos, humanos ou sociais e biológicos (LACAZ *et al.*, 1972).

No Brasil o estudo da Geografia Médica apresenta ainda embates e desafios no contexto da teoria da geografia, tanto a positivista, a materialista, quanto crítica, e constitui-se em uma área desafiadora para atual conjuntura. Foi a partir do início do século XX que ela passa a ser direcionada para o determinismo natural que evolui para um determinismo econômico como perspectiva de explicação dos fenômenos geográficos; por sinal, é algo que perpassa por quase todas as ciências humanas e sociais no país (MENDONÇA, 2001).

3.3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE ANÁLISE DA GEOGRAFIA MÉDICA

A relação entre 'espaço' e 'saúde' discutida no capítulo 2 é considerada aqui parte essencial para apresentar o método e a técnica de análise da Geografia Médica. O percurso inicial da obra de Ludwig Finke abordou o espaço geográfico que esteve inserido no movimento denominado Polícia Médica, no século XIX, quando a geografia e a medicina se transformam em disciplinas científicas, com a consolidação, na primeira, da concepção do espaço — entendido como sinônimo de ambiente físico, abstraído da ação humana —, e, na segunda, do paradigma biológico-individual. Trata-se, então, de entender a importância da incorporação das noções geográficas de determinismo, gênero de vida e ecologia humana pela saúde pública (BOUSQUAT *et al.*, 2004).

No entendimento de May (1950), Finke aborda que a proposição da geografia médica seria se constituir como uma disciplina ampla, como fica evidente em suas próprias palavras: "Medical geography was the description country after country of its position, soil, air, lightning, foodstuffs, mode of living, customs and habits of the people, in so far as all these factors have a bearing on health disease and on local therapeutics" (MAY, 1950, p. 211).

Nos relatos de Edler (2001), o nascimento da geografia médica parte de uma época colonial na Europa. Boudin (1857–1842) iniciou na França estudos comparativos sobre o indivíduo e suas relações com o espaço geográfico; esse estudo traz relatos tanto de higiene como de climatologia médica, ou seja, relações da patologia à luz das regiões climáticas, incluindo a topografia e a estatística nos seus métodos.

Mazetto (2005) aborda dois períodos, no início do século XIX, quando surgiram os primeiros trabalhos publicados na área, até a primeira metade do século XX. O primeiro período foi caracterizado por pesquisas de epidemiologia geográfica, onde os trabalhos receberam grande influência das ciências médicas e biológicas. O segundo período, a partir da década de 1950, marca o ressurgimento das pesquisas no campo geográfico, que passa a adotar as novas tendências teóricas e metodológicas da Geografia, como a corrente quantitativa e a crítica. O método de investigação empregado nas pesquisas compreende a abordagem idiográfica, cujo

método de análise é o indutivo. Nessa fase são evidentes a utilização dos trabalhos de campo e a observação e a descrição como técnicas de análise do processo saúde-doença. A filosofia norteadora concentra-se no empirismo e as teorias paradigmáticas.

De modo geral, as pesquisas de Geografia Médica brasileiras mostram-se atreladas aos paradigmas vinculados às Escolas Geográficas e às suas correntes de pensamento, ou seja, vinculam-se fortemente os processos de saúde-doença aos paradigmas da Geografia física e humana, torna-se necessário portanto uma transposição desse obstáculo epistemológico para a concretização da Geografia Médica com paradigmas que fortaleçam não só o âmbito ambiental como também o humanístico (MENDONÇA, 2005).

A agregação de objetos e métodos do pensamento positivista proporcionou as interações do meio natural (fatores e elementos do clima) com a compreensão do processo de expansão ou retração de determinadas epidemias, estabelecidas por Maximilian Sorre que vincula tal proposta ao conceito dos complexos patogênicos; constituindo-se, assim, o primeiro aporte teórico para a geografia médica no mundo e no Brasil.

Assim, as linhas de pensamento positivistas influenciaram os estudos inerentes à Geografia Médica no Brasil no final do século XIX e início do século XX, remetendo-nos a compreensão da discussão dos elementos naturais frente à estruturação do processo saúde-doença; isso revela ações do movimento higienista e sanitarista do princípio do século passado no Brasil, organizado pelo grupo de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, que influenciaram diretamente outros autores, perpassando pelo paradigma possibilista de matriz francesa (DUTRA, 2011).

Os trabalhos iniciais sobre Geografia Médica fizeram a vinculação entre áreas endêmicas de doenças com determinadas características culturais, raciais e climáticas, relacionando ambientes e grupos populacionais de forma “determinista”, em virtude da indistinção entre as variáveis de saúde, seus determinantes, bem como seus contornos socioeconômicos, por meio dos quais foram atribuídos vários preconceitos étnicos, culturais e ambientais a esse campo científico que surgia (LACAZ *et al.*, 1972).

Foi somente há pouco mais de um século que os epidemiologistas e outros cientistas da área médica começaram a explorar o potencial de informações contidas

nos mapas para fins de criação de padrões espaciais de doenças, visto que a geografia, apenas no início do século XIX, passa a usufruir de certa unidade temática e metodológica.

Dessa forma, as metodologias utilizadas permitem captar e analisar as condições de vida e as situações de saúde que apresentam diferentes configurações nos lugares, sendo possível contribuir para o estudo da geografia médica; nessa perspectiva são utilizados então mapas, ferramentas de estatística espacial, entrevistas para entender a relação das pessoas com os seus lugares, registros fotográficos ou outra metodologia que permita compreender como essa relação determina a forma como as pessoas se expõem a riscos, adoecem e são cuidadas (ou não) pelo sistema de saúde (BARCELLOS, 2008).

Para Lemos e Lima (2002), para entender o processo saúde-doença em qualquer comunidade, é necessário, antes, entender o ser humano no seu meio físico, biológico, social e econômico. Esses meios são considerados como fatores determinantes e condicionantes desse processo, relacionando-os à ocorrência e à prevalência das doenças nas paisagens terrestres, bem como seus comportamentos que são influenciados por tais fatores.

Logo a categoria de análise da geografia médica faz-se no espaço geográfico onde se desenvolvem as interações entre os diferentes segmentos das sociedades humanas e dessas com a natureza resultando nas condições de saúde ou doença das populações (GUIMARÃES, 2005).

A partir da construção da ciência geográfica, por meio de pesquisas, discussões e uso de diferentes teorias e métodos em diferentes momentos históricos, cria-se uma diversidade teórico-metodológica que é fundamental para o enriquecimento do pensamento geográfico. A compreensão detalhada de cada método traz à luz as contribuições e perspectivas epistemológicas da Geografia. Assim, cada procedimento metodológico usado nas pesquisas geográficas está repleto de ideologias e posições epistemológicas, onde cada objeto estudado merece um método de análise adequado, adotado pelo pesquisador (GEORGE, 1972).

Então, a geografia médica apresenta esse mesmo percurso de mudança, tanto do método como do objeto, a partir de dado momento histórico, utilizando tanto as

categorias geográficas (espaço, lugar, região, território) como as relações saúde-doença.

Na Geografia é inegável a importância do método e de sua discussão. Santos (1996) aborda que o método é fundamental para a construção de um sistema intelectual, sendo permeado analiticamente por um fato, a partir de um ponto de vista; portanto, é um processo de construção, tanto social quanto cultural, de uma dada realidade.

A depender do método usado para alcançar o objetivo da pesquisa, Moraes e Costa (1984) consideram a diferença entre: método de interpretação – é uma concepção de mundo normatizada na busca de orientação da pesquisa científica aplicada a um sistema filosófico da ciência; e o método de pesquisa – técnicas utilizadas em determinado estudo. Entretanto, vale ressaltar que a técnica não define as relações interpretativas de uma pesquisa, mas estudos por certos métodos podem fazer uso da metodologia de pesquisa.

Na Geografia Médica, Dutra (2011, p. 122) considera que existem estudos em duas abordagens: hipotético-dedutivo e método dialético. A primeira engloba pesquisas e trabalhos que envolvem “observação, descrição, trabalhos de campo, coleta de dados, quantificação, uso de modelos estatísticos para explicar a ocorrência de certos fenômenos e representação cartográfica com uso dos SIGs”, e também em análise de distribuição espacial relacionados à saúde, tanto da epidemiologia e fatores da geografia física (climatologia, hidrografia, pedologia) como fatores condicionantes ou determinantes do processo saúde-doença. No segundo, encontram-se trabalhos e pesquisas mais correlacionados à Geografia Humana, ou seja, investigação crítica. O autor, portanto, concebe o “espaço geográfico e sua relação com a saúde”, por meio de estudo das políticas, ações e funções e instituições de saúde.

A preocupação dos pesquisadores que estudam a geografia médica está alicerçada sobre fenômenos do processo saúde-doença no espaço geográfico, por meio da abordagem de natureza qualitativa, quantitativa ou cartográfica. Os métodos tanto hipotético-dedutivo quanto dialético têm como objetivo principal buscar achados históricos e/ou resultados por meio de estudos que tragam retorno à saúde dos indivíduos.

CAPÍTULO IV - GENEALOGIA DA GEOGRAFIA MÉDICA BRASILEIRA E O PROCESSO HISTÓRICO DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM LEISHMANIOSE DO BAIXO SUL DA BAHIA

Este capítulo apresenta um estudo da identidade territorial, política e assistencial em saúde antes e durante a implantação do Centro de Referência em Leishmaniose, cuja a compreensão torna-se importante para entender o seu processo histórico.

4.1 IDENTIDADE TERRITORIAL DO CENTRO DE REFERÊNCIA

O território representou, ao longo da história do Brasil, um dos alicerces e símbolo de sua identidade nacional. A formação territorial do nosso país está intrinsecamente comprometida com uma visão interligada dos processos e circunstâncias que moldaram, no tempo e no espaço, seu povoamento, a ocupação econômica de seu território e a ação do Estado de formação (FIGUEIREDO, 2016).

Nesse sentido, o processo histórico do território está diretamente interligado com as características identitárias de uma população. Para Milton Santos (2000), o território é entendido como espaço vivido, geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica e com identidades, tanto sociais e culturais como ambientais.

Na concepção de Milton Santos, o território usado constitui-se como um todo complexo onde são tecidas tramas de relações complementares e conflitantes (SANTOS, 2000). Nesse sentido é que busca-se, aqui, refletir processualmente as relações constituídas entre o lugar e a formação socioespacial do Centro de Referência. O território usado é apreendido como espaço do acontecer e da totalidade social, sendo um campo para análise tanto da sociedade como da complexidade do seu uso (SANTOS, 2000). Partindo deste contexto é que entenderemos as relações do poder para com o espaço territorial e para com a comunidade local.

“O espaço é sinônimo de natureza e o território é natureza natural e artificial” (SANTOS, 2002, p. 31). Assim, o autor caracteriza o território pela sua formação em espaço biológico e espaço antrópico, ou seja, transformado pela ação humana. Na

concepção de Haesbaert (2004), território tem perspectivas mais simbólicas e identitárias. Ele considera o território como espaço imprescindível para a reprodução social de uma pessoa ou grupo. E para Souza (2000), o território é como um espaço definido por e a partir de relações de poder.

É a partir do território que entenderemos as relações simbólicas e identitárias, compreendendo que ele pode ser utilizado para delimitar uma área administrativamente, política, social e de espaço do poder. O território baiano, por exemplo, possui 417 municípios, sendo que cada um possui uma identidade singular, de várias diversidades sejam ambientais, econômicas, sociais ou culturais. A formação do território possibilita entender a história do lugar e é essencial para compreender a relação de poder constituído para um bem comum. Essas relações sociais e políticas tiveram como exemplo, no Estado da Bahia, a criação de 27 territórios de identidade, constituídos a partir da especificidade de cada micro região. Sua metodologia foi desenvolvida com base no sentimento de pertencimento social e, também, por proximidade geográfica, ou seja, política administrativa (BAHIA, s/a).

No território do Baixo Sul da Bahia está localizado o objeto desta pesquisa, historicamente caracterizado como área pioneira no processo de ocupação do Brasil, iniciado no século XVI. Os primeiros 50 anos de colonização correspondem ao início da transformação da mata em áreas agriculturáveis. Essa região, na época, foi considerada como estratégica para o fornecimento de farinha de mandioca para Salvador e Recôncavo. Esse ciclo só se interrompeu nos meados do século XX, a partir da decadência do sistema de transporte hidroviário e a ascensão do transporte por rodovias, que abriu novas frentes de abastecimento para a Região Metropolitana de Salvador. O território do Baixo Sul possui um bioma de Mata Atlântica, de clima tropical e predominantemente agrícola (BAHIA, 2018).

Atualmente o Centro de Referência está localizado regionalmente no Sul da Bahia, em específico no Território de Identidade do Baixo Sul. Essa divisão de identidade foi construída pela Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia (SEPLAN), que define

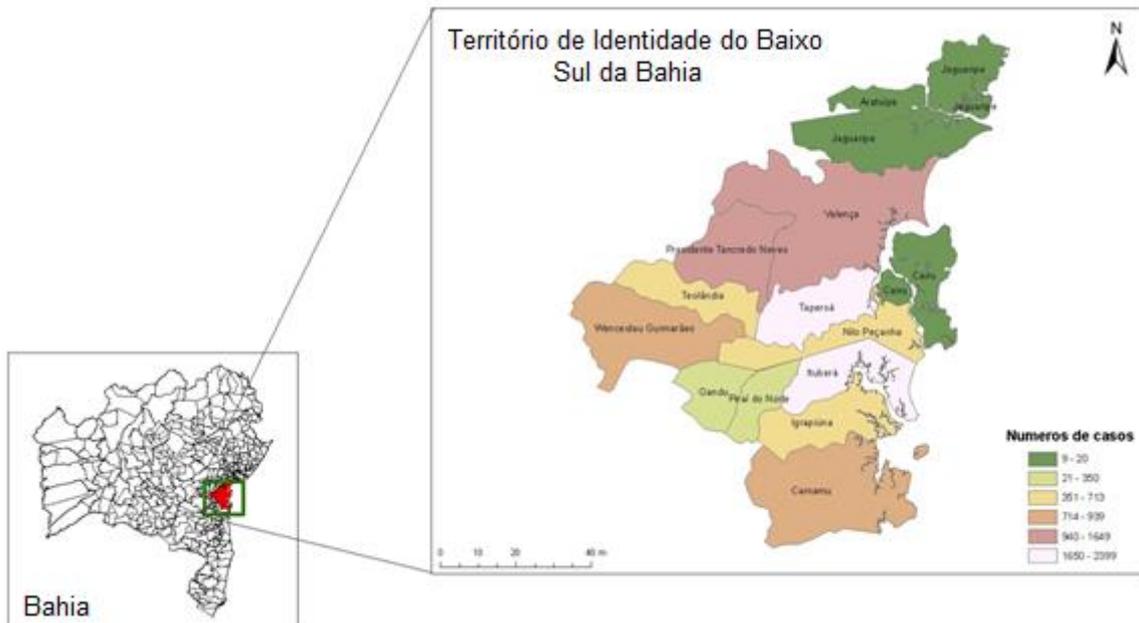
O território como um espaço físico, geograficamente definido, geralmente contínuo, caracterizado por critérios multidimensionais, tais como o ambiente, a economia, a sociedade, a cultura, a política e as instituições, e uma população com grupos sociais relativamente distintos, que se relacionam interna e externamente por meio de

processos específicos, onde se pode distinguir um ou mais elementos que indicam identidade, coesão social, cultural e territorial (SEPLAN, s/a).

O Território de Identidade do Baixo Sul possui atualmente 14 municípios (Aratuípe, Cairu, Camamu, Gandu, Ibirapitanga, Igrapiúna, Ituberá, Jaguaripe, Nilo Peçanha, Piraí do Norte, Presidente Tancredo Neves, Taperoá, Teolândia, Valença e Wenceslau Guimarães) fazendo parte dessa divisão econômica (Figura 3), com uma área total 7.141,34 km² e uma população estimada em 335.51 habitantes (BAHIA, 2018).

Os maiores números de casos de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) do Estado da Bahia estão localizados nesse Território de Identidade, podendo estar influenciado pela pobreza, nível de instrução, ambiente de trabalho que, na sua maioria, está ligada à agricultura, o que faz com que as pessoas fiquem mais expostas ao vetor.

Figura 3 – Áreas com maior notificação de Leishmaniose Tegumentar Americana nos municípios do Território de Identidade do Baixo Sul da Bahia, 2010.



Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN, 2010.

O Centro de Referência em Leishmaniose está localizado no município de Presidente Tancredo Neves, Território de Identidade do Baixo Sul da Bahia, sendo datado sua criação oficialmente em 1986. Nesta época, o território político administrativo pertencia ao município de Valença e era governado pelo prefeito João Cardoso. Nesse período a população buscava assistência à saúde na cidade de Valença. Entretanto, o atual município de Presidente Tancredo Neves concernia como distrito do município de Valença, conhecido na época como Itabaina. O distrito foi elevado à categoria de município em 24 de fevereiro de 1989, já posterior à implantação do Centro de Referência.

Os primeiros núcleos de povoamento do atual município de Presidente Tancredo Neves surgiram a partir da construção da BR 101, por volta de 1957, proporcionando um maior desenvolvimento econômico em função da facilidade no transporte de cargas. Esse processo de crescimento e valorização das terras proporcionou maior produção e circulação de produtos agrícolas, iniciando a transformação espacial do território modificado pelos fluxos de mercadorias, aumentando a extensão de terras cultivadas (ANDRADE, 2011).

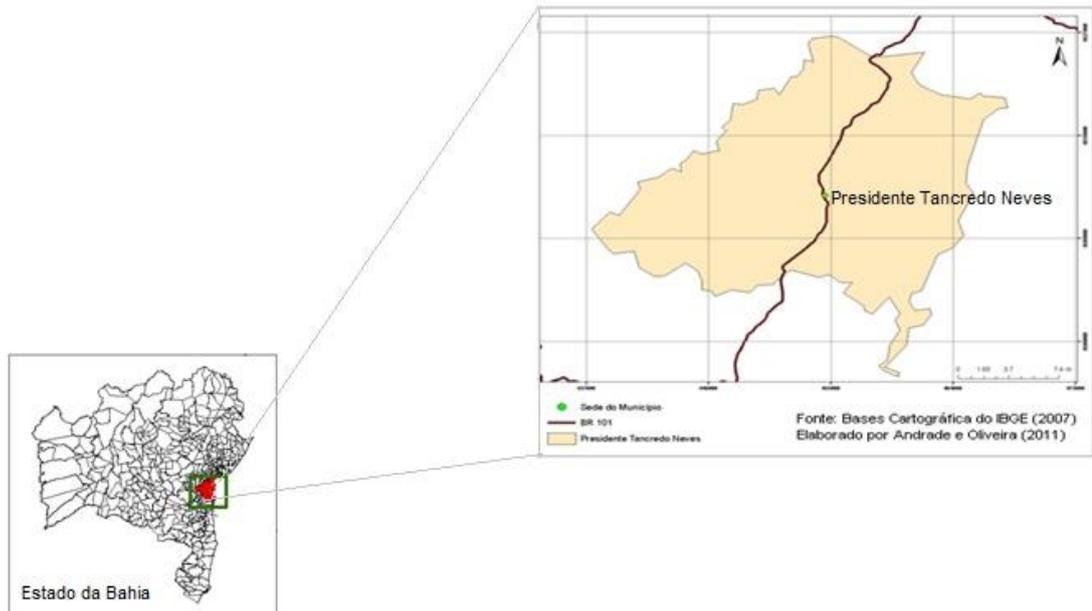
Após a emancipação de Presidente Tancredo Neves, o município reconheceu dois distritos urbanos, conhecido até hoje como Moenda e Corte de Pedra. Segundo dados do IBGE (2020), o município com a área de 441 km², possui 28.082 habitantes, fazendo limites com Mutuípe (Oeste), Valença (Leste e Norte) e Teolândia (Sul).

O bioma desse município é a Mata Atlântica de vegetação predominante Floresta Ombrófila Densa (IBGE, 2019). Aptidões agrícolas existentes são as lavouras, silviculturas e pastagens plantadas. Atualmente as lavouras permanentes de maior produção são: banana, cacau e castanha de caju. Nas produções temporárias estão incluídas a mandioca, feijão e o abacaxi. Em relação à pastagem, existe uma grande quantidade de terras plantadas, mas, divididas em pequenas propriedades no município; as silviculturas são de pequena escala de produção, o que cria um bioma propício à endemidade da Leishmaniose Tegumentar.

O Centro de Referência fica localizado no distrito de Corte de Pedra. O povoado (que atualmente é distrito) era bem mais desenvolvido em relação a atual sede do município (na época conhecida como Itabaina). A escolha do Centro de Referência ser implantado nesse distrito foi pela relação de números de casos de

pessoas acometidas pela Leishmaniose Tegumentar em seu entorno e pela facilidade de acesso às margens da BR 101 (Figura 4).

Figura 4 – Mapa de localização do município de Presidente Tancredo Neves com indicação da BR 101



Fonte: Andrade (2011) adaptado pelo autor.

4.2 TERRITORIALIZAÇÃO: POLÍTICA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A territorialização em saúde representa um importante instrumento de organização das práticas de saúde; inserida nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de território adstrito, permite o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações intersetoriais na consonância com o princípio da equidade estabelecido pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

Esse Sistema possui uma rede organizada, sendo pontos de atenção à saúde que ofertam determinados serviços, por meio de uma produção singular como as unidades de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros (CARVALHO e MEDEIROS, 2013).

O território do Baixo Sul nas décadas de 60, 70 e 80 não possuía uma rede de saúde organizada para atender à população. Antes do SUS e do Centro de Referência, não existia serviço de saúde para a sociedade. O acesso era restrito, por um modelo de medicina previdenciária que prestava assistência somente a trabalhadores que possuíam carteira assinada pelo antigo INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). Já a população rural, só teve acesso a assistência à saúde a partir da década de 70 pelo FUNRURAL (Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural) ou com os programas sanitários e de assistência durante as epidemias (POLIGNANO, s/a).

O processo histórico de ocupação e modificação do espaço geográfico, em meados da década de 1960, com a construção da BR 101 no território do Baixo Sul, deu início a várias mudanças na paisagem, a exemplo dos desmatamentos para abertura da estrada e também para a agricultura, e culminou posteriormente em uma epidemia na região sobre a qual poucos tinham conhecimento. A doença se manifestava com uma ferida que deformava e deixava marcas na pele, ou seja, a Leishmaniose Tegumentar Americana, tornando o território uma área endêmica até os tempos atuais, conhecida como a maior concentração dos números de casos de LTA na Bahia.

A Assistência à Saúde em nível hospitalar era ofertada, na época, na cidade de Valença, no Hospital Santa Casa de Misericórdia que atendia toda a região. O hospital filantrópico possui ala privada e uma ala pública. A partir da emancipação do município Presidente Tancredo Neves, todos os serviços de assistência em saúde à população do lugar ficavam sob a responsabilidade do município.

O distrito de Corte de Pedra teve sua fundação, antes mesmo da construção da BR 101 em 1957; posteriormente, o número de moradores foi crescendo e tornou-se conhecido como Povoado de Corte de Pedra, servindo de ponto de apoio aos trabalhadores da BR e rurais, além dos tropeiros que levavam a produção agrícola para as cidades de Valença e Nazaré.

Corte de Pedra possuía uma estrutura adequada para época, tinha mercearia, uma delegacia, uma escola de Ensino Fundamental, um posto de saúde para atendimento básico, uma Igreja Católica e uma Igreja Evangélica. Era o essencial para a ocasião que possuía sua sede municipal a 60 km de distância.

Na década de 70 para 80, houve a implantação da Unidade de saúde conhecido anteriormente como Postinho, que possuía uma estrutura pequena com três cômodos. Em dia de atendimento médico, as filas eram longas, pois a população clamava por assistência. Nesta época, não existia assistência à saúde com direito garantido em legislação.

O direito à saúde garantida pela Organização das Nações Unidas (ONU), que instituiu em 1948 a Organização Mundial da Saúde, tem como proposta elevar os padrões mundiais de saúde. No Brasil, a Constituição Federal de 1988, que redemocratizou o país após a ditadura militar (1964 a 1985), define a seguridade social como um valor social, portanto, é a base para o surgimento do Sistema Único de Saúde como uma política social de direito e estratégia descentralizadora para dar atendimento e cuidado à saúde da população (BRASIL, 1988).

Conforme essa Constituição em seu Artigo 196:

Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, Tit. VII, Cap. II, SEÇÃO II, Art. 196).

Além disso, a Constituição assegura saúde a toda população sem distinção de sexo e raça; é um dever do Estado (nas esferas Federal, Estadual e Municipal) onde são oferecidos os serviços de saúde. Portanto, a saúde passou a ser um direito público, bem jurídico garantido constitucionalmente. Ao poder público, nas três esferas, cabe formular e implementar as políticas públicas de forma intersetorial, assegurando aos cidadãos o acesso universal e igualitário à saúde.

Por isso, o sistema de saúde no Brasil, em suas formulações e execução de políticas de saúde, tem como objetivo a prestação de serviços públicos de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Assim, o entendimento da saúde-doença passa a ser inserido nos estudos ambientais, sociais, econômicos, educacionais entre outros, ampliando assim o conceito e entendimento sobre saúde.

Portanto, compete ao Estado garantir a saúde da população e da coletividade. Santos (2005) diz que o direito à saúde foi elevado à categoria de direito subjetivo público, definindo que o sujeito é detentor do direito e o Estado é devedor deste. Ressalvando-se que o sujeito deve cuidar de sua própria saúde e contribuir para a

saúde da coletividade. Na verdade, naquela época, esse direito não era assegurado à população do município de Valença.

Enfrentando a dificuldade de acesso à cidade, a comunidade resolve se organizar para pedir apoio na assistência à saúde, principalmente em relação à Leishmaniose Tegumentar. Naquela época, muitas pessoas procuravam curandeiros, rezadeiras, parteiras por falta de apoio no processo de cura. Foi a partir da reivindicação do povoado que o prefeito implantou a unidade de saúde.

Após a emancipação política em 1989, o município de Presidente Tancredo Neves começou os investimentos em saúde, dando início à construção de um hospital municipal que foi inaugurado em 1994 como hospital e maternidade.

Depois da unidade hospitalar, após a implantação do Sistema Único de Saúde, foi efetivado o Programa de Saúde da Família e Programa de Agente Comunitário de Saúde (ACS) no município, inaugurado primeiramente a Unidade de Saúde da sede e posteriormente as unidades de saúde nos distritos de Corte de Pedra e Moenda com seus respectivos ACS. No distrito de Corte de Pedra já havia um posto que foi ampliado para Unidade de Saúde com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, recepcionista e auxiliar de serviço gerais. Essa unidade de saúde vem para atender à população em sua integralidade, humanização e acolhimento. Atualmente o distrito possui essa Unidade de Saúde própria e segue os padrões estruturais do Estado e do Ministério da Saúde.

Antes mesmo da Unidade de Saúde padrão SUS ser implantada no distrito de Corte de Pedra em 1997, a comunidade de saúde já possuía o Centro de Referência em Leishmaniose que dava apoio à população do território do Baixo Sul, inicialmente atendendo a três municípios do entorno. Essa Unidade de Referência possuía apoio da Universidade de Brasília com seus médicos pesquisadores que atendiam à população. Hoje, essa parceria fica a cargo da Universidade Federal da Bahia com a mesma organização anterior, funcionando com atendimento à população todos os dias e com atendimento médico pesquisadores (quinzenal) e demais profissionais de saúde que realizam investigação científica. Essa evolução nos serviços de saúde teve um processo de implantação difícil, mas obteve sucesso, conforme relatos históricos a seguir.

4.3 PROCESSO HISTÓRICO NA CONSTRUÇÃO DO CENTRO DE REFERÊNCIA

O processo histórico na construção do Centro de Referência em Leishmaniose (CRL) e sua importância são evidenciados por meio das entrevistas com os líderes locais; as entrevistas também ratificam os documentos históricos que complementam os fatos historiográficos genealógicos para com a Geografia Médica Brasileira.

4.3.1 A história oral dos desbravadores do Centro de Referência

As narrativas por meio das entrevistas evidenciaram a história oral do CRL, através de um caminhar, de conhecer e registrar diversas possibilidades que dão sentido a formas em coletividade. O que nos remete a Alberti (2010; 2003); Pereira Neto *et al.* (2007) quando afirmam que os depoimentos orais permitem construir uma identidade histórica na perspectiva da ressignificação e reconstrução do passado.

Com a expansão das áreas acometidas pela Leishmaniose, a assistência à saúde, antes de 1980, era quase inexistente, não havia na comunidade de Corte de Pedra atendimento de saúde; as pessoas procuravam assistência em outro município, especificamente em uma comunidade conhecida como Três Braços. Em entrevista o coordenador do Centro de Referência Edinaldo Lago, que foi o primeiro técnico de laboratório a trabalhar no CRL, afirma:

[...] fui para Três Braços (comunidade) que era área endêmica. Nessa época, lá na comunidade chegava caminhões de pessoas de Corte de Pedra. Nesse momento a equipe viu a necessidade de não levar esses pacientes para Três Braços, porque além do risco que eles corriam e a estrada era perigosa. A gente achou melhor vim fazer o tratamento em Corte de Pedra (L.E, 2019).

O coordenador relata como se deu sua vinda a Corte de Pedra e os primeiros movimentos no processo de implantação do Centro de Referência. A comunidade de Três Braços possuía um posto de saúde que atendia à população local; o atendimento a essa população era feito por médicos pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical da Universidade de Brasília. Com a crescente procura da comunidade de Corte de Pedra e a busca de ajuda no tratamento da doença, os pesquisadores decidiram atender à demanda em Corte de Pedra. A

comunidade de Três Braços fica localizada no município de Cravolândia; e é portadora desse nome porque faz limite com três municípios (Cravolândia, Ubaíra e Wenceslau Guimarães) de difícil acesso para a população do entorno de Corte de Pedra.

Na década de 1984, o Povoado de Corte de Pedra recebeu os pesquisadores médicos que vieram atender no posto de saúde da comunidade e investigar a expansão da Leishmaniose Tegumentar Americana naquele território. A escolha pelo distrito não foi política partidária, mas, sim, pela necessidade e pela facilidade de acesso, como relata o coordenador do CRL:

[...] a necessidade de vim para Corte de Pedra e já que na comunidade de Três Braços os casos Leishmaniose já estava diminuindo. Teve uma opinião de construir um posto no Cocão (comunidade do município de Wenceslau Guimarães) também, de qualquer maneira, o acesso era ruim. A gente veio para Corte de Pedra, não pela questão política, nem por indicação de nada não. A gente viu a carência e era na margem da BR 101 que facilitava o acesso dos pacientes. Aí a gente veio para cá, junto com Jackson na época e alguns estudantes (L.E, 2019).

Além da carência por assistência à saúde, outro ponto positivo para a comunidade foi o acesso pela BR 101, ideal para futura implantação do Centro de Referência. Na época, o posto de saúde do povoado era muito pequeno, conhecido como postinho. O coordenador conta as dificuldades encontradas por ele e pelos os pesquisadores:

As condições eram muito difíceis, o posto não tinha estrutura física, não dava para fazer atendimento. Então, a gente se uniu com a população, aí de início quem deu suporte a gente na época era Seu Vadinho, o delegado da época, ele vendia produtos, biscoitos nos comércios da época. Ele via nosso trabalho, ele já conhecia. Ele ajudou a gente e teve pessoas que ficaram com pé atrás, achando que nós éramos exploradores, queria algum objetivo, aquela coisa toda. Mas, aí a gente foi e mostramos que não era isso, dormíamos no colégio, na época tinha Seu Posedonio comerciante que dava os colchões. Dormíamos no colégio, no outro dia, tirávamos os colchões e guardava no comércio e íamos trabalhar no postinho. Seu Vadinho dava alimentação para gente na casa dele. Aí vimos a necessidade de explicar para a comunidade o nosso trabalho e a comunidade tava confiando (L.E, 2019).

Esse relato evidencia as dificuldades no processo de permanência e fortalecimento para a construção do Centro e também o reconhecimento da comunidade para com os pesquisadores, que realizaram uma reunião com os líderes locais para propor uma solução e melhorias para o acesso à saúde. O coordenador diz:

Então, temos que nos unir, temos que fazer o quê? Então, vamos fazer uma união de moradores e um grupo de jovens. Aí, na época, trouxemos um rapaz de Valença que explicou tudo à comunidade para criar a união de moradores (associação) foi na época a primeira união de moradores da região. Disso aí, temos como construir um posto, daí então construímos. Na época o primeiro presidente da época foi Negão (Antônio) depois foi Vadinho (Lourival) depois foi eu e depois dona Nina (Maria das Graças) (L.E, 2019).

Com esse movimento organizado pela comunidade, o início do processo foi a partir da implantação de uma Associação de Moradores com o objetivo de cobrar ações de saúde para os governos (municipal, estadual e federal). A criação da União de Moradores de Corte de Pedra foi a base para a criação do Centro de Referência. Esse movimento teve a participação do Pesquisador Dr. Jackson; (citado anteriormente), Edinaldo Lago, Maria das Graças (Dona Nina), Antônio (Negão) e Lourival (Vadinho), entre outros.

Dona Nina, como é conhecida e como gosta de ser chamada, foi uma das primeiras líderes da comunidade de Corte de Pedra e até hoje continua sendo referência para todos os moradores, até porque ela já exercia uma liderança religiosa – ligada à Igreja Católica. Dona Nina também foi entrevistada, hoje ela tem mais de 70 anos de idade; e recorrendo a suas memórias, relatou como deu início a comunidade, como foi sua participação para o surgimento do Centro:

Já nasci igreja. Na verdade, já havia trabalhado no postinho. Quando veio o pessoal de Brasília, Dr. Jackson, Dr. Felipe, eles tiveram a ideia de trazer o pessoal para cá (Corte de Pedra), porque o pessoal estava indo para lá (Três Braços), aí eles vieram para cá. E nesse vim, Dr. Jackson viu a necessidade de um posto, porque o antigo posto era muito pequeno. Nesta época, o prefeito de Valença, na qual nos pertencia, era Joao Cardoso, e ele se interessou, e aí criou a união de moradores. O prefeito indicou uma pessoa para ajudar, Marcelo Campelo, irmão de Ramiro Campelo (ex-prefeito de Valença). Nós fomos lá, aí ele organizou o Estatuto para se criar a União dos Moradores, sendo a primeira associação da região. É a mãe de todas (associações). Eu nem sabia que isso existia. Aí ele orientou e organizou tudo e se criou a associação. E via essa associação começamos a adquirir recursos. Conseguimos o terreno, o loteamento novo na época, João Cardoso cedeu o espaço. E começou na luta a construir. Tinha Leto (ex-vereador assassinado) que ajudou muito. Ele trabalhava na Maricoaba uma casa de comércio e ele conseguiu trazer material da melhor qualidade que até hoje o piso continua e revestimento continua. Teve o apoio da comunidade e da prefeitura, ali (o Centro de Referência) tem de um ovo de galinha, a mil, a dois mil blocos de doações. Sempre muita doação (G. M, 2019).

Dona Nina evidencia importantes fatos históricos para o surgimento do Centro de Referência, não somente de articulação de pesquisadores e políticos, mas, sim, da

população em prol de uma assistência à saúde de qualidade, desde doações de pequenas coisas (que são essenciais) até doações de maiores recursos. Pouco a pouco conseguiu construir a unidade. A Associação União de Moradores está de pé até hoje, com sua sede em frente ao Centro de Referência.

Ao questionar a Dona Nina sobre se essa União de Moradores era um movimento de direito à saúde para a época, ela responde:

Sim, era um movimento. Tinha atendimento médico uma vez por semana no postinho. Era muito precário. Na verdade, quem teve a ideia, em umas das reuniões, foi meu marido, quando Dr. Jackson falou da necessidade de um posto. Meu marido falou “por que não construir um posto grande para atender o povo.” Dr. Jackson disse: “se a comunidade acha por bem, vamos lutar por isso.” E aí onde vamos construir? Aí fomos a João Cardoso, aí ele cedeu o terreno. Aí já começou por aí (G. M, 2019).

O movimento foi primordial para a criação do CRL e a articulação com a comunidade e com os pesquisadores foi decisiva para sua implantação. Dona Nina relata do orgulho que foi a implantação do Centro para a comunidade, dizendo: *“Mas, foi uma luta para construir o Centro, hoje ele tá aí, um Centro de Referência não só no Brasil, mas no exterior”* (G. M, 2019).

Dona Nina relata que a criação da União de Moradores teve impacto positivo para a região; o processo de construção contou com várias mãos e até com apoio político do Presidente da República, na época. Foi a partir dessa associação que houve captação de recursos para manutenção do Centro, como relata ela:

Para construção foi ajuda da União, depois dele construído, foi quando se abriu o canal para ir até o Presidente da República. João Cardoso (prefeito) foi o primeiro prefeito que foi até o presidente, José Sarney, foi até a secretaria de estado onde deu o material e o presidente assinou alguma coisa para ajudar o Centro. A verba passava para a União de Moradores que pagava os funcionários (G. M, 2019).

Com a implantação do Centro, Dona Nina foi uma das primeiras funcionárias a trabalhar na Unidade, pois já tinha experiência no posto de saúde do povoado. Ela ficou no Centro até sua aposentadoria e relata na entrevista que queria muito continuar como voluntária, mas que a equipe achou melhor ela descansar. Ela complementa que a criação do Centro se deve à *“força e a união dos moradores, do governador, prefeito e de Dr. Jackson que foi o braço direito”* (G. M, 2019).

A União de Moradores do Povoado de Corte de Pedra decidiu homenagear Dr. Jackson, colocando o nome dele no Centro de Referência, já que na época era permitido pessoas vivas serem homenageadas com nome em monumentos e entidades. Como afirma Dona Nina, acima, ele foi o braço direito para a implantação do Centro.

Doutor Jackson Mauricio Lopes Costa, que dá nome ao Centro, é médico formado pela Universidade Federal do Maranhão (1979), possui mestrado em Medicina Tropical pela Universidade de Brasília (1986) e doutorado em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Universidade Federal de São Paulo (1998). Ele foi um dos responsáveis, juntamente com a comunidade local, pela implantação do Centro de Referência em Leishmaniose do Baixo Sul da Bahia. Na época, ele realizou um estudo clínico-epidemiológico de surto epidêmico de Leishmaniose que ocorria no entorno de Corte Pedra no ano de 1985 a 1986.

Doutor Jackson Maurício Lopes Costa atualmente é pesquisador Titular da Fundação Oswaldo Cruz (aguardando aposentadoria), ex-coordenador, ex-professor permanente do curso de Pós-Graduação em Biotecnologia e Medicina Investigativa do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz - Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ - Bahia. Foi responsável também pela criação e implantação dos Centros de Referência no Diagnóstico e Tratamento da Leishmaniose Tegumentar do Vale do Jiquiriçá na Bahia (que está desativado) e do Serviço de Referência no Diagnóstico e Tratamento das Leishmanioses em São Luís do Maranhão.

Na busca por mais evidências, entrevistamos Doutor Jackson que relatou sobre sua história de vida profissional. Ele conta que se formou em medicina e, logo após a conclusão do curso, fez Residência na cidade do Rio de Janeiro no Hospital Cardoso Fontes. Posteriormente, fez especialização em Medicina Tropical na Universidade de São Paulo, retornando, em seguida, para sua cidade natal, São Luiz - Maranhão. Mas, como ele mesmo afirmou, *“tinha pretensão de seguir carreira universitária em doenças infecciosas e parasitária”* (L, M, J, 2021); então foi em busca do Mestrado. Jackson relata que tinha três opções: a Universidade de Goiás, UnB e USP. Mas, seu interesse foi a UnB, porque o Programa possuía uma linha de doenças endêmicas com prática de pesquisa em campo.

No mestrado na UnB Jackson foi orientado, na época, pelo inglês Philip Davis Marsden; e sua ida à Bahia, especificamente à comunidade de Três Braços e Corte de Pedra, deve-se à pesquisa de campo intermediada por seu orientador. Jackson relata que todos os professores do Programa de Medicina Tropical da UnB desenvolviam trabalho em campo. Disse que seu interesse na época era desenvolver sua pesquisa em Leishmaniose Visceral no Maranhão; mas, seu rumo foi redirecionado após a ida à comunidade de Três Braços na Bahia.

Ao ser questionado sobre a mudança do local de pesquisa da comunidade de Três Braços para a comunidade de Corte de Pedra, Jackson relata:

Passei um mês trabalhando lá (comunidade de Três Braços) e acabei gostando, e o Philip me convenceu a trabalhar somente com a Leishmaniose Tegumentar. E na época existia muita dificuldade de conseguir recursos para desenvolver projeto de pesquisa e acabei mudando meu pensamento para Leishmaniose Tegumentar e comecei a trabalhar em Três Braços. Fui no mês de abril e fiquei até dezembro de 1982 e 1983. Íamos praticamente três vezes ao ano: nas férias de junho e metade de setembro, dezembro e janeiro [...]. Até que um dia, recebemos de Corte de Pedra um caminhão carregado de pacientes, isso foi no sábado, atendemos todos os pacientes e perguntávamos para eles de onde eles viam, e todos respondiam: Corte de Pedra. Aí começou a chamar nossa atenção. Naquele dia, depois do atendimento, chamei Lago e falei: vamos conhecer Corte de Pedra? E, assim, nós fomos conhecer no domingo. Conhecemos o seu Vadinho, que era o delegado (do distrito de Corte de Pedra), e uma das pessoas líderes da comunidade. E, daí, então, nos transferimos para Corte de Pedra, pois seu Vadinho conseguiu toda a estrutura básica para a gente atender. Ele cedeu uma sala da delegacia para atendimento e dormíamos no chão da escola da comunidade. Pois, na época, estava tendo um surto de Leishmaniose Tegumentar Brasileira, começamos a trabalhar a partir dessas circunstâncias (L, M, J, 2021).

A mudança da comunidade de pesquisa para Corte de Pedra possibilitou um passo para o desenvolvimento na assistência à saúde do povoado. Jackson afirma que as pesquisas desenvolvidas em ambas comunidades envolviam aspectos clínicos e epidemiológico, tanto em seres humanos como animais silvestres. As amostras para análise imunológica coletadas em pesquisa eram encaminhadas para UFBA. Iniciou-se, assim, a participação dessa instituição em parceria com a UnB e o CRL.

O contato de Dr. Jackson com os pesquisadores da UFBA deve-se à sua permanência por um período no Centro de Referência. Jackson conta da sua trajetória de pesquisador e das dificuldades enfrentadas: *“saía de ônibus de Brasília para Feira de Santana e de Feira para Corte de Pedra com material de apoio para o Centro. Foi*

um período intenso, pois na época estava ocorrendo o surto da doença” (L, M, J, 2021).

Nessa época, Dr. Jackson começou a morar, por um período, no atual Distrito de Corte de Pedra, chegou a alugar uma casa, pois a comunidade de Três Braços ficou destinada somente à pesquisa de animais silvestre. Já a comunidade de Corte de Pedra ficou com estudo de seres humanos. Ele também foi o primeiro médico da comunidade a fixar residência para atender pacientes. A partir de então, começou a conhecer melhor as problemáticas relacionadas à saúde pública e às questões sociais do povoado que pertencia, na época, ao município de Valença. Desse modo, conheceu mais de perto as lideranças da comunidade, assim, mobilizando reuniões frequentes para discutir sobre os problemas locais.

Nas idas e vindas de Brasília para a comunidade de Corte de Pedra, Dr. Jackson se reunia com as lideranças para buscar soluções sobre a assistência à saúde. Ele conta que realizou treinamentos para as parteiras: *“buscando melhor atendimento ao parto, doava kit de material com objetivo de evitar tétano neonato. Além de treinamento teórico prático ao pessoal que aplicava injeção e fazia curativos nas fazendas (zona rural) distante do povoado” (L, M, J, 2021).* E revelou que como não tinha experiência em medicina comunitária, começou a estudar sobre o assunto para poder ajudar mais a comunidade, com objetivo de melhorar a assistência à saúde de Corte de Pedra que na época era escassa. Mas também ele apreendeu com as pessoas locais sobre as relações culturais (crenças), sociais e de cuidados com a saúde ditos não científicos.

Sobre a construção do Centro de Referência, Dr. Jackson relatou que tudo era discutido com a comunidade, desde a escolha do terreno doado pelo Prefeito de Valença até a finalidade do serviço que seria ofertado. Além do atendimento a pacientes acometido pela Leishmaniose, também era feito atendimento em saúde bucal. Ele lembra:

Montamos uma equipe, e eu estava nessa equipe, tinha dia especiais para realizar visitas aos comerciantes da região, as pessoas que trabalhavam com madeiras, as pessoas que trabalhavam com algum tipo de material. Todo mundo me conhecia, se não conhecia, já ouviu meu nome, pois era único médico presente naquela área. Começamos a receber doações de telha, cimento, para dá o ponta pé inicial [...] fomos também em outros municípios. A partir daí, vimos a necessidade de um documento para União de Moradores [...]. Tivemos apoio do Prefeito de Valença que era parente de Vadinho (delegado) [...]. Tivemos apoio de uma estudante da UnB de Medicina que era

sobrinha do Presidente da República, José Sarney. Ela conseguiu nos ajudar bastante, principalmente depois da inauguração para materiais permanentes, dentro dessa estrutura [...]. Tudo inicialmente era coordenado por Brasília (UnB), uma ajuda pequena do grupo de Salvador (UFBA) inicialmente. A União de Moradores foi um marco importante para ter penetração nos municípios vizinhos a Tancredo Neves [...] A União de Moradores não aceitaram gerencia política de Valença (L, M, J, 2021).

As palavras do médico nos indicam que não se pode ignorar que o processo de construção do Centro envolve atores sociais e políticos; portanto, a relação de Poder é necessária para a realização da tão sonhada Unidade de Saúde. O envolvimento de pessoas indiretamente ligadas à política legislativa contribuiu bastante, na compreensão dele.

Depois da inauguração do Centro de Referência, Dr. Jackson relata que conseguiu um projeto para financiamento do CRL; e, a partir desse apoio, conseguiu montar o consultório odontológico, contratar uma médica que veio de Brasília para prestar assistência e também para realizar pesquisa. Foram gerados empregos para a população local, em especial a campanha de vacinação na época apoiada pelo CRL que exigiu a contratação de colaboradores. O Centro de Referência atendia às várias demandas da comunidade como também para o desenvolvimento de pesquisa; até hoje a unidade possui um laboratório equipado para pesquisadores.

Sobre sua experiência na comunidade de Corte de Pedra, Dr. Jackson expressa a importância da produção científica e sua participação na área social, já que ele produziu inúmeros artigos publicados em revistas nacionais e internacionais, especialmente sobre o surto de Leishmaniose Tegumentar em Corte de Pedra, tema da sua tese; e lembra que sua convivência naquela localidade foi fundamental para sua formação *“como pessoa, como médico e como um indivíduo humanista [...] Temos um laço de amizade com todos de Corte de Pedra”* (L, M, J, 2021). Assim, a relação de produção científica e social é vivenciada por um pesquisador que uniu aspectos científicos, culturais e sociais em benefício de um bem comum.

Ao ser questionado sobre a relação do Programa de Medicina Tropical, do seu objeto de estudo e da relação com a geografia médica, Jackson diz:

o Programa de Medicina Tropical da UnB tinha uma disciplina de Geografia Médica em que eram discutidos pontos e aspectos importantes do fator geográfico na influência das doenças, principalmente das doenças infecciosas. E nós tínhamos oportunidade de trabalhar com professores que

tinham trabalhado com doenças infecciosas no Brasil e no mundo. O professor Filipe tinha morado na África por muito tempo, então Felipe levava toda experiência trabalhada na África com a comunidade, com os aspectos geográficos e as influências dessas doenças [...] essa disciplina foi muito importante para mim, para tirar dúvidas e conhecer pessoas. Professores deram uma grande contribuição para as atividades que fizemos em Corte de Pedra (L, M, J, 2021).

Assim, Dr. Jakson considera importante o estudo da Geografia e sua relação com a doença, envolvendo fatores da geografia física e social para a compreensão do comportamento do indivíduo frente à enfermidade.

As narrativas, as vivências e experiências reveladas nas entrevistas demonstram o processo lento de uma evolução histórica no reencontro das diferentes cenas onde os atores comunitários e pesquisadores desempenharam papéis distintos e únicos na implantação do Centro de Referência na busca de uma assistência digna à saúde. Vale ressaltar que a genealogia Foucaultiana visa marcar os aspectos singulares dos acontecimentos, “longe de toda finalidade monótona; espreitá-los lá onde menos se os esperava e naquilo que é tido como não possuindo história – os sentimentos, o amor, a consciência, os instintos” (FOUCAULT, 1979, p.15).

O Centro de Referência foi fundado em 1986 e sua nova sede inaugurada em 27 de setembro de 1987, atualmente é uma unidade cadastrada no Sistema Único de Saúde, desde de 2004, em parceria com Universidade Federal da Bahia e Associação de Moradores do Povoado de Corte de Pedra (Figura 5).

Figura 5 – Vista do Centro de Referência em Leishmaniose



Fonte: Acervo do Centro de Referência.

Como já foi dito anteriormente, o Centro de Referência tinha como objetivo cuidar de pacientes que são acometidos pela Leishmaniose. Trata-se de uma doença que acompanha as pessoas desde tempos remotos e que tem apresentado nos últimos 35 anos uma área endêmica nos municípios do Baixo Sul da Bahia, sendo encontrada atualmente em todas as comunidades com diferentes perfis epidemiológicos, como as leishmanioses do tipo cutânea, mucosa e disseminada. O Centro atualmente atende pacientes de 18 municípios circunvizinhos. A análise documental a seguir complementarará a história oral apresentada pelos entrevistados.

4.3.2 Documento histórico da fundação do Centro de Referência

Na pesquisa documental, tanto do Centro de Referência (CRL) como da Associação da União Moradores do Povo de Corte de Pedra, foram encontrados os livros ata que descrevem todo processo de organização e de surgimento do CRL, além da continuidade da associação, e também o primeiro Estatuto, que normatiza legalmente a entidade, registrado em Cartório da Comarca de Valença-Bahia. Todos esses aspectos nos permitem dialogar com Foucault (1979, p.15) quando afirma que “a genealogia é cinza; ela trabalha, é meticulosa e pacientemente documentária. Ela trabalha com pergaminhos embaralhados, riscados, várias vezes reescritos”. Portanto, marca a singularidade das vivências, longe de todos os aspectos imprecisos e silenciosos descritos em papel.

Nos relatos históricos, o processo inicial de luta para criação do Centro de Referência parte da organização dos movimentos sociais, educacionais e apoio dos políticos nas três esferas de governo. A comunidade, então, decide se organizar para criar a Associação União de Moradores do Povoado de Corte de Pedra (AUMCP) com objetivo de arrecadar recursos para a construção e implantação do Centro de Referência em Leishmaniose. Na análise das atas foram encontrados achados desse processo de organização para criação da AUMCP e, posteriormente, o Centro de Referência.

O primeiro registro em Ata de reunião relata a criação da Associação União de Moradores do Povoado de Corte de Pedra (AUMCP), datada de 10 de julho de 1986, realizada no Prédio Escolar Monteiro Lobato, no Povoado de Corte de Pedra, no

município de Valença (antes da atual emancipação política). A primeira reunião contou com a participação de 26 moradores e 2 convidados. No primeiro momento da reunião, antes mesmo da eleição da mesa diretora, teve a palavra do morador Antônio Garcia Bruno que externou sobre *“a finalidade da associação que estava sendo criada naquela oportunidade”*, depois complementou sobre a criação de uma comissão no intuito de *“gerir os destinos e os recursos da associação até a elaboração do Estatuto e conseqüentemente a eleição da diretoria definitiva”*. Após a fala de Antônio, foi apreciada a proposta e aprovada por todos a criação da Associação. Passando em seguida para a formação inicial da mesa diretora que na época ficou composta pelos moradores locais, sendo: Antônio Garcia Bruno, Presidente; Lourival Nunes Reis, representante Administrativo; Possidonio Telles de Argolo, Tesoureiro; Maria das Graças Cardoso dos Santos, Secretária; e Lourenço José de Santana, 2º secretário. Ao fim da composição da diretoria foi registrado na ata os nomes dos dois convidados, sendo Dr. Jackson Mauricio Lopes Costa (médico e pesquisador) e Roque Campelo Galvão de Queiroz (representante do governo municipal e redator da ata). Os dois foram convidados pelos presentes para secretariar a reunião. Em seguida, o Sr. Lourival Nunes pediu a palavra e agradeceu a todos pela presença, convidando a todos para uma nova reunião em 17 de julho de 1986, com objetivo de *“apresentar o Estatuto a sociedade para discussão por parte da Associação e sua respectiva aprovação no sentido de conseguir-se cunho legal no mais curto espaço de tempo à vida da sociedade”*. E, por fim, deu por encerrada a reunião.

A segunda reunião registrada em Ata, datada de 17 de julho de 1986, foi realizada no Prédio Escolar Monteiro Lobato, no Povoado de Corte de Pedra. Teve a presença de 17 pessoas. A reunião em assembleia teve como objetivo a aprovação do Estatuto. No primeiro momento foi lida a ata anterior de fundação, sendo aprovada por unanimidade. Em seguida, partiu-se para apresentação do estatuto que foi amplamente discutido. Na oportunidade, o Presidente disse que qualquer sócio poderia sugerir modificações. Em seguida, Dr. Jackson Maurício Lopes fez uso da palavra *“enaltecendo o grupo pelo esforço no sentido de regularizar a vida da sociedade”*. Dando seqüência, o Presidente colocou o Estatuto em votação e foi aprovado por unanimidade. Logo depois deu por encerrada a reunião.

A terceira reunião, conforme registro em Ata no dia 26 de julho de 1986, teve como objetivo a efetivação da eleição da mesa diretora da AUMCP e foi realizada no

Prédio Escolar Monteiro Lobato, no Povoado de Corte Pedra. Nesse encontro estiveram presentes 25 pessoas. Na eleição contou com a formação de uma única chapa conforme aprovação do Estatuto. Ficando assim organizada: Antônio Garcia Bruno, Presidente; Lourival Nunes Reis, Vice-Presidente; Edinaldo Lima de Lago, 1º Secretário; Possidonio Telles de Argolo, 2º Secretário; Maria das Graças Cardoso dos Santos, Tesoureiro; e Edivaldo de Jesus Santos, 2º Tesoureiro. Após apresentação, a chapa foi colocada em votação e aprovada por unanimidade pelos sócios presentes. Após aprovação, Dr. Jackson Mauricio pediu a palavra dizendo que *“estava disposto a colaborar de todas as formas para conseguir fazer com que a sociedade cumprisse com os seus objetivos.”* Logo após, a reunião foi encerrada pelo presidente.

De fato, todo processo da criação da Associação e da implantação do Centro de Referência teve a participação da comunidade local e do Pesquisador Jackson Mauricio, como o mediador e interlocutor. Na fala de Dona Nina, ela reforça que foram os pesquisadores em Corte de Pedra, em especial ao Dr. Jackson, que sugeriram a criação da Associação para poder implantar o Centro de Referência e foi ele que fez toda a mediação com a Universidade de Brasília.

Nos demais registros em ata de outras reuniões foram anotados a continuidade e funcionamento da associação. O processo de organização para implantação do CRL não foi registrado em ata. Outro documento disponível, relatado nas atas foi o Estatuto.

O Estatuto da União de Moradores do Povoado de Corte de Pedra apresenta 10 capítulos que fundamentam e organizam legalmente a associação. O Capítulo I aborda sobre a denominação, sede, foro e duração. O artigo 1º valida a fundação em 10 de julho de 1986 com sede no Povoado de Corte de Pedra, foro no município de Valença, sendo uma sociedade civil sem fins lucrativos, políticos ou religiosos e com prazo de duração indeterminado. O §1º a associação faz destaque para a sociedade sobre o respeito para com o outro. *“§1º A sociedade não fará distinção de raça, cor, nacionalidade, classe social, filosofia ou religião e sua área de ação se limitará ao povoado de Corte de Pedras.”* No §2º destaca também o não envolvimento em atividade política partidária.

Conforme análise do Capítulo I, vale destacar que o movimento de implantação da associação e a criação do Estatuto se deu antes mesmo da nova Constituição

Federal de 1988, que assegura a todos o direito à saúde, sem qualquer forma de distinção. Um avanço que marca a história da associação e do Centro de Referência em Leishmaniose.

O capítulo II apresenta os objetivos da associação de representar, articular, criar e zelar pela comunidade de Corte de Pedra. O capítulo III aborda sobre os direitos e deveres dos sócios, sendo que a associação possui três categorias de sócios: I – Sócio comunitário – todos os moradores do povoado e circunvizinhos; II – Sócio contribuinte – todos aqueles que desejam colaborar financeiramente com a associação; e III – sócio benemérito, aqueles que tiverem prestado serviço de excepcional relevância à associação. O capítulo IV, aborda sobre o processo de organização dos poderes e administrativo, quais sejam: I - assembleia geral; II - conselho de administração; III - conselho fiscal; e IV - departamento de apoio. O capítulo V apresenta como será organizado as assembleias gerais, com reunião ordinária mensal e extraordinária quando convocada por necessidade da associação.

Nos capítulos VI, VII e VIII estão apresentados as normas e composição dos conselhos fiscal, administrativo e de departamento, citados no capítulo IV. No capítulo IX, estão evidenciados as normas e o processo das eleições da associação, sendo de realização anual, tendo validade no dia 26 do mês de julho de cada ano. O capítulo X, das disposições gerais, aborda sobre os casos omissos que devem ser discutidos em assembleia geral, entre outros aspectos de dissociação da associação, caso ocorra. Em seu artigo 45º, registra que o Estatuto entrou em vigor por deliberação da Assembleia Geral de 15 de julho de 1986, sendo publicado em 17 de julho de 1986, assinado pela mesa diretora: Presidente – Antônio Garcia Bruno; Gerente Administrativo – Lourival Nunes Reis; Tesoureiro – Possidonio Telles de Argolo; Secretária – Maria das Graças Cardoso dos Santos; e 2º Secretário – Lourenço José de Santana.

Outros documentos diretamente vinculados ao Centro de Referência não foram encontrados. O CRL possui atas com registro de atendimentos e prontuários antigos; entretanto, este estudo não avalia processo saúde-doença de indivíduos atendidos no Centro de Referência. Também não foram encontrados documentos normativos sobre funcionamento da unidade e sobre documentos de parceria efetivadas, desde a época com a Universidade de Brasília (UnB) e também com a Universidade Federal da Bahia (UFBA). Na busca de documentos com a gestão municipal, foi disponibilizado apenas

o Plano Municipal de Saúde que apresenta proposta requerida pela população relacionada ao CRL. Nenhuma portaria, resolução, lei relacionado ao Centro de Referência foi encontrado. Além das atas, estatuto e da história oral que valida todo processo, a unidade possui um marco visual da placa de inauguração que registra o governo da época e a data de entrega (Figura 6). Portanto, não sabemos como eram realizadas as pesquisas na época, do objetivo e de como foram efetivadas as parcerias institucionais. Sem esses documentos, não foi possível, traçar criticamente essa genealogia histórica.

A placa de entrega do Centro de Referência registra que a implantação foi em 27 de setembro de 1987, mas, para os líderes da comunidade a unidade já funcionava em outro local, antes mesmo da nova sede. Outro fato importante a destacar é que o governo municipal de Valença, na Administração do Prefeito João Cardoso, assumiu a responsabilidade de que a unidade foi construída com “recursos próprios” e acrescenta que houve a participação decisiva da União dos moradores. Todavia, conforme relato dos entrevistados, a contribuição não foi somente do governo municipal, mas também da população do seu entrono, juntamente com Associação União dos Moradores do Povoado de Corte de Pedra e mais governo estadual e governo federal.

Figura 6 – Placa de inauguração do Centro de Referência em Leishmaniose



Fonte: Arquivo do pesquisador em 09/06/2021.

A participação do Ministério da Saúde na época, por meio de convênio, foi com a doação de equipamentos para o funcionamento da unidade, conforme revela a placa

fixada também na entrada da unidade (Figura 7). Onde também está registrado o dia da entrega da nova sede do Centro de Saúde.

Figura 7 – Placa de convênio do Ministério da Saúde e o CRL



Fonte: Arquivo do pesquisador em 09/06/2021.

Em entrevista, o Secretário de Comunicação da Associação, o Sr. Ronildo de Jesus, ao ser questionado sobre os documentos histórico de parceiros do CRL, afirma que a Associação não tem acesso a esses documentos. Somente sabe que existe uma escritura pública do terreno no Centro de Referência que é de responsabilidade da Associação. Diz também:

[...] mas hoje temos uma limitação muito grande do acesso a administração da associação com o Centro, deveria ser melhor. Mas depende. A questão do alvará do Centro é o alvará da associação. Só tem um único alvará. Mas a associação hoje não tem acesso a todos os processos de trabalho do Centro de Referência em Leishmaniose. Que deveria ter. A administração com sua presidência deveria ter conhecimento de tudo que acontece (J. R., 2021).

Vale ressaltar que a fala do Secretário de Comunicação, ex-presidente, e também ex-tesoureiro da Associação, revela as dificuldades de acesso a um domínio público e que a existência do CRL só se deu por meio da Associação. Foi feito levantamento dos documentos tanto na Associação como no CRL; mas os achados (Atas e Estatuto) estavam somente na Associação.

O processo de organização da Associação teve importante papel na implantação do Centro de Referência em Leishmaniose (CRL), constituindo-se como o ponto chave da organização popular para o sucesso do projeto. Vale ressaltar que

o CRL tem seu funcionamento vinculado à Associação, ao SUS e à UFBA, mas seu patrimônio pertence à Associação. Atualmente a Associação também exerce atuação para além do SUS, como na área social e da comunicação. Na área social, participa de projetos de formação de jovens por intermédio da Secretaria Municipal de Ação Social. Na comunicação, teve aprovação pelo Governo Federal de uma Rádio Comunitário que foi inaugurada no final do mês de junho de 2021. Assim, Associação evidencia a sua importância para a comunidade, desde a sua fundação.

Todo esse contexto histórico que se revela tanto nas entrevistas como nos documentos, possibilitou entender que a formação do Centro de Referência em Leishmaniose só foi possível pela luta de uma comunidade, conectados por meio da pesquisa dos estudantes de Pós-Graduação de Medicina Tropical da Universidade de Brasília, que contribuiu para com uma instituição de ciência com responsabilidade social.

A partir de uma região geográfica específica, endêmica da doença, a Universidade adentra a territorialidade das pessoas para ajudá-las e compreender como o organismo parasitário age e qual o melhor meio de combater no processo de saúde-doença, ou seja, em prol da descoberta para ajudar a comunidade e a ciência.

Nesse processo de conexão, o pesquisador Dr. Jackson, juntamente com Dr. Felipe, encontra uma comunidade que luta pelos seus propósitos para edificar uma história que foi concretizada a partir do Centro de Referência em Leishmaniose. O Centro é uma marca importante na saúde do Brasil, assim podemos dizer que esse é um processo genealógico do CRL e que permite conectar à Geografia Médica Brasileira?

Entretanto, vale destacar que o Centro foi construído em um período posterior à redemocratização brasileira, existindo uma multiplicação de políticas públicas de saúde após a ditadura (momento de emergência do nascimento do Centro), assim, fortalecendo o processo de implantação de sua implantação.

O método genealógico propõe um saber histórico de lutas que ativam saberes locais, descontínuos, que não foram legitimados, e não apenas os saberes centralizados nos discursos acadêmicos. Podendo afirmar, então, que o surgimento do CRL não partiu somente da Universidade e dos pesquisadores, mas da luta de

uma comunidade organizada, representada pela Associação que contou com a participação de diversos atores.

Essas considerações nos remetem a Foucault (1979, p. 15) quando afirma que “a genealogia não se opõe à história como a visão ativa [...]; ela se opõe, ao contrário, ao desdobramento meta-histórico das significações ideais [...]”. Deve-se então, ter cuidado em escutar a história e possibilitar entender a essência que foi construída ao longo do processo. Ou seja, o CRL foi construído peça por peça a partir de sujeitos apresentados como estranhos na história de sua origem. Do ponto de vista da genealogia, essas pessoas são peças fundamentais na histórica do CRL.

4.4 GENEALOGIA POR MEIO DA GEOGRAFIA MÉDICA BRASILEIRA

A genealogia, por si, já traz uma transformação do conhecer as memórias locais que permitem a construção de um saber histórico das lutas e a utilização desse saber nos conhecimentos atuais (FOUCAULT, 1979). Ela envolve o espaço-poder em hierarquia, permitindo reafirmar as relações do Centro de Referência com a Geografia Médica Brasileira.

4.4.1 A genealogia e o espaço-poder no/do Centro de Referência

Devemos abordar que todo o processo de formação do CRL partiu dos líderes locais de Corte de Pedra, por intermédio dos Pesquisadores, em especial o Dr. Jackson Maurício, como é narrado nas entrevistas. O objetivo do pesquisador na época foi possibilitar uma assistência de saúde para todos os acometidos pela Leishmaniose, dando apoio na organização inicial, desde a criação da associação, à legitimação para arrecadar fundos, até a criação do CRL.

Ao longo dos 30 anos, muita coisa mudou, desde o crescimento populacional da região até a emancipação política e suas relações econômicas, sociais e de poder para com o CRL. Esse processo foi tático, instigado por Dr. Jackson, a partir de uma discursividade local, que possibilitou uma genealogia por meio dos saberes libertos trazidos e evidenciados em sua trajetória científica e pessoal para concretização do CRL, se tomarmos como base o conceito de Foucault (1979) sobre a genealogia.

Todas as narrativas das entrevistas podem ser consideradas como elementos dessa genealogia para a Geografia Médica Brasileira. Quando o CRL foi inaugurado, em 1986, sua parceria efetivada com a UnB possibilitou intercâmbio científico por meio de pesquisadores para Corte de Pedra, permitindo desenvolvimento em pesquisas sobre a doença e contribuindo para a assistência à saúde da população local.

A emancipação política do distrito de Presidente Tancredo Neves desmembrando-se de Valença e a criação do Sistema Único de Saúde, em 1990, possibilitaram o fortalecimento do CRL, tornando-o, em 2004, uma unidade mantida pelo SUS, o que revela uma forma de reconhecimento do poder-ação que o CRL possui perante a sociedade e os governantes.

Portanto, o CRL comunga dos princípios do SUS, desde a universalidade de acesso, integralidade e equidade, até a participação social, deixando de ser somente uma entidade filantrópica, mas, também, uma entidade pública de acesso a investimentos. As parcerias com a UnB e a UFBA vão além do processo de pesquisa e de atendimento à população pesquisada; significa retorno principalmente para a comunidade local por meio de assistência qualificada dos profissionais de saúde que oferecem o serviço para além da pesquisa.

Atualmente a Unidade possui parceria com a UFBA; e a cada 15 dias os pesquisadores médicos e não médicos realizam atendimento à população acometida pela doença, passando também a ser uma população pesquisada. Como essa unidade é parceira do SUS, a população vem cobrando assistência especializada desses pesquisadores para a população de modo geral, não somente às pessoas acometidas pela doença.

Esse movimento de retorno científico à comunidade do município vem sendo requerido, desde a VI Conferência Municipal de Saúde, realizada em julho de 2017, a partir do Plano Municipal de Saúde, com vigência de 2018 a 2021, que tem instituído como proposta: *“Dialogar para possível acesso da população a outras especialidades disponíveis no Centro de Referência em Leishmaniose Tegumentar do Distrito de Corte de Pedra”* (PRESIDENTE TANCREDO NEVES, 2018). Ou seja, o CRL recebe pesquisadores médicos especialistas em diversas áreas (dermatologia, otorrinolaringologia, infectologia...) uma vez que a população é carente e demanda um quantitativo de atendimento quinzenal ou mensal dessas especialidades para

ampliar o acesso ao serviço de saúde do município. Até o momento, não foram pactuados esses atendimentos para a população não acometida pela doença. Na maioria das vezes, esses atendimentos com os especialistas pesquisadores acontecem por intermédio da coordenação para com algumas pessoas.

Percebe-se aí uma relação de poder na perspectiva de Foucault. Em seu estudo ele questiona: de que instrumentos dispomos hoje? Ele responde: “Dispomos que o poder não se dá, não se troca nem se retoma, mas se exerce, só existe em ação, como também da afirmação [...], mas acima de tudo uma relação de força” (FOUCAULT, 1979, p. 175). Ou seja, o poder é uma repressão de pessoas, instintos e de uma classe, podendo ser também uma força contrapondo a outra.

Hoje o Centro de Referência é um espaço de poder, tanto da pesquisa científica como também em relação à administração governamental. Existem dificuldades de acesso tanto para gerir, como para normatizar. No primeiro viés, em nível nacional, existe pouco investimento em pesquisas para o desenvolvimento de novos medicamentos. No segundo, não há recursos direcionados do Governo para o CRL, atualmente o apoio é pela cessão e contratação de funcionários. No próprio Plano Municipal de Saúde tem uma proposta, conforme demanda da população, que é: *“Apoiar as ações de saúde e manutenção do Centro de Referência em Leishmaniose Tegumentar do Distrito de Corte de Pedra”* (PRESIDENTE TANCREDO NEVES, 2018). Outro aspecto é a autonomia da gestão municipal com relação ao CRL na organização e no processo de trabalho, e até mesmo no cumprimento das orientações técnicas da vigilância à saúde.

Quanto ao nível político partidário, o Centro de Referência já teve importante papel na relação do espaço-poder. Um dos membros, que participou de todo processo de criação e implantação, tanto da Associação como do Centro de Referência, e também já gerenciou ambos, já foi eleito Vice-Prefeito do município para o exercício de 1997 a 2000. E tem reconhecimento pela população do trabalho prestado ao CRL, à Associação do Distrito de Corte de Pedra e ao município. Ao discutir relações de poder, Foucault (1979) enfatiza que a política tem um viés da relação de poder na sociedade, estabelecendo força no exercício prolongado a este, que envolve luta e submissão.

Quanto aos aspectos socioeconômicos do Baixo Sul da Bahia, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,63%, considerado baixo pelo potencial econômico que a região apresenta (BAHIA, 2018). Esses dados envolvem também o nível de pobreza e acesso aos serviços (educação, saúde, moradia, emprego) possibilitando uma fragilidade no território. Essas dificuldades acabam possibilitando a criação de movimentos sociais, associações, sindicatos e ONG's para fortalecer ainda mais as comunidades e a população. Foi por esse viés que a história do Centro de Referência se efetivou; uma relação de união e poder na busca de acesso a seus direitos.

Já no que diz respeito ao espaço-poder, os movimentos sociais vêm fortalecendo o território e possibilitando novas conquistas e configurações. Mas, por outro lado, nesse suposto progresso existe uma estagnação no modo de tratar as pessoas acometidas pela Leishmaniose, não somente na Bahia ou no Brasil, já que a Medicação continua sendo a mesma utilizada a mais de 30 anos, faltando investimentos e interesse por parte do governo e das indústrias farmacêuticas, pois estamos falando de um público acometido que é pobre e de uma população que é predominantemente rural e na sua maioria, sem acesso aos serviços essenciais.

No que tange à previdência social, a maioria da população rural acometida pela doença recebe auxílio financeiro do governo federal durante o afastamento de suas atividades agrícolas até encerrar o tratamento. Vale destacar que, segundo estudo de Andrade (2011), a comunidade não segue todas as orientações de prevenção e promoção da doença instituídas pelos profissionais da saúde e pelos pesquisadores.

A relação da Associação com o Centro de Referência se constitui em uma relação de poder? Os poderes instituídos pelos gestores, pesquisadores, profissionais da saúde, trabalhadores rurais e comunidade em geral vão em direção às narrativas da genealogia. Porque, como bem discute Foucault (1979), o poder reprime as pessoas, as relações, uma classe social, os instintos, acima de tudo, é uma relação de força. E foi por meio desta força que a relação foi concretizada e até hoje existe no CRL. A partir desta conexão, a Geografia Médica Brasileira é revelada, evidenciando a relação de poder social, por meio de conhecimento do espaço geográfico e da doença (Leishmaniose).

4.4.2 Do Centro de Referência em Leishmaniose para a Geografia Médica Brasileira

A hipótese da pesquisa vem ao encontro da relação genealógica do Centro de Referência em Leishmaniose com a história da Geografia Médica Brasileira. Os achados partem, desde dos aspectos epidemiológicos da doença que fundamentou a implantação do Centro, até as relações da Universidade de Brasília a partir dos pesquisadores na investigação das áreas endêmicas do Baixo Sul da Bahia.

As características epidemiológicas e sociais da Leishmaniose Tegumentar Americana no Brasil têm sua importância para estudo da Geografia Médica Brasileira, e, em nível geográfico e da saúde, possibilitam entender as relações espaciais e humanas na continuidade da doença e como isso pode impactar na assistência à saúde.

A fundação do Programa de Pós-Graduação de Medicina Tropical da Universidade de Brasília (UnB), em 1973, foi um dos pontos primordiais para o desenvolvimento da Geografia Médica Brasileira a partir da teoria desenvolvida no Programa em pesquisas na linha das doenças infecciosas e parasitárias. O Programa instituiu também a disciplina Geografia Médica em 1977, que se torna um ponto basilar da teoria e prática (pesquisa) para fortalecimento da Geografia Médica Brasileira. Como foi afirmada na entrevista com Dr. Jackson.

Foi a partir do Programa e da expansão das pesquisas em Leishmaniose na Bahia, especificamente no Baixo Sul da Bahia, que Dr. Jackson Maurício adentrou no Distrito de Corte de Pedra; o que possibilitou o fortalecimento do movimento social na criação do Centro de Referência.

A criação do CRL teve início graças à conexão dos pesquisadores do Programa de Medicina Tropical com a comunidade de Corte de Pedra. Entretanto, contar a história do CRL faz reviver a importância da Universidade, da ciência, da pesquisa para o desenvolvimento da sociedade. Nos aspectos investigativos, os médicos da UnB, ao desbravar o território à luz dos conhecimentos geográficos, patológicos, da terapêutica a partir da anatomia clínica, parasitologia e da estatística médica, já validam a pesquisa na Geografia Médica (EDLER, 2001).

A disciplina Geografia Médica possibilitou conhecimentos essenciais para compreender os aspectos geográficos-sociais e sua relação com a doença, dando aos pesquisadores conhecimento para além da medicina tradicional; assim, permitindo conhecer novos territórios; e, a Bahia foi um deles que, na época, já era acometido pela Leishmaniose Tegumentar Americana.

A Geografia Médica Brasileira e o Centro de Referência em Leishmaniose estão conectadas a um ponto: o estudo do espaço geográfico nas doenças sociais. Ambas possuem um processo histórico de pesquisa e trabalho que envolvem a Geografia. Ambas vivenciam a relação espacial dos casos de doença e sua função para o bem comum. Ambas se preocupam com a epidemiologia e fatores da geografia física-humana, como fatores condicionantes ou determinantes do processo saúde-doença (DUTRA, 2011). A primeira como linha de pesquisa, como método; a segunda com instituição que promove a execução das ações e também faz garantir o direito a políticas de saúde.

CONCLUSÕES

A Geografia Médica está embasada na dimensão socioespacial da doença. E foram construídas narrativas fundamentadas no histórico do ocidente que possibilitou a sociedade moderna evolução nas descobertas de novas enfermidades e como ela se comporta no ambiente.

Podemos evidenciar que no Brasil, desde a época colonial, já havia estudos sobre a relação do espaço geográfico com as enfermidades; esses estudos vêm sendo aperfeiçoados com o passar do tempo. Averiguamos que a Geografia Médica Brasileira passou por distintas fases na geografia e na medicina, havendo pequenas distinções sobre seu objeto e sua metodologia; e com o processo histórico houve evoluções na estruturação do objeto, métodos e técnicas de análise.

Sabemos que a genealogia parte do presente para contar sua história. As narrativas evidenciadas sobre a Leishmaniose no Centro de Referência podem ser equiparadas à atual conjuntura que estamos vivendo com a pandemia pela Covid-19. A SARS-CoV-2 (Covid-19), hipoteticamente, teve sua origem em uma zoonose ainda não definida, podendo ser um morcego ou um pangolim, ainda é necessário entender o ciclo de origem da doença e sua relação com o meio. É em contextos como esse que a Geografia Médica pode contribuir com os estudos relacionados às enfermidades, como vem contribuindo com estudos da Leishmaniose.

A comparação exemplificada sobre a pandemia atual e a Leishmaniose Tegumentar mostra dois polos distintos sobre investimento para situações pandêmicas (no caso da covid-19) ou endêmicas (como a Leishmaniose). A primeira acomete todas as classes sociais e a segunda as classes menos favorecidas, isoladas em meio com menor valor perante a sociedade e poucos recursos financeiros para estudo em busca de uma cura. Embora ambas se iniciem de uma zoonose, despertam interesses distintos.

Sabemos que estudos devem ser realizados em ambos os contextos e que a Geografia Médica pode contribuir com medidas de intervenção para evitar possíveis expansão das enfermidades.

Essa equiparação do presente (pandemia – covid) com o passado-presente (endemia – Leishmaniose) percorre diferentes espaços geográficos com similaridades

possíveis de soluções, a partir de investimentos em pesquisa na busca da prevenção ou cura. Um exemplo nobre de luta está evidenciado nas narrativas deste trabalho em que uma população conseguiu assistência à saúde por meio da pesquisa científica.

A Geografia Médica Brasileira envolve pesquisa de aspectos da geografia física e humana (das relações de pessoas e de instituições) e da patologia para buscar entender o processo saúde-doença, possibilitando avanços necessários para investimentos na política de saúde, o que distingue a Geografia Médica Brasileira dos estudos da Geografia Médica internacional, que é direcionada somente os fatores da Geografia Física e Epidemiológica.

Nos achados não foi possível correlacionar os dados histórico sobre gênero no processo de acometimento com Leishmaniose. Na investigação de Nasser (2007) e Andrade (2011), o quesito gênero não influencia no acometimento da doença, pois ambos, mulheres e homens, exercem a atividade rural, sem distinção, já que o Baixo Sul da Bahia é uma região com o desenvolvimento de agricultora familiar forte (BAHIA, 2018). Por isso, mesmo que estudos estatísticos do IBGE (2019) apontam que na região há 52% de habitantes da zona urbana e 48% da zona rural, a maior predominância de acometidos pela doença é da zona rural.

Em relação ao Racismo estrutural, não foram encontrados dados sobre o assunto. Na avaliação dos entrevistados, a narrativa é de uma população necessitada e não tem condições financeira para buscar acesso à saúde a 60 km de distância, na antiga sede do município (Valença). Em pesquisa sobre levantamento racial da população do território em estudo, o documento mais atual, o Plano Territorial de Desenvolvimento Sustentável e Solidário do Território Baixo Sul da Bahia (2018) do Governo da Bahia, não apresenta dados relacionados à questão racial da população. Portanto, foram negligenciadas as questões identitárias, assim, impossibilitando ações voltadas para promover a saúde da população negra do Baixo Sul da Bahia.

As contribuições dos pesquisadores da UnB na articulação junto aos moradores do Povoado de Corte de Pedra (que fundaram uma associação) foi primordial para a existência do Centro de Referência em Leishmaniose. Um marco histórico que possibilitou, para além da pesquisa, o acesso à saúde antes mesmo da criação do SUS.

É legítimo destacar que os saberes locais, dominados, como estratégias de luta frente aos efeitos dos poderes centralizadores, ligados às instituições e ao funcionamento dos discursos científicos, foram importantes para a relação do espaço-poder-subjetividade da genealogia.

O espaço-poder narrado ao longo da pesquisa demonstrou que existe uma relação conflituosa entre a Associação e a Gestão Municipal para como o Centro de Referência. Esses conflitos tanto podem estar relacionados a questões interpessoais e partidárias, como também de interesse das atividades científicas, onde cada um faz a sua parte, (in)potencializando a contribuição que a entidade (CRL) pode ofertar. Somente a partir da VI Conferência Municipal de Saúde, em 2017, é que a população propõe investimento estrutural e atendimento médico especializado dos pesquisadores atuantes no CRL, que até o presente momento não foi realizada.

A luta história do Baixo Sul contra a Leishmaniose Tegumentar Americana evidenciou vários processos que foram invisibilizados, a exemplo de pessoas acometidas e sua relação ambiental, racial, socioeconômica e cultural. É uma doença que continua sendo negligenciada pelos governantes, pois não gera lucratividade política e nem atinge a econômica, já que a maioria da população lida com a agricultura familiar e não com a grande cadeia produtiva do agronegócio. Se os investimentos não acontecem na esfera local, imagina nas esferas estadual e federal? A participação do governo local não deverá somente está relacionada a grandes investimentos financeiros, mas a pequenas ações como orientações educacionais de prevenção.

Embora os pesquisadores divulguem um vasto conhecimento sobre a Leishmaniose, existe pouca adesão da população às informações sobre prevenção da doença como: evitar moradia peridomicílio (próximo às lavouras), manejo de criação de animais (ao lado da casa), entre outras. Contudo, esta relação conhecida como poder, que é exercido por ambos, influencia diretamente no processo evolutivo da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKHTAR, Rais. **Environment and Health - Themes in Medical Geography**. New Delhi: South Asia Books, Ashish Publishing House, 1991.

ALBERTI, Verena. Fontes Oraís - Histórias dentro da História. In: **Fontes históricas**. Org. Carla Bassanezi Pinsky. 2ª ed., 2ª reimpressão, - São Paulo: Contexto, 2010.

ALBERTI, Verena. **O fascínio do vivido, ou o que atrai na história oral**. Rio de Janeiro, CPDOC, 2003. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/6697>>. Acesso em: 31 mai. 2021.

ANDERY, Maria Amália, *et al.* **Para compreender a ciência: uma perspectiva histórica**. 13ed. Rio de Janeiro: Educ (Garamond Universitário). 2004. 436p.

ANDRADE, Ismael. **Leishmaniose Tegumentar Americana: uma análise ambiental na zona rural do município de Presidente Tancredo Neves, Bahia**. Monografia. Universidade do Estado da Bahia. 2011.

ANDRADE, Ismael e PEREIRA, Patrícia. **A Geografia Médica e da Saúde: Uma análise interdisciplinar**. VII Encontro Baiano de Estudantes de Geografia, Serrinha. vol. 1. 1-8. 2010.

ANDRADE, Ismael e OLIVEIRA, Rozilda. Análise espacial da Leishmaniose Tegumentar Americana em área endêmica no Baixo Sul da Bahia. In: Cesario Rui Callou Filho. (Org.). **Avaliação e diagnóstico da situação em saúde**. 1ed. Campo Grande, MS: Editora Inovar, 2020, v. 1, p. 91-103.

ARANHA, Maria Lúcia e MARTINS, Maria Helena. **Filosofando: introdução à filosofia**. 3 ed. São Paulo: Moderna, 2003.

ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DO POVOADO DE CORTE PEDRA. **Livro Ata 1986**. Presidente Tancredo Neves – Bahia. 1986.

ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DO POVOADO DE CORTE PEDRA. **Livro Ata 2000**. Presidente Tancredo Neves – Bahia. 2000.

AZEVEDO, Rosemeiry. RAMOS, Flávia Regina. **Arqueologia e Genealogia como opções metodológicas de pesquisa na enfermagem**. Rev Bras enferm, Brasília (DF), 2003; 56(3):288-91.2003.

BACHELARD, Gaston. **A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

BAHIA. **Plano Territorial de Desenvolvimento Sustentável e Solidário do Território Baixo Sul da Bahia - PTDSS**. Governo do Estado da Bahia. Secretaria de Planejamento Estadual. 2018.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. São

Paulo: Revista dos Tribunais. 1989.

BRASIL. DATASUS – **Banco de dados do Sistema Único de Saúde, 2010.**

Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>> Acesso em: 06 de mai. 2019.

BARCELLOS, Christovam. Apresentação. In: BARCELLOS, Christovam. **A Geografia e o contexto dos problemas de saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO: ICICT: EPSJV, 2008. 384p.

BARCELLOS, Christovam; MONKEN, Maurício. O território na promoção e vigilância em saúde. In: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.). **O território e o processo saúde-doença.** Rio de Janeiro: PSJV/Fiocruz, 2007. p.177-224.

BARRETO, Air, *et al.* **Características epidemiológicas da leishmaniose tegumentar americana em uma região endêmica do Estado da Bahia, Brasil.** Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana, 80: 415-423, 1981.

BELENS, Adroaldo. **A modernidade sem rostos: Salvador e a telefonia (1871-1924).** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em História. Salvador: UFBA, 2002. 198f.

BENCHIMOL, Jaime Larry; JOGAS JUNIOR, Denis Guedes. **Uma história das leishmanioses no novo mundo: fins do século XIX aos anos 1960.** – 1. Ed. – Belho Horizonte [MG]: Fino Traço; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2020.

BERMAN, Marshal. **Tudo que é sólido desmancha no ar: A aventura da modernidade.** Companhia das Letras, 1987.

BLOOR, David. **Conhecimento e imaginário social.** Ed. da UNESP: São Paulo, 2010.

BOUDIN, Jean Christian Marc. **Traité de géographie et de statistique médicales et des maladies endémiques comprenant la météorologie et la géologie médicales, les lois statistiques de la population et de la mortalité, la distribution géographique des maladies et la pathologie comparée des races humaines.** Paris, J.-B. Baillièrre et fils. 1857.

BOUDIN, Jean Christian. **Essai de géographie médicale.** Paris, J.-B. Baillièrre. 1843

CAMARGO, Luiz Marcelo; BARCINSKI, Marcelo André. **Leishmanioses, feridas bravas e kalazar.** Ciência e Cultura 2003, 1:34-7.

CAMBI, Franco. **História da Pedagogia.** São Paulo: Editora da UNESP. 1999.

CANGUILHEM, Georges. **En Historia de la fiebre amarilla.** México, CEMCA-UNAM. Prefacio. 1989.

CAPONI, Sandra. **Sobre la aclimatación: Boudin y la geografía médica.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.13-38, ene.-

mar. 2007.

_____. **Biopolítica, raça e quantificação na Geografia Médica.** s/a. p. 19.

_____. **‘El veneno y el mosquito: aspectos epistemológicos de la etiología y la profilaxis de la fiebre amarilla’.** História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. VII(2): 249-80, jul.-out. 2000.

CENTRO DE REFERÊNCIA EM LEISHMANIOSE. Livro de Registro. Presidente Tancredo Neves – Bahia. 1990.

CENTRO DE REFERÊNCIA EM LEISHMANIOSE. Livro de Registro. Presidente Tancredo Neves – Bahia. 2016.

CHAUÍ, Marilena *et al.* **Primeira Filosofia: Lições introdutória.** São Paulo: Brasiliense, 1986.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à Filosofia.** São Paulo: Ática, 2005. 420 p.

CORREIO, Christian Fernando. **Michel Foucault: a Genealogia, a História, a Problematização.** Prometeus - Ano 7 - Número 15, 2014.

CORRÊA, Roberto Lobato. Espaço, um conceito chave da Geografia. In: CASTRO, Iná Elias de; GOMES, Paulo Cesar. da. C.; CORRÊA, Roberto (org). **Geografia: conceitos e temas.** Rio de Janeiro. 11ª ed. Bertrand Brasil, 2008. p. 15-48.

COSTA, Jackson, *et al.* **Procedência de pacientes portadores de Leishmaniose Tegumentar Americana nas Áreas Endêmicas de Três Braços e Corte de Pedra - Estado da Bahia – Brasil.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 21(3): 145-149, Jul-Set, 1988.

COSTA, Roberta *et al.* **Foucault e sua utilização como referencial na produção científica em Enfermagem.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008.

COSTA, Maria da Conceição, N.; TEIXEIRA, Maria da Glória, L. C. **A concepção de “espaço” investigação epidemiológica.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 271-279, 1999.

COTRIM, Gilberto. **Fundamentos da Filosofia: História e Grandes Temas.** 15ª ed. São Paulo: Saraiva. 2001. 336p.

DELEUZE, Gilles. **Foucault.** São Paulo: Brasiliense, 2006.

DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

DUSSEL, Inês. **Foucault a a Scrita da História: reflexões sobre os usos da genealogia.** Educação e Realidade. 29(1):45-68. Jan/jun. 2004.

DUTRA, Denecir de Almeida. **Geografia da Saúde no Brasil: Arcabouço Teórico Epistemológicos, Temáticas E Desafios**. Paraná: Universidade Federal do Paraná. Tese, 2011. p. 191

EDLER, Flávio. **A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina Tropical no Brasil**. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(2):357-85, maio-ago. 2002.

EDLER, Flávio. **De olho no Brasil: a geografia médica e a viagem de Alphonse Rendu**. História, Ciências, Saúde Manguinhos, vol. VIII (suplemento), 925-43, 2001.

FEYERABEND, Paul. **Contra o método**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

FERREIRA, Maria Eugenia. **“Doenças Tropicais”: o clima e a saúde coletiva. Alterações climáticas e ocorrência de malária na área de influência do reservatório de Itaipu, PR**. Terra Livre, SP: ano 19, v. I, nº 20, jan./jul. 2003.

FERREIRA, Marcelo Urbano. **Epidemiologia e Geografia: O Complexo Patogênico de Marx Sorre**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 7, n. 3, p. 301-309, jul.set. 1991.

FIGUEIREDO, Adma Hamam. (org.) **Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI**. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Geografia, 2016. 435p.

FOUCAULT, Michel. **'Questions on geography'**. Em: C. Gordon (org.). Power/knowledge: selected interviews and other writings 1972-1977. Nova York, Pantheon, pp. 63-77.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal. 1979.

_____. **“Dits et écrits”**. Tome I. Paris: Gallimard, 2001a.

_____. **“Dits et écrits”**. Tome II. Paris: Gallimard, 2001b.

_____. **Em Defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **O Nascimento da Clínica**. 6ªed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2008.

_____. **Arqueologia do Saber**. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2008.

_____. A impossível prisão – mesa redonda 1978. In: _____. **Ditos e Escritos IV: Estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

_____. Nietzsche, a genealogia, a história. In: _____. **Ditos e Escritos II: Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010a.

_____. Nietzsche, a genealogia, a História. In: _____. **Microfísica do poder**. 29ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 2011.

FOUREZ, Gérard. **A Construção das Ciências: introdução à filosofia e à ética das ciências**. São Paulo: Editora Unesp, 1995

GALANTIN, Daniel Verginelli. **A dimensão literária da genealogia em Foucault**. KRITERION, Belo Horizonte, nº 143, ago. 2019, p. 297-317. 2019.

GAVROGLU, Kostas. **O passado das ciências como História**. Porto, Portugal. Editora Porto Editora, 2007.

GEORGE, Pierre. **Os Métodos da Geografia**. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1972.

GLACKEN, Clarence. **Traces on the Rhodian Shore: Nature and Culture in western thought from ancient times to the end of the Eighteenth Century**. Berkeley/London: University of California Press, 1990. 763 p.

GUIMARÃES, Raul Borges. **Regiões de saúde e escalas geográficas**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2005.

HAESBAERT, Rogério. Desterritorialização, multiterritorialidade e regionalização. In: LIMONAD, Ester. (Org.). **Brasil Século XXI - Por uma nova regionalização?** São Paulo: Max Limonad, 2004. 1, p. 13 – 26.

HENRY, John. **A revolução científica e as origens da ciência moderna**. (Tradução Maria Luiza X. de A. Borges). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1998. 149p.

HESSEN, Johannes. **Teoria do Conhecimento**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.177p.

HIPÓCRATES. '**Aires, aguas y lugares**'. Em (org). OPS/OMS. El desafio de la epidemiologia: problemas y lecturas seleccionadas. Washington, 1988, pp. 18-9.

HOCHMAN, Gilberto (1998). **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo, Hucitec/Anpocs.

HUMBOLDT, Alexander von e BONPLAND, Aimé. **História, Ciência e Saúde: Manguinhos**. v.8. Suplemento - Rio de Janeiro. Fiocruz. Pag.839- 863.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo Demográfico de 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 06 mai. 2019.

JUNQUEIRA, Renata Dias. **Geografia Médica e Geografia da Saúde**. Hygeia 5(8):57-91, Jun/2009

KUHN, Thomas. **A estrutura das revoluções científicas**. 8 ed. São Paulo: Perspectiva. 2003. 260p.

LAINSON, Rangel. **Leishmânia e leishmaniose, com particular referência à região Amazônica do Brasil**. Revista Paraense de Medicina 1997; 11(1): 29-40.

LAINSON, Rangel; SHAW, Jeffrey New world Leishmaniasis – The Neotropical Leishmania species. In: Topley e Wilson. **Microbiology and Microbial Infections** (9 aed). London:Ed. Feg Cox; 1988.

LAKATOS, Imre. O falseamento e a metodologia dos programas de pesquisa científica. In: LAKATOS, Imre e MUSGRAVE, Alan (org.) **A crítica e o desenvolvimento do conhecimento**. São Paulo: Cultrix, 1979.

LEMOS, Flávia Cristina. JUNIOR, Hélio Cardoso. **A genealogia em Foucault: uma trajetória**. Psicologia e Sociedade; 21 (3): 353-357, 2009.

LEMOS, Jureth Couto.; LIMA, Samuel do Carmo. **A geografia médica e as doenças infectoparasitárias**. Caminhos de Geografia. Vol 3, n. 6, jun/ 2002. Instituto de Geografia da UFU. 2002. 86p.

LEWINSOHN, Rachel. **Três Epidemias: Lições do passado**. Campinas/SP: UNICAMP, 2003.

MACHADO, Carlos Eduardo Dias. **Ciência, tecnologia e inovação Africana e Afrodescendente**. 1ª ed. Editora Bookess, 2014.

MAGALHÃES, Gledson Bezerra. **Clima e saúde: relações entre os elementos atmosféricos e a dengue na região metropolitana de Fortaleza**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Centro de Ciências – Departamento de Geografia. Fortaleza, 2011.

MARIGUELA, Márcio Aparecido. **Genealogia da ética: o sujeito em questão**. Educação Temática Digital, Campinas; 2007; 8 (n.esp): 204-26. 2007.

MARTA, Cristiano Bertolossi e TEIXEIRA, Enéas Rangel. **Genealogia do cuidado na perspectiva foucaultiana** Care Online. 2016 jul/set; 8(3):4749-4756. 2016.

MAZETTO, Francisco; BARCELLOS, Christovam. (org.) **A Geografia e o contexto dos problemas de Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008, (Saúde Movimento; n. 6). Pág. 17-33.

MAZETTO, Francisco. **Pioneiros da geografia da saúde: séculos XIX e XX**. Anais do II Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e I Encontro Luso-brasileiro de Geografia da Saúde. 2005.

_____. **Geografia da Saúde e a Abordagem Humanística**. Anais do III Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e II Encontro Luso-brasileiro de Geografia da Saúde. Curitiba de 08 a 11 de outubro de 2007. (CD-Rom).

MAY, Jacques. **'Medical geography: its material and methods'**. Geographical Review, 9, 1950 p. 41.

MAY, Jacques. **'History, definition, and problems of Medical Geography: a general review** — Report to the Commission on Medical Geography of the International Geographical Union, 1952'. Social Science e Medicine, 12, D, 1978, pp. 211-9.

MEADE, Melinda. (org). *et al.* **Medicalg**. Nova York, The Guilford Press.1988.

MENDES, Vilaça Eugênio. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec Abrasco, 3ª edição.1996. p. 311

MENDONÇA, Francisco. **Clima e criminalidade: Ensaio analítico a respeito da relação entre a temperatura do ar e a incidência da criminalidade urbana**. Curitiba/PR: Editora da UFPR, 2001.

MORAES, Marcos Vinicius Malheiros. **"Genealogia - Michel Foucault"**. In: Enciclopédia de Antropologia. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de Antropologia. 2018.

MORAES, Antônio Carlos Robert e COSTA, Wanderley Messias da. **Geografia Crítica: a valorização do espaço**. São Paulo: Hucitec. 1984.

MORIN, Edgar. **Ciência com Consciência**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

MORUZZI, Andrea Braga; ABRAMOWICZ, Anete. **Pressupostos teórico metodológicos da genealogia: composições para um debate na educação**. Filosofia e Educação (Online), ISSN 1984-9605 – Revista Digital do Paideia Volume 2, Número 2, outubro de 2010 – março de 2011. 2011.

NAGEL, Emest. **La estructura de la ciencia**. Buenos Aires, Paidos, 1978.

NARDI, Henrique Caetano *et al.* **Fragmentos de uma genealogia do trabalho em saúde: a genealogia como ferramenta de pesquisa**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2005; 21(4):1045-54. 2005.

NASCIMENTO, Elisa. Introdução às antigas civilizações africanas, In Sankofa: **Matrizes africanas da Cultura Brasileira**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 1996.

NEVES, Davi Pereira. **Parasitologia Humana**. 9ª ed – São Paulo: Editora Atheneu, 1998.

NASSER, Janette. **A Leishmaniose Tegumentar Americana em Campinas: contribuições da análise espacial e do sensoriamento remoto orbital**. Campinas: Universidade de Campinas, Faculdades de Ciências Médicas. 2007.

NOSSA, Paulo. **Linhas de Investigação na Geografia da Saúde e a Noção Holística da Saúde.** A Geografia e o contexto dos problemas de saúde. BARCELLOS, Christovam. (Org.), 2005.

_____. **Tendências e desafios da geografia da saúde.** In. Apresentações Realizadas no II Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e I Encontro Luso-brasileiro de Geografia da Saúde. Rio de Janeiro, 28 a 30 de novembro de 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). 2016. Disponível em: <www.who.int/leishmaniasis/en/> Acesso em: 11/11/2019.

PARAGUASSU-CHAVES, Carlos Alberto. **Geografia Médica ou da Saúde** (Espaço e doença na Amazônia Ocidental). Rondônia: Edufro; 2001.

PEITER, Paulo Cesar. **Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio.** Tese de Doutorado – Universidade Federal do Rio de Janeiro, IGEO/PPGG. Rio de Janeiro. UFRJ/IGEO/PPGG, 2005.

PEREIRA NETO, André de Faria; MACHADO, Bárbara Araújo; MONTENEGRO, Antônio Torres. **História Oral no Brasil – uma análise da produção recente.** Revista História Oral, v. 10, n. 2, p. 113-126, jul-dez, 2007.

PESSOA, Samuel. **Ensaio sobre a distribuição geográfica de algumas endemias parasitárias no estado de São Paulo.** Arquivos de Higiene, vol. 11, nº 2, 1941.pp. 7-25.

_____. **Ensaio Médico-Sociais.** 2. ed. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1978.

PESSÔA, Samuel Barnsley; MARTINS, Amilcar Vianna. **Parasitologia Médica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982.

PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubens Araújo. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro Roseni, Mattos Rubens. **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** 3a ed. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO; 2006.

PINHEIRO, Bárbara Carine. **Educação em Ciências na Escola Democrática e as Relações Étnico-Raciais.** Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências. n. 19. p 329–344. 2019.

PINHEIRO, Bárbara Carine e OLIVEIRA, Roberto. Divulgação... de qual ciência? Diálogos com epistemologias emergentes. In: **Divulgação científica: textos e contextos** / Marcelo Borges Rocha, Roberto Dalmo V. L. de Oliveira, organizadores. – São Paulo: Editora Livraria da Física, 2019.

PORTO, Cristiane de Magalhães. **Difusão de Ciência Brasileira na Internet: sugestão de uma tipologia.** VIII Encontro Nacional de Ensino e Pesquisa em Informação, Salvador. vol. 1, 1-11. 2008.

PORTER, Roy. "Medicine, the Human Sciences, and the Environment in the

Enlightenment”. In: DRIVER, Felix. e ROSE, Gillian. (eds.). **Nature and Science: essays in the History of Geographical Knowledge**. Historical Geography Research Series. n. 28, p. 27-36, 1992.

_____. **Lógica das Ciências Sociais**. Rio de Janeiro. Biblioteca Tempo Universitário. 1999.

_____. **Lógica da Investigação Científica**. São Paulo. Abril Cultural (Coleção os pensadores). 1980.

PRESIDENTE TANCREDO NEVES. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Prefeitura Municipal de Presidente Tancredo Neves, Secretaria Municipal de Saúde, 2018. p. 57.

QUIJANO, Anibal. Colonialidade do Poder e Classificação Social. In Santos, B. S., e Meneses, M. P. Epistemologias do Sul (pp. 73–118). São Paulo, Cortez. 2010.

REBELO, Fernanda. **A travessia: imigração, saúde e profilaxia internacional (1890-1926)**. [Tese] (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2010. p.298.

_____. **Imigração, Ciência e Saúde: controle de riscos e expansão de direitos na Bacia do Rio da Prata (1873-1911)**. Revista de História de la Medicina y de la Ciencia 68 (2), julio-diciembre 2016, p155. Disponível em: <<http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/710/1062>> Acesso em: 31 mai. de 2021.

RIMBAUD, Arthur. “**Carta a Georges Izambard**”. Trad. M. J. Moraes. Aléa, Rio de Janeiro, Vol. 8, Nr. 1, pp.155-163, 2006.

RIEGER, Ana. **Cotidiano e paisagem** – uma abordagem cultural. Disponível em: <<http://www.Canoadetolda.org.br/MemoriasBSF/Cotidiano%20e%20paisagem%20-%20uma%20abordagemCultural.pdf>> Acesso em: 31 mai de 2021.

ROJAS, Luisa Iniguez. Geografía y salud. **Temas y perspectivas en América Latina**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.14, n., p. 701-711, out./dez. 1998.

_____. Geografía y salud. **Entre Histórias, Realidades y Utopias**. In _____ Caderno Prudentino de Geografia. Associação dos Geógrafos Brasileiros, vol.1, nº 1, dezembro de 2003.

SANTOS, Ricardo; COIMBRA, Carlos. **Saúde e Povos Indígenas**. Rio de Janeiro: 1994, Ed. FIOCRUZ; 1994.

SANTOS, Milton. **Papel ativo da geografia: um manifesto**. Revista Território, n. 9, p. 103-109, 2000.

_____. **Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica**. São Paulo: Hucitec, 2002, p.285.

_____. **A natureza do espaço.** São Paulo, Hucitec, 1996.

_____. **Técnica, Espaço, Tempo:** Globalização e meio técnico-científico informacional. São Paulo:HUCITEC, 1996.

_____. **Da Totalidade do Lugar.** São Paulo: Edusp, 2005.

_____. **O espaço dividido.** Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1978.

SANTOS, Raquel Alcides. **Estratégias terapêuticas no tratamento da Dor Crônica: um estudo Genealógico da Clínica da Dor** [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado de Rio de Janeiro; 2009.

SANTUCHO, Marcos. **Fuegos cruzados: La genealogía Del poder de Michel Foucault y El marxismo.** Facultad de Filosofía y Humanidades – UNC. Síntesis nº 3; 2012.

STEVENSON, Chris.; CUTCLIFFE, Jonh. **Problematizing special observation in psychiatry: Foucault, archaeology, genealogy, discourse and Power/ knowledge.** Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2006; 13:713-21. 2006.

SOUZA, Marcelo José Lopes de. O território: sobre o espaço e o poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I. N. (Org.). **Geografia: conceitos e temas.** Rio de Janeiro: Bertrand, 2000. 3, p. 77 – 116.

SOUZA, Camila Grosso e SANT'ANNA NETO, João Lima. **Geografia da saúde e climatologia médica: ensaios sobre a relação clima e vulnerabilidade.** Uberlândia/MG: Hygeia 3(6):116-126, Jun/2008.

SORRE, Maximilien. **A noção de gênero de vida e sua evolução.** In: MEGALE, Januário Francisco (Org.) Max Sorre: Geografia, pp. 99-123, Rio de Janeiro: Editora Ática, 1984.

_____. **Los Fundamentos Biológicos de La Geografía Humana.** Ensayo de una Ecología del Hombre: Conclusion. pp. 267-274, Madrid: Alianza Editorial, 1982.

TUAN, Yi-Fu. **Topofilia: um estudo da percepção, atividades e valores do meio ambiente.** São Paulo: Difel, 1980.

UJVARI, Stefan Cunha de. **A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microorganismos.** 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio e Editora Senac São Paulo, 2003. 328p.

WALBER, Vera Beatris e SILVA, Rosane Neves da. **As práticas de cuidado e a questão da deficiência: integração ou inclusão.** Estudos de Psicologia. Campinas; 2006. 23(1):29-37.2006.

VIEITES, Renato Guedes. **Interações Espaciais na Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro com base na infraestrutura ambulatorial e hospitalar, referentes ao ano 2000.** 88 f. Monografia (Graduação em Geografia) - Instituto de Geografia/Dep. De Geografia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

APÊNDICE



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO, FILOSOFIA E
HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS



Pesquisador responsável:

Endereço:

Fone:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: O Centro de Referência em Leishmaniose do Baixo Sul da Bahia (1986 – 2017): uma Genealogia da Geografia Médica Brasileira. Essa pesquisa tem como objetivo fazer uma genealogia da Geografia Médica a partir do Centro de Referência em Leishmaniose do Baixo Sul da Bahia (1986-2017).

O motivo que nos leva a estudar vem da hipótese de que um estudo de caso da implantação do Centro de Referência em Leishmaniose do Baixo Sul da Bahia permite contar a história da Geografia Médica Brasileira por meio da genealogia. A genealogia, todavia, é bastante multifacetada para ser aprisionada no chavão de presunçoso estudo das origens, é uma maneira de escrever a história de uma outra vertente.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: pesquisa histórica, baseada na análise documentos do Centro de Referência em Leishmaniose; entrevista de líderes da comunidade; levantamento de referenciais teóricos sobre a ciência geográfica e o campo da Geografia Médica sob o ponto de vista da genealogia de Foucault.

O motivo deste convite é que o (a) Sr. (a) se enquadra nos seguintes critérios de inclusão de ser: líder ou voluntário ou funcionário ou pesquisador no processo histórico do Centro de Referência em Leishmaniose do Baixo Sul da Bahia.

O (A) Sr. (a) poderá deixar de participar da pesquisa nos casos em que forem observados os seguintes critérios de exclusão: não pertencer ao objeto de estudo ou não está vinculado com o Centro de Referência.

Para participar deste estudo, o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

O (A) Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar, retirando seu consentimento ou interrompendo sua participação a qualquer momento. A sua

participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de respeito e ética, sendo que em caso de obtenção de fotografias, vídeos ou gravações de voz os materiais ficarão sob a propriedade do pesquisador responsável. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr. (a) será identificado (a) em publicação que possa resultar deste estudo a partir de sua prévia autorização após assinatura deste termo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal da Bahia e a outra será fornecida a(o) Sr. (a).

Caso hajam danos decorrentes dos riscos desta pesquisa, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelo ressarcimento e pela indenização.

Eu, _____, portador do CPF _____, nascido (a) em ____/____/_____, residente _____, no município de _____, podendo ser contatado (a) pelo número telefônico () _____ e e-mail _____ fui informado (a) dos objetivos, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Concordo que os materiais e as informações obtidas relacionadas à minha pessoa poderão ser utilizados em atividades de natureza acadêmico-científica, desde que assegurada o respeito e a ética de minha pessoa. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar, de modo que declaro que concordo em participar deste estudo e recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

_____, UF, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

ANEXOS

ATAS E ESTATUTO DA ASSOCIAÇÃO UNIÃO DE MORADORES POVOADO DE
CORTE DE PEDRA

Ata de criação da UNIA dos MORADORES do povoado de Corte de Pedra no Município de Valença da Bahia.

ANTONIO R. DO COUTO OFICIAL VALENÇA - BAHIA

Em 10 (dez) dias do mês de julho de 1986 reunidos nas dependências do prédio escolar Monteiro Lobato no povoado de Corte de Pedra, município de Valença, estado da Bahia, a seguir os membros: Antonio Garcia Bruno - Juvenal Nunes Reis - Possidônio Teodoro de Aguiar - Maria das Graças Santana - Lourenço José de Santana - Edinaldo Lima do Lago - Maria Souza - Maria Edilza - Maria Cardoso - Antonia Cardoso - Maria Antonia de Jesus - Maria Delfora de Andrade - Inocentino José de Almeida - Francisco Aguiar - Rosane Conceição Costa - Odeas Lopes Cardoso - Lourivaldo Santos de Santana - Manoel Alberto dos Santos - Joellma Santos de Oliveira - Maria da Paz Santana - João Garcia Bruno - Juvenal Alves da Silva - Eustáquio Almeida de Andrade - Agnora Conceição dos Santos - Antonio Apio dos Santos - João dos Santos - Otávio José Bencourt - Antonio Celso da Silva resolveram pela criação de uma Associação de fins comunitários a que deram a denominação de UNIA dos MORADORES

AUT. FOT. VALENÇA

do processo de Corte de Fozes.

Na oportunidade usou da palavra o Sr. Antonio Garcia Bruno — explicando a finalidade da associação que estava sendo criada naquela oportunidade e sugerindo a criação de uma Comissão provisória para gerir os destinos e recursos da Associação até a elaboração dos respectivos estatutos e a consequente eleição de uma Diretoria definitiva dentro das normas estabelecidas pelo Estatuto a ser aprovado em uma reunião futura.

Por aclamação unânime dos presentes foi aceita a proposta do Sr. Antonio Garcia Bruno de totalmente apoiados os seguintes nomes para comporem a Comissão provisória como os respectivos cargos: ANTONIO GARCIA BRUNO = presidente — LOURIVAL NUNES REIS = GERENTE ADMINISTRATIVO — POSSIDONIO TRIES DE ARAUJO = TESOUREIRO — MARIA DAS GRACAS CARDOSO DOS SANTOS = SECRETARIA — LOURENÇO JOSE DE SANTANA = 2º SECRETARIO.

ESTIVERAM AINDA presentes a esta Sessão de Fundação os Srs. Dr. Jackson Mauricio Lopes Costa e Roque Campelo Galvão de Brito sendo este ultimo convidado pelo presentes para secretariar esta reunião e sendo aceita por todos. Em seguida falou o Sr. Lourival Nunes de Brito agradecendo a todos pela presença e convidando-os para

uma nova reunião dia 17 do mês em
 caso oportunidade em que já será apresen-
 tado o estatuto da Sociedade para
 discussão por parte dos Associados e
 sua respectiva aprovação, no sentido
 de conseguir-se o 'cumbó' legal no mais
 curto espaço de tempo e vida da
 Sociedade.

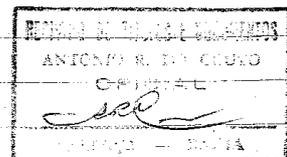
Tendo sido designado para se-
 cretariar esta reunião Sr. Roque Campelo
 Gago de Coimbra que lavrar do que
 próprio punho a presente que depois
 de lida, discutida e aprovada pelos
 presentes, vai por mim assinada e
 pelos demais aqui presentes.

Carta de Pedido 10 de julho de 1976.

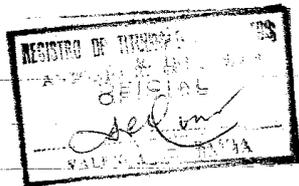
Roque Campelo Gago de Coimbra
 António Augusto de Sousa
 António Augusto de Sousa

António Augusto de Sousa
 Maria Luíza dos Santos Sousa
 Jorge de Sousa Costa
 Augusto Lima de Sousa
 António Augusto de Sousa
 Ophelina Leonor do Carmo

Soledade Felles de Aguiar
 António Silva Leite
 Jacarinas Ribeiro dos Santos
 Antonia Cardoso Soares Reis
 Maria Rita Santos de Oliveira
 Maria Luíza Costa
 Joaquina dos Santos
 Antónia dos Santos
 Maria Edilina Almeida Cardoso



Adalberto dos Santos
 João Humberto Nunes de Sá
 Juracy Ferreira de Jesus
 Avelino Fernandes da Costa
 Cláudio Augusto de Brito
 Ballima Pereira dos Santos Andrade
 Lourenço José de Santana
 Manoel Alberto dos Santos
 Maria Antonia de Jesus Silva
 Brígida Garcia Bruno
 Matilde Pinheiro de Santos
 quando for o caso local
 Genor Benício dos Santos
 Guilherme Ezequiel de Souza
 João Garcia Bruno
 Jubenal José dos Santos
 Maria das Graças Cardoso dos Santos
 Américo José dos Santos
 Jacy Caroline Aparecida Cardoso
 Jackson Afonso Lopes Costa



APRES. HOJE

Prot. A-1 Fls 06 No 8850

A-1 de B-11 Fls 116

No 8794

Valença 10 de Agosto de 1990

Antônio Pereira da Silva

Ata de reunião da União de Moradores do Povoado de Corte de Pedra.

Em 17 (dezete) dias do mês de julho de 1986 nas dependências do prédio escolar Monteiro Lobato, no povoado de Corte de Pedra, município de Valença, estado da Bahia, reuniram-se, em assembleia, os associados da União de moradores do Povoado de Corte de Pedra oportunidade em que foi lida a ata da reunião de fundação que depois de discutida foi aprovada por unanimidade por todos os sócios presentes. Em seguida (apresent) apresentando a presença da convocação foi apresentado e lido, pelo Presidente, o anti-projeto do Estatuto que passará a reger a vida da Sociedade.

Na oportunidade usou da palavra o Sr. Presidente da comissão provisória dizendo da necessidade de todos apresentarem sugestões caso houvesse alguma coisa a modificar ou a acrescentar ao Estatuto, hora em pauta. Logo a seguir usou da palavra o Sr. Jackson Maurício Lopes enaltecendo o grupo pelo esforço no sentido de regularizar a vida da Sociedade. Na sequência do trabalho, diante de

Não haver sido apresentado nenhuma sugestão
 que quisesse alterar o anti-projeto
 do Estatuto, o Sr. Presidente (Cafucci)
 o mesmo em votação conseguindo
 sua aprovação por unanimidade,
 sendo assim dada por encerrada
 a presente reunião. Ao término da
 reunião, na qualidade de Secretário,
 eu Maria das Graças Cardoso da Silva,
 fiz levar a presente ata
 que depois de lida, discutida e
 aprovada pelos presentes, vai por
 mim assinada e pelos demais
 presentes.

Corte de Pedra 17 de julho de 1998

Onorário Joaoes Cardoso

João Garcia Bruno

Juliano da Silva

João da Silva

Agripino Batista de Adalberto

Emmanoel da Silva

Emilia Alberto dos Santos

Antônia Cardoso Nunes Reis

Maria Tereza Almeida Cardoso

Frederico de Almeida

Genes Conceição de Jesus

Leandro José de Santana

Juliano da Silva

Maria da Conceição da Silva

Leandro Nunes Reis

Maria das Graças Cardoso da Silva

João Garcia Bruno

Ata de Assembleia Geral Ordinária
 da União de Moradores do Povoado
 de Corte de Pedra, no município de
 Vespereira, estado da Bahia.

Aos 26 (vinte e seis) dias do mês
 de julho de 1986 reunidos nas dependências
 do prédio escolar Openário Sobral,
 no povoado de Corte de Pedra, no mu-
 nicipípio de Vespereira, estado da Bahia,
 reuniram-se em Assembleia Geral Ordina-
 ría os associados da União de Mora-
 dores do Povoado de Corte de Pedra
 para, de acordo com as normas
 estabelecidas pelo estatuto da soci-
 edade elegerem a 1.^a (primeira) Dire-
 toria da entidade. No começo
 do trabalho foi lido o edital de
 convocação desta Assembleia que tem
 por fim a apresentação de chapas que
 desejem concorrer à eleição e logo
 em seguida foi feita também a
 leitura da única chapa apresenta-
 da que é a seguinte: Conselho de
 Administração = PRESIDENTE - Antônio Garcia
 Bruno # VICE - Leônival Gomes Reis #
 1.^o SECRETÁRIO - Egdualdo Lima do Lago
 2.^o SECRETÁRIO - Posidonio Teles de Azevedo
 1.^o TESOUREIRO - Maria das Graças Cardoso dos Santos
 2.^o TESOUREIRO - Eduardo de Jesus Santos.

Conselho Fiscal

MEMBROS EFETIVOS: Antônio Nunes -
 Eustáquio Almeida - João Garcia Bruno.

MEMBROS SUPLENTE: MARLENE LEONARDO - Dal-
 Cínia Pereira Andrade - Laurence José de Santana.

Dando sequência aos trabalhos
 presidenciais e serviços, colocou em
 prática a chapa apresentada
 que foi elita por aclamação
 pela unanimidade dos associados
 presentes. Na mesma oportunidade
 foi dada por empessão a nova
 diretoria que irá conduzir o
 destino desta sociedade. O Presi-
 dente eleito Sr Antonio Garcia
 usou da palavra para reafirmar
 seus propósitos de lutar pelo for-
 talhecimento da sociedade e
 em seguida o Sr Jackson Soares
 usou da palavra dizendo que
 estava disposto a colaborar de
 todas as formas para conseguir
 fazer com que a sociedade
 prosse com os seus objetivos.
 Logo após o Sr Presidente deu fe-
 z encerrada esta reunião. Na quali-
 dade de Secretário fiz levantar
 presente ata que depois de lida,
 discutida e aprovada pelos presen-
 tes vai por mim assinada e
 pelos demais aqui presentes.

Corta de Adria 26 de julho de 1910

Matilde Maria da Conceição
 Maria da Paz Santana
 Emílio Alberto dos Santos
 Joaquim Alves da Silva
 Eurápio da Silva
 Azeite Bolista de Azeite

João da Silva dos Santos
 João Garcia Bruno
 Augusto do Boque Cordozo
 Antonia Cardoso Nunes Reis
 Maria Ediza Almeida Cardoso
 Pedro Antonio Velloso Castello
 Azenoborino, do JTS
 Luciano Jose de Santana
 Luciana Fagundes dos Santos
 Maria da Conceição Santos
 Luísa Nunes Reis
 Leticia dos Santos
 Larival Patate dos Santos
 Maria da Paz Santana
 Brigida Garcia Bruno
 Custodio Almeida dos Santos
 Maria das Graças Cardoso dos Santos
 Cyraldo Lima de Figueiredo
 Antunes Garcia Bruno

ESTATUTOS SOCIAIS

DA

UNIÃO DE MORADORES DO POVOADO DE CORTE DE PEDRA

CAPÍTULO I

DA DENOMINAÇÃO, SEDE, FORO E DURAÇÃO.

ARTIGO 1º - A União de moradores do Povoado de CORTE DE PEDRAS, fundada em 10/07/86 com sede e forum no povoado de CORTE DE PEDRAS, distrito de Guerem, município de Valença-Bahia é uma sociedade civil sem fins lucrativos, políticos ou religiosos e com prazo de duração indeterminado.

§1º - A sociedade não fará distinção de raça, cor, nacionalidade, classe social, filosófica ou religiosa e sua área de ação se limitará ao povoado de Corte de Pedras.

§2º - A sociedade não participará de qualquer atividade politico - partidária. . . .

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

ARTIGO 2º - A Sociedade tem por objetivos:

I) - Representar os associados nas suas relações com órgãos públicos em geral, sociedades privadas ou de economia mista, concluindo, efetivando ou ratificando acordos, convenios, solicitações, pedidos ou outras reivindicações que visem o bem estar da Comunidade representada;

II) - ARTICULAR junto aos órgãos públicos municipais, estaduais ou federais, os meios cabíveis para se promover a fiscalização da limpeza e iluminação pública, distribuição de água e energia elétrica, conservação das áreas verdes, ruas,

praças, prédios públicos e outros serviços necessários à Comunidade que venham a ser estabelecidos;

III) - Criar, no que couber, junto aos órgãos públicos competentes os meios para o estabelecimento de assistência médico-odontológica, educacional, jurídica e outros que possam contribuir para a elevação dos padrões sociais da comunidade;

IV) - Criar os meios que possam promover o entretenimento através de eventos artísticos, culturais, esportivos, recreativos e outros;

V) - Zelar por todos os direitos dos associados, inclusive concorrer para o seu desenvolvimento, até mesmo nutricional.

CAPÍTULO III

DOS SÓCIOS - SEUS DIREITOS E DEVERES

ARTIGO 3º - A Sociedade é composta das seguintes categorias de sócios:

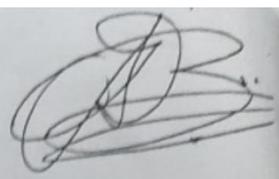
I) - Sócios Comunitários = todos os moradores do povoado de CORTE DE PEDRAS e de áreas circunvizinhas.

II) - Sócios Contribuintes = todos aqueles que quiserem colaborar financeiramente com a sociedade, contribuindo com a mesma forma e valor fixado em Assembléia Geral.

III) - Bene méritos = aqueles que tiverem prestado serviço de excepcional relevância à sociedade, a juízo do Conselho de Administração e com aprovação da Assembléia Geral.

ARTIGO 4º - A admissão como sócio será feita mediante proposta formulada pelo candidato, porém se efetuará após a aprovação do Conselho de Administração.

ARTIGO 5º - Os Sócios não respondem solidaria ou subsidiariamente, pelas obrigações ou compromissos contraídos pelo Conselho de Administração em nome da Sociedade.



ARTIGO 6º - São direitos dos Sócios Efetivos:

- I) - Votar e ser votado para os cargos eletivos desde que maiores de 18 (dezoito) anos de idade;
- II) - Tomar parte nas Assembléias Gerais e nelas apresentar propostas, discutir e votar sobre assuntos inerentes aos interesses e objetivos da sociedade;
- III) - Assistir às reuniões do Conselho de Administração, desde que convocado, para esclarecer assunto em pauta da reunião;
- IV) - Frequentar a sede e demais dependência da sociedade beneficiando-se de seus serviços;
- V) - Participar de jogos, festas e demais eventos artísticos, esportivos, culturais e sociais organizados ou patrocinados pela sociedade;
- VI) - Apresentar novos sócios;
- VII) - Recorrer das atos do Conselho de Administração através da convocação de Assembléia Geral.
- VIII) - Requerer, por escrito, ao Conselho de Administração a convocação de Assembléia Geral, desde que indique o justo motivo e obtenha a assinatura de $1/3$ (um terço) mais 1 (um) dos sócios comunitários.
- IX) - Ter acesso a este estatuto.
- X) - Apresentar novos sócios.

ARTIGO 7º - São deveres dos Sócios efetivos.

- I) - Acatar e cumprir as determinações deste estatuto bem como os regulamentos, instruções e deliberações do Conselho de Administração;
- II) - Aceitar e desempenhar com zelo e dedicação as funções ou cargos para os quais forem eleitos ou nomeados;
- III) - Comparecer às reuniões de Assembléia Geral;
- IV) - Indenizar a sociedade por qualquer prejuízo, moral ou material causado por si ou qualquer dos seus dependentes ou convidados;
- V) - Zelar pelo patrimônio e instalações da sociedade;

VI) - Recolher à tesouraria da sociedade as contribuições devidas dentro dos prazos estabelecidos pelo Conselho de Administração ou por resolução da Assembléia Geral.

ARTIGO 8º) - O sócio que cometer infrações estatutárias ou exercitar a prática de atos lesivos à sociedade estará sujeito à aplicação das seguintes penalidades:

- I) - Terá seus direitos suspensos pelo prazo de 30 (trinta) dias, por deliberação do Conselho de Administração.
- II) - Será excluído da Sociedade.

CAPÍTULO IV

DOS PODERES E ADMINISTRAÇÃO

ARTIGO 9º - São os seguintes os poderes da sociedade.

- I) - ASSEMBLÉIA GERAL
- II) - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
- III) - CONSELHO FISCAL
- IV) - DEPARTAMENTO DE APOIO

ARTIGO 10º - Seja a que título for nenhuma remuneração terão direito os membros dos poderes pelo exercício do Cargo.

ARTIGO 11º - É vedado acumular funções em mais de um Conselho.

ARTIGO 12º - Todos os poderes deverão registrar suas atividades em livros próprios, sobretudo em reuniões ordinárias, extraordinárias e resoluções.

ARTIGO 13º - Todos os membros dos Conselhos Fiscal e de Administração serão eleitos através do voto direto dos Associados em Assembléia Geral convocada exclusivamente para este fim.

CAPÍTULO V

DAS ASSEMBLÉIAS GERAIS

ARTIGO 14º - A Assembléia Geral é o poder autonomo e soberano da sociedade, compondo-se dos Sócios Comunitários em pleno gozo dos seus direitos, tendo a faculdade de resolver todos os assum



ARTIGO 15º - A Assembléia Geral poderá ser ordinaria ou extraordinaria.

I) - Será Ordinaria para:

a) - Eleger e empossar no decurso da 1ª (primeira) semana do mes de julho de cada ano os membros do Conselho de Administração e Fiscal.

b) - Apreciar e deliberar sobre as Contas, relatorios, financeiros, respectivos balanços do ano anterior e o parecer do Conselho Fiscal sobre as contas do Conselho de Administração.

II) - Será Extraordinaria para:

a) - modificar , restringir ou complementar este estatuto.

b) - Eleger e empossar os membros do Conselho de Administração no caso de impedimento ou renuncia, coletiva ou individual no prazo máximo de 15 (Quinze) dias da ocorrência.

c) - Eleger e empossar os membros do Conselho Fiscal no caso de impedimento ou renuncia, coletiva ou individual, no prazo máximo de 15 (quinze) dias da ocorrência.

d) - Deliberar pela perda de mandato de qualquer membro dos Conselhos Fiscal e de Administração, bem como pela cassação no todo ou em parte de membros nomeados para o Departamento de Apoio desde quando se comprove falta grave.

e) - Revogar qualquer resolução do Conselho de Administração contraria aos objetivos deste estatuto.

f) - Examinar e aprovar ou não, proposta do Conselho de Administração para concessão de título de sócio BENE-MÉRITO de que trata o item III do artigo 3º deste estatuto.

g) - Deliberar sobre os casos omissos neste estatuto.

ARTIGO 16º - A convocação das Assembléias Gerais será feita pelo Presidente do Conselho de Administração ou no impedimento deste pelo Presidente do Conselho Fiscal com a antecedencia de 10 (dez) dias através de edital fixado em local de facil acesso

nas dependências da sociedade e ainda divulgada por serviços de alto-falante ou outro meio de comunicação que sirva ao povoado.

§1º - O edital de convocação deverá conter necessariamente data, horário, local e ordem do dia para realização da Assembléia.

§2º - Decorrido o prazo estatutário para convocação das Assembléias Gerais ordinárias, bem como expirado o prazo de 30 (trinta) dias do pedido para instalação das Assembléias Gerais Extraordinárias, sem que o Presidente do Conselho de Administração a tenha convocado, qualquer membro do mesmo Conselho, obedecido a ordem disposta neste estatuto, ou ainda qualquer sócio poderá convocá-las.

ARTIGO 17º - As Assembleias Gerais serão instaladas em primeira convocação na hora marcada com a presença da maioria dos sócios comunitários (cincoenta por cento mais um) ou em segunda convocação, uma hora após, com qualquer número de sócios.

ARTIGO 18º - A direção das Assembléias Gerais caberá a quem as convocar, não obstante possa ser presidida por qualquer sócio aclamado entre os presentes, o qual escolherá o secretário que lavrará a respectiva ata.

ARTIGO 19º - As atas das Assembléias Gerais serão elaboradas na própria Assembléia e assinadas por quem a presidir, o secretário, os membros dos Conselhos de Administração e Fiscal e todos os demais sócios presentes.

ARTIGO 20º - Serão nulas as deliberações de assuntos que não digam respeito àqueles previstos no edital de Convocação.

ARTIGO 21º - Não terá direito a voto:

I) - O Sócio admitido posteriormente à convocação da Assembléia Geral.

II) - O sócio cujo assunto em deliberação se refira a ele próprio.

ARTIGO 22º - As deliberações das Assembléias Gerais serão tomadas pelo voto da maioria dos sócios presentes, metade mais um,



CAPÍTULO VI

DO CONSELHO FISCAL

ARTIGO 23º - O Conselho Fiscal é o órgão fiscalizador, composto de 3 (tres) membros eletivos, que escolherão entre si o Presidente, e 3 (tres) membros suplentes perfazendo o total de 6 (seis) todos eleitos como fixa o presente estatuto.

ARTIGO 24º - Os membros do Conselho Fiscal serão eleitos para um mandato de um ano coincidindo com o mandato do Conselho de Administração.

ARTIGO 25º - São atribuições do Conselho Fiscal.

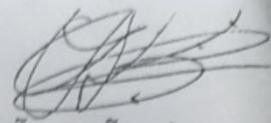
- I) - Examinar contas bancarias, livro caixa, todos os documentos contabéis e a sua respectiva escrituração.
- II) - Assistir às reuniões do Conselho de Administração.
- III) - Apreciar e dar parecer sobre os balancetes mensais.
- IV) - Assumir transitoriamente o Conselho de Administração por renuncia coletiva do mesmo.
- V) - Apreciar e dar parecer sobre a prestação de contas do Conselho de Administração, cujo mandato esteja se extinguindo, opinando sobre sua exatidão perante a Assembléia Geral por indicação de quem a presidir.

CAPÍTULO VII

DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

ARTIGO 26º - O Conselho de Administração é o órgão executivo composto de 06 (seis) membros eleitos pela sociedade na seguinte ordem:

- I - PRESIDENTE
- II - VICE - PRESIDENTE
- III - 1º SECRETÁRIO
- IV - 2º SECRETÁRIO
- V - 1º TESOUREIRO
- VI - 2º TESOUREIRO



ARTIGO 27º - Os membros do Conselho de Administração serão eleitos para um mandato de 1 (um) ano coincidindo com o mandato do Conselho Fiscal conforme o ART. 15º item I a este estatuto.

§1º - Será considerado renunciante o membro do Conselho de Administração que, sem justa causa, deixar de exercer sua função durante 30 (trinta) dias consecutivos ou, sem os mesmos motivos, deixar de comparecer a 3 (três) reuniões consecutivas ou 6 (seis) intercaladas.

ARTIGO 28º - Em caso de impedimento do Presidente e do Vice-Presidente ou a vacância dos respectivos cargos, assumirá o exercício da Presidência o 1º Secretário.

ARTIGO 29º - São atribuições do Conselho de Administração:

I - Cumprir e fazer cumprir este estatuto e as deliberações das Assembléias Gerais.

II - Estabelecer regulamentos e instruções que fixem, coordenem e disciplinem o funcionamento da união ou especifiquem as atribuições e responsabilidades de seus membros.

III - Administrar os bens patrimoniais, o funcionamento da união e a aplicação dos recursos financeiros em realizações que possam promover a melhoria plena das condições sociais dentro dos objetivos desta união.

IV - Reinvidincar doações, acordos e convenios para prestação de serviços que visem o bem estar da comunidade.

V - Celebrar acordos e convenios com entidades públicas ou privadas.

VI - Cumprir e fazer cumprir os regulamentos e instruções estabelecidos pelo próprio Conselho de Administração.

VII - Reunir-se ordinariamente, pelo menos, uma vez por mes.

VIII - ENVIAR ao Conselho Fiscal o balancete mensal até o dia 10 do mes subsequente.

~~X~~ IX - ENVIAR ao Conselho Fiscal, com uma antecedência de 15 (quinze) dias do término do mandato, o Balanço Geral das atividades da união.

X - Receber por inventário, que constará sempre da ata de posse, os bens e fundos da sociedade pelos quais ficará solidariamente responsável.

XI - Manter atualizado o quadro social.

XII - Prestar quaisquer esclarecimentos quando solicitado pelo Conselho Fiscal.

ARTIGO 30º - Compete ao Presidente:

I - Gerir a sociedade em fiel obediência aos estatutos, regulamentos e instruções.

II - Representar a sociedade ativa, passiva, judicial ou extra-judicialmente, podendo constituir procurador, com mandato específico, observados os limites de sua competência.

III - Convocar as Assembléias Gerais.

IV - Dirigir as Assembléias Gerais

V - Criar entre os associados, sempre que necessário, comissões especiais, com prazo de duração determinado, nomeando seus coordenadores e membros.

VI - Convocar, abrir, presidir e encerrar as reuniões do Conselho de Administração.

VII - Promover a integração dos sócios e desenvolver programas artísticos, culturais, esportivos, recreativos, sociais, urbanísticos e outros de interesse da comunidade.

ARTIGO 31º - Compete ao Vice-Presidente:

I - Assumir a presidência da sociedade por licença, impedimento ou vacância da presidência.

II - Participar das reuniões do Conselho de Administração.

ARTIGO 32º - Compete ao 1º SECRETÁRIO: +

I - Assinar em conjunto com o Presidente os documentos e correspondências inerente à vida da sociedade.

II - Secretariar as reuniões do Conselho de Administração bem como as reuniões de Assembléia Geral. +

III - Manter o arquivo de documentos correspondências, proporcionando-lhes ordenação, guarda, conservação e fácil acesso.

IV - Manter atualizado o registro dos sócios e seus dependentes.

V - Manter sob sua guarda todos os livros e documentos da sociedade.

ARTIGO 33º - Compete ao 2º Secretário.

I - Assumir o cargo de 1º Secretário por licença, impedimento ou vacância de mesmo.

II - Participar das reuniões do Conselho de Administração.

ARTIGO 34º - Compete ao 1º Tesoureiro.

I - Ter sob sua guarda e responsabilidade o patrimônio, bens numerários, valores, títulos e escrituras pertencentes à sociedade.

II - Abrir e movimentar, conjuntamente com o Presidente, contas bancárias em nome da sociedade.

III - Manter um livro caixa para escrituração dos recebimentos, pagamentos e apuração do saldo disponível.

IV - Elaborar os balancetes mensais observando o limite de prazo, até o dia 10 (dez) do mês subsequente,

V - Elaborar os balanços de encerramento do período do mandato.

VI - Elaborar as previsões orçamentárias, quando vierem a ser estabelecidas, observando o limite de prazo.

ARTIGO 35º - Compete ao 2º Tesoureiro.

I - Assumir o cargo de 1º tesoureiro, por licença, impedimento ou vacância do mesmo.

II - Participar das reuniões do Conselho de Administração.

CAPÍTULO VIII

DO DEPARTAMENTO DE APOIO.

ARTIGO 36º - O departamento de apoio será um órgão auxiliar do Conselho de Administração com funções previamente estabelecidas toda vez venha a ser acionado.

ARTIGO 37º - Os componentes do Departamento de Apoio serão esco

CAPÍTULO IX
DAS ELEIÇÕES

ARTIGO 38º - As eleições dos Conselhos de Administração e Fiscal realizar-se-ão regularmente todos os anos a partir de 1986 no dia 26 do mes de julho de cada ano, em Assembléia Geral Ordinária conforme preceitua este estatuto ..

ARTIGO 39º - São elegíveis todos os socios Comunitários em pleno gozo dos seus direitos estatutarios.

ARTIGO 40º - O processo eleitoral obedecerá as seguintes normas:

I - Com ANTECEDENCIA, NUNCA INFERIOR a 8 (oito) dias a da data em que se processará a Assembléia Geral será fixado em local de fácil acesso à comunidade o edital de convocação no qual constará entre outras coisas: o local da votação, os horarios de início, que não deverá ser antes das 8 (oito) horas da manhã e do término que não excede as 16 (dezesseis) horas.

II - De acordo com o que disporer o Edital de convocação da Assembleia Geral as inscrições poderão ocorrer até nas 24 (vinte e quatro) horas que antecederem à eleição.

III - Não será admitido o registro de chapas sem que não constem nomes para cada um dos cargos tanto do Conselho de Administração como do Conselho Fiscal.

IV - Fica vedado o direito do associado em candidatar-se em mais de uma chapa.

§ ÚNICO- Não haverá numero limitante para o registro de chapas concorrentes.

V - O pedido de registro da chapa deverá ser feito por escrito e assinado por todos os seus participantes que o encaminhará ao 1º Secretario, até 24 (vinte e quatro) horas antes da data prevista para as eleições.

ARTIGO 41º - O sistema de votação será pelo voto direto e secreto.

§ ÚNICO - É vedado o voto por procuração.

CAPÍTULO X
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS