

---

## A SAÚDE COMO ELEMENTO DE UMA GEOGRAFIA DA DOMINAÇÃO

ROCHA, Pedro Henrique<sup>1</sup>

---

Recebido (Received): 12/01/2022 Aceito (Accepted): 23/01/2022

Como citar este artigo: ROCHA, P.H. A Saúde como elemento de uma Geografia da dominação. v.1, Edição Especial, p. 138-155, 2022 (Dossiê: Perspectivas Caleidoscópicas da Geografia da Saúde).

**RESUMO:** Este artigo tem por objetivo fazer uma discussão teórica acerca da Geografia da Saúde a partir do entendimento da Geografia e da Saúde como elementos de dominação e controle social ao longo da história humana. Buscou-se demonstrar, assim, o vínculo entre a Geografia e a Saúde e a influência colonial no desenvolvimento da Geografia da Saúde até os dias atuais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Geografia da Saúde, dominação, colonialidade.

## HEALTH AS AN ELEMENT OF A GEOGRAPHY OF DOMINATION

**ABSTRACT:** This article aims to make a theoretical discussion about the Geography of Health from the understanding of Geography and Health as elements of domination and control throughout human history. Thus, it was sought to demonstrate the link between Geography and Health and the colonial influence on the development of the Geography of Health until the present day.  
não usar o google tradutor.

**KEYWORDS:** Geography of Health, domination, coloniality.

---

### Introdução

Atualmente a busca por uma interpretação geográfica dos fenômenos da saúde tem se tornado assunto de maior interesse dos estudantes e profissionais de Geografia, sobretudo após a eclosão da pandemia de COVID-19 em 2019. Porém, atrelado a esse crescente interesse o velho questionamento sobre a saúde ser um elemento geográfico volta a tona.

A fim de compreender a relação da Saúde, enquanto formas de curas, saberes e seu desenvolvimento social-científico, com a Geografia enquanto ciência, ergueu-se o trabalho de

---

<sup>1</sup> Graduado em Geografia pela Universidade Federal Fluminense. Membro do Laboratório de Estudos de Movimentos Sociais e Territorialidades (LEMTO-UFF). E-mail: pehenrique@id.uff.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7927-2345>

conclusão de curso, intitulado *A saúde como elemento geográfico, mas de qual Geografia?* submetido ao Curso de Geografia da Universidade Federal Fluminense no ano de 2021. O presente trabalho compõe uma parte da pesquisa realizada e foi desenvolvido junto ao Eixo de Estudos sobre Geografia da Saúde, Curas e Saberes, do Laboratório de Estudos de Movimentos Sociais e Territorialidades – LEMTO/UFF, sob a supervisão do Professor-Doutor Carlos Walter Porto-Gonçalves. Assim, por meio de uma revisão bibliográfica de obras sobre o desenvolvimento da Geografia enquanto ciência e sobre o desenvolvimento do pensamento em Saúde/da Geografia da Saúde, pode se afirmar que a Saúde é um elemento geográfico desde os primórdios da ciência geográfica.

O presente trabalho busca dar ênfase à relação da Geografia com a Saúde por meio da utilização de ambas como elementos de dominação ao longo da história humana. Desse modo, o texto se divide em quatro momentos. No primeiro momento retornamos às bases da Geografia enquanto um elemento de conformação da estrutura do saber e do poder. No segundo momento retornamos a trajetória de desenvolvimento da Geografia da Saúde, comumente descrita pelos autores do campo. Já no terceiro momento, identificamos a marca colonial que atravessa toda a narrativa de desenvolvimento da Geografia da Saúde. E, por fim, no quarto momento, formulamos uma proposta de entendimento da dominação como um laço de união entre o pensamento geográfico e o pensamento voltado para a saúde.

### **A ciência da dominação**

Pensar a Geografia enquanto parte da conformação da estrutura de saber e de poder é retornar à célebre frase/título do clássico trabalho de Yves Lacoste, *A Geografia – isso serve, em primeiro lugar, para fazer a guerra* (2011). Baseado nos ensinamentos de Lacoste, sobretudo a diferenciação entre uma *geografia do Estado-maior* e uma *geografia universitária*, para entender a real origem da ciência geográfica, vemos que a ciência que nos pariu (e parimos) existe “desde que existem os aparelhos de Estado” (2011:26) e que colocar a guerra como ponto de partida das premissas epistemológicas da nossa ciência não implica afirmar que ela só serve para conduzir operações militares, mas que ela também serve para organizar os territórios, colocar as coisas em ordem (ordenação espacial). Ou, nas palavras do autor, “não somente como previsão das batalhas que é preciso mover contra este ou aquele adversário, mas também para melhor controlar os homens sobre os quais o aparelho de Estado exerce sua autoridade” (2011:23).

Nesse sentido, entender que a *geografia do Estado-maior* de Lacoste é a representação (científica) de uma forma de dominação de cima para baixo pelo poder Estatal é, também, compreender que a Geografia foi criada num contexto de reorganização das formas de controle social pelo Estado Territorial (PORTO-GONÇALVES, s/d). Lopes de Souza (2007) e Porto-Gonçalves (s/d) nos atentam que o surgimento do geógrafo está vinculado à uma atribuição criada pelo soberano, o Rei, para a composição das cidades e que o olhar de sobrevoo, ou numa perspectiva de “voo de pássaro”, constitui uma prática de controle populacional para uma melhor gestão do espaço geográfico. Espaço esse que carrega em sua etimologia heranças/referências às relações sociais entre espaço e poder, como em *principado*-príncipe, *reinado*-rei, *régio/região*-rei, *pólis*-política, *burgo*-burguês e etc. (HAESBAERT, 2010; PORTO-GONÇALVES, s/d).

Ainda que caminhando por outros trilhos, Moreira em *Para onde vai o pensamento geográfico* (2017) também se mostra importante para o debate pois o autor busca situar o nascimento e a evolução da Geografia, porém com a atenção mais voltada ao que o mesmo denomina de *Geografia moderna*. Recorrendo a Tatham, Moreira expõem que a Geografia passa por três fases diferenciadas por fundamentos filosóficos e paradigmas, a qual as denominou como: (I) o paradigma holista da baixa modernidade, (II) o paradigma fragmentário da modernidade industrial e (III) o paradigma holista da hipermodernidade.

Por meio desses paradigmas, Moreira apresenta o caminho percorrido pela ciência geográfica desde a sistematização científica no plano teórico-metodológico por J. R. Foster (1729-1798) e Immanuel Kant (1724-1804), a qual originou o conceito de espaço geográfico por meio das diversas informações que haviam sido colhidas em todos os cantos do mundo e a conversão delas pela noção empírica da superfície terrestre; passando pelo período de crise do holismo e a fragmentação generalizada da ciência, o que resultou em um número crescente de Geografias sistemáticas (a qual é maior simbolizado pela dicotomia Geografia Humana x Geografia Física); até chegar na crise ambiental desencadeando um novo momento de reflexão em torno da teoria e do método que deveriam ser empregados na ciência, o que resultou na “hominização do homem pelo próprio homem” e na *Geografia Crítica* como maior exemplo do período (atual).

Ainda que o foco de Moreira (2017) seja a indicação dos contextos para o surgimento das diferentes visões e premissas ao longo do tempo, para apontar uma evolução da ciência e, a partir disso, questionar os rumos que o pensamento geográfico toma(rá), e não necessariamente apontar o caráter de dominação da Geografia, seus cortes temporais nos auxiliam a interpretar os alertas feitos por Lacoste (2011), Lopes de Souza (2007) e Porto-Gonçalves (s/d).

Assim, propondo um diálogo entre os autores vemos que o *paradigma holista da baixa modernidade* significa a reunião das mais variadas informações sobre os mais variados lugares para a composição de um grande repositório com uma margem de confiança razoável para que fosse possível a formulação do conceito de espaço geográfico, configurando um pressuposto de sistematização e formação de uma base empírica da Geografia, e para a realização de estudos espaciais (MORAES, 2005; MOREIRA, 2017). Estudos esses, que num segundo momento são convertidos em cartas e mapas para auxiliar a formulação de táticas, práticas e estratégias para fazer a guerra e/ou exercer o poder (LACOSTE, 2011).

Já o *paradigma fragmentário da modernidade industrial* seria aquele que além de expor a forte influência dos ideais positivistas na ciência geográfica e representar o período de baixa da ciência, expõe o que o Porto-Gonçalves (s/d) questiona ser um primado da Geografia: a organização territorial. Ou seja, é nesse momento que, no meio de toda agitação e caos urbano provocado pela Revolução Industrial, o pensamento geográfico se faz presente nas reformas urbanas, reordenando o espaço de acordo com os interesses de uma parcela da população que ensejava o favorecimento das relações de produção/comerciais e de um poder político capaz de controlar e evitar revoltas (FOUCAULT, 2008).

Por fim, o *paradigma holista da hipermodernidade* é o que expõe um outro período de crise, ou melhor de crises (crise ambiental, crise do modelo fordista de acumulação, crise da interpretação fragmentária da Geografia). Mas além dessas crises, esse corte temporal também nos expõe a emergência da 3ª Revolução Industrial e o que Santos (2014a) denominou como *meio técnico-científico-informacional*. Ou seja, vê-se a emergência de um outro nível de organização territorial, agora vindo de empresas que conseguem ordenar (ou controlar/dominar) o território por escalas cada vez mais distantes da escala do dia-a-dia.

### **A geografia da saúde: uma narrativa datada e localizada**

A relação da Geografia com a Saúde nos remete a um caminho que vem desde a Antiguidade Clássica até os tempos atuais. Nessa tradição, interpretamos que a interação entre a Geografia e a Saúde pode ser observada de duas formas: (I) como a construção de um pensamento médico voltado para a relação homem-meio, que foi se integrando ao pensamento geográfico ao longo do tempo; ou (II) em conjunto com o próprio desenvolvimento da Geografia enquanto ciência.

Se pararmos para analisar a história de desenvolvimento da Geografia da Saúde que usualmente é narrada pelos autores do campo veremos que tal qual é comumente evocado

pela cultura moderna ocidental, o pensamento geográfico voltado para a saúde tem na sociedade grega seu berço histórico-geográfico. Por meio da figura de Hipócrates (460 a.C. – 370 a.C.), nascido na ilha de Cós (considerado um dos principais centros de medicina do século V a.C.) inaugura-se uma nova compreensão das doenças. Se antes entendia-se a tríade saúde-doença-cura por meio da religiosidade e pelo desequilíbrio dos fluídos internos (água, ar, sangue, etc.), a partir do pensamento hipocrático há uma desvinculação das causas das doenças das explicações mitológicas e a difusão da teoria de que as mesmas são causadas pela natureza e os sintomas corporais são reações do organismo, além de que a cura para esses eventos estaria vinculada ao meio geográfico (DUTRA, 2011; GUIMARÃES; PICKENHAYN; LIMA, 2014).

A base de pensamento constituída por Hipócrates perdurou como hegemônica até a Idade Média europeia, quando o domínio da Igreja e a rejeição da cultura clássica fizeram com que as doenças voltassem a ser pensadas pelo viés religioso e místico (DUTRA, 2011). Entretanto, com a Expansão Marítima e o crescente número de trabalhos realizados pelos médicos que viajavam nas comitivas, a qual utilizavam de uma metodologia similar à da Geografia Descritiva, observa-se uma reformulação do pensamento em saúde. A partir das pesquisas de Junqueira (2009) e Mazetto (2008) vemos como esses trabalhos expõem o estreito vínculo entre o campo da saúde e as práticas coloniais europeias, pois a identificação e explicação da distribuição das doenças pelo espaço, em especial as infecciosas, contribuíram para a criação de estratégias militares que visavam proteger as tropas coloniais dessas cepas e assim auxiliar na dominação dos territórios não-europeus. Nesse sentido, Mazetto (2008) ainda afirma que a necessidade de criação de um repositório de dados sobre as doenças, para a proteção das tropas europeias, possibilitou que projetos de pesquisas fossem financiados pelo Estado colonizador.

Com o passar do tempo e com a eclosão de diversas revoluções no século XVIII<sup>2</sup> uma nova etapa da construção da racionalidade europeia é instituída. Por meio da industrialização e da crescente introdução de técnicas que visavam o aumento da produção com o aumento da produtividade vê-se de maneira mais clara a ruptura da concepção mítica das doenças resgatada na Idade Média, a ascensão da Teoria dos Miasmas e a estruturação do caminho para o movimento sanitário (MAZETTO, 2008; DUTRA, 2011). Por outro lado, esse mesmo momento também apresenta a Geografia e a Saúde como formas de controle/organização da própria população (biopolítica e geopolítica).

---

<sup>2</sup> Exemplos como o Iluminismo, a Revolução Estadunidense, a Revolução Francesa e a Revolução Industrial.

As marcas do tempo industrial evidenciadas no espaço e nos corpos pelo aumento das cidades e das populações, assim como da sujeira, do mau cheiro, das epidemias, da miséria e etc. (GUIMARÃES; PICKENHAYN; LIMA, 2014) acabam sendo o contexto histórico-geográfico para que Foucault (2008) formulasse suas teorias sobre a *medicina social* e nos apresentasse as novas classificações corpóreas em seus diferentes níveis/categorias: da população, do urbano e dos proletários. Esse mesmo contexto nos apresenta uma intensa instabilidade social provocada por um lado pela criação de novas técnicas de dominação e por outro pelas respostas revolucionárias das populações às condições precárias de vida, fato esse que assustava as elites políticas, que por sua vez, cobrava do Estado uma intervenção (CZERESNIA, 1997; FOUCAULT, 2008; GUIMARÃES; PICKENHAYN; LIMA, 2014; GUIMARÃES, 2015; NOGUEIRA, 2018). Há de se destacar que essa instabilidade acabou gerando melhorias nas condições vida, como a redução da jornada de trabalho, melhorias na alimentação, dos níveis de salubridade e etc., mas esses avanços acabaram gerando uma gradual substituição da visão holística e multicausal pela visão unicausal, pois passou-se a entender que os melhores resultados na saúde estavam vinculados aos acontecimentos ligados à Revolução Bacteriológica e não aos melhores níveis de trabalho, alimentação, salubridade e afins (GUIMARÃES; PICKENHAYN; LIMA, 2014; NOGUEIRA, 2018).

A partir disso, o saber biomédico, que está(va) amparado na descoberta dos organismos microscópicos e na anatomoclínica, passou a figurar como uma espécie de “medicina oficial” e, assim, passou a valorizar o conhecimento individual e biológico. Todavia, algumas perguntas permaneciam sem explicação, como a não infecção de um indivíduo mesmo entrando em contato direto com o infectado. Fato que levou ao retorno da consideração do ambiente como um espaço de relações e de desenvolvimento das doenças, sobretudo com os trabalhos de E. N. Pavlovsky (1884-1965), com seu *foco antropológico*, e Maximilian Sorre (1880-1962), com seu *complexo patogênico*.

Com essa adaptação científica do saber geográfico (SANTOS, 2010b) e com a Segunda Guerra Mundial – que acaba dando impulso ao saber geográfico voltado para a saúde pois no contexto da guerra era, novamente, necessário saber quais doenças poderiam ser encontradas em determinados territórios para que estratégias de proteção às tropas militares fossem traçadas – a Geografia da Saúde, enfim, surge de “forma oficial” em 1949 no Congresso da União Geográfica Internacional – UGI, ainda denominada como Geografia Médica e compreendida como “o estudo da distribuição e prevalência das doenças na superfície da Terra, bem como e todas as modificações que nelas possam advir por influência dos mais variados fatores geográficos e humanos” (PESSOA, 1960 *apud* SANTOS, 2010b).

É importante destacar que por mais que tenhamos aproximado o desenvolvimento da *Geografia Médica* do desenvolvimento da *Geografia da Saúde*, como uma forma de melhor explicar o desenvolvimento do campo em que estamos inseridos e uma forma de melhor apontar a relação da Geografia Médica/da Saúde com a própria Geografia, sabemos que essa diferenciação nos nomes não é uma simples questão semântica. Compreendemos que essa narrativa consagrada pelos autores do campo, que estamos evocando, nos possibilita identificar uma história própria, um objeto de estudo próprio, interesses próprios, narrativas próprias e uma geograficidade própria tanto para a *Geografia Médica*, quanto para a *Geografia da Saúde*.

Tanto que nessa mesma narrativa vemos que o surgimento da *Geografia da Saúde* acaba sendo associado à solicitação de alteração do nome do grupo de trabalho da UGI, de “Geografia Médica” para “Geografia da Saúde” na década de 1970. Mas, como apontam Guimarães, Pickenhayn e Lima (2014) essa mudança na nomenclatura deve ser compreendida de forma atrelada a uma conjuntura envolvendo três dimensões: a Geografia, a Saúde e a sociedade.

Sobre a Geografia, Moreira (2017) mesmo já nos indica a conjuntura dessa dimensão quando fala sobre o *paradigma holista da hipermodernidade*, abordado no item anterior. Sobre a Saúde, Osório e Schraiber (2015) contribuem para o entendimento dessa dimensão quando narram a história da Saúde Coletiva e nos indicam a influência dos movimentos de *medicina preventiva, medicina comunitária, medicina social e saúde coletiva* nos debates acerca dos custos relacionados às práticas médicas, dos currículos de ensino médico e da relação da medicina e, sobretudo, da saúde com a sociedade. Por fim, sobre a sociedade não podemos esquecer que a década de 1970 é marcada pela crise do sistema capitalista, pela ascensão da acumulação flexível, o fim do Estado de bem-estar social (para a Europa e para os Estados Unidos) e ataque aos trabalhadores e políticas de cunho social, que além disso passam a conviver com a subcontratação, terceirização do trabalho, automação, desemprego em massa e estrutural.

São por essas conjunturas que Guimarães (2015) aponta que “a contribuição da Geografia não podia mais se limitar apenas ao campo da distribuição e das causas das doenças (*Geography of diseases*)” e por isso entende-se a alteração do nome na UGI em 1976.

Ainda assim, insistimos na aproximação da *Geografia Médica* com a *Geografia da Saúde* nesse desenvolvimento do pensamento em saúde e do pensamento geográfico, pois esse movimento nos permite algumas observações como a relação direta entre os momentos que são destacados na história do campo com os momentos da História do Pensamento

Geográfico destacados por Moreira (2017). Se pararmos para nos atentar a narrativa que aqui resumimos vamos perceber que usualmente três momentos de nossa história são destacados: (1) Hipócrates, seu pensamento e a sua medicina; (2) a Revolução Industrial, seus impactos no ambiente e na sociedade; e (3) a década de 1970, no contexto das lutas sociais e debates em torno de melhores condições de vida e trabalho. Aos quais se sobrepõem aos paradigmas destacados por Moreira (2017) em seu trabalho, seja em período/corte histórico, seja em contexto social ou científico, o que acaba nos permitindo apontar que o desenvolvimento da Geografia Médica/da Saúde ocorreu em conjunto com o desenvolvimento da Geografia enquanto ciência.

Além disso, uma outra observação que esse movimento nos permite, e que acaba justificando o nome do tópico, é que essa história usualmente narrada nos direcionam à Europa como o centro da racionalidade e do desenvolvimento em saúde, levando-nos a crer que fora desse continente não houve nenhum tipo (ou quase nenhum tipo) de formas de pensamento (geográfico) em saúde se desenvolvendo.

### **A colonialidade na geografia (da saúde)**

Como indicado anteriormente, a trajetória de desenvolvimento da Geografia (da Saúde) apresenta marcas histórico-geográficas muito bem delimitadas ao ponto de inibir o questionamento sobre a formulação de táticas/estratégias de outras sociedades/espacos geográficos, tal qual formas de cura, que não fossem originários da Europa. Será que somente os povos europeus entravam em conflitos com os demais e por isso somente eles deveriam criar estratégias de combate? E o mundo inteiro aprendeu técnicas de cura com Hipócrates? Ninguém se curava em outros espaços geográficos e tempos históricos?

Questionar a narrativa hegemônica sobre o desenvolvimento da Geografia da Saúde é, aparentemente, adentrar numa disputa pelo poder da cura, ou seja, uma geopolítica de produção de conhecimento que a nós se traduz como um embate entre Ciência X Fé/Misticismo (LIMA JUNIOR, 2014), entre diferentes povos e culturas e suas matrizes de racionalidades próprias. A hegemonia imposta pela tradição europeia, pela burguesia, não deve ser desprezada, afinal é a partir da constituição de sistemas atrelados à lógica científica que se implantou políticas públicas. O questionamento central é que o discurso evidenciado pelo desenvolvimento desse saber promove uma inibição e apaga os vestígios de produção e manuseio de outros saberes sobre a cura: epistemicídio. Nesse sentido a Teoria Decolonial surge como um elemento capaz de auxiliar uma leitura crítica sobre a história que nos é

contada, já que um dos seus fundamentos é a crítica ao desenvolvimento de uma razão moderna que se afirma a partir da desvalorização, subordinação e hierarquização de outras formas de saber, e enxergamos na nossa história justamente a supressão, hierarquização e desvalorização dos modos de saberes não-europeus, o que se vincularia ao que Santos (2002) denomina como *razão metonímica*<sup>3</sup> e *razão indolente*<sup>4</sup>.

Esse movimento fundante da razão moderna sobre as demais (OLIVEIRA, 2018) se enraizou na sociedade moderna-colonial em seus mais diversos níveis sociais, hierárquicos e subjetivos. A *colonialidade do ser*<sup>5</sup>, caracterizada por Maldonado-Torres (2008), pode ser entendida na saúde pela marca do senso comum em preferir as formas de cura e tratamentos presentes em hospitais, farmácias e remédios (enquanto comprimidos vendidos em farmácias e receitados por médicos hospitalares) em oposição a outros tipos de remédios (agora classificados como “naturais”, como as rezas, as plantas, as ervas – e outros elementos disponibilizados pelo meio). Os elementos classificados hoje como místicos ou religiosos sofreram esse deslocamento em virtude da expansão do pensamento moderno europeu, seja no próprio território europeu com a caça às bruxas e a discriminação dos camponeses, ou na nossa sociedade, com a desqualificação de funções como curandeiros, benzedeiros, parteiras, entre outros.

Para compreender a modernidade partimos do conceito de *pensamento abissal* (SANTOS, 2010a) como um sistema definido por uma linha que separa a realidade social em dois universos – forjando a visibilidade de um saber sobre a invisibilidade de outro – e da exposição de Lander (2005) sobre as Ciências Sociais e seus saberes coloniais e eurocêntricos. Como entendemos que a Geografia é uma ciência para a sociedade, por seu objeto ser uma condição primária para a realização de qualquer sociedade (LOPES DE SOUZA, 1988; PORTO-GONÇALVES, 2006), conseguimos enquadrá-la na fala de Lander sobre o seu campo de saber.

---

<sup>3</sup> A razão metonímica, tal como entendemos como figura de linguagem, corresponde a substituição da parte pelo todo. Nas palavras de Santos (2002), a razão metonímia é aquela que a partir da cisão da totalidade “se reivindica como a única forma de racionalidade e, por conseguinte, não se aplica a descobrir outros tipos de racionalidade ou, se o faz, fá-lo apenas para as tornar em matérias primas”. Ou seja, é o tipo de racionalidade que é obcecada pela totalidade sob a forma de ordem e que sempre a organiza de forma hierárquica privilegiando a sua própria racionalidade.

<sup>4</sup> A razão indolente, primariamente, é o tipo de razão que não sente dor. Mas além disso, é o tipo de razão que não sente necessidade de aprender mais, pois se considera sabedor de tudo, uma racionalidade única e hegemônica, e por isso perpetua sua forma de pensar desconsiderando qualquer alternativa contra hegemônica, pois “o que está posto não é passível de luta” (SANTOS, 2002).

<sup>5</sup> De acordo com Maldonado-Torres (2008), a colonialidade do ser é a forma de dominação e hierarquização mais subjetiva entre todos os tipos/níveis de colonialidade. Assim, a *colonialidade do ser* está relacionada às experiências vividas com a colonização e seus impactos na linguagem, no comportamento social e na visão de mundo dos povos colonizados.

De acordo com o venezuelano a modernidade está fundada em múltiplas separações ocorridas no ocidente: (1) a separação religiosa – a religião judaico-cristã expõe o homem como a semelhança de Deus e o separa da natureza, legitimando qualquer alteração do homem na natureza; (2) a separação mente-corpo, e a separação entre a razão e o mundo – o que possibilitou entender o corpo enquanto um elemento vazio e o mundo não mais como uma ordem significativa ou integrada aos cosmos, qualificando-o agora como um mecanismo desespirtualizado a ser capturado pelos conceitos e representações construídos pela razão; e por fim (3) as separações que Weber conceitualizou com constitutivas da modernidade cultural com a criação de uma cultura geral e uma cultura de especialistas (LANDER, 2005).

Tais separações se apresentam, na autoconsciência europeia, como ponto de partida na constituição de uma narrativa universal (ou metarrelato) que organiza todas as culturas e povos sob um entendimento de direitos, propriedade e o próprio papel do homem enquanto agente no espaço geográfico. O contraste entre o moderno (europeu) e os outros (o restante dos povos e culturas do planeta) ocorre a partir da negação do direito coletivo por um direito individual (CLAVERO, 1994 *apud* LANDER, 2005). Nesse sentido, Lander (2005) afirma que as Ciências Sociais nascem da derrota de uma resistência a esse direito do colonizador e se relacionam a uma tentativa de cientificizar as sociedades, ou melhor, identificar quais espaços possuem direitos.

A Geografia (da Saúde) também possui em sua história características coloniais. O repositório de dados, referidos anteriormente constitui as bases para a criação dos mapas-mundi, a qual cumprem o papel de classificar os povos partindo de seu referencial espacial (MALDONADO-TORRES, 2008) e indicar as populações/saberes que devem ser enquadrados pela razão metonímica (SANTOS, 2002; LANDER, 2005).

Enrique Dussel (2005) contribui para o nosso entendimento pois compreende a modernidade como sinônimo de eurocentrismo e a divide em dois conceitos: um provinciano e regional – por se tratar de uma emancipação da imaturidade europeia pelo esforço da razão como processo crítico, e por indicar os fenômenos europeus como pontos de partida –; e o outro em uma visão de sentido mundial – consistida na determinação dos Estados, exércitos, economia, filosofia e etc. europeus como centro da “história mundial”. Ambos os conceitos validam a afirmação da modernidade como responsável pelo ocultamento de culturas e saberes, seja por uma classificação forjada e/ou pelo uso da violência.

Aos olhos dessa modernidade, compreendida tal qual Mignolo (2005) expõe<sup>6</sup>, construiu-se um culto exacerbado ao cientificismo como projeto de emancipação e única explicação possível do real. “A afirmação da ciência como única forma de conhecimento válido tem em sua origem não apenas razões de ordem epistemológica, mas também razões de ordem econômica, social e política” (NOGUEIRA, 2018). Tal origem possibilitou a associação com o projeto expansivo europeu e concedeu a ciência moderna ocidental, por meio de um desenvolvimento técnico, o privilégio de definir o que é conhecimento válido e o monopólio da verdade (NOGUEIRA, 2018; OLIVEIRA, 2018).

É nesse contexto sociocultural de produção do pensamento/ciência moderno(a) que a saúde passa a se readequar ao contexto de controle/dominação de outrora e, assim, apresenta sua forma “moderna”, o modelo biomédico. Tal qual aponta Nogueira (2018), sua consolidação ocorrer no seio dessa dita racionalidade nos permite apontar a ligação umbilical que esse saber tem com a colonização e, por isso, a necessidade de resgatarmos as raízes para entendermos as técnicas e tecnologias que foram construídas e legitimadas institucionalmente para *geografar*<sup>7</sup> os territórios com as ações de violência, subordinação e expropriação dos corpos.

Nesse sentido, a saúde moderna exhibe os espaços considerados “vazios jurídicos” por uma cartografia abissal (SANTOS, 2002; OLIVEIRA, 2018) e os corpos enquadrados por práticas de biopolítica e biopoder (FOUCAULT, 2005) como suas formas para superar as diversas *geografias* e deixar suas marcas (modernas) nos territórios não-europeus (SANTOS, 2014). Em outras palavras, nem todos os espaços têm acesso à saúde e esse não-acesso não deve ser entendido como obra do acaso, é significativo, pois esses espaços usualmente são compostos por pessoas com uma cor definida, por um gênero predominante, por ocupação de posições inferiores na hierarquia/relações de trabalho<sup>8</sup> – elementos que, vale destacar, podem atuar em conjunto na *geografia* do território ou não. A não presença ou a baixa presença do poder público promovendo a saúde nesses espaços é uma forma de negar-lhes um direito básico, a vida. E, além disso, a negação da vida acaba sendo uma forma de controle/domínio territorial, pois se não há vida não há resistência.

---

<sup>6</sup> “não pode haver modernidade sem colonialidade, a colonialidade é constitutiva da modernidade e não derivativa” (2005:78)

<sup>7</sup> Em consonância com o pensamento de Porto-Gonçalves sobre a Geografia, a entendemos como verbo. Ou seja, a Geografia é o ato de *grafar* (marcar) a Terra/Geo.

<sup>8</sup> Exatamente os elementos que Quijano (2005) elege como constituintes da *colonialidade do poder*: raça, trabalho e gênero.

## **O laço entre a geografia e a saúde**

O esforço em tentar ler a história da Geografia (da Saúde) de maneira crítica nos permite criar um outro olhar para essa história que nos é contada. Por conta disso, se torna curioso analisar o desenvolvimento da Geografia Médica/da Saúde após uma leitura da Teoria Decolonial porque vemos como a sua narrativa está submetida aos pressupostos que os pensadores aqui citados expõem, tanto que um dos nossos principais questionamentos, a supressão, hierarquização e desvalorização de saberes não-europeus nessa “narrativa oficial” é respondida (ou ao menos direcionada para a resposta) pelos trabalhos de Santos (2002; 2010a), Dussel (2005), Lander (2005) e Mignolo (2005). Essa relação umbilical (OLIVEIRA, 2018) do pensamento em saúde com as práticas coloniais e do pensamento geográfico com uma *arte* de controlar, ordenar e reordenar o espaço (LOPES DE SOUZA, 2007; LACOSTE, 2011; PORTO-GONÇALVES, s/d) nos indica um laço estreito entre a Geografia e a Saúde: a sua utilização como um elemento de dominação.

Assim, torna-se praticamente impossível pensar uma Geografia da Saúde que não seja permeada por essa relação de dominação. A fim de ilustrar melhor esse estreito laço chamamos a atenção aqui para, ao menos, três momentos da nossa história que indicam a saúde como um elemento capaz de criar formas de dominação e ordenamento territorial.

O primeiro momento que gostaríamos de destacar é o período colonial. É nesse período que a História moderna aponta eventos como a Expansão Marítima e a dominação dos demais continentes pelas populações europeias; que a Geografia é utilizada a partir do seu método descritivo para coletar, descrever e catalogar informações úteis ao Estado colonizador; e a saúde surge como um elemento capaz de diferenciar áreas e indicar quais eram mais suscetíveis ou não para a dominação, além de apontar quais possuíam maiores riscos para as tropas coloniais. Tal como os pensadores decoloniais, indicamos esse momento histórico como ponto de partida do entendimento da proposta de interpretação da saúde como um elemento de uma Geografia da dominação, pois não podemos ignorar o fato de que a afirmação da Europa como berço do saber e conseqüentemente, berço do pensamento em saúde, só ocorreu em função da dominação da África, da(s) América(s) e da Ásia (DUSSEL, 2005; MIGNOLO, 2005; QUIJANO, 2005).

Nesse primeiro corte temporal interpretamos que a principal marca seja a saúde sendo utilizada como um mecanismo para a dominação do outro, pois aqui os repositórios de informações, tão importantes para a formulação do espaço geográfico para Kant (MOREIRA, 2017), para os pressupostos de sistematização da Geografia (MORAES, 2005) e parte da *Geografia do Estado-maior* (LACOSTE, 2011) se constituem baseados nas expedições de estudos científicos e nas expedições/missões para controle territorial. As diversas

informações levantadas foram fundamentais para o entendimento do inimigo e para a criação de táticas para as operações militares. Lembremos do alerta de Mazetto (2008) sobre o financiamento do Estado colonizador às pesquisas científicas!

Além disso, é a partir desses mesmos repositórios que conseguimos entender a construção de argumentos que serviram para que a linha abissal pudesse ser traçada. Um exemplo disso é o determinismo geográfico e outro são as “doenças tropicais”, ambos estavam muito presentes no período e se tornaram importantes pretextos para justificar a hierarquização e a subalternização dos povos. Sobre as “doenças tropicais” vale a pena destacarmos e falarmos um pouco mais. De acordo com Peixoto (1975) o que se entendia como uma exclusividade patológica dos trópicos não era bem uma exclusividade, a Europa já apresentava essas mesmas doenças antes do contato entre as populações. Além disso, Crosby (2011) nos propõe uma leitura do imperialismo europeu pela invasão das “biotas portáteis”, nomeando isso como um imperialismo ecológico/biológico, pois “o intercâmbio de doenças infecciosas entre o Velho Mundo e suas colônias americanas e australianas foi espantosamente unilateral, tão unilateral e unidirecional quanto o intercâmbio de pessoas, ervas e animais” (2011:224). Assim, a construção de táticas e estratégias militares para a conquista de territórios foi facilitada já que muitos foram assolados por epidemias e por mortes, além das fugas de suas populações para áreas mais distantes por medo de novas doenças.

O segundo momento que gostaríamos de destacar são os séculos XVIII e XIX. Aqui a História destaca as diversas revoluções, como a Estadunidense, a Francesa e a Industrial, fora outros importantes marcos: o Iluminismo, o novo colonialismo e o estabelecimento do sistema capitalista industrial. A Geografia, por sua vez, destaca o que Porto-Gonçalves (s/d) considera ser um primado de sua existência, o ordenamento territorial. Já a saúde surge como um elemento fundamental para que o ordenamento territorial seja cumprido por meio das práticas higienistas. É importante destacar que, a primeira vista, esse corte histórico-geográfico aparenta ter um vínculo muito maior com a Europa do que outros territórios, mas sugerimos interpretá-lo a partir de duas bases: a primeira seria pela requalificação/conversão/adaptação dos saberes usurpados e utilizados de/em outros territórios e territorialidades no colonialismo, e o segundo pela construção de táticas e estratégias para o controle da própria população.

Sobre a primeira base não podemos esquecer que ainda no século XVI as tecnologias mais modernas não estavam localizadas na Europa, e sim nas Américas com os moinhos de açúcar (MOREIRA, 2012) e que a dominação dos diferentes povos do continente africano ocorreu, em grande parte, pelos seus conhecimentos sobre a agricultura e mineração. Dessa

forma, ainda que as tecnologias e maquinarias europeias representem, de fato, um novo momento para a sociedade mundial não podemos ser inocentes ao ponto de achar que elas não tiveram influência dos saberes usurpados dos povos não-europeus. Da mesma forma que o êxito nas conquistas territoriais influenciaram na construção de táticas militares dos Estados europeus pós séculos XVI/XVII.

Sobre a segunda base não podemos esquecer, também, que o advento da Revolução Industrial provocou uma enorme mudança nas cidades, que passaram a ser “assoladas por sujeira, mau cheiro e epidemias” (GUIMARÃES; PICKENHAYN; LIMA, 2014). Esse novo cenário, que Foucault (2008) narra no desenvolvimento da sua *medicina social* e na construção de estratégias de biopolítica e biopoder, é o ponto que possibilita que a Medicina e a Geografia possam se unir e nos indicar a relação entre as duas bases, pois não conseguimos analisar de maneira desvinculada o modelo de intervenção médico-político visto nas políticas higienistas dos séculos XVIII e XIX das estratégias militares exitosas de controle e domínio territorial dos séculos XVI e XVII. Ainda mais quando lembramos que Czeresnia (1997) indica que as práticas higienistas eram “uma variação sofisticada dos esquemas de quarentena da Idade Média”. Assim, diferente do primeiro momento, interpretamos que aqui a dominação está voltada para a própria população.

Por fim, o terceiro momento que gostaríamos de destacar seria o século XX e o início do século XXI. Nesse momento a História nos reserva a 3ª Revolução Industrial e o capitalismo informacional; a Geografia se destaca pelas análises sobre a globalização e o meio técnico-científico-informacional; e a saúde tem a afirmação do modelo biomédico. É bem verdade que o modelo biomédico não é exclusividade desse período, sabemos que sua origem nos remete aos séculos XVIII e XIX, mas, ainda sim, interpretamos que ele merece ser destacado pois, entre tantas coisas, é a forma de controle/dominação que está em curso; expôs uma noção de corpo-espço-saúde cada vez mais individualizada/personalizada<sup>9</sup>, a qual representa mais uma etapa do *paradigma atomístico-individualista da ciência moderna*<sup>10</sup> (PORTO-GONÇALVES, 2018); tem na forma hospitalar um dos seus pilares de sustentação (FOUCAULT, 2006; NOGUEIRA, 2018); exhibe, por meio da medicalização/patologização, a transformação do corpo em mercadoria e a incessante busca pelo lucro (BARROS, 2002); e também mostra suas fragilidades como um elemento possuidor da “verdade absoluta” pois a presença/integração de saberes “tradicionais/periféricos” nas políticas públicas (como as

---

<sup>9</sup> Vide os avanços da chamada 4ª Revolução da Medicina.

<sup>10</sup> Baseado no pensamento de Enrique Leff, Porto-Gonçalves expõe que esse paradigma constitui uma incessante busca pela unidade menor, mais simples, indivisível da matéria/do conhecimento/da vida.

PICS, a Saúde da Família, as políticas de promoção de saúde e etc.) acabam sendo uma forma de apontamento da limitação epistêmica.

Além disso, por conta de todo o contexto histórico-geográfico do período interpretamos que há uma nova forma de controle via saúde oriundo de outras escalas, cada vez mais distantes, ordenados pela indústria farmacêutica (um outro importante pilar) que nem no território estão. Mas que ainda assim possuem influências para ordenar o espaço urbano e ordenar o consumo de drogas a fim de melhorar o que aflige o doente (a cidade ou a pessoa).

Dessa forma, o estudo sobre o modelo biomédico se mostra de fundamental importância para os nossos dias, ainda mais por meio da Geografia. Porém, devemos ter em mente que além de entendermos a Geografia como uma ciência da dominação, fato que aproxima o nosso conhecimento do pensamento em saúde, devemos entender a ciência geográfica como uma ciência holista (MOREIRA, 2017). Mesmo que a saúde represente um olhar específico dentro da abrangência do olhar geográfico, ela não se limita às fronteiras biológicas do corpo humano, pelo contrário, ela transcende essas fronteiras e expõe a natural relação do corpo com o meio. Um metabolismo único e interdependente que é traduzido pelas relações que constituem o espaço geográfico, ou melhor, o espaço-corpo geográfico.

### **Considerações finais**

A conjuntura social recente nos indicou como a Geografia pode ser utilizada nas interpretações dos fenômenos em saúde e qual a sua importância para essas interpretações. Mas, ao final desse trabalho, observa-se que antes de formular métodos, conceitos e interpretações geográficas sobre os fenômenos da saúde é necessário resgatar e compreender a trajetória de construção e desenvolvimento do pensamento geográfico, tanto quanto do pensamento em saúde, pois se temos o interesse em fazer uma análise dos fenômenos de saúde e utilizar a saúde como um elemento geográfico capaz de revelar as desigualdades socioespaciais e etc. é mais importante ainda saber de onde partimos. Como vimos tanto as raízes da nossa ciência quanto às raízes do nosso campo estão vinculadas às formas e modelos de controle e dominação sócio-territoriais.

Além disso, vimos também que questionar a construção da Geografia (da Saúde) é adentrar num embate entre a razão e a emoção, entre a ciência e o sobrenatural, e por mais que não seja uma tarefa simples é uma tarefa necessária, pois as nossas raízes, e conseqüentemente nossas metodologias, são permeadas pelas práticas coloniais e por isso acabam reproduzindo práticas de controle e dominação de corpos e territórios para que uma pequena parcela da população seja beneficiada. Os três momentos da Saúde sendo utilizada

como elemento de uma Geografia da dominação podem ser indicativos de quais populações se beneficiam e quais não.

Assim, acredita ser necessário um esforço científico voltado para o entendimento do(s) fenômeno(s) por outras bases, como uma leitura holista, por exemplo. Coisa que não é simples, visto que aprendemos a “pensar cientificamente” por uma universidade fragmentada e sem conexões entre os saberes, mas, é importante destacar, que a universidade não é a única forma de conhecimento disponível que temos. Exemplos de populações que resistem aos ataques *do mundo de lá* (se nos permitirem parafrasear Milton Santos) não faltam, inclusive populações que utilizam da saúde para se afirmarem territorialmente<sup>11</sup>. Quem sabe assim, enfim, entenderemos o que a OMS definiu como saúde e lutamos por ela.

## Referências

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico?. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.  
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>

CROSBY, Alfred W. *Imperialismo Ecológico: a expansão biológica da Europa 900-1900*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

CZERESNIA, Dina. *Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.  
<https://doi.org/10.7476/9788575412565>

DUSSEL, Enrique. Europa, modernidade e eurocentrismo. In: LANDER, Edgardo (org.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires: CLACSO, 2005.

DUTRA, Denecir. *Geografia da Saúde no Brasil: Arcabouço Teórico-epistemológicos, Temáticas e Desafios*. Tese (Doutorado em Geografia). Curitiba. UFPR, 2011.

FOUCAULT, Michel. *A microfísica do poder*. 26ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 2008.

FOUCAULT, Michel. Aula de 17 de março de 1976. In: FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 6ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

GUIMARÃES, Raul Borges; PICKENHAYN, Jorge Amâncio; LIMA, Samuel do Carmo. *Geografia e Saúde sem fronteiras*. Uberlândia: Assis Editora, 2014.

GUIMARÃES, Raul Borges. *Saúde: fundamentos de Geografia humana*. São Paulo: Editora Unesp Digital, 2015.

---

<sup>11</sup> Consultar a cartilha “Tejiendo Nuestro Camino Colectivo por la Salud con el Territorio en La Macarena” (2021).

HAESBAERT, Rogério. Regional-global dilemas da região e da regionalização na geografia contemporânea. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

JUNQUEIRA, Renata Dias. Geografia Médica E Geografia Da Saúde. Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, v. 5, n. 8, p. 57-91, Jun/2009.

LACOSTE, Yves. A geografia - isso serve, em primeiro lugar, para fazer a guerra. 19ª edição. São Paulo: Papyrus, 2011.

LANDER, Edgardo. Ciências sociais: saberes coloniais e eurocêntricos. In: LANDER, Edgardo (org.). A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO, 2005.

LIMA JUNIOR, Luiz Gustavo de Souza. Cuidado em saúde e colonialidade do ser: perspectivas para um saber-fazer corporificado. In: HUMANIDADES EM CONTEXTO: SABERES E INTERPRETAÇÕES, 2014, Cuiabá. Anais... 2014, p. 693-701. Disponível em: <<http://eventosacademicos.ufmt.br/index.php/seminarioichs/seminarioichs2014/paper/viewFile/1621/374>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

LOPES DE SOUZA, Marcelo. Da "diferenciação de áreas" à "diferenciação socioespacial": A "visão (apenas) de sobrevoo" como tradição epistemológica e metodológica limitante. Revista Cidades, v. 4, n. 6, p. 101-114. 2007.

LOPES DE SOUZA, Marcelo. Espaciologia: uma objeção (crítica aos prestigiamentos pseudo-críticos do espaço social). Revista Terra Livre, n. 5, p. 21-46, 1988.

MALDONADO-TORRES, Nelson. A topologia do ser e a geopolítica do conhecimento. Modernidade, império e colonialidade. Revista Crítica de Ciências Sociais, n. 80, p.71-114, 2008.  
<https://doi.org/10.4000/rccs.695>

MAZZETO, Francisco Assis Penteado de. Pioneiros da Geografia da Saúde: Séculos XVIII, XIX e XX. In: BARCELLOS, Christovam (org.). A Geografia e o contexto dos problemas de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; ICICT; EPSJV, 2008.

MIGNOLO, Walter. A colonialidade de cabo a rabo: o hemisfério ocidental no horizonte conceitual da modernidade. In: LANDER, Edgardo (org.). A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO. 2005.

MORAES, Antônio Carlos Robert. Ideologias geográficas espaço, cultura e política no Brasil. 5ª edição. São Paulo: Annablume, 2005.

MOREIRA, Ruy. A formação espacial brasileira: uma contribuição crítica à geografia do Brasil. 2ª edição. Rio de Janeiro: Consequência, 2012.

MOREIRA, Ruy. Para onde vai o pensamento geográfico? Por uma epistemologia crítica. 2ª edição. 3ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 2017.

NOGUEIRA, Cláudia. Um olhar sociológico sobre o privilégio epistêmico da biomedicina: desconstruindo a metanarrativa. Saúde e sociedade, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1019-1032, 2018.  
<https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180590>

OLIVEIRA, Roberta Gondim. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. Saúde e sociedade, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 37-50, 2018.  
<https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170915>

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 205-218, 2015.  
<https://doi.org/10.1590/s0104-12902015s01018>

PEIXOTO, Afrânio. *Clima e saúde introdução biogeográfica à civilização brasileira*. 2ª edição. São Paulo; [s.n], 1975.

PORTO-GONÇALVES, Carlos Walter. A Geograficidade do social: uma contribuição para o debate metodológico para os estudos de conflitos e movimentos sociais na América Latina. *Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros - Seção Três Lagoas*, Três Lagoas, v. 1, n. 3, p. 5-26, 2006.

PORTO-GONÇALVES, Carlos Walter. *Organização do espaço: objeto de estudo, objeto de desejo*. [S.l.]. p. 1-4, s/d.

PORTO-GONÇALVES, Carlos Walter. *Os (des)caminhos do meio ambiente*. 15ª edição. São Paulo: Contexto, 2018.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (org.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires: CLACSO. 2005.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, Boaventura de Sousa. MENESES, Maria Paula (orgs.). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010a.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. 63, p. 237-280, 2002.  
<https://doi.org/10.4000/rccs.1285>

SANTOS, Flávia de Oliveira. Geografia médica ou Geografia da saúde? Uma reflexão. *Caderno Prudentino de Geografia*, v. 1, n. 32, p. 41-51, jan/jun. 2010b.

SANTOS, Milton. *A natureza do espaço. Técnica e Tempo. Razão e Emoção*. 4ª edição. 8ª reimpressão. São Paulo: EdUSP, 2014a.

SANTOS, Milton. *Espaço e método*. 5ª edição. 2ª reimpressão. São Paulo: EDUSP, 2014b.