

ALTERNATIVIDADES EM SAÚDE HUMANA E A GEOGRAFIA DA SAÚDE**ALTERNATIVITIES IN HUMAN HEALTH AND THE HEALTH GEOGRAPHY****Mariana Andreotti Dias**

Doutoranda em Geografia da UFPR

mariana_andreotti_d@hotmail.com**Francisco Mendonça**

Professor Titular do Departamento de Geografia/UFPR

chico@ufpr.br**RESUMO**

A história que fundamenta os cuidados e práticas em saúde humana é marcada por um misto de práticas/teorias mágicas e experimentos científicos, e evidencia, desde a Antiguidade, princípios empíricos. A medicina, uma destas práticas, limitava-se aos membros das classes mais altas e detentores de poder, assim como os tratamentos. Contudo, uma outra racionalidade era operacionalizada pelas classes mais baixas. Eram atores, detentores de saberes e práticas alternativas, ao modelo oficial, que contribuíam prestando atendimentos as populações sem acesso à medicina oficial. Diante desses expostos o trabalho visa discutir em um primeiro momento as concepções díspares para a saúde existentes em nossa sociedade (racionalidade científica pós-moderna e o modelo das alternativas em saúde). Em um segundo momento, discute-se as alternativas em saúde humana dentro da área da Geografia da Saúde, com a legitimação de sujeitos, dos sistemas médicos complexos e terapêuticas tradicionais e complementares. Com isso, será realizada uma análise do estado da arte das perspectivas alternativas em saúde a partir dos artigos da Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde – *Hygeia*, desde seu lançamento, em 2005, até junho de 2020. Objetiva-se depreender quais são as discussões e vertentes teóricas/metodológicas em voga, e o lugar das alternativas ao longo dos 15 anos. Como considerações, revela-se a necessidade da discussão das alternativas dentro da Geografia da Saúde, fundamental à legitimação das práticas e sujeitos alocados dentro das, não oficiais, alternativas a saúde, assim como, para a construção de uma outra epistemologia da saúde.

Palavras-chave: Alternativas em saúde. Medicina Alternativa. Práticas Alternativas. Geografia da Saúde.

ABSTRACT

The history that underlies human health care and practices is marked by a mix of magical practices/theories and scientific experiments, and has evidenced, since antiquity, empirical principles. The medicine, one of these practices, was limited to members of the upper classes and those with power as well as treatments. However, another rationality was operationalized by the lower classes. They were actors, holders of knowledge and alternative practices, to the official model, who contributed by providing care to populations without access to official medicine. In view of these exposed, the work aims at discussing, in a first moment, the different conceptions for health existing in our society (postmodern scientific rationality and the alternative health model). In a second moment, the alternatives in human health within the area of Health Geography are discussed, with the legitimation of subjects, complex medical systems and traditional and complementary therapies. Thereat, an analysis of the state of the art of perspectives on health alternatives will be carried out from the articles of the Brazilian Journal of Medical and Health Geography - *Hygeia*, since its first publication in 2005, until June 2020. The objective is to understand which are the discussions and theoretical/methodological aspects in vogue, and the place of alternatives throughout the 15 years. As considerations, it is revealed the need to discuss alternatives within Geography of Health, fundamental to the legitimation of practices and subjects allocated within the, unofficial, alternatives to health, as well as for the construction of another epistemology of health.

Key words: Alternatives in Health. Alternative Medicine. Alternative Practices. Health of Geography.

Recebido em: 18/08/2020

Aceito para publicação em: 21/09/2020.

INTRODUÇÃO

O conhecimento que fundamentou a medicina como o exercício que detêm o poder de curar os males do corpo, teve como precursores os filósofos gregos, árabes e romanos da Antiguidade Clássica. Eram estudiosos que se voltavam aos cuidados dos senhores que detinham o poder central da sociedade. Mas, tais conhecimentos em saúde não se limitavam aos estudiosos e especialistas das elites, se espalhando para uma diversidade de sujeitos, à época sumariamente escravizados, desde que estes fossem considerados dentro de uma representação coletiva, ganhando a insígnia de sábios(as), feiticeiros(as), curandeiros(as), benzedores(as), raizeiros(as), etc., detentores de conhecimentos, já considerados alternativos.

Assim, desde a Antiguidade Clássica a medicina é destinada a grupos seletos da sociedade, colocando-a como um conhecimento de elite, prospectando a desvalorização de outros sujeitos e saberes que possuem fundamentações históricas tão antigas quanto a da própria medicina científica. O início da medicina segue um misto de mística e experimentos científicos, e evidencia, desde então, fundamentos na empiria. E a concepção de saúde se mostra díspar, a depender da racionalidade médica que a detém, resultando no empobrecimento de diagnósticos, tratamentos e práticas.

Há 27 anos, pesquisadores² das áreas da Saúde Coletiva, Ciências Sociais e Humanas em Saúde teceram a categoria “racionalidades médicas” para significar sistemas médicos complexos e terapêuticos tradicionais e complementares. Com tais esforços, deu-se início a um movimento de crítica à racionalidade científica pós-moderna, alavancando assim, a construção de uma nova epistemologia em saúde.

A riqueza epistemológica das racionalidades médicas permite compreender assimilações antes enunciadas, como a expressão “alternativa”, que ao ser posta em conjunto a uma prática e racionalidade médica não oficial, indica que o modelo biomédico hegemônico detém as especializações e técnicas. Luz (2005) fortalece que “medicinas alternativas” é uma etiqueta institucional designada para qualquer forma de medicina e cura que não sejam propriamente biomédicas.

Por conta disso, e de tantos outros fatores, sujeitos e saberes alternativos em saúde não são legitimados em nossas sociedades científicas modernas e pós-modernas, mas, é fato que eles existem e exercem suas práticas há muito tempo, contribuindo com parcelas significativas da sociedade, além é claro, da riqueza cultural que resiste ao tempo e às mudanças tecno-científicas.

As alternativas e a tradicionalidade nas práticas em saúde é um fenômeno nas sociedades. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que “cerca de 80% da população utiliza práticas tradicionais nos cuidados básicos de saúde e 85% utiliza plantas ou preparações para a resolução de seus problemas de saúde” (BRASIL, 2007, apud PEREIRA e CUNHA, 2015, p. 127), ou seja, são práticas e recursos não ocidentais, ou fora do âmbito da medicina científica-oficial, sendo, portanto, a única ou a possível saída, para uma maioria que vive à margem de uma minoria que detém o poder.

Diante desses expostos objetiva-se investigar as duas racionalidades médicas que se mostram díspares em nossa sociedade: a racionalidade científica pós-moderna e a concepção do modelo biomédico de saúde, além do modelo das alternativas em saúde, a fim de compreender de que forma os saberes e práticas alternativas/tradicionais em saúde encontram-se atrelados à categoria alternativa ou complementar, e sua consequente inferiorização quando comparados à medicina de matriz eurocêntrica.

Para completar a abordagem foi verificado o estado da arte das alternativas em saúde a partir dos artigos da Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde – *Hygeia*, desde seu lançamento, em 2005, até junho de 2020. Realiza-se tal resgate com o intuito de vislumbrar e compreender quais são as discussões e vertentes teóricas e metodológicas em voga, pelo menos veiculadas por esta revista, e o lugar das alternativas ao longo dos 15 anos de publicação.

² MC Nascimento; MT Luz; MI Nogueira; NF Barros etc.

AS RACIONALIDADES MÉDICAS

A Racionalidade Científica Pós-Moderna e a Concepção do Modelo Biomédico de Saúde

Os conhecimentos produzidos na Antiguidade retiraram dos deuses a gênese dos fenômenos naturais e, conseqüentemente, das enfermidades humanas. A liberdade aos deuses e a busca de uma verdade reveladora foi proporcionada por Alcmeón de Crotona (VI e V a.C – pré-socrático), dentre outros, que compreendia o complexo que o enfermo pertencia, indissociável do meio natural. Mendonça et al., (2014, p. 43) indica:

(...) na Grécia Antiga que surgiu a chamada medicina (pré) científica, baseada na busca pela compreensão e explicação racional para as doenças. Pode-se destacar que havia duas concepções fundamentais naquela medicina: a) uma afirmando que as doenças diferentes poderiam ter causas e sintomas iguais, e a outra, b) preocupada com prognósticos, na qual o doente passou a ser o foco principal da atenção. Foi também naquele contexto que o estabelecimento de relações entre os problemas da saúde humana e os elementos do meio começaram a ser evidenciados.

Segundo Moreira et al., (2007) antes de Hipócrates, a medicina estava mais próxima do mágico do que do racional. E a ideia de doença de Herófilo da Macedônia (IV a.C) proclamou a supremacia da observação das doenças.

Os filósofos de então acreditavam que o equilíbrio e, conseqüentemente, o bem-estar, estaria entre os elementos que compõem o corpo, sendo assim, uma formulação básica: fogo, água, ar e terra, e a sua agregação com humores e sensações (cor, sabor, cheiro, som, textura) e valores (bondade, maldade, honra, justiça, conforme Lip Licham (2001, p. 67).

Na Idade Média (séc. V - XV) as concepções míticas para as doenças afloraram; essa fase representará a “Era das Trevas para o cuidado à saúde” (MARGOTTA, 1998, p. 34), devido à hegemônica perspectiva de transcendência da religião e igreja cristã, especialmente no contexto do cristianismo primitivo, sendo da responsabilidade dos sacerdotes a “cura” dos males do corpo e da alma dos homens.

A miscigenação entre povos e culturas (pagãos e cristãos, orientais e gregos, romanos e africanos, supersticiosos e racionais, eruditos e ignaros, etc.) configurou a medicina bizantina, contudo, essas práticas pouco são encontradas em estudos, colocando em xeque a negativa de alguns autores (LIP LICHAM, 2001; MICHELI, 2005) sobre a inexistência de qualquer avanço técnico na medicina bizantina.

No mesmo período e paradoxalmente, por se tratar de outro contexto histórico e cultural, a medicina árabe era puramente empírica e mágica. Lip Licham (2001, p. 71) expõe que nos séculos X e XI o trabalho de Avicena elucidou técnicas pelo uso da ciência farmacêutica, fisiológica e nosológica. Sob o Islã o prestígio social dado aos médicos vinha de máximas proclamados por Mohammad, donde se verificava uma perspectiva bastante racionalista das concepções relacionadas ao corpo humano, completamente distintas da perspectiva eurocêntrica.

A medicina medieval europeia, que em seu primeiro momento se fez por uma pré-técnica, era desenvolvida pelos religiosos cristãos nos mosteiros. E, “a partir dos séculos XI ao XIII assistiu-se na Europa à difusão e a institucionalização de uma medicina fundamentada em um saber teórico e submetida a um controle dos seus práticos”, tendo em vista a pressão exercida pelas epidemias da época que suplantaram e levaram às bibliotecas dos mosteiros muitos religiosos que desejam compreender como o corpo funcionava (AMARANTE DOS SANTOS, 2014, p. 124). A tecnificação da medicina, entre os séculos XV e XVI, trouxe até o mundo moderno o desaparecimento do médico eclesiástico, angariando para a medicina uma autonomia perpétua.

Ilustrando a seara do século XVII, a pintura “Aula de Anatomia do Dr. Tulp” do artista barroco Rembrandt van Rijn de 1632 (Figura 1), evidencia o contexto da prática médica na Holanda. A pintura mostra o célebre anatomista e professor Dr. Nicolaes Tulp dissecando o antebraço do cadáver, a fim de demonstrar o funcionamento do músculo para outros membros da guilda dos cirurgiões de Amsterdã. A dissecação de cadáveres era prática proibida pela igreja, e no século XVII passou a ser permitida desde que os cadáveres fossem de criminosos.

As sociedades se alteram e as práticas mercantis racionalizam a vida. A imprensa desponta e as escritas ganham fluidez, auxiliando a troca de informações e diagnósticos entre os praticantes da

medicina. A partir desse ponto veremos uma mudança significativa na sociedade da época, a mercantilização e, conseqüentemente, uma mudança de perspectiva nas práticas médicas, resguardando o conhecimento científico para grupos seletos.

Figura 1 - Aula de Anatomia do Dr. Tulp



Fonte: Rembrandt van Rijn (1632) - Museu de Mauritshuis.

As luzes das revoluções do fim do século XVIII e início do XIX incitam movimentos de politização, inclusive na medicina, que se reflexiona sobre as causas das doenças e epidemias, presentes pelas condições sociais e políticas das sociedades. Na Inglaterra, o movimento hospitalário e a prática assistencialista; na França, as reverberações da revolução de 1789, a implantação de uma medicina urbana e de higiene pública influenciam a vigilância dos lugares insalubres e endêmicos; na Alemanha, pós 1870, a estruturação de políticas médicas Estatais que vigia e controla enfermidades etc.

A partir de tais avanços e entraves políticos, econômicos e sociais, a medicina vai reivindicar o seu estatuto operacional e social (LIP LICHAM, 2001, 72) e uma hegemonia flagrante, apresentando-se por uma outra perspectiva: dissociação entre corpo e mente, do eu e do outro, da pessoa e do contexto, das relações econômicas e comunitárias, dentro de um mundo em intenso processo de burocratização e desencanto (QUEIROZ, 1986).

Foucault (1979, p. 46) reflete sobre a medicina moderna científica que se apresenta e para quem se destina:

A questão é de saber se a medicina moderna, científica, que nasceu em fins do século XVIII entre Morgani e Bichat, com o aparecimento da anatomia patológica, é ou não individual. (...) que a medicina moderna é individual porque penetrou no interior das relações de mercado? Que a medicina moderna, na medida em que é ligada a uma economia capitalista, é uma medicina individual, individualista,

conhecendo unicamente a relação de mercado do médico com o doente, ignorando a dimensão global, coletiva, da sociedade?

Nos Estados Unidos sujeitos e movimentos vertem-se em prol da medicina comercial, pela busca de diplomas e reivindicação de monopólio da prática. Consonante ao movimento comercial da medicina, a prática médica dos “não licenciados” e dos sujeitos e práticas alternativas, era ainda livre e Starr (1983, p. 27) coloca que a medicina laica, também chamada de medicina popular, operava uma ideologia democrática vigorando à época uma disputa com o movimento médico ou o chamado “monopólio da cura”, administrados historicamente por instituições religiosas. Entre 1850 e 1930 se dá a consolidação da autoridade médica norte-americana, exibindo um cenário antagônico: de um lado a “elite médica culta e rica” e do outro os “praticantes despreparados e pobres”, configurando assim, o status social do médico (STARR, 1982 apud FERREIRA, 1996).

A medicina científica, na voracidade hegemônica, entra em disputa com outros ramos do conhecimento e com os saberes dos povos “não licenciados”. Schwarcz (1992, p. 144) em seus estudos sobre as faculdades de medicina norte-americanas, expõe que fora construída a identidade de um tipo intelectual: o médico-cientista social, dando lugar à imagem do higienista e do perito criminal e isso deixaria explícito os conflitos entre a medicina e o direito pela disputa da hegemonia do campo intelectual. (FERREIRA, 1996, p. 5).

No âmbito do Brasil, é no final do século XIX que a medicina eurocêntrica será inaugurada institucionalmente. A fundação das Santas Casas de Misericórdia, com a prática hospitalar no estilo Florence Nightingale, introduz algo novo num mundo hegemonicamente dominado por práticas alternativas. Um paradoxo: hegemônicas e alternativas.

É no governo de Getúlio Vargas, década de 1930, que uma nova reconfiguração será permitida para a saúde, uma “dualidade institucional da saúde” com a distinção entre a assistência e a saúde, com “dois modelos diversos de inclusão e exclusão de camadas sociais, com concepções, também diferentes, sobre o direito à saúde”. (FONSECA, 2007, p. 2086). A saúde se tornará pública e de caráter eminentemente eurocêntrico/científica.

A medicina moderna, do século XX, se apresentará como “(...) portadora do saber científico percebida como capaz de corrigir e implantar hábitos e influenciar práticas sociais (...) pela força persuasiva da argumentação científica presente no discurso médico”. (FONSECA, 2007, p. 2086). Mas, apesar disso, a maioria da população continuará nas alternatividades.

Com a exposição dos momentos históricos que fundamentam a medicina científica e o modelo biomédico de saúde, vislumbra-se que desde a consolidação da medicina europeia os esforços se direcionam para uma monetarização do conhecimento e prática médica, angariando valor e mercado. Ademais, as práticas da medicina foram se alterando e evoluindo em conjunto com as evoluções intelectuais das sociedades, causa que concedeu à medicina o status que possui.

A medicina dos séculos XX e XXI foi e será suplantada pela Pesquisa Médica, iniciada no fim do século XIX, e pela Medicina Aplicada. O campo da medicina atual se alterou com as novas tecnologias e o desenvolvimento das nanotecnologias. Andrade (2008, p. 3-4) acredita que os fantásticos progressos médicos para esse século se concentrarão em quatro grandes áreas: a Neurociência (neuro-fármacos); a Ciência da Adesividade (um campo relativamente novo da Biologia Celular e Molecular); as Células-Tronco; e a Ciência Genética.

E se é possível prever um futuro para a medicina, Andrade (2008, p. 6) o faz:

1) a medicina privada individual, a medicina de consultório, seguirá a sua tendência atual para o desaparecimento, sendo substituída pelos pequenos hospitais e clínicas; 2) a medicina de massa será exercida em distritos sanitários, criados com o zoneamento da cidade para incluir um determinado número de famílias residentes. Estas famílias estarão incluídas dentro de um plano de cuidados primários de saúde. Os cuidados serão prestados por uma equipe de saúde, onde, além do médico generalista, estarão profissionais para-médicos formando uma equipe cuja função é mais cuidar da saúde, que tratar das doenças (...) 3) os pacientes com problemas mais sérios serão encaminhados aos hospitais de pequeno, médio ou grande porte, conforme as circunstâncias.

É um planejamento estratégico que inclui perspectivas para o tecido urbano-social e uma projeção vigorosa para a prática médica *fast-food*. Mas, principalmente são medidas que visam conter os custos elevados das novas tecnologias e seus equipamentos. As reflexões que ficam são: como levar

técnicas e conhecimentos de ponta à maioria da população, principalmente as dos países na linha da miséria, ou as que residem no contexto do Brasil e América Latina (26 milhões de pessoas na pobreza extrema (CEPAL, 2020))? Saúde Pública e Políticas Públicas são os meios para isso?

Há então que desconstruir aspectos fundantes da Saúde Pública, essa que se fez sob a égide do Estado Nacional, aos moldes europeus, que não parece conceder lugar para as alternativas, ou ainda se esforçar para reconhecer “o pluralismo terapêutico e a ‘alteridade dos cuidados’”. De forma a mobilizar mudanças que estabeleçam de maneira ampla uma “institucionalização das políticas públicas com base em saberes que resgatam uma anterioridade histórico-sanitária: a eficácia clínica e sociocultural estabelecida na tradição” (ANDRADE e COSTA, 2010, p. 502).

A Racionalidade Médica na Geografia

O percurso histórico que fundamenta a atual Geografia da Saúde é permeado pelo amadurecimento da sociedade institucionalizada, pois é por meio de leis e decretos que a segurança do conceito de saúde repousa. Diante disso, apresenta-se uma breve história da racionalidade médica dentro dos estudos geográficos.

Aspectos primeiros para uma geografia, ainda chamada de médica, são expostos na obra de Hipócrates “Dos ares, das águas e dos lugares”. E, Mendonça et. al., (2014, p. 43) coloca que a perspectiva que compreende uma geografia das doenças, ou topografias médicas, só adquire status de conhecimento científico no final do século XIX, embora os geógrafos estivessem presentes na história desde muito antes (século XVII na Espanha e na Inglaterra). Até então todo o desenvolvimento da medicina não era de domínio da geografia ou dos geógrafos.

A sistematização dos estudos em Geografia Médica aconteceu com as topografias médicas, que apresentavam descrições e espacializações (mapas e quadros detalhados) das doenças, servindo como uma rede de informações, estas que auxiliaram na ocupação e exploração dos territórios e povos.

O cenário entre os séculos XVIII e XIX consagra os estudos epidemiológicos pelas descrições e coleta de informações realizadas por diversos estudiosos (médicos, geógrafos, cartógrafos, biólogos) de tradição hipocrática. A história da Epidemiologia, que somente seria considerada ciência em 1954, em muito se confunde com a história da prática da medicina. Mac Mahon, Pugh, Ipsen (1960); Lilienfeld (1970); Almeida Filho (1999) apontam que a gênese dos estudos epidemiológicos está na Antiguidade Clássica, especificamente semeada na Escola de Cós com Hipócrates. Os textos hipocráticos se transformaram em métodos e até mesmo em paradigma. O filósofo e padroeiro da medicina deixou escritos sobre suas práticas apontando um caminho para o que mais tarde se chamaria de Epidemiologia.

Com a entrada no século XX, novas perspectivas aparecem com o Tratado de Higiene de Pagliani. No caso do Brasil:

O discurso médico higiênico acompanhou o início do processo de transformação política e econômica da sociedade brasileira em uma economia urbano-comercial e expressou o pensamento de uma parte da elite dominante que queria modernizar o país. (MANSANERA E SILVA, 2000, p. 117).

Oswaldo Cruz, Carlos Chagas e Afrânio Peixoto são exemplos de médicos, sanitaristas e epidemiologistas brasileiros que angariaram questões sociais e econômicas aos estudos médicos. Os higienistas mantinham seus preceitos:

(...) voltados para cuidar da saúde e poupar a vida que, por sua vez, deveria estar baseada no estudo das causas, observação, experiência e concurso de campos distintos, tais como a geologia, meteorologia, química, biologia, fisiologia, patologia, imunológica, terapêutica, física e técnica sanitária. (GONDRA, 2018, p. 10-11).

A pesquisa e o desenvolvimento científico desses estudiosos culminaram em um “movimento de denúncia das graves condições sanitárias nacionais” com o intuito de diminuir a mortalidade, principalmente, das regiões sertanejas do país.

A busca de conhecimentos advindos da geografia, da cultura e da história, fundamentais para a compreensão sobre a incidência de determinadas doenças e sua distribuição no tempo e no espaço, favoreceu uma perspectiva mais ampla sobre as populações com que os médicos estabeleceram contato. (SCHWEICKARDT e LIMA, 2007, p. 16-17).

Em meio a essa nova compreensão sobre higiene e saúde, a Geografia Médica reascende com os estudos do geógrafo Max Sorre, que contribuiu para a construção de um paradigma que permitisse a abordagem da dimensão geográfica das doenças. Segundo aponta DUTRA (2011, p. 44 e 45):

A proposta de Sorre constitui-se, no âmbito da geografia, numa das primeiras formulações teóricas para a análise da relação meio ser humano/ sociedade-doença. Nessa concepção o papel do ser humano não se restringe à função biológica numa cadeia de doença, ou seja, ele não é considerado apenas hospedeiro ou vetor; o ser humano é sujeito na transformação do ambiente.

A perspectiva do geógrafo francês forneceu uma base conceitual à geografia médica, de forma que investigações de natureza interdisciplinar fossem possíveis. O seu complexo patogênico embasa a compreensão das manifestações espaciais das doenças de populações e reconhece a Geografia Médica dentro da Geografia Humana:

(...) trata-se do complexo patogênico, perspectiva que coloca em destaque os meios que se interagem para que as doenças ocorram: o meio natural, o meio vivo e o meio social. Os dois primeiros dão sequência e de certa maneira confirmam as perspectivas anteriores acerca da determinação natural das doenças, todavia o último constitui-se num campo inovador, posto que desloca a atenção que estava centrada exclusivamente na natureza para as construções humanas e/ou sociais. (MENDONÇA et al., 2014, p. 43)

Oliveira (1993) aponta que na década de 1930, a Geografia Médica compreendia como matriz o estudo da distribuição dos complexos patogênicos com pesquisas voltadas às enfermidades infecciosas e parasitárias em escala mundial.

É notável o estabelecimento de inúmeros pontos de contato entre a geografia e as ciências sociais e biológicas. Com a força da perspectiva da multicausalidade, as doenças agora possuem prismas de análise: físico, químico, biológico, ambiental, político, econômico e social, e o ser humano é posicionado dentro de um complexo "bio-psico-social". (BARATA, 1985).

Aliado a isso, o médico brasileiro e doutor em geografia, Josué de Castro, escreve a obra *Geografia da Fome* (1946) e analisa a causalidade das doenças humanas por prismas até então não vistos. Ao estudar a subnutrição e a fome, e os problemas a elas associados, desnuda a crença de sua gênese como um fenômeno natural. (MENDONÇA et al., 2014, p. 44-45). E é no Congresso Internacional de Geografia em Lisboa, 1948, que a percepção geográfica para os estudos em saúde caminha para outras vertentes, o reconhecimento de uma Geografia Médica.

Mas, a matriz de estudos geográficos-médicos possuía o enfoque ecológico e a Geografia desse momento está fundamentada na perspectiva Pragmática e Quantitativa. Na prática médica, a demanda presente se dá pelos serviços hospitalares e a necessidade de quantificar a distribuição dos equipamentos sanitários (OLIVEIRA, 1993, p. 10). Os neopositivistas entusiasmados com o desenvolvimento de técnicas e máquinas procuraram, em nome da "neutralidade científica", despolitizar formalmente a Geografia, procurando torná-la uma matemática espacial.

Essa Geografia preocupava-se mais com os rigores metodológicos e menos com o desenvolvimento epistemológico. Tal inclinação se pôs a serviço de governos autoritários e ditatoriais. Até que uma cisão acontece com as revoltas populares pelo mundo, o agravamento da pobreza, as epidemias, os conflitos armados, a destruição da natureza etc. Os geógrafos não ficam alheios a isso e movimentam uma outra geografia, a Radical e Crítica, com vistas a reforma de epistemes e posicionamentos. Fez-se assim, um contraponto ao modelo predominante da Geografia Nova e Quantitativa (OLIVEIRA, 1993, p.11 e 14).

De posse da Geografia Crítica, as contribuições não podiam mais se limitar ao campo das distribuições, descrições e unicausalidade, perspectiva que influenciou diretamente a Geografia Médica. Ela foi impelida a se reestruturar, já que suas concepções estavam afeitas aos modelos quantitativos e pragmáticos, preocupando-se com a doença (*Geografia da Doença*) e centralizando na figura do médico a soberania e o poder hospitalocêntrico. A ideia que se tinha de saúde responde a esse momento da história:

Encarada inicialmente como ausência de doença, esta noção surgia numa íntima relação com o modelo biomédico (no qual a relação médico-doente está tão próxima de uma visão bancária da educação), numa visão de homem-máquina em que a

própria doença era perspectivada numa causalidade linear unicamente biológica. (FEIO e OLIVEIRA, 2015, p. 707).

A ideia de saúde, então definida mundialmente em termos de ausência de doenças, se deu em consequência do acúmulo e do avanço de uma imensa produção de conhecimento médico e tecnológico que consolidou uma referência paradigmática biotecnológica (FERRAZ, 1998).

Mas, os cenários se alteram, e segundo Rojas (1998) a criticidade da década de 1970 chegou até a Geografia Médica pelas contribuições de Milton Santos que priorizou a análise da interação entre o social e o ambiental, fomentando a Geografia da Saúde, adjetivada pelo “pleno estado de bem-estar físico, mental e social” (OMS, 1948):

Em 2000, durante a Conferência Magma, do 1º Seminário Nacional de Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento, realizado na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Milton Santos, expôs: “esse é um momento muito rico, porque permite a afloração de quantidade de postulações que levam ao debate mais filosófico da questão da vida, é aí que incluo a saúde como não apenas um dado da questão da vida, que é o que nos preocupa fundamentalmente, mas um instrumento desta coisa mais ampla”. (DUTRA, 2011, p. 47).

Fato se deu no Congresso de Moscou em 1979 quando a Comissão de Geografia Médica da União Internacional de Geógrafos (UGI) motiva a mudança do termo Geografia Médica para Geografia da Saúde, compreendendo que Saúde integraria os conteúdos e abordagens da Geografia Médica e da Geografia dos Serviços Sanitários. Os motivos que levaram a essa nova configuração: A nova compreensão da OMS para o conceito de saúde; A transformação econômica gerada pelas indústrias e pela urbanização; O advento de novos procedimentos metodológicos; A emergência da noção de ambiente; A emergência da qualidade de vida; A transformação da saúde em um campo político, pela entrada de outros atores na discussão (OLIVEIRA, 1998).

A inauguração da Geografia da Saúde é marcada por diversas conjunturas (Tabela 1), e ela não se determina em um momento específico mas, é possível vislumbrar, com o auxílio de Berman (1987), quatro grandes momentos/perspectivas:

Tabela 1 - Momentos e Perspectivas da Geografia da Saúde

Perspectivas	Períodos	Abordagens
Campo Descritivo das Doenças	XVI e XVII	Estudos de tradição hipocrática; Busca do conhecimento náutico para a exploração e territórios
Influência Determinista	XVIII e XIX	Fenômenos físicos alinhados às doenças tropicais; Topografias médicas, quadros e mapas nosológicos; Pasteur; Modelo Biomédico de Saúde.
Égide Revolucionária	XIX e XX	Movimentos sociais; Higienismo; Tratado de Higiene; Complexo patogênico; Multicausalidade; Josué de Castro; Milton Santos; Promoção à saúde.
Crise Paradigmática da Saúde	XX...	2ª Revolução Epidemiológica; Fatores socioeconômicos para crônico-degenerativas; Declaração de Alma-Ata; Carta de Otawa; Conceito de Saúde (OMS); Ambiente como físico, biológico, climático, socioeconômico, cultural e psicológico.

Fonte: Berman (1987). Org.: A autora (2020).

Compreende-se que a questão política e social relacionada à Saúde na Geografia angariou uma ampliação de temas e abordagens adotando, assim, uma denominação mais abrangente, fortuita por sua visão sistêmica, em que ganham destaque, os serviços sanitários no contexto espacial, os níveis de saúde, a qualidade de vida, a educação, a moradia, o saneamento básico, a infraestrutura em saúde etc. (JUNQUEIRA, 2009; ROJAS, 1998; PEITER, 2005; LIMA NETO, 2000).

Mas, apesar de tal evolução nos estudos da saúde, os conceitos e perspectivas que envolvem outras racionalidades médicas, que não a oficial, do modelo biomédico, são incipientes e não podem mais existir em um vazio sociocultural, institucional e político, e a Geografia pode em muito contribuir para tais discussões.

A Racionalidade Médica das Alternatividades para uma Nova Epistemologia da Saúde

Os saberes vernaculares, tradicionais, alternativos, complementares, holísticos existem em nossas sociedades e são experienciados há séculos. Esses se voltam para a saúde humana e se apresentam, não apenas pelo uso de antídotos, ervas, caldos, rezas, leituras místicas, etc., mas por uma “terapêutica” (TAVARES, 2012) de cuidado e percepção da saúde, que enxerga o ser humano como um sujeito integrado à natureza e seus fluxos e ciclos. Pereira e Cunha (2015) expõem essa percepção no cotidiano dos povos indígenas:

(...) as populações indígenas pré-existentes no território brasileiro possuíam uma concepção mística do princípio de todas as doenças. Tinham fé em causas sobrenaturais e relacionavam os rituais de magia e o tratamento das enfermidades ao uso das plantas, saberes esses, que eram transmitidos entre as gerações (BRAGRANÇA, 1996 apud PEREIRA e CUNHA, p. 130)

Mas, o quê? e quem? compõe a “terapêutica”, ou “nebulosa místico-esotérica” (CHAMPION, 1993) da racionalidade médica “não-oficial”? Podemos, com o auxílio de Toniol (2017) e Tavares (2012) compreender dois cenários, que “(...) sugere a existência de modelos terapêuticos distintos que poderiam ser divididos entre tratamentos convencionais, tratamentos alternativos, esoterismo e outros”:

(...) característicos do campo biomédico (os exames clínicos e tecnológicos capazes de comprovar a eficácia de uma terapêutica); (...) próprio de contextos mágico-religiosos (as comprovações espirituais, kármicas etc. de uma melhora na saúde). (TONIOL, 2017, p. 203-205).

O entusiasmo para uma nova epistemologia em saúde acontece há pelos menos 25 anos, momento em que a “(...) categoria racionalidade médica (...) emergiu no campo da Saúde Coletiva, área das Ciências Sociais e Humanas em Saúde, (...) com o objetivo de estudar sistemas médicos complexos e terapêuticas tradicionais, complementares e alternativos” (NASCIMENTO et. al., 2013, p. 3596). A categoria está amparada em uma “(...) crítica da racionalidade científica pós-moderna” que se verte para a “construção de uma nova epistemologia em saúde”.

Ademais, a “nebulosa místico-esotérica” (CHAMPION, 1993) substancia que a transformação do mundo só é possível se nos direcionarmos para uma transformação individual nos domínios da saúde, do corpo e da psique. Pesquisadores(as), terapeutas, “não-médicos”, indígenas, raizeiros(as), benzedeiros(as) (F), holísticos etc., fortalecem a nebulosa místico-esotérica com grupos e discussões que compreendem as causas das doenças como desequilíbrios entre corpo-mente-espírito, ou ainda, que são avisos de um plano astral, para que o doente volte-se para o seu interior e resgate um equilíbrio natural, que está em perfeito acordo com os ciclos da natureza e cosmos.

Figura 2 – Encontro Raízes (2019 - Chapada dos Veadeiros). Práticas e cuidados alternativos e tradicionais para os males do corpo e alma.



Fonte: Equipe Raízes (2019)

Ao analisar a história da medicina científica e da prática médica institucionalizada, verificou-se que as medicinas alternativas e tradicionais também se aproximam da medicina psicossomática e romântica de George Stahl (1664-1734). Ela aponta como causa mais comum das doenças a paixão, estabelecendo uma “relação de correspondência e influência direta entre as dimensões físicas e psíquicas do organismo”. “Não só as doenças físicas apresentam uma repercussão ou uma causa psíquica, como também as chamadas “doenças da alma” podem apresentar uma contraparte material inscrita no corpo físico” (CHIESA, 2016, p. 35).

Além dessas lógicas, há ainda uma hipótese importante para a discussão: as práticas e saberes alternativos, majoritariamente pertencentes aos povos tradicionais e minorias da sociedade, não são ainda hoje valorizados em razão do pensamento e *modus operante* colonial. Com a ocupação colonial e a intensa exploração dos territórios e dos povos tradicionais, uma criminalização foi iniciada ante ao modo de vida e crenças não europeias, sendo necessário um desvencilhamento e uma revolução epistemológica³, que desconstrua e arranque todas as raízes que deslegitimam sujeitos e práticas tradicionais e alternativas. Mendonça (2019, p. 138) fortalece:

A abordagem decolonial nos leva a contribuir para o empoderamento do conhecimento de populações tradicionais que coexistem com o marco da modernidade, mesmo com a base eurocêntrica do conhecimento.

Emergindo na lógica colonial, Clarindo et. al. (2019, p.110 apud Araújo, 2011) expõem:

“(…) já no período colonial os curandeiros representavam à Coroa Portuguesa um ‘mal necessário’, haja vista que cumpriam o importante papel de cuidar da saúde da sociedade. No entanto, eram desacreditados pelos poucos médicos da época. Neste contexto, sugere-se que sempre houve uma mácula envolvente ao conhecimento tradicional de saúde, convivendo par e passo com uma infinidade de tributários deste saber”.

O profundo e necessário movimento epistêmico constitui a base para que outras questões possam ser revistas e/ou fortalecidas em nossa sociedade. Como exemplo, a Portaria Interministerial 971 de 2006, que instaurou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) regulamentando a implementação de tratamentos alternativos e das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) na medicina do Sistema Único de Saúde (SUS):

(…) o fato contundente é que tais estratégias são apropriadas por milhões de pessoas nos chamados países em desenvolvimento, onde a oferta de serviços de saúde por parte dos governos é declaradamente incipiente em face das crescentes demandas. Na Atenção primária, por exemplo, o uso da Medicina tradicional atinge níveis percentuais significativos, como na Índia (70%), Ruanda (70%) e Etiópia (90%), conforme a OMS (WHO, 2002; OPAS, 1978). Mas isso vem ocorrendo igualmente em países como EUA, Austrália, Canadá e Reino Unido, onde os gastos com essas práticas terapêuticas têm sido expressos em milhões de dólares. Assim, por essas importantes razões, o assunto passou a ser uma relevante questão da saúde pública mundializada, com o reconhecimento de governos, agências internacionais e entidades sanitárias. (ANDRADE e COSTA, 2010, p. 500).

Tal medida revela, entre outras questões, que o programa que incluiu as chamadas Medicinas tradicionais (MT) e Medicinas complementares e alternativas (MCA) no SUS, direciona-se para as populações das áreas periféricas das cidades, ou às classes sociais mais baixas que não tem acesso a saúde privada, os usuários do SUS.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), grande parcela da população em desenvolvimento depende da medicina tradicional para prover suas carências elementares, sendo que 80% desta população utiliza práticas tradicionais nos cuidados básicos de saúde e 85% utiliza plantas ou preparações destas (BRASIL, 2007, apud PEREIRA e CUNHA, 2015, p. 127).

Além disso, pesquisadores acreditam que essa entrada no Sistema Único de Saúde “tem se constituído como uma modalidade oficial de atenção à dimensão espiritual da saúde no Brasil” (TONIOL, 2017, p.10). O pesquisador apresenta a categoria espiritualidade em seus estudos, e esta compõe uma tríade (mente-corpo-espírito) para a percepção da saúde/doença e cura.

³ Expressão utilizada por Mendonça, F. (2018), em palestra proferida no Seminário Internacional Geografia & Saúde: Teoria e Método na Atualidade, FINATEC/UnB.

Importante relatar que a medicina alternativa está além do SUS, e vem angariando valor e mercado de forma abundante, atingindo as demais classes sociais, sobretudo, as mais altas. A lógica de mercado está implícita nas alternativas pelos: aluguéis de espaços comerciais de alto padrão, elevados custos para a formação em tratamentos holísticos e terapêuticos que, indicam a profusão e venda do conceito de bem-estar, e uma entrada e acesso aos recursos naturais e culturais presentes nos ricos territórios dos povos tradicionais e/ou sábios populares.

Quando a medicina alternativa não é praticada com os devidos preceitos, presentes na gênese dos povos tradicionais, sejam dos indígenas espalhados pelos diversos territórios, dos terapeutas da medicina chinesa, ou dos indianos da *ayurveda*, acontece uma apropriação cultural e deslegitimação dos sujeitos, podendo até mesmo evoluir para uma prática criminosa, já que receitas naturais e conselhos abusivos e fraudulentos são cada vez mais vistos.

De um lado, tais buscas e formações em saúde alternativa concedem aos genuínos detentores dos saberes uma ascensão econômica, ou subsídios extras, por meio do turismo e venda de experiências transcendentais. Mas, por outro lado, não conferem todos os méritos necessários, tão urgentes aos povos tradicionais e sábios populares, que sofrem com a constante violência e supressão de seus direitos em nossa sociedade.

Afirma-se com tais expostos, a necessidade de se investigar e discutir as alternativas em saúde na sociedade. De forma que terapeutas e suas práticas abusivas ou criminosas sejam dissociadas do movimento genuíno da medicina tradicional e alternativa.

As Ciências Sociais, Saúde Pública e Coletiva conseguiram avanços significativos com suas pesquisas, além de evidenciarem o fenômeno da nebulosa-mística-exotérica que envolve a saúde/cura dos seres humanos, convocando com isso, outros ramos do conhecimento para o diálogo.

É a tentativa que se faz a seguir, ao expor o estado da arte dos estudos tradicionais e alternativos dentro da Geografia e, sobretudo, na área da Geografia da Saúde. Exposições da temática estão em outras ramificações da Geografia, como a Agrária/Rural, a Cultural ou Religião, que em muito contribuem, mas, vertem-se para disputas territoriais, de gênero, e múltiplas fenomenologias, deixando irresolutas as práticas e sujeitos que operam uma rica racionalidade de saúde à sociedade.

O ESTADO DA ARTE DAS ALTERNATIVIDADES NA REVISTA BRASILEIRA DE GEOGRAFIA MÉDICA E SAÚDE (HYGEIA)

Na Geografia as discussões dos saberes tradicionais e alternativos são encontradas dentro das diversas ramificações (Geografia Agrária/Rural, Geografia Cultural, Geografia da Religião) e timidamente na Geografia da Saúde. Os saberes tradicionais e alternativos são vigorosos para a Geografia da Saúde, pois essa se encarrega de determinar quais causas e fenômenos aliados aos espaços e microespaços são fatores que contribuem ou prejudicam a saúde das populações e de seus lugares. E, substancialmente, conforme fomenta Mendonça (2018, p.34) “pode a Geografia, como um todo que tende a avançar, abordar o complexo, se enriquecer e estar mais perto do sentido de pertencimento das populações aos seus lugares”.

O amparo na concepção de saúde (bem-estar físico, social e espiritual) possibilita pensar que as terapias e práticas alternativas respondam aos anseios de uma sociedade que não busca apenas tratar a doença do corpo físico, mas também a do espírito.

A fim de localizar as perspectivas alternativas na Geografia da Saúde, os periódicos publicados na Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde (*Hygeia*), foram analisados para a construção do estado da arte desta abordagem. O recorte temporal foi de 15 anos, de 2005, ano de lançamento da revista, até junho de 2020, última edição analisada. Tal apanhado também servirá para vislumbrar e compreender quais são as discussões e vertentes teóricas e metodológicas em voga na área, pelo menos veiculadas por esta revista.

Ao todo, ao longo dos 15 anos, foram publicados 396 artigos em 16 volumes, sendo uma média de 4 números por ano. Do montante, verifica-se a presença mais significativa das seguintes temáticas (Figura 2): Análise espacial; Análise epidemiológica; Saúde, Ambiente e Desenvolvimento; Monitoramento; Internação; Transição; Acidentes; Políticas Públicas; Regionalismo.

O destaque dessas temáticas confirma o que Oliveira (1993) propõe sobre as teorias, métodos e paradigmas perfilhados para os estudos da Geografia Médica/Saúde: são predominantes os estudos

práticas mágicas e benzeduras para desconfortos físicos, emocionais e espirituais; práticas (materiais e imateriais) híbridas e o espiritismo como auxiliar no reestabelecimento da saúde.

Tabela 2 - Artigos de Geografia da Saúde, Revista *Hygeia*, com temáticas envolvendo “Medicina/Saberes/Tradicional/Alternativa/Complementares”

Volume/Número/Ano	Título	Autores
v. 15 n. 33 - setembro de 2019	Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em saúde na cidade de Campina Grande-PB: caracterização do setor privado de prestação de serviços.	Martha Priscila Bezerra Pereira, Gabriel Eloi Marinho, Paulo Ginjo Afuso
v. 15 n. 32 - junho de 2019	Práticas Integrativas e Complementares de saúde em Uberlândia, Minas Gerais: o processo de implantação na perspectiva dos trabalhadores	Cáritas Martins Alves, Rosimár Alves Querino
v. 15 n. 31 – março de 2019	Saberes Tradicionais, Biodiversidade, Práticas Integrativas e Complementares: O uso de plantas medicinais no SUS.	Marta Rocha Castro, Fábio Fonseca Figueiredo.
v. 15 n. 31 – março de 2019	Curandeiros Parintintin e Benzeduras: Reprodução do Saber Popular de Cura.	Maximillian Ferreira Clarindo, Juliano Strachulski, Nicolas Floriani.
v. 13 n. 24 – junho de 2017.	A Contribuição da Doutrina Espírita no Tratamento e Cura de algumas Doenças: Um Estudo sobre o Espiritismo em Jataí (GO).	Carlos Alberto Biella.
v. 12 n. 23 - dezembro de 2016	"Mais Que Isso Eu Não Posso Falar": notas sobre Benzeduras e Partearagens Caiçara Em Guaraqueçaba/PR.	José Carlos Muniz, Luiz Everson da Silva.
v. 11 n. 21 - dezembro de 2015	Medicina Popular e Saberes Tradicionais sobre as Propriedades Medicinais da Flora Cerradeira.	Ana Carolina dos Santos Pereira, Maria das Graças Campolina Cunha.

Fonte: Revista *Hygeia*. Org.: Autores (2020).

Os temas e abordagens são diversos para a temática das alternativas em saúde e permeiam aspectos de uma geografia mais ecológica/botânica, com nuances até mesmo de uma determinação natural para as doenças, mas, também se abordam questões territorial, cultural e religiosa. Os 7 estudos ilustram brilhantemente os sujeitos e o pertencimento desses aos lugares e territórios, carregados de serviços, equipamentos e terapias, colocando as desigualdades e conflitos sociais como temas chave de uma Geografia/Geografia da Saúde afeita, e em busca, de um bem-estar holístico.

Deve-se atenção especial as procedências geográficas analisadas nos artigos, são capitais regionais e/ou cidades de grande porte: Campina Grande (PB), Uberlândia (MG), Ponta Grossa (PR) e Jataí (GO), e de médio e pequeno portes: Humaitá (AM), Guaraqueçaba (PR) e Buritizeiro (MG). Elas possuem em sua história o tratamento das enfermidades com medicinas naturais e tradicionais, muito em razão da precária oferta de serviços básicos de saúde, mas também pela configuração histórica e cultural, com a pujança dos territórios-poder e os lugares-pertença revelando cenários e práticas tradicionais aos olhos da modernidade.

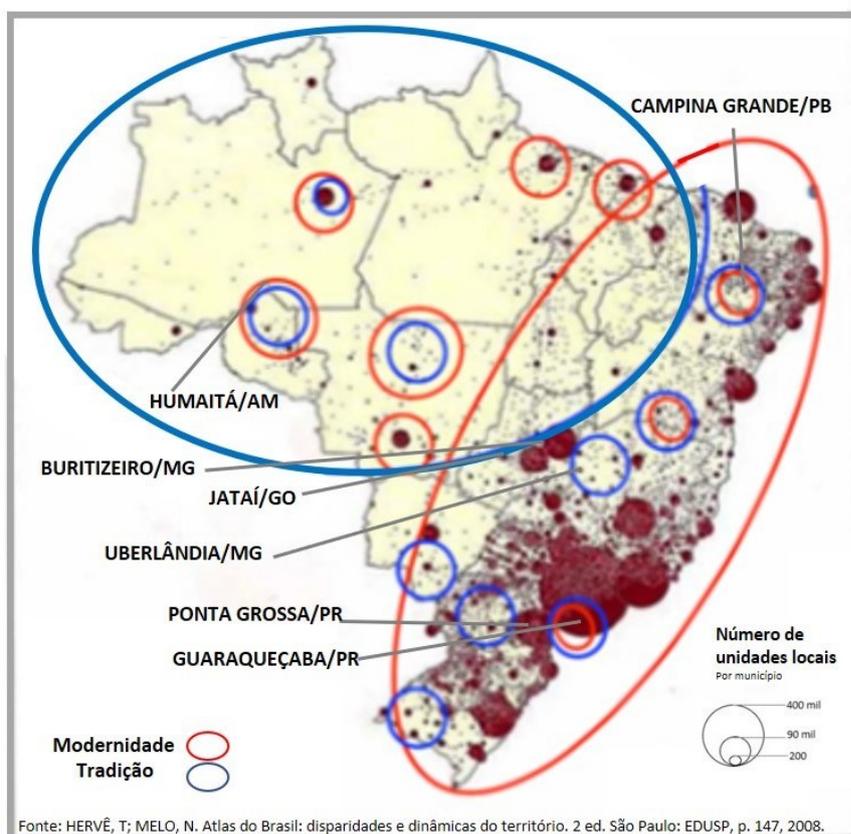
A Modernidade nos propõe, nos seus cerca de 200 anos, soluções embasadas majoritariamente no conhecimento científico-técnico-tecnológico, de maneira especial para os problemas relacionados à saúde humana. A Tradição, ou o conhecimento tradicional/vernacular, não propôs isso, ele resulta das possibilidades dos grupos de encontrar as próprias saídas para as suas dificuldades. (MENDONÇA, 2019, p.138)

A variedade de práticas médicas não oficiais no Brasil é ampla, heterogênea e difusa, e serão evidentes em localidades como as apresentadas nos artigos, onde a tradição prevalece apesar da presença do moderno. Mendonça (2019, p. 130) disserta sobre os contextos dessas regiões, descrevendo-os e classificando-os como lugares da hegemonia do moderno e lugares da hegemonia da tradição:

Os espaços de hegemonia da modernidade brasileira estão muito presentes na costa litorânea desde a região Sudeste até o Sul e Nordeste do país (grande círculo vermelho), e em pontos mais esparsamente distribuídos no Norte com alguns enclaves destacados, como em Manaus e Belém. Esses são os espaços dominados pela Modernidade. Todavia, numa grande mancha (azul) observamos que no Centro-Oeste, parte do Nordeste e Norte (grande círculo azul) é onde predomina a Tradição, com a presença e mais destaque, dos povos indígenas, negros, caboclos, caipiras miscigenados na escala do país, mas dentro de uma e outra área estão imbricados elementos e fatores tanto da modernidade quanto da tradição, numa e noutra, que demanda uma reflexão na dimensão da escala mais próxima de análise. (MENDONÇA, 2019, p. 130).

A Figura 3 ilustra essas imbricações e indica “(...) a possibilidade de interpretar o Brasil em relação aos espaços produzidos pela dinâmica da Modernidade e da Tradição (...)” (MENDONÇA, 2019, p. 131), onde os contrastes reforçam cada vez mais a ideia dos chamados “dois Brasis” (THERY e MELLO-THERY, 2012, p.87).

Figura 3 – O Brasil dos espaços de hegemonia do Tradicional e do Moderno e a localização dos artigos que tratam da temática das alternativas em saúde.



Fonte: Adaptada de MENDONÇA (2019, p. 131).

A representação da distribuição espacial da industrialização brasileira evidencia um dos principais indicadores da Modernidade no espaço. Os círculos vermelhos (Modernidade) e azuis (Tradição) indicam macro espaços de predomínio de práticas e cuidados com a saúde no país em função do que se concebe como moderno e tradicional. (MENDONÇA, 2019, p. 132).

A maioria das localidades analisadas nos artigos da *Hygeia* com a temática das alternativas fazem parte do cenário ilustrado por Mendonça (2019), entretanto, sabe-se da necessidade da acurácia cartográfica e das escalas adequadas para cada análise. Exemplo disso, é o município de Ponta Grossa/PR, que apesar de aparecer imerso na mancha industrial-moderna, se analisado *in loco*, com uma escala de detalhe, poderá fazer parte dos círculos da Tradição por suas práticas hegemônicas tradicionais, vivenciadas pelas “benzedeiros urbanas e/ou rurais que representam um importante aporte cultural do país”. (CLARINDO et. al., 2019, p. 105).

Em tempo, pode-se interpelar o contexto histórico-social-político das publicações que trazem a temática das alternativas à Geografia da Saúde. A primeira publicação sobre o tema na *Hygeia* foi apenas em 2015, 10 anos após a criação da revista, e 9 anos após a entrada das PICs no SUS. Fato é, que as publicações que envolvem as alternativas acontecem com predominância no Brasil desde os anos 1990, mas elas estão em outras áreas do conhecimento, sobretudo, na Antropologia e Saúde Coletiva. Nessas áreas, as abordagens sobre os saberes, sujeitos e práticas tradicionais, alternativas e complementares, são complexas e suas inferências permitem uma ampla compreensão do universo místico-mágico-transcendental que se apresenta para a saúde humana.

EM SÍNTESE

A concepção de saúde se mostra díspar a depender da racionalidade médica que as detém, e dessa forma, é latente o empobrecimento de diagnósticos, tratamentos e práticas para a saúde humana. As alternativas em saúde chegam com os colegas das Ciências Sociais que a anunciam como objeto hábil para uma nova construção epistêmica em saúde fortalecida pelos princípios do pluralismo terapêutico e da alteridade dos cuidados.

Os povos tradicionais e suas medicinas e saberes complementares operacionalizam cosmologias urgentes para os paradigmas da sociedade pós-moderna. Mas ainda há resistências e lutas para que esses saberes sejam considerados válidos dentro da ciência e por parte da sociedade. A explicação para esse entrave pode sim ser encontrada na teoria decolonial do saber, despertando a sociedade para os acontecimentos históricos que impuseram o modelo de vida, padronizado pelo estrangeiro imperialista e eurocêntrico. A discussão ultrapassa os meandros das práticas e alternativas em saúde, é uma discussão de estruturas social, econômica e cultural.

A racionalidade da Geografia Médica e da Saúde que se apresenta nos artigos da Revista *Hygeia* é ampla e densa em suas epistemes, e a maioria das discussões e temáticas estão fortalecidas por um fazer pragmático e quantitativo. Considera-se assim, que essa é uma Geografia da Saúde pública e estatal que, majoritariamente, não tem empoderado e afirmado os saberes tradicionais e autóctones. E questiona-se: se a Geografia da Saúde é de vertente crítica, então porque a maioria dos(as) geógrafos(as) da saúde menosprezam a abordagem da cultura e das alternativas?

A Geografia da Saúde deve discutir e fortalecer a temática das alternativas em saúde, sendo notória a invisibilidade (somente 2% de publicações), por mais que apenas analisada nos artigos da *Hygeia*, de uma temática tão importante em nossa sociedade miscigenada de caboclos, indígenas, africanos, europeus, asiáticos etc.

O fortalecimento do discurso das alternativas em saúde dentro da Geografia da Saúde contribui para o enriquecimento da ciência geográfica, mas além disso, opera lógicas muito nobres. A nobreza do esforço em legitimar sujeitos, sábios em suas tradições e práticas, de forma a conceder luzes que possam beneficiá-los na defesa de seus territórios de subsistência, em suas práticas espiritualistas, em registros e patentes e, não menos importante, no enaltecimento e resistência da cultura tradicional e autóctone ante a avassaladora modernidade.

Ela poderá, com o auxílio de outras áreas do conhecimento, evidenciar o sentido de pertencimento que Mendonça (2019) traz, despertando a sociedade científica-moderna e a racionalidade biomédica para as lógicas que valorizam os territórios e povos das raízes, da terra, das plantas e das medicinas tradicionais/alternativas. São essas direções e lógicas capazes de transpassar questões metodológicas e teóricas da academia, e ser um elo entre a Geografia e o sentimento de pertencimento dos sujeitos com seus lugares.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. M.; QUERINO, R. A. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DE SAÚDE EM UBERLÂNDIA, MINAS GERAIS: O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 149-163, 23 out. 2019. <https://doi.org/10.14393/Hygeia153246912>
- AMARANTE DOS SANTOS, D. O. M. OS SABERES DA MEDICINA MEDIEVAL. **História Revista**, v. 18, p. 121-134, 2014. <https://doi.org/10.5216/hr.v18i1.29847>
- ANDRADE, Z. A. PERSPECTIVAS DA MEDICINA NO SÉCULO XXI. **Gazeta Médica da Bahia**, v. 78, p. 2-6, 2008.
- ANDRADE, J. T. de.; COSTA, L. F. A. da. MEDICINA COMPLEMENTAR NO SUS: PRÁTICAS INTEGRATIVAS SOB A LUZ DA ANTROPOLOGIA MÉDICA. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.497-508, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300003>
- BIELLA, C. A. A CONTRIBUIÇÃO DA DOCTRINA ESPÍRITA NO TRATAMENTO E CURA DE ALGUMAS DOENÇAS: UM ESTUDO SOBRE O ESPIRITISMO EM JATAÍ (GO). **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 13, n. 24, p. 110 - 126, 22 jun. 2017.
- BERMAN, M. **TUDO QUE É SÓLIDO DESMANCHA NO AR: A AVENTURA DA MODERNIDADE**. Tradução de Carlos Felipe Moisés, Ana Maria L. Ioratti - São Paulo, Companhia das Letras, p.24-178, 2007.
- BRASIL. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. APROVA A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PNPIC) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Ministério da Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, 2006.
- CASTRO, M. R.; FIGUEIREDO, F. F. SABERES TRADICIONAIS, BIODIVERSIDADE, PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: O USO DE PLANTAS MEDICINAIS NO SUS. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 31, p. 56 - 70, 5 jul. 2019. <https://doi.org/10.14393/Hygeia153146605>
- CASTRO, J. **GEOGRAFIA DA FOME**. 1.ed. São Paulo: Brasiliense, 1946.
- CEPAL. COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. **PANORAMA SOCIAL DA AMÉRICA LATINA, 2019**. Resumo executivo (LC/PUB.2020/1-P), Santiago, 2020.
- CHAMPION, F. NOUVEL-AGE ET NÉBULEUSE MYSTIQUE-ÉSOTÉRIQUE. In: **Cahiers Rationalistes**. n. 475, p.167-177, 1993.
- CHIESA, G. R. ALÉM DO QUE SE VÊ: Magnetismos, Ectoplasmas e Paracirurgias. **Tese de doutorado**. Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia (PPGSA), Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro. IFCS/UFRJ, 2016.
- CLARINDO, M. F.; STRACHULSKI, J.; FLORIANI, N. CURANDEIROS PARINTINTIN E BENZEDEIRAS: REPRODUÇÃO DO SABER POPULAR DE CURA. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 31, p. 105 - 124, 9 jul. 2019. <https://doi.org/10.14393/Hygeia153148560>
- DUTRA, D. GEOGRAFIA DA SAÚDE NO BRASIL: ARCABOUÇO TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICOS, TEMÁTICAS E DESAFIOS. **Tese (Doutorado em Geografia)**. PPGGEO, UFPR, Curitiba, 2011.
- FERRAZ, S. T. PROMOÇÃO DA SAÚDE: VIAGEM ENTRE DOIS PARADIGMAS. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro n.2, p.49-60, 1998.
- FERREIRA, L. O. O NASCIMENTO DE UMA INSTITUIÇÃO CIENTÍFICA: O PERIÓDICO MÉDICO BRASILEIRO DA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XIX. **Tese (Doutorado em História)**. FFLCH-USP, 1996.
- FEIO, A.; OLIVEIRA, C. C. CONFLUÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS CONCEITUAIS EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.2, p.703-715, 2015. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200024>
- FONSECA, C. M. O. **SAÚDE NO GOVERNO VARGAS (1930-1945): DUALIDADE INSTITUCIONAL DE UM BEM PÚBLICO**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Coleção História e Saúde, 298 pp., 2007.

- FOUCAULT, M. **MICROFÍSICA DO PODER**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- GODOY, C. V.; DA SILVA, J. B. O FENÔMENO DE EXPANSÃO DAS CLÍNICAS MÉDICAS POPULARES: RESSIGNIFICAÇÃO DO BAIRRO CENTRO EM FORTALEZA - CEARÁ. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 14, n. 28, p. 32 - 49, 5 jul. 2018. <https://doi.org/10.14393/Hygeia142803>
- GONDRA, J. G. AFRANIO PEIXOTO, PERÍCIA MÉDICA E A FABRICAÇÃO DO CORPO MÚLTIPLO NO BRASIL. **Caderno Cedes**, Campinas, v. 38, n. 104, p. 7-20, jan.-abr., 2018. <https://doi.org/10.1590/cc0101-32622018177471>
- GUIMARÃES, R. B. GEOGRAFIA POLÍTICA, SAÚDE PÚBLICA E AS LIDERANÇAS LOCAIS. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 1, n. 1, 10 jan. 2006.
- JUNQUEIRA, R. D. GEOGRAFIA MÉDICA E GEOGRAFIA DA SAÚDE. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 5, n. 8, p.57 - 91, jun. 2009.
- LAGAS. LABORATÓRIO DE GEOGRAFIA, AMBIENTE E SAÚDE. **Grupos Brasileiros de Pesquisas em Geografia e Saúde**. Universidade de Brasília. Disponível em: <http://lagas.unb.br/index.php/grupos-geosaude/grupos-pesquisas-geosaude-r>. Acesso em: junho de 2020.
- LIMA NETO, J. E. GEOGRAFIA E SAÚDE. **Dissertação de Mestrado** (Geografia). Universidade de São Paulo, 2000.
- LIP LICHAM, C. EL PARADIGMA INDICIARIO EN LA MEDICINA. **Revista Médica Hered.** v. 12 (2), 2001. <https://doi.org/10.20453/rmh.v12i2.669>
- LUZ, M. T. NATURAL RACIONAL, SOCIAL. RAZÃO MÉDICA E RACIONALIDADE CIENTÍFICA MODERNA. Rio de Janeiro: Campus. **Editorial Lugar**, Buenos Aires, 1998.
- MANSANERA, A. R.; SILVA, L. C. da. A INFLUÊNCIA DAS IDÉIAS HIGIENISTAS NO DESENVOLVIMENTO DA PSICOLOGIA NO BRASIL. **Revista Psicologia em Estudo**. v. 5 n. 1 p. 115-137, 2000. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722000000100008>
- MARGOTTA, R. **HISTÓRIA ILUSTRADA DA MEDICINA**. 1º ed. São Paulo: Editora Manole, 1998.
- MENDONÇA, F.; DE ARAÚJO, W. M.; FOGAÇA, T.K. A GEOGRAFIA DA SAÚDE NO BRASIL: ESTADO DA ARTE E ALGUNS DESAFIOS. **Revista Investigações Geográficas**. Chile, v. 48, p. 41-52, 2014. <https://doi.org/10.5354/0719-5370.2014.36675>
- MENDONÇA, F. TRADIÇÃO E MODERNIDADE NOS CUIDADOS COM A SAÚDE HUMANA - DESAFIOS E POTENCIALIDADE À GEOGRAFIA DA SAÚDE. FINATEC/UnB, 2018. (Comunicação Oral).
- MENDONÇA, F. TRADIÇÃO E MODERNIDADE NOS CUIDADOS COM A SAÚDE HUMANA - DESAFIOS E POTENCIALIDADE À GEOGRAFIA DA SAÚDE. p. 117-139. In: GURGEL, Helen; BELLE, Nayara (org.). **Geografia e saúde: teoria e método na atualidade**. Brasília: Universidade de Brasília, 2019. 170 p.
- MICHELI, A. DE. EN TORNTO A LA EVOLUCIÓN DE LOS HOSPITALES. **Revista Gac Médica México**, v. 141 n.1, 2005.
- MOREIRA, J. DE. O.; ROMAGNOLI, R. C.; NEVES, E. DE. O. O SURGIMENTO DA CLÍNICA PSICOLÓGICA: DA PRÁTICA CURATIVA AOS DISPOSITIVOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**. v. 27 p. 608-621, 2007. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000400004>
- MUNIZ, J. C.; DA SILVA, L. E. "MAIS QUE ISSO EU NÃO POSSO FALAR": NOTAS SOBRE BENZEDURAS E PARTEIRAGENS CAIÇARA EM GUARAQUEÇABA/PR. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 12, n. 23, p. 31 - 43, 16 dez. 2016.
- NASCIMENTO, M. C. do.; BARROS, N. F. de.; NOGUEIRA, M. I.; LUZ, M. T. A CATEGORIA RACIONALIDADE MÉDICA E UMA NOVA EPISTEMOLOGIA EM SAÚDE. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.18 no.12, Rio de Janeiro, Dec. 2013. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001200016>

- OLIVERA, A. **GEOGRAFIA DE LA SALUD**. Madrid: Síntesis, 1993
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CHRONICLE OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION**. 1948. Disponível em: < <https://apps.who.int/iris/handle/10665/240343>>. Acesso em: mai. de 2020.
- PEITER, P. C. A GEOGRAFIA DA SAÚDE NA FAIXA DE FRONTEIRA CONTINENTAL DO BRASIL NA PASSAGEM DO MILÊNIO. **Tese (Doutorado em Geografia)**, UFRJ, Brasil, 2007.
- PEREIRA, M. P. B.; MARINHO, G. E.; AFUSO, P. G. PRÁTICAS ALTERNATIVAS, COMPLEMENTARES E INTEGRATIVAS EM SAÚDE NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE-PB: CARACTERIZAÇÃO DO SETOR PRIVADO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 33, p. 54-66, 21 nov. 2019. <https://doi.org/10.14393/Hygeia153351665>
- PEREIRA, A. C. DOS S.; CUNHA, M. DAS G. C. MEDICINA POPULAR E SABERES TRADICIONAIS SOBRE AS PROPRIEDADES MEDICINAIS DA FLORA CERRADEIRA. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 11, n. 21, p. 126 - 137, 28 dez. 2015.
- QUEIROZ, M. de. S. O PARADIGMA MECANICISTA DA MEDICINA OCIDENTAL MODERNA: UMA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, 20, 309-317, 1986. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101986000400007>
- RAÍZES. **Grande Encontro de Raizeros, Parteiras, Benzedeiras e Pajés na Chapada dos Veadeiros** (2019). Disponível em: <http://encontroraizes.com.br/>. Acesso em: junho de 2020.
- ROJAS, L. I. GEOGRAFÍA Y SALUD. TEMAS Y PERSPECTIVAS EN AMÉRICA LATINA. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n., p. 701-711, 1998. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000400012>
- SCHWARCZ, L. K. M. "HOMENS DE CIENCIA E A RAÇA DOS HOMENS": CIENTISTAS INSTITUIÇÕES E TEORIAS RACIAIS NO BRASIL DOS FINAIS DO SÉCULO XIX. **Tese de Doutorado**. Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, 1993.
- SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, N. T. OS CIENTISTAS BRASILEIROS VISITAM A AMAZÔNIA: AS VIAGENS CIENTÍFICAS DE OSWALDO CRUZ E CARLOS CHAGAS (1910-1913). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, p.15-50, Dec. 2007. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000500002>
- STARR, P. **THE SOCIAL TRANSFORMATION OF AMERICAN MEDICINE**. New York, Basic Books Inc, 1982.
- TAVARES, F. **ALQUIMISTAS DA CURA: A REDE TERAPÊUTICA ALTERNATIVA EM CONTEXTOS URBANOS**. Salvador. Editora UFBA, 2012, 224pp.
- THERY, H.; MELLO-THERY, N. A. de. **Disparidades e dinâmicas territoriais no Brasil**. Revista do Departamento de Geografia – USP, Volume Especial 30 Anos, 2012, p. 68-91. <https://doi.org/10.7154/RDG.2012.0112.0005>
- TONIOL, R. O QUE FAZ A ESPIRITUALIDADE? **Revista Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, n. 37, v. 2, p. 144-175, 2017. <https://doi.org/10.1590/0100-85872017v37n2cap06>
- VAN RIJN, R. **DE ANATOMISCHE LES VAN DR. NICOLAES TULP**. Pintura, óleo sobre tela, 169,5 × 216,5. Mauritshuis, A Haia, Países Baixos, 1632.