

MODOS DE PENSAR A GEOGRAFIA DA SAÚDE EM PERSPECTIVAS PERIFÉRICAS E INTERDISCIPLINAR: ENTREVISTA COM A PROFESSORA ZULIMAR MÁRITA RIBEIRO

HEALTH GEOGRAPHY FROM PERIPHERAL AND INTERDISCIPLINARY PERSPECTIVES: AN INTERVIEW WITH PROFESSOR ZULIMAR MÁRITA RIBEIRO RODRIGUES

Miller Ferreira Muniz

Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Geografia, Vitória, ES, Brasil
millerferreira16@gmail.com

Marcone Henrique de Freitas

Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Geografia, Vitória, ES, Brasil
marcone.h.freitas@gmail.com

Rafael de Castro Catão

Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Geografia, Vitória, ES, Brasil
rafael.catão@ufes.br

Para que um pesquisador atinja a totalidade de seu objeto, é interessante que seus esforços estejam resolutos a questionar as razões unidimensionais da ciência, ao passo que professe a racionalidade complexa como meio para compreensão das múltiplas determinações e contradições que constituem a realidade social. Assim, a interdisciplinariedade e o pensamento complexo enquanto estratégias científicas, oportunizam novos horizontes de investigação ao superar concepções reducionistas tendentes a valorização da regularidade e homogeneidade do conhecimento (Minayo, 2010). A nova geração de geógrafos surgida a partir da década de 1990 acompanha esse movimento de renovação científica, buscando ampliar a geografia da saúde como um campo de investigação comprometido com a compreensão das múltiplas determinações e condicionalidades socioespaciais que influenciam o processo saúde-doença, apostando na criticidade do pensamento geográfico para interpretar e legitimar o bem-estar social (Rojas, 1998). A professora Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues, componente dessa seara e racionalidade, é o foco desse artigo em formato de entrevista, docente do Departamento de Geografia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) desde 1998, é uma das principais referências da Geografia da Saúde na região Norte-Nordeste do Brasil. A conversa ocorreu no dia 23/04/2026 no laboratório do Núcleo de Estudo e Pesquisas ambientais da UFMA, após a professora ter sido agraciada com o Prêmio Josué de Castro durante o XII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde (GEOSAÚDE), realizado entre os dias 3 e 6 de dezembro de 2025 e sediado na Universidade Federal do Espírito Santo, em Vitória (ES).

Entrevistadores: *Antes de abordar diretamente assuntos mais teóricos, nós queremos situar a sua formação educacional e territorial. A senhora poderia nos contar sobre suas origens e de que forma suas experiências influenciaram a sua visão de mundo?*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Bom, eu sou originalmente de Caxias no Maranhão e passei a minha infância viajando um pouco, me deslocando entre o Pará, o Piauí e o Maranhão. Então, a minha formação educacional ocorreu nesses três estados. Já o ensino médio foi todo aqui em São Luís. Eu acho que essa formação, no meu contexto, foi interessante até para conhecer lugares diferentes. Tenho lembranças dos locais onde morei no Pará e em Teresina, no Piauí e também dos deslocamentos para São Luís. Algumas dessas experiências e mudanças ficaram marcadas na minha memória. Talvez fosse isso que já influenciava um pouco o meu olhar geográfico.

Entrevistadores: *E como a sua experiência enquanto mulher influenciou a sua formação?*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Ai, gente! Toda vez que eu vou falar da minha formação como mulher, efetivamente não tem como eu não realçar a minha formação e a influência da minha mãe. Eu trago muito dessa experiência de ser uma mulher independente. A gente que vem de uma origem mais humilde, vamos dizer assim; sempre viu a educação, o acesso ao ensino e a formação como um recurso para ter, lá na frente, um futuro melhor. No caso, a minha mãe foi costureira a vida toda. Eu fui alfabetizada por ela. Então, eu sempre via isso (a educação) como uma meta e como uma solução para a vida. E aí, como mulher, a sua independência vai chegar se você estudar. A sua independência vai chegar se você se formar. Independência financeira sempre foi algo muito marcado para mim, sempre foi muito

dito, muito verbalizado. É importante ter independência financeira e ela viria por meio do estudo. Por isso, eu também fui a primeira da família a ter ensino superior. Ninguém da minha família, antes de mim, tinha cursado uma graduação. Minha mãe tinha apenas o primário completo. Então, o estudo sempre foi um objetivo muito presente, algo a ser alcançado. Entrar na universidade era um sonho a ser realizado também. E daí para frente iniciou-se a construção de toda uma carreira acadêmica: concluir o mestrado, o doutorado, o pós-doutorado... Toda uma conquista pensada lá atrás, coletivamente. Uma história de mulheres que vieram batalhando para eu alcançar isso.

Entrevistadores: *E como é que se deu a sua escolha pela geografia?*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Eu acho que todo mundo, em algum momento da vida, teve um professor de Geografia que o influenciou, né? Eu acho que a Geografia foi despertada em muitos de nós por meio de algum professor. Eu estudei na Escola São Vicente, uma escola tradicional daqui de São Luís, localizada no bairro do João Paulo. Tinha uma professora de Geografia que todo mundo temia, porque ela era muito rigorosa. Lembro que ela pedia para a gente decalcar mapas, fazer localização de rios... Então, a importância da Cartografia já estava inserida nesse contexto. [...] A Geografia, em um primeiro momento, não foi a minha primeira opção, porque eu achava que gostaria de ser assistente social. Mas, quando comecei o curso, percebi que não era isso que eu queria. Até porque, no ensino médio, tivemos a experiência de lecionar em sala de aula por meio dos estágios. Então, eu digo que essa experiência me marcou; ficou aquela “professora” guardada ali, sem que eu soubesse.

Entrevistadores: *Uma primeira influência...*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Uma primeira influência! Quando eu entrei aqui na Universidade Federal do Maranhão (UFMA), inicialmente como aluna, cursei apenas o bacharelado, não fiz a licenciatura. Então, costumo dizer que foi depois, de fato, quando adentrei na UFMA como professora, que me descobri professora, porque antes achava que era tímida demais para ser professora. Eu queria ficar apenas no bacharelado, só na pesquisa. Hoje, porém, consigo conciliar as diferentes responsabilidades da carreira docente: o ensino, a pesquisa e a extensão.

Entrevistadores: *E a Geografia da saúde? Como ela atravessou sua carreira acadêmica?*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: A Geografia da Saúde chegou para mim quando optei por fazer o mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente (PPGSA) aqui da UFMA. O Programa é um dos pioneiros no Brasil. É um mestrado interdisciplinar, com uma organização muito interessante. Quando entrei, por uma dessas coincidências da vida, comecei a ler um livro sobre a tese de Augusto César Marques, de 1854, intitulada de “Clima e Moléstias mais Frequentes na Província do Maranhão”. César Marques, junto com Nina Rodrigues e tantos outros médicos maranhenses, cursou Medicina na Bahia. Quando tive contato com essa obra, falei: “epa!”. Acendeu uma luzinha. Na mesma época, participei de um evento em João Pessoa, na Paraíba, e assisti a uma mesa com Raul Borges Guimarães. Então, parece que uma coisa ligou à outra. Ouvir o Raul, que é uma das maiores referências da Geografia da Saúde no Brasil e ler essa obra de César Marques me fez pensar: “é isso que eu quero”. [...] O meu projeto inicial de mestrado era sobre resíduos, mas ele foi descontinuado e redirecionado para a área da Geografia da Saúde. Quando fui procurar referências sobre a temática no Maranhão, não encontrei nada. Foi nesse sentido que senti a necessidade de buscar essa Geografia Médica no Maranhão. Era uma tentativa de entender como esses médicos maranhenses observavam essa interface entre saúde e ambiente no estado.

Entrevistadores: *Então a partir daí houve uma identificação continua com a linha de pesquisa espaço e saúde?*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Bem, no doutorado, na Universidade de São Paulo (USP), fui trabalhar com indicadores. Tanto que a minha proposta foi construir um sistema de indicadores intraurbanos para São Luís. Trabalhei um pouco com a Geografia da Saúde, porque havia indicadores relacionados ao saneamento. Mas, na verdade, no doutorado eu me afastei parcialmente dessa temática mais central. Quando retornei (para UFMA), o curso de Geografia estava passando por um processo de reformulação da sua estrutura curricular. O professor João Batista Pacheco, que também havia feito o

mestrado no PPGSA, já tinha essa aproximação com a temática e eu também vinha construindo essa leitura. Embora eu diga que, no doutorado, me afastei um pouco da Geografia da Saúde, nem tanto. No doutorado, tive uma experiência muito interessante ao cursar a disciplina Espaço e Saúde, ministrada pela professora Lígia Vizeu Barrozo. Também cursei outra disciplina relacionada à temática, não oficialmente denominada Geografia da Saúde, mas que discutia questões muito próximas, com a professora Helena Ribeiro, na Faculdade de Saúde Pública. Ou seja, na USP, mesmo dizendo que me afastei da Geografia da Saúde, eu não me afastei completamente. Tive duas grandes referências nessa área durante o doutorado: as professoras Lígia Barrozo e Helena Ribeiro. Isso me proporcionou um importante subsídio teórico que, embora não tenha sido diretamente incorporado à minha tese, foi fundamental quando retornei à UFMA. Ao me deparar com o processo de reforma da estrutura curricular, consegui contribuir para a inserção da Geografia da Saúde como disciplina optativa.

Entrevistadores: *A senhora mencionou que se doutorou através do programa de pós-graduação da USP, como essa experiência se relacionou e legitimou a sua carga de conhecimentos produzidos em contexto maranhense?*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Na USP, a gente tem contato com grandes referências da Geografia, não tem jeito. Ainda na graduação, por exemplo, tivemos contato com autores como Antônio Carlos Robert Moraes e posteriormente com o meu orientador de doutorado, Wagner Costa Ribeiro. Então, claro que a gente vai agregando essas grandes referências da bibliografia da Geografia brasileira de modo geral. Na UFMA, por ter sido aluna também de grandes referências da Geografia maranhense, como os professores José Ribamar Trovão e Antônio Cordeiro Feitosa, você já traz essa bagagem, essa leitura da Geografia do Maranhão. Embora ela nem sempre esteja retratada em livros de ampla circulação no eixo Sul-Sudeste, nós temos referências e leituras que foram fundamentais para compreender a Geografia do meu lugar. Essas são referências que levo até hoje. Quando se trata da Geografia maranhense, não tem como deixar de falar do professor Trovão e do professor Cordeiro...

Entrevistadores: *Pra ficar mais claro, a senhora acha que houve tensões ou complementariedade entre as teorias geradas no Sudeste e a sua carga de conhecimentos produzido através da perspectiva maranhense?*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Eu acho que se complementou e costumo dizer que a Geografia fez a minha cabeça interdisciplinar. Eu sempre digo isso! E acho que essa visão interdisciplinar, para nós que somos da Geografia, favorece muito o estudo da Geografia da Saúde, porque a Geografia da Saúde também é, essencialmente, uma abordagem interdisciplinar. Então, eu acho que uma coisa complementou a outra. A partir daí, você passa a fazer leituras em diferentes áreas do conhecimento. No mestrado no PPGSA, eu tive outra grande experiência, que foi trabalhar com pesquisadores que utilizavam abordagens qualitativas. Porque, na Geografia, muitas vezes, saímos com uma formação mais voltada para abordagens quantitativas e no Saúde e Ambiente (PPGSA) tive a oportunidade de cursar disciplinas e ter contato com pesquisas qualitativas. Isso facilitou muito para mim. Sair da Geografia com essa cabeça interdisciplinar e ingressar em um mestrado que ampliou ainda mais essa visão foi fundamental para compreender o objeto de estudo da Geografia da Saúde, que é justamente essa interface entre saúde e ambiente na perspectiva das multicausalidades. Então, eu acho que nós, que estudamos Geografia da Saúde, conseguimos compreender muito melhor os diferentes fatores que interferem nos fenômenos espaciais.

Entrevistadores: *Então, é através do caráter interdisciplinar que a senhora consegue incorporar e legitimar essas teorias e metodologias na sua produção acadêmica?*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Sim. Tem uma pesquisadora de quem eu gosto muito, a Maria Cecília de Souza Minayo. Ela tem um pensamento que marcou muito as minhas leituras, especialmente quando debate a pluralidade metodológica. Isso é algo que me guia bastante nas minhas pesquisas, porque penso que não existe um único método capaz de abarcar toda a dimensão socioambiental que estudamos na Geografia. Obviamente, dentro da metodologia, você vai estabelecer marcos teóricos nos quais acredita mais e que se encaixam melhor na sua pesquisa. Mas a Maria Cecília Minayo, quando diz que “não há distinção entre pesquisa quantitativa e qualitativa”, quebra paradigmas muito interessantes para nós. A pluralidade metodológica auxilia na compreensão do fenômeno do processo saúde-doença,

dessa abordagem interdisciplinar e dessa perspectiva da multicausalidade. Eu preciso compreender isso. Embora eu não vá dar conta de tudo, né? Não vou dar conta de tudo, mas preciso ter essas concepções.

Entrevistadores: *Mesmo com essa sua concepção e com todo o seu trabalho que você já vem desenvolvendo, recentemente você se tornou a primeira mulher amazônica a receber o prêmio Josué de Castro, o que isso significa para senhora?*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Primeiro, foi uma grande surpresa. Fiquei e continuo até hoje, muito lisonjeada e muito feliz. Porque, de fato, eu acho que é um reconhecimento. E foi aquilo que eu disse naquele momento, ainda muito emocionada, quando o anúncio foi feito: eu realmente não esperava. Isso representa muito para a gente. Para quem vem de uma realidade como a minha, como eu contei lá no início, de quem sempre acreditou no estudo. Eu até me considero privilegiada, porque tive acesso relativamente cedo a essas oportunidades, mas muitas vezes a gente não consegue dimensionar a importância da educação, de ter acesso a uma graduação, a um mestrado e a um doutorado. Então, claro que isso reverbera. Eu penso: “Poxa, como é que eu, maranhense, lá de Caxias, consegui chegar aonde estou hoje?”. Graças ao trabalho, graças ao privilégio de gostar do que faço, e claro, também ao caminho que outras mulheres abriram antes de mim. Talvez quem teve acesso a essas oportunidades nos grandes centros não valorize isso da mesma forma que eu valorizo. Porque, para mim, esse reconhecimento é resultado de muito trabalho, esforço e conquista. Eu nunca fui uma “estudante profissional”. Durante toda a graduação, trabalhei e estudei ao mesmo tempo, porque precisava me manter. Era uma época em que minha mãe já estava viúva, então comecei a trabalhar muito cedo e conciliava isso com os estudos na universidade. Acho que esse contexto leva a gente a fazer uma retrospectiva da própria vida, a refletir sobre o privilégio de ter tido acesso à universidade e a reconhecer que, muitas vezes, principalmente quando penso no doutorado na USP, nós temos tanto potencial quanto qualquer pesquisador do Centro-Sul.

Entrevistadores: *Como podemos perceber a repercussão dessa sua perspectiva geográfica em seus processos acadêmicos atuais e como relaciona com a realidade regional?*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Então, hoje mesmo estava sendo discutido no seminário do qual estou participando: a avaliação da CAPES e a necessidade de adaptá-la à nossa realidade. Porque uma coisa é a Geografia discutida no Centro-Sul do Brasil; outra é a Geografia que acontece aqui, no nosso estado, quando você viaja e conhece a realidade maranhense. Uma experiência muito interessante que temos e que nos permite conhecer melhor essa realidade é o PARFOR (Plano Nacional de Formação de Professores da Educação Básica), voltado à formação de docentes nos municípios maranhenses. Quando você chega a alguns municípios do interior do Maranhão, faz imediatamente a leitura da paisagem e percebe aquilo que mais chama a atenção: a falta de saneamento, a dificuldade de acesso a determinados serviços de saúde. Então, muitas vezes, fazemos essa leitura trazendo para a discussão a realidade que conhecemos. A acessibilidade aos serviços de saúde no Sul e Sudeste do Brasil é uma; para nós, na região amazônica, é outra completamente diferente, com todas as suas peculiaridades e dificuldades. Por isso, eu procuro sempre trazer essas discussões para a realidade em que estamos inseridos.

Entrevistadores: *Percebemos no seu discurso uma defesa ampla dos itens do Estado de bem-estar social, sobretudo a defesa da universalização e integralidade em saúde em regiões periféricas...*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Então, de fato, a gente tem que pontuar que, no processo de redemocratização do país, não tem como não lembrar da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS representa esse processo de redemocratização e da universalização do acesso aos serviços de saúde. Eu gosto muito de destacar isso nas minhas aulas, porque a maioria dos alunos não tem ideia de como era a vida ou o acesso à saúde antes do SUS. Se hoje discutimos e observamos dificuldades na acessibilidade aos serviços de saúde, antes do SUS a situação era muito pior. Então, eu acho que o grande marco dessa discussão, do qual ainda me lembro muito bem, é justamente o processo de criação do SUS. [...] O PPGSA é de 1996, um período em que ainda se discutia muito pouco essa perspectiva interdisciplinar entre saúde e ambiente. Era exatamente o momento em que começava a se consolidar a ideia de que não podemos compreender a saúde a partir da unicausalidade, mas sim da multicausalidade. Para minha carreira, o Saúde e Ambiente (PPGSA) foi uma grande referência, porque foi o primeiro mestrado interdisciplinar da UFMA a trabalhar questões que dialogavam diretamente com a Geografia da

Saúde, mesmo sem utilizar explicitamente essa denominação. Tanto que o professor Antônio Rafael da Silva fez questão de trazer geógrafos para compor o programa. O professor José Ribamar Trovão e o professor Antônio Cordeiro Feitosa foram docentes do curso, que inicialmente era formado majoritariamente por médicos. Então, penso que, em meio à efervescência desses debates acadêmicos, o Maranhão respondeu muito bem a esse processo quando por meio da UFMA, criou o mestrado em Saúde e Ambiente.

Entrevistadores: *Abordando o contexto socioespacial das problemáticas sanitárias da Amazônia...*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Tudo, tudo, tudo... Vendo o contexto amazônico, vendo o contexto das doenças negligenciadas... Então, quando o professor Rafael da Silva começa a discutir a temática, ele vai lá para o município de Buriticupu pesquisar a hanseníase, o calazar, doenças ditas tropicais... essas são as minhas referências também, as referências maranhenses, como pesquisador, como militante até, acho que o professor Antônio Rafael Silva. O professor Rafael Silva, definitivamente é uma grande referência maranhense. Ao me contar que ele foi aluno de Samuel Pessoa, eu percebi que era por isso que ele tem essa visão interdisciplinar, essa forma de pensar: “olha, a gente tem que discutir os problemas de saúde, mas a gente não pode discutir os problemas de saúde descontextualizados do espaço, das características do Maranhão, da região amazônica, como é que o clima interfere, como é que as condições sociais interferem”. Então, ele é uma grande referência para mim, o professor Rafael Silva.

Entrevistadores: *Então, pode-se afirmar que o movimento sanitário incorporou devidamente a leitura espacial das desigualdades sociais?*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Bom, acho que todo mundo que conhece a criação do SUS conhece também os seus princípios: a universalização do acesso, a descentralização e a definição de responsabilidades entre os diferentes níveis de governo. Ou seja, o governo federal tem uma responsabilidade, o governo estadual tem uma responsabilidade e os municípios também têm as suas atribuições. Há toda uma hierarquização do acesso aos serviços de saúde, pensando justamente um sistema único, com acessibilidade para todos em sua integralidade. Foi nesse contexto que essas diretrizes do SUS começaram a incorporar a escala geográfica, fazendo compreender que essa hierarquização e essa territorialização precisavam existir. Tanto que, na disciplina de Geografia da Saúde, quando estudamos os princípios do SUS, observamos como isso foi importante para a construção desse sistema. Porque vivemos em um país extremamente desigual, tanto do ponto de vista social quanto das suas características socioespaciais. Então, não havia como pensar a saúde sem pensar o território, sem pensar o espaço. Foi assim que toda a política de territorialização do SUS passou a ser incorporada.

Entrevistadores: *Essa sua fala nos faz estabelecer relação entre as desigualdades na Amazônia e as condicionalidades socioespaciais – a questão sanitária amazônica como também uma grande questão histórica, política, geográfica...*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: [...] infelizmente essa ainda é um dos grandes problemas que nós temos. Quando observamos as grandes cidades da região amazônica, de modo geral, ainda falta o básico, que é o saneamento sanitário. A gente trabalha frequentemente com dados sobre doenças de veiculação hídrica e com informações do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). E como ainda nos deparamos com as chamadas doenças evitáveis? O próprio nome já diz: se elas são evitáveis, por que não são efetivamente controladas? Quando analisamos as características da Amazônia maranhense, de modo geral, ainda encontramos hanseníase, tuberculose e leishmaniose. Mas por quê? Porque, de fato, ainda convivemos com indicadores muito deficitários de saneamento básico. E o nome já está dizendo: é básico. Então, por que as pessoas ainda não têm acesso a isso? Eu discuto muito essa questão em outra disciplina que ministro, Geografia e Gestão de Políticas Públicas. Nela, trabalho com um texto que faço questão que os alunos leiam, “Cegueira geográfica nas políticas públicas territoriais e regionais brasileiras”, de Luciana Feitosa e Pablo Aranha. O texto mostra como, muitas vezes, determinadas políticas públicas não consideram, em primeiro lugar, o espaço, o território e as desigualdades que caracterizam o nosso país. Não precisamos de uma política padrão para todos os lugares; precisamos de políticas adequadas às diferentes realidades. E a Geografia nos oferece muito esse olhar. Por isso, costumo dizer que deveria haver geógrafos em todos os campos, em todas as secretarias. Faço essas provocações sempre que tenho oportunidade. Quando estive na Casa da Mulher Brasileira, em uma pesquisa sobre violência contra a mulher, questionei: “Mas por que não tem um geógrafo aqui?”. Em

diálogos que já tivemos com a Secretaria Municipal de Saúde, também perguntei: “Por que vocês não têm um geógrafo aqui?”. Porque penso que esse olhar que a Geografia nos proporciona e que a Geografia da Saúde também, tem um papel muito importante na gestão pública, especialmente na formulação de políticas que partam do território e da realidade vivida pelas populações.

Entrevistadores: *Podemos então, lhe considerar uma testemunha viva da historiografia da geografia e do potencial da interdisciplinariedade como ferramenta da geografia da saúde?*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Eu sou entusiasta da historiografia da geografia da saúde, tanto que todo o meu mestrado foi construir e tentar compreender essa história médica e da saúde no Maranhão.

Entrevistadores: *Virou até um livro, não é?*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Sim, a minha dissertação se transformou em um livro, publicado pela editora EDUFMA. Então, eu gosto muito de ter esse olhar porque acho que a gente aprende muito com o passado para não incorrer em erros que a gente poderia ter aprendido. E pensar isso faz a gente, talvez, evitar erros agora. Eu gosto muito de trabalhar com essa parte historiográfica, desde o mestrado, observando quanto algumas coisas que a gente debate hoje que já eram faladas antes. Nesse processo (dissertação), tem alguns documentos que eu descobri, entre eles o “Saneamento das cidades e aplicação à capital do Maranhão (1902)” do engenheiro Palmério de Carvalho Cantanhede. Ele fez um plano de saneamento básico para São Luís e ele debatia, em alguns momentos, sem literalmente falar de coleta seletiva, mas de acordo com a descrição (isso está no livro), a forma como ele menciona, ele já evoca de forma indireta o debate em torno da coleta seletiva. Só que esse plano de saneamento é do início do século XX. E, muitas vezes, nas minhas aulas, até em palestras que ministrei, eu peguei um recorte desse plano de saneamento do Cantanhede e mostrei, fiz todo mundo ler, só que eu não coloquei a data. E aí, provoquei a plateia: “De qual assunto ele está falando?” Alguns falaram e daqui a pouco um tomou a voz: “ele está falando de coleta seletiva!”. Exatamente. Você imaginou já como seria a situação atual, se a gente tivesse seguido esse plano de saneamento do Cantanhede?

Entrevistadores: *Principalmente São Luís, mesmo com a política nacional de resíduos sólidos a questão ainda persiste calamitosa, integrar esse plano no passado teria mudado muitas coisas no presente...*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Muita coisa, muita coisa mesmo... Quando você analisa, estão falando de problemas no início do século XX, abastecimento de água, de resíduos, de drenagem... Quando você vai ver esses planos, por isso que eu lembrei agora do plano de saneamento do Cantanhede, você olha assim, e se questiona: “mas por que a gente não seguiu esse plano?” A gente teria menos problemas hoje, sabe? Ele tem várias pontuações que sobre o contexto sanitário de São Luís no início do século XX, que caso a gente tivesse seguido à risca, a gente não estaria com tantos problemas, como a gente tem. Porque é inconcebível ainda a gente que mora numa cidade litorânea, numa ilha, ainda lidar com problemas de saneamento, ainda existir praias em que você não pode ir por conta da balneabilidade da praia. Como assim a gente não pode ir? O esgoto não é tratado. Mas isso já não foi debatido lá no início do século XX?

Entrevistadores: *Quase 100 anos atrás...*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Tem, por exemplo, o que eles chamavam de... esqueci agora a palavra... lembrei: Código de Posturas. O Código de Posturas de 1866! Já estava lá o disciplinamento sobre onde colocar os resíduos. Eu gosto muito dessa parte histórica porque, às vezes, parece que estamos inventando algo novo, quando, na verdade, não estamos. Muitas dessas questões já foram discutidas anteriormente, mas acabaram sendo esquecidas ao longo do tempo. Eu acredito que a nossa saúde, especialmente a saúde urbana nas cidades da Amazônia, de modo geral, estaria muito melhor se parte desses conhecimentos tivessem sido incorporados de forma mais consistente. No meu texto mais recente, “Geografia Médica no Brasil: reflexões históricas e fundamentos teóricos”, que publiquei na revista Hygeia, faço esse recorte para todo o Brasil a partir dos relatórios das províncias, buscando compreender como se pensava a geografia médica no passado. Encontram-se relatos interessantíssimos produzidos pelos médicos da época, que mostram como poderíamos estar, de fato, em uma situação muito melhor hoje em relação às questões de saúde de modo geral.

Entrevistadores: *Em seus mais de 20 anos de docência, houve desafios na inserção de uma disciplina como a geografia da saúde que traz toda essa discussão interdisciplinar como cerne de sua estrutura curricular?*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Não me lembro exatamente agora, mas acho que foi entre 2011 e 2012 que ministrei a primeira turma de Geografia da Saúde aqui na UFMA. Como mencionei, durante o processo de reforma da estrutura curricular conseguimos inserir a Geografia da Saúde como disciplina optativa. Se não me falha a memória, já tivemos algo em torno de 12 ou 13 turmas desde então. Na verdade, não enfrentamos tantas dificuldades. Acho que encontramos um contexto interessante dentro do departamento, porque eu havia retornado do doutorado, trazia a formação do mestrado e a professora Irecer Portela Figueiredo Santos também tinha acabado de concluir o mestrado nessa área. Então, já tínhamos um olhar voltado para essa discussão. Além disso, eu vinha participando de diversos eventos da área, desde o GEOSAÚDE de 2003, em Presidente Prudente, passando por Curitiba, Rio de Janeiro e tantos outros. Eu estava com todo o gás para dizer “vamos colocar a Geografia da Saúde como disciplina optativa”. E, de certa forma, não encontramos muita resistência. Acho que, no início, o maior desafio foi superar os meus próprios paradigmas, porque uma coisa era a teoria da Geografia da Saúde e outra era a prática da Geografia da Saúde em sala de aula. Hoje vejo o quanto avançamos. Nas primeiras turmas havia muita teoria e isso acabava sendo até um pouco enfadonho para os alunos. Com o passar do tempo, conseguimos incorporar mais atividades práticas, trabalhar com dados de saúde do SUS e mostrar como existem bancos de dados muito ricos para pesquisa. Depois, tivemos também a incorporação do professor José Aquino Junior, que passou a colaborar conosco e já ingressou no Departamento de Geografia trabalhando com Geografia da Saúde. Eu o conheci inicialmente no PPGSA, quando realizou seu estágio e depois ele foi aprovado em concurso para a universidade. Então, olhando para trás, penso que não tivemos grandes desafios institucionais a superar. Os maiores desafios foram mesmo de aperfeiçoamento da prática docente, de como eu fui melhorando enquanto professora para trabalhar com a Geografia da Saúde e conseguir articular cada vez mais a teoria com a prática.

Entrevistadores: *E a adesão dos alunos à Geografia da Saúde? Ocorreu de forma orgânica?*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Então, sempre foi muito boa também, sempre foi uma disciplina que chamou muita atenção dos alunos, então, invariavelmente, nós tínhamos 20 a 25 alunos, quando tinha menos, tinha 12 alunos, sempre foi uma disciplina muito bem recebida, acho que criou uma certa expectativa, uma certa curiosidade – “o que é Geografia da Saúde”, as possibilidades de estudos e é interessante que muitos alunos, depois da disciplina, continuaram na linha de pesquisa. Fora isso, na pós-graduação eu tive a vantagem de trabalhar lá no PPGSA, a gente terminava também puxando discussões da Geografia da Saúde, até hoje eu sou convidada para uma disciplina sobre grandes endemias, com o professor Rafael da Silva, todo ano eles me convidam, para discutir esse olhar da Geografia da Saúde e como as condições socioambientais interferem, então, termina sendo uma aula introdutória pra eles começarem a discutir as grandes endemias no Maranhão.

Entrevistadores: *Pelo visto, voltamos a pautar a interdisciplinariedade... Como as urbanidades são qualificadas na visão multicausal do processo saúde-doença?*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: As referências que a gente tem dos autores que a gente trabalha especificamente, como Ana Fani, o professor Milton Santos são muito interessantes pra mim... porque quando eu trabalho com os dados do SIM na minha aula faço o ranqueamento dos principais tipos de óbito em São Luís e mostro pros alunos e digo assim, “olha, o que eu estou vendo aqui, não são dados da Epidemiologia, eu estou vendo a cidade aqui”. Toda vez que eu coloco aquele quadro de principais causas de óbito em São Luís, eu fico falando e fazendo com os alunos um exercício de “eu não estou olhando só dados de morte, eu estou olhando a cidade aqui”. Então se eu tenho, em primeiro lugar, as doenças cardiovasculares de modo geral, faço exercício, como é que a cidade está contribuindo para isso? Que tipo de cidade a gente tem? A gente tem hoje uma cidade que prioriza o que? Observo mais adiante, em segundo lugar, causas externas. Qual contexto disso aqui? A violência, mortes no trânsito. Olha como é que a cidade está contribuindo para esse resultado... Eu sempre faço esse exercício para que os alunos compreendam que não tem como você desarticular a geografia física, da geografia humana, da geografia urbana, da geografia da saúde... elas estão tão intrinsecamente relacionadas e eu fico fazendo o tempo todo esse exercício para que os alunos compreendam por que é importante ter esse olhar interdisciplinar.

Entrevistadores: *Estamos aqui qualificando o processo de saúde e doença como um fenômeno territorial e socialmente produzido, sobretudo em relação as dinâmicas urbanas...*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Volta sempre uma palavra fundamental para nós: a compreensão interdisciplinar do processo saúde-doença e a compreensão da multicausalidade. Eu penso que esse é o primeiro grande paradigma que precisamos discutir hoje dentro da Geografia da Saúde. Não estamos falando de uma única causa, mas de várias causas. Nas aulas com os alunos, há uma frase que eu repito muito, da professora Helena Nogueira, autora do livro “Os Lugares e a Saúde” que diz: “A saúde depende de quem eu sou e do lugar onde eu moro”. Acho que repito tanto essa frase que alguns alunos acabam lembrando dela. Porque o “quem eu sou” envolve a minha carga genética, a minha escolaridade, a minha renda, os meus hábitos alimentares, a minha religiosidade. E o “lugar onde eu moro”? É a minha casa, a infraestrutura disponível, o bairro, as condições de saneamento, os serviços de saúde e as formas de acesso a esses serviços. Então, vou fazendo esse exercício metodológico para tentar compreender melhor a multicausalidade e a interdisciplinaridade. Acho que esse pressuposto é fundamental para depois avançarmos para escalas maiores, como a do estado ou a do país, sobretudo quando estamos falando de espaços extremamente desiguais. E, para além desse exercício do “quem eu sou” e do “lugar onde eu moro”, precisamos reconhecer que o próprio lugar onde eu moro é marcado por profundas desigualdades. Se observarmos apenas São Luís, veremos que existem várias cidades dentro de uma mesma cidade. Quem vive em áreas mais periféricas, onde a falta de saneamento continua sendo um problema sério e persistente, tem uma realidade muito diferente daquela vivida por pessoas de classes sociais mais altas. A alimentação é diferente, o acesso ao lazer é diferente, o acesso à saúde é diferente; - tudo é diferente. Então, compreender a interdisciplinaridade e a multicausalidade também significa reconhecer que existe uma estrutura mais ampla, marcada pela desigualdade socioeconômica. Há um texto que me marcou muito, embora eu não me recorde agora do autor, cujo título era “A pobreza mata”. Quando li esse texto, ele me remeteu a outra discussão que trabalhamos muito nas aulas de Geografia da Saúde: a dos determinantes sociais da saúde. Não tem como deixar essa discussão de fora. Existe, de fato, uma determinação social da saúde. As condições sociais influenciam diretamente a possibilidade de uma pessoa ter saúde ou adoecer. E aí entra a escolaridade. Ter acesso à educação permite compreender determinadas ações de prevenção e promoção da saúde que, muitas vezes, não estão ao alcance de quem teve menos oportunidades educacionais. Há muitos anos assisti a uma reportagem de uma emissora local. Sabemos que a questão do saneamento sempre foi problemática em São Luís. O repórter abordou uma moradora que estava na praia da Ponta d’Areia e perguntou se ela não tinha receio de frequentar aquele local por causa das condições de balneabilidade da água. E ela respondeu: “Não, eu uso protetor solar”. Juro que isso ficou na minha cabeça. Até hoje me pergunto se a dificuldade estava no uso da palavra “balneabilidade”, que talvez não fosse acessível para aquela pessoa, ou se era uma questão mais ampla de compreensão sobre os riscos que uma água imprópria pode representar para a saúde. De toda forma, esse episódio mostra como a informação e a escolaridade também são fatores que influenciam as possibilidades de prevenção, promoção e cuidado com a saúde.

Entrevistadores: *A senhora fala muito sobre as dificuldades de acesso à saúde na sua região dentro de uma lógica maior entendida como parte de entraves da política territorial em saúde em escala regional, que por sua vez, integra o quadro de desigualdades históricas pertinentes a espaços marginalizados. Como isso tensiona o princípio da universalidade e a acessibilidade em saúde diante da dinâmica do capitalismo global?*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Eu vejo que como a saúde, apesar da gente falar muito bem do SUS, e eu sou uma defensora também dessa política da universalidade, existe um grande movimento de mercantilização da saúde. Acho que esse é o grande problema! Por mais que a gente compreenda o grande avanço que a gente teve do SUS, a privatização da saúde impede essa acessibilidade. Então, vai de tudo, né? Desde acesso aos remédios, por mais que a gente tenha programas e políticas públicas, como as farmácias populares agora, eu vejo que o grande problema diante dessa dinâmica do capitalismo global é a mercantilização da saúde. Ela não é vista simplesmente como um direito que está lá desde da Constituição de 1988: “direito de todos, dever do Estado”. Infelizmente, o Estado não consegue dar conta de todo esse processo, porque o processo de adoecimento não é só chegar lá no hospital, começa desde aqui, quando a pessoa não tem uma boa alimentação, quando ela não tem acesso a bens básicos e necessários a dignidade humana, obviamente ela vai adoecendo. Mas para mim, eu acho que o “grande mal” é essa mercantilização da saúde. Por mais que a gente tenha acesso a dados e serviços da saúde do SUS, que muita gente tem, muita gente consegue, a gente vê o avolumamento da privatização através da quantidade da criação dos planos de saúde, que se criou um nicho, e agora também se criou uma

popularização desses planos de saúde mais acessíveis, mas que quando você vai ver, termina dificultando o acesso. Porque é como se a pessoa dissesse “eu tenho um cartão de um plano privado”. Mas daí você consegue uma consulta?

Entrevistadores: *E a gente vê que, apesar dessa problemática toda que acontece no Brasil, ainda é uma realidade muito isolada e diferente do que acontece nas periferias mundiais como um todo, porque aqui a gente ainda tem o SUS com todos os seus princípios. Ao analisar outros sistemas de saúde públicas espalhados pela América Latina, notamos como a mercantilização da saúde avançou e como a ideia de estado de bem-estar social foi minguada. O SUS ainda é fundamental na garantia da dignidade humana do brasileiro...*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: (O SUS) ainda salva muito, gente! Tem um livro de Andrea Salazar, Karina Grou Rodrigues, Lynn Silver e Mário Scheffer “O SUS pode ser seu melhor plano de saúde”. Então você vai ver as grandes políticas sanitárias. A própria política da vacinação, do acesso à vacinação, de tudo. Eu acho que muitos de nós e eu me incluo nessa também, tem noção do que é não ter acesso a serviço de saúde antes do SUS. Porque a gratuidade dos serviços que atendem as nossas necessidades, né? Você pega uma campanha de vacinação e somente se tem o trabalho de ir ao posto de vacinação. Hoje se consegue ir além, para melhorar essa acessibilidade, agora tem vários postos nos shoppings, né? Para a pessoa ter mais acesso.

Entrevistadores: *Em horários e locais diversos e acessíveis...*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Mas ainda assim a mercantilização da área da saúde atravança. Essa semana mesmo, quando eu fui à Secretaria de Saúde, eu estava falando da importância da estratégia da saúde da família, que para mim é uma das políticas públicas de saúde mais importantes que você tem no país. Depois que eu comecei a adensar mais essa discussão sobre geografia da saúde, me permitir também a ler mais sobre a atenção básica, a atenção primária do SUS. Porque é a porta de entrada do SUS. Então, o agente de saúde que vai, que percorre, que conhece o território, que faz o acompanhamento da saúde familiar, é um programa fantástico. Que deveria ser mais incentivado! Mas a grande maioria dos municípios que são os responsáveis pela atenção básica, atenção primária, eles não têm suporte financeiro. Então, a gente retorna na discussão na mercantilização da saúde. Os municípios, a maioria dos municípios não são conta da atenção básica 100%.

Entrevistadores: *O que acaba se refletindo na equidade dos gastos públicos com saúde...*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Os investimentos na atenção primária evitariam muitos custos na alta complexidade. Então, imagine se tivéssemos um reforço ainda maior nesse nível de atenção. Há um livro que utilizo na disciplina de Políticas Públicas, que inclusive já foi bastante discutido pelos alunos, que chama “Políticas Públicas Bem-Sucedidas: Lições para Promover o Bem Comum”, do Marcos Mendes. Entre os exemplos apresentados, uma das políticas consideradas bem-sucedidas é a Estratégia Saúde da Família. Hoje já se sabe que a ampliação do programa gerou diversos impactos positivos nas políticas de saúde no Brasil. Houve melhorias na cobertura vacinal, redução de problemas relacionados ao baixo peso ao nascer, entre vários outros resultados favoráveis. Então, existem muitos impactos positivos associados à expansão da Estratégia Saúde da Família.

Entrevistadores: *Esse cenário da globalização do capitalismo e das vulnerabilidades sociais comum a algumas populações se sobressaíram no contexto da pandemia, né?*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Eu acho que a pandemia evidenciou algo para o qual ninguém estava preparado. Obviamente, a gente já ouvia falar sobre pandemias. Lembro que, um ano antes da Covid-19, li o livro “Pandemias: O Mundo em Risco”, de Stefan Cunha Ujvari. Inclusive, ele participou de uma das mesas de um dos eventos do GeoSaúde, se não me engano em Campina Grande. Foi interessante porque li esse livro antes da pandemia e durante a leitura, achava o discurso dele um pouco catastrófico. Ele apresentava a história das pandemias que a humanidade já havia enfrentado e dizia que passaríamos por novas pandemias. Quando a pandemia começou, eu só conseguia lembrar daquele livro. Claro que a pandemia tem uma explicação epidemiológica relacionada ao contágio, à transmissão do vírus e a todos esses aspectos. Mas, na minha concepção, ela teve, e continua tendo, uma explicação

muito mais geográfica. Por que como ela se espalhou? Ela se espalhou de pessoa para pessoa, acompanhando a dinâmica dos fluxos de pessoas e mercadorias. E aí começaram a surgir os mapas. Em São Luís, os primeiros casos chegaram pelo aeroporto. Em Imperatriz, também. Em Timon, a proximidade com Teresina teve um papel importante. Depois, passamos a sobrepor essas informações à malha rodoviária e a outras redes de circulação [...]. Então, para mim, a pandemia teve uma explicação essencialmente geográfica. Como, aliás, tiveram outras epidemias ao longo da história. Quando observamos a peste na Idade Média, por exemplo, ela também se espalhou pelos fluxos existentes na época, apenas de forma muito mais lenta. A Covid-19 se espalhou rapidamente porque o vírus viajou de avião. Eu me lembro que, em dezembro de 2019, estava em uma cidade do Maranhão e já via na televisão as notícias sobre a construção de hospitais de campanha na China. Parecia algo muito distante. E, de repente, a pandemia já estava aqui. Sendo um fenômeno geográfico, ela escancarou muitas das deficiências que já existiam. E volto sempre à questão do básico. Naquele momento, uma das principais recomendações era o isolamento social e a higienização frequente das mãos. Mas muitas famílias sequer tinham acesso regular à água. A pandemia também evidenciou as desigualdades sociais. Enquanto algumas pessoas tiveram o privilégio de permanecer em isolamento e trabalhar remotamente, como aconteceu conosco na universidade, grande parte da população não teve essa possibilidade. Quem trabalhava na informalidade precisava sair de casa para garantir renda e sobrevivência. Então, a pandemia escancarou desigualdades relacionadas ao acesso ao saneamento, à segurança alimentar e a diversos outros direitos básicos. Como deixar de trabalhar se você é vendedor ambulante? Como cumprir determinadas recomendações sem as condições mínimas para isso? A pandemia evidenciou, sim, muitas vulnerabilidades sociais e sanitárias, em diferentes escalas. E, para mim, antes de tudo, ela foi um fenômeno geográfico.

Entrevistadores: *Ou seja, a difusão internacional das relações capitalistas passou a traduzir-se em novos determinantes a relação espaço e saúde...*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Bem, eu vejo que compreender o espaço geográfico é fundamental para falar sobre o processo de adoecimento. Porque existem alguns padrões de adoecimento, sobretudo quando tratamos daquilo que a Organização Mundial da Saúde chama de doenças evitáveis ou doenças negligenciadas. O próprio nome já está dizendo: elas poderiam ser evitadas ou não deveriam ser negligenciadas. Quando trabalhamos com dados de mortalidade do SUS, percebemos que existem determinados padrões. As doenças cardiovasculares, por exemplo, continuam entre as principais causas de morte, seguidas pelas neoplasias, pelos diferentes tipos de câncer. Mas ainda encontramos, em São Luís e em vários municípios maranhenses, a presença significativa de doenças infecciosas e contagiosas. E aí surge a pergunta: quantas dessas doenças estão relacionadas à falta de saneamento? Temos tuberculose, hanseníase, leishmaniose. E eu sempre me pergunto: por que ainda convivemos com essas doenças? Por que elas não foram ao menos controladas de forma mais efetiva? Por um lado, a explicação passa pelas condições sociais e sanitárias. Por outro, também está relacionada aos impactos dos desequilíbrios ambientais que nós mesmos provocamos. Quando analisamos a história das epidemias, percebemos que parte da explicação de várias doenças está associada à forma como intervimos no ambiente. Algumas doenças que antes eram consideradas tipicamente rurais passaram a ocorrer também em áreas urbanas. Os vírus, vetores e microrganismos têm demonstrado grande capacidade de adaptação. Inclusive, as mudanças climáticas tendem a potencializar esses processos. Talvez nós não estejamos nos adaptando tão bem quanto eles. E há uma questão importante: antes mesmo da existência das sociedades humanas como as conhecemos hoje, esses microrganismos já existiam e ocupavam seus espaços. Um dos grandes problemas está justamente na maneira como provocamos desequilíbrios ambientais e territoriais. Ao mesmo tempo, existe um padrão de adoecimento relacionado ao nosso modo contemporâneo de vida. Por que hoje observamos tantos casos de doenças cardiovasculares, sobrepeso, obesidade e colesterol elevado? Porque mudamos profundamente nossos hábitos alimentares. Consumimos cada vez mais alimentos ultraprocessados e isso tem impactos diretos sobre a saúde. Houve um momento em que a teoria da transição epidemiológica sugeria que as chamadas doenças da pobreza seriam substituídas pelas chamadas doenças da riqueza. Mas isso não aconteceu da forma como se imaginava. O que vemos hoje é a coexistência desses dois grupos de doenças. Elas continuam presentes, algumas associadas ao excesso e aos padrões de consumo, outras relacionadas à carência de alimentação adequada, de acesso aos serviços de saúde e das próprias condições dignas de vida.

Entrevistadores: *Doenças antes segmentadas a algum determinado território ou condição socioespacial passaram a se globalizar, as chamadas doenças crônicas não transmissíveis parecem se projetar junto mundialização da economia capitalista...*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: As doenças mentais, até bem pouco tempo eram muito negligenciadas, ultimamente cresceram muito. Agora elas passaram a serem vistas com seriedade, das quais devem ser, que é um grande mal do século! São as doenças mentais, porque são muitas mudanças. A gente tem, a inversão de valores totais e a gente que está sofrendo todos esses impactos.

Entrevistadores: *De fato, é a globalização das más condições de vida, da pobreza e das doenças!*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: E aí a gente traz para a Geografia sempre em diferentes escalas. Porque a gente está aqui falando de uma escala, do bairro. Quando eu percorro um bairro de São Luís e eu vejo que não tem saneamento, mas aí essas escalas vão se sobrepondo. Porque hoje eu estou falando da falta de saneamento no bairro X de São Luís, mas eu estou falando também das mudanças climáticas. Como esses fatos estão se complementando e juntos impactando. Eu retorno no discurso da interdisciplinaridade e resgato também a Maria Cecília Minayo, ela pontua “o pesquisador interdisciplinar”, eu me considero uma pesquisadora interdisciplinar não é porque eu dou conta de tudo, não é. Eu não tenho leitura sobretudo, eu não vou dar conta de tudo. Mas o pesquisador interdisciplinar, ele está disposto ao diálogo e ele sabe dialogar com outros saberes. E aí eu vejo que a geografia da saúde, ela nos permite isso. Ela nos dá essa formação de compreender essa pluralidade de diálogos.

Entrevistadores: *E quais aportes a geografia pode oferecer frente aos ditames desse período?*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Agora mesmo estou realizando algumas leituras sobre como o SUS vem passando por todo esse processo de saúde digital. Talvez eu tenha um olhar muito positivo sobre isso, mas esse também é o meu jeito de ser. Claro que existem muitas mazelas e nós, que estamos na universidade, vamos continuar estudando e tentando contribuir para diminuí-las. O que podemos fazer para contribuir? Acho que essa é a nossa grande missão: colaborar para que a saúde humana realmente exista de forma mais ampla e acessível. Ao mesmo tempo, vejo que podemos ganhar muito com o período técnico-científico-informacional. Nessas leituras que tenho feito sobre saúde digital, observo como o SUS vem ampliando suas possibilidades. Hoje já temos, principalmente após a pandemia, experiências com telemedicina, robótica e diversas outras tecnologias incorporadas ao sistema de saúde. A questão é compreender como tudo isso está sendo agregado ao SUS e como podemos nos beneficiar dessas transformações. Já é possível observar, por exemplo, procedimentos realizados na Amazônia com o acompanhamento de especialistas localizados em São Paulo. Um médico de grande referência, que talvez não pudesse estar fisicamente presente, consegue realizar consultas, orientar equipes e assessorar profissionais por meio da telemedicina. Talvez eu seja muito otimista, mas acredito bastante nessas mudanças. Quando Milton Santos discutia o meio técnico-científico-informacional, ele já apontava transformações importantes relacionadas à técnica, à informação e à globalização. Hoje, vejo essas discussões se ampliando também no campo da saúde digital. Penso em como essas tecnologias podem ajudar a amenizar dificuldades históricas de acessibilidade aos serviços de saúde. Se observarmos a região amazônica, por exemplo, percebemos que muitos deslocamentos ainda dependem do transporte fluvial. Em diversas comunidades, especialmente indígenas, o acesso a centros especializados de saúde exige percursos longos e difíceis. Hoje, porém, algumas dessas barreiras começam a ser reduzidas por meio da saúde digital. Estamos falando da telemedicina, dos grandes bancos de dados, da robótica e também da inteligência artificial. Ontem mesmo assisti a uma reportagem mostrando como a inteligência artificial vem sendo utilizada para tornar diagnósticos mais precisos. Então, eu penso que podemos ganhar muito com essas ferramentas. Não as vejo como um problema, mas como parte de uma grande solução. Evidentemente, elas não vão eliminar todas as mazelas sociais e sanitárias, mas acredito que representam um instrumento importante para ampliar a acessibilidade à saúde e reduzir parte das desigualdades que ainda enfrentamos.

Entrevistadores: *Nesse contexto, a senhora consegue apontar quais caminhos possíveis para a Geografia da Saúde avançar como um campo crítico situado e comprometido com o bem-estar social?*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Eu acho que a Geografia, por si só, já tem essa característica de ser um campo crítico. Nós, das Ciências Humanas, de modo geral, já temos esse olhar, e penso que a

academia acaba treinando e aprofundando ainda mais essa capacidade crítica, tanto na graduação quanto na pós-graduação. Mas eu acredito que poderíamos avançar muito mais se conseguíssemos promover esse diálogo para além da academia. É preciso fortalecer a interlocução com a gestão pública, com a comunidade e com a sociedade de modo geral, porque muitas vezes a academia ainda permanece muito dentro dos seus próprios muros. Nossos eventos e publicações acabam circulando principalmente entre nós mesmos, entre os nossos pares. Vejo isso como um grande desafio, mas também como uma grande oportunidade para ampliar a compreensão das realidades periféricas e das desigualdades relacionadas aos determinantes sociais da saúde, especialmente no contexto amazônico. A academia tem uma responsabilidade social. Estamos em uma universidade pública, financiada pela sociedade, e só existimos enquanto instituição pública por causa desse compromisso coletivo. Por isso, considero fundamental que a Geografia da Saúde avance rompendo essas barreiras. Precisamos abrir mais a universidade, fortalecer a extensão e ampliar os espaços de diálogo com a sociedade. Às vezes sinto que a universidade perde oportunidades importantes nesse sentido. Temos iniciativas muito relevantes, como a Feira das Profissões e o Seminário de Iniciação Científica. Na Feira das Profissões, montamos estandes para apresentar os cursos aos estudantes do ensino médio, mostrando alguns materiais e aspectos das nossas áreas de atuação. Mas penso que o Seminário de Iniciação Científica poderia ser ainda mais explorado como um espaço de popularização da ciência [...]. Recentemente, tive minha primeira experiência ministrando Geografia da Saúde em uma turma do PARFOR, em Alto Alegre do Pindaré. Foi também a primeira vez que trabalhei essa disciplina fora do curso regular da UFMA. E foi uma experiência muito interessante, porque, inicialmente, surgiram vários questionamentos: “Por que estudar Geografia da Saúde?” “O que a Geografia da Saúde tem a ver com o ensino de Geografia?”. Como se tratava de uma turma de licenciatura, essas perguntas apareceram com frequência. Mas, ao longo das aulas, acredito que consegui convencê-los um pouco, mostrando a aplicabilidade das pesquisas em Geografia da Saúde dentro da própria realidade do município. Então, quando penso nesse avanço do campo crítico, penso justamente nisso: mostrar mais as potencialidades da Geografia e da Geografia da Saúde. Precisamos mostrar mais para a gestão pública e para a sociedade que aquilo que pesquisamos tem aplicação concreta e pode produzir efeitos para além da universidade. Eu acredito que podemos avançar muito nesse campo crítico, mas, para isso, precisamos romper mais as nossas barreiras, sair dos espaços em que falamos apenas para nós mesmos e demonstrar que a Geografia tem contribuições importantes para enfrentar os problemas da sociedade.

Entrevistadores: *No caso, aproximar a comunidade acadêmica da realidade civil que a contorna, mostrar a potencialidade da ciência na compreensão e resolução dos problemas sociais...*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Sim. Eu acho que a gente perde muito quando permanece apenas dentro da universidade. Agora mesmo a universidade está dando mais atenção à carga horária de extensão, tornando mais oficial a presença de atividades extensionistas nas disciplinas. Isso é importante, porque, senão, continuaremos restritos aos nossos muros. E eu falo isso até por experiência própria. Quantas pesquisas eu já realizei e que acabaram ficando apenas dentro da universidade? Há uns três ou quatro anos, desenvolvi um projeto na cidade de Santo Amaro do Maranhão que foi uma das pesquisas da qual mais gostei de participar. Fomos ao município com um projeto financiado para discutir a precariedade da acessibilidade à infraestrutura sanitária, já que a cidade não possui rede de abastecimento de água nem rede coletora de esgoto e ao mesmo tempo, vem passando por um intenso crescimento econômico impulsionado pelo turismo, por ser uma das principais portas de entrada dos Lençóis maranhenses. Foi um projeto muito interessante porque conseguiu reunir pesquisa e extensão. Fizemos coleta de água e análises laboratoriais, dialogamos com agentes comunitários de saúde, produzimos um documentário e, posteriormente, fomos convidados a participar de uma audiência pública para discutir a falta de saneamento e seus impactos tanto na vida da população quanto no próprio turismo. Trata-se de uma realidade em que muitas famílias ainda dependem de poços para o abastecimento de água. Além disso, conseguimos recursos para adquirir filtros de barro e distribuí-los a famílias em situação de maior vulnerabilidade em algumas das comunidades que visitamos. Também realizamos oficinas sobre cloração por difusão, uma técnica utilizada pela Fundação Nacional da Saúde. Então, quando você sai da universidade e leva o conhecimento para a população, percebe que existem ganhos muito significativos em diferentes escalas. É justamente nesse momento que a pesquisa deixa de ficar apenas dentro dos relatórios, artigos e eventos acadêmicos e passa a produzir impactos concretos na vida das pessoas.

Entrevistadores: *Quais são as suas perspectivas futuras para a Geografia da Saúde?*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Bom, eu vejo boas perspectivas para a Geografia da Saúde. Acho que conseguimos consolidar cada vez mais esse campo e fortalecer os grupos de pesquisa e de atuação. Toda vez que participamos de eventos, percebemos como conseguimos dialogar não apenas com geógrafos, mas também com profissionais de outras áreas, especialmente da saúde. Hoje temos representantes atuando em instituições estratégicas, inclusive no Ministério da Saúde e na Fiocruz. Então, é muito interessante ver pessoas que tiveram formação na Geografia ocupando esses espaços e contribuindo para as políticas públicas e para a produção do conhecimento. Também vejo com muito entusiasmo a forma como influenciemos nossos alunos e como eles estão reproduzindo e ampliando essas discussões. Por isso, olho para o futuro da Geografia da Saúde com bastante otimismo. E volto àquela palavra que sempre me vem à cabeça: interdisciplinaridade. Acho que precisamos compreender cada vez mais a importância desse diálogo com a gestão pública, com a sociedade e com outras áreas do conhecimento. Sozinhos, não resolvemos nada. Assim como a Medicina e outras áreas da saúde passaram a incorporar leituras da Geografia, nós também aprendemos muito nesse processo de troca. Quando eu cursava o PPGSA, era muito interessante observar isso. Quando dizíamos que éramos da Geografia, muitas vezes os professores da área médica já estabeleciam conexões imediatas com autores como Milton Santos. Lembro, por exemplo, do professor Rafael da Silva e também do professor Luizão. O professor Luizão tinha uma capacidade impressionante de indicar leituras. Qualquer tema que surgisse, ele logo retirava um livro da sua bolsa e apresentava uma nova referência. Certa vez, ele me emprestou um exemplar de "Introdução à Geografia Médica no Brasil", de Carlos da Silva Lacaz, uma obra clássica que utilizei muito nas minhas produções. O livro já estava bastante desgastado pelo tempo e, quando terminei de ler, fiquei preocupada porque a capa havia se desprendido. Então, antes de devolvê-lo, procurei uma gráfica para restaurar e encadernar o livro da melhor forma possível. Quando o entreguei de volta, lembro que fiquei muito feliz por poder devolver aquela obra tão importante em boas condições. O professor Luizão também era um grande entusiasta dessa leitura geográfica dos problemas de saúde. Ele compreendia perfeitamente que não era possível discutir medicina e saúde sem discutir o espaço. Foi mais uma referência fundamental na minha trajetória. E eu penso que, cada vez mais, estamos entendendo a necessidade desses diálogos interdisciplinares. Não vamos resolver problemas complexos por meio de um pensamento único ou de um único setor. O diálogo continua sendo um elemento essencial para compreender e enfrentar os desafios da saúde e da sociedade contemporânea.

Entrevistadores: *É muito importante também nesse mundo que a gente está vivendo integrar esforços para compreender os contextos sanitários criados a partir das tensões e crises do capitalismo contemporâneo.*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Por isso que hoje, é interessante que se destaque o caráter pioneiro do PPGSA, porque ele foi um dos pioneiros na área interdisciplinar, a partir de então, a ideia de interdisciplinaridade cresceu demais, na CAPES, na pós-graduação... Isso é um importante indicador para a gente observar como, de fato, [...] os campos interdisciplinares estão se ampliando, porque a gente não resolve nada sozinho, sem a compreensão de outros saberes. Quando eu falo de outros saberes, é do saber acadêmico como também dos saberes tradicionais, porque a gente aprende muito com os saberes tradicionais, pois não somos o único saber verdadeiro, o saber da academia. Os saberes tradicionais estão aí também para nos ensinar muito. Acho que é preciso divulgar ainda mais a importância do diálogo e da interdisciplinaridade.

Entrevistadores: *Para finalizar, a senhora poderia deixar algumas indicações...*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Acho que, para mim, revisitar os clássicos é sempre importante. "Ensaio médico-social", de Samuel Pessoa, é uma obra à qual eu sempre gosto de retornar, porque muita coisa já foi escrita e pensada ali, inclusive discussões que dialogam com essa perspectiva da multicausalidade. E também há todas essas referências que já mencionei ao longo da entrevista. Eu sou muito admiradora da professora Luísa Rojas e de tudo o que ela produz, assim como do Raul Borges Guimarães, do Cristóvão Fernandes Duarte, do Rafael de Castro Catão, da Lígia Vizeu Barrozo e da Helena Ribeiro. Acho que temos muita gente produzindo trabalhos de alta qualidade no Brasil e na América Latina. Existe uma produção muito rica na Geografia da Saúde, com diferentes abordagens e perspectivas e acredito que vale a pena conhecer tanto os clássicos quanto as contribuições mais recentes desses pesquisadores.

Entrevistadores: *Então professora, a gente fica por aqui. Foi um grande prazer estarmos na sua companhia e podermos disfrutar dessa discussão tão abundante e elucidativa à Geografia da saúde. Agradecemos a sua generosidade, recepção e disponibilidade.*

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues: Eu que agradeço.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (Fapes) - 1718/2025, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 10, p. 435-442, 2010. Disponível em: https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/pt_BR/article/view/1937/1880. Acesso em: 10 abr. 2026.

Rojas, Luisa Iñiguez. Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, p. 701-711, 1998. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-229440>. Acesso em: 20 abr. 2026.