

| 372 | UMA REFLEXÃO HISTÓRICA SOBRE A INCORPORAÇÃO DA SAÚDE AO  
IMAGINÁRIO DA CIDADE : CIDADES SANATORIAIS NO SÉCULO XIX EM SÃO  
PAULO

*Paula Vilhena Carnevale Vianna, Debora Carla de Padua Leandro, Valeria Almeida Zanetti*

### **Resumo**

No processo histórico de construção da urbanidade – e das identidades urbanas, a saúde desempenhou, em diversos momentos, significativo papel. As estâncias climáticas, no século XIX, combinavam as concepções de saúde vigentes na geografia médica e na clínica aos novos preceitos de planejamento urbano. Este trabalho se propõe a refletir sobre o ideário envolvido na construção das Estâncias para o tratamento da tuberculose entre meados do século XIX e as primeiras décadas do século XX. Exemplifica os casos de Campos do Jordão e São José dos Campos como propostas simultaneamente médico-terapêuticas e de desenvolvimento urbano. A análise das Estâncias como construção social revela um campo de disputa de múltiplos interesses, em momento de transição política e econômica em que atores e organizações se articulavam tendo por pano de fundo a institucionalização da saúde pública e o desenvolvimento de núcleos urbanos no Brasil. O trabalho pretende, assim, contribuir para os estudos que analisam a correlação entre as políticas de saúde e de desenvolvimento urbano na passagem do século XIX ao XX no Brasil.

**Palavras-chave:** Urbanização, História, Geografia Médica, Estância, Tuberculose

### **Saúde e Identidades Urbanas: Um lugar para a saúde na representação da urbanidade.**

As cidades possuem sentidos socialmente atribuídos, identificados e simbolicamente representados em seus monumentos, edifícios e traçado urbano (Lefebvre, 1974) e apreendidos nos campos objetivo e subjetivo. Complementando a percepção objetiva, a dimensão subjetiva é relacionada à capacidade de produzir e gerar significados; ações essas que se desenvolvem no âmbito cultural e se expressam de forma simbólica, influenciando, por sua vez, a institucionalização de saberes e práticas (Bourdieu, 1985). Esse sentido socialmente atribuído às cidades e simbolicamente representado nos espaços e discursos da vida cotidiana confere aos indivíduos o sentimento de pertencimento.

No processo histórico de construção da urbanidade – e das identidades urbanas, a saúde desempenhou, em diversos momentos, significativo papel. Embora a associação entre saúde e cidade seja anterior à industrialização europeia, na Europa Ocidental do século XIX ambas se instituíram como campos de saber e prática, associados aos preceitos da modernidade. Na primeira metade do século XIX, denominada pré-urbanismo por Choay (1965, p.30); historiadores, economistas, políticos se debruçavam sobre a cidade, numa visão

global da sociedade que aliava saúde e desenvolvimento urbano como objetos de uma mesma política. Ainda que divergências e variadas motivações possam ser reconhecidas nas políticas de ordenamento e saneamento urbano, a influência da racionalidade iluminista e dos preceitos positivistas de modo geral lhes conferia uma orientação comum, norteadas pela imagem do desenvolvimento associada ao progresso.

O ideário de progresso era cotidianamente confrontado pela insalubridade do meio urbano, manifestado de forma mais evidente nas epidemias. Evidência concreta dos reveses do processo de industrialização e urbanização, as doenças epidêmicas, adicionalmente, ameaçavam a expansão dos circuitos comerciais imperialistas, inserindo a saúde (ou sua ausência) no âmbito econômico. A concomitância da Grande Exposição Internacional e da primeira Conferência Sanitária em 1851, respectivamente em Paris e Londres, denota a contemporaneidade das discussões e a simultaneidade de inserção dos temas nas agendas internacionais tanto no campo científico, como político. (Lima, 2002, p.56)

A maioria das análises históricas da relação saúde/cidade se fundamenta nos preceitos da Higiene. Constituída como disciplina a partir de 1830, a Higiene focava o estudo do lugar, estilo de vida e saúde humana e direcionou ações de renovação urbana. No entanto, no século XIX, outra disciplina influenciava a relação entre a saúde e o espaço: a geografia médica. (Osborne, 2000)

Ciência de viés predominantemente determinista, a geografia médica experimentava, no período, um caráter conflitante, decorrente das novas concepções da ciência experimental (em especial na microbiologia), das teorias evolucionistas e das análises estatísticas (Osborne, 2000; Schwarcz, 1993). O estudo do clima e da topografia, inovado pelo uso de novos instrumentos de aferição, se combinava a análises anatomo-clínicas e propunha explicações para a relação entre doença epidêmica, clima e lugar (Osborne, 2000; Edler, 2001) Edler (2001) ressalta que a adoção do modelo de etiologia multicausal de percepção do adoecimento possibilitava à geografia médica a incorporação de novas áreas de conhecimento ao seu modelo explicativo.

Essas análises são ainda pouco exploradas nas áreas da saúde coletiva e do urbanismo, que, com exceções (Schwarcz, 1993; Edler, 2001, Osborne, 2000) a homogeneizam pelo seu viés determinista, legitimador da dominação imperial sobre os territórios e povos das colônias tropicais.

Um tipo peculiar de cidade combinava as concepções de saúde vigentes, na geografia médica e na clínica, aos novos preceitos de planejamento urbano: as estâncias climáticas e hidrominerais e as estâncias para tratamento da tuberculose. Sob a perspectiva

médica, as Estâncias seriam produto natural de condições geográficas privilegiadas, que atrairia pacientes e médicos e evoluiria para a organização de núcleos e serviços de cura fundamentados na climatologia. (Bertolli Filho, 1993) Porém, a análise de estâncias como construção social revela um campo de disputa de múltiplos interesses (econômicos, políticos, médicos, urbanísticos), onde atores e organizações se articularam tendo por pano de fundo a institucionalização da saúde pública e o desenvolvimento de núcleos urbanos no Brasil a partir do século XIX. (Vianna e Elias, 2007; Vianna et al, s/d.). Podem, assim, ser lidas como proposta médica terapêutica para a tuberculose e projetos de desenvolvimento urbano.

Este trabalho compõe pesquisa mais ampla que busca revelar, por meio das relações sociais e da produção científica e literária dos médicos das cidades estância, o vetor econômico e o ideário de desenvolvimento urbano envolvidos em sua construção, contextualizando o processo no campo da institucionalização da saúde pública e das proposições urbanísticas que antecederam e se efetivaram no período da Primeira República (1889 -1930). A geografia médica é considerada campo de aproximação entre saúde e planejamento urbano. A pesquisa pretende contribuir para as análises da correlação entre políticas de saúde e desenvolvimento urbano na passagem do século XIX para o século XX no Brasil. O texto apresenta a concepção europeia das Estâncias, analisa a influência desse ideário sobre as representações sociais das estâncias brasileiras, e aponta as contradições inerentes à ideia de desenvolvimento ligado a uma doença estigmatizante, contagiosa e de alta letalidade. Neste trabalho serão tecidas reflexões acerca da construção simbólica das estâncias de Campos do Jordão e São José dos Campos, a partir de rede de relações estabelecida por atores sociais.

### **Geografia, saúde, cidade: As estâncias**

A associação entre águas, salubridade e bem estar remete à Antiguidade, mas na era industrial adquiriu um novo dinamismo, vinculado à representação social moderna (Jennings, 2002; Sevchenko, 1998, Weber, 1989, Porto, 1995): em idílicos cenários, as estâncias permitiam a fuga temporária e recuperadora das insalubres cidades.

François Walter (1991) analisou a criação da paisagem alpina suíça como um tipo ideal de valor estético e curativo, um ambiente restaurador do físico e da alma. Para este autor, a percepção da paisagem, sua construção como valor em si, iniciou no século XVII e foi gradativamente reforçada pela perspectiva utilitarista e antropocêntrica do Iluminismo, tanto no campo científico (em especial geografia e medicina) como no campo subjetivo (em relatos de viajantes, sermões religiosos, na produção artística de pintores, escritores,

fotógrafos). No século XIX, a possibilidade de exploração turística agregou o vetor econômico ao processo: além de percebida, a natureza poderia ser mercantilizada, gerando rentabilidade. A recuperação de valores políticos, econômicos e culturais específicos da população alpina foi ligada à geografia do terreno: pureza do ar, qualidade e frescor das águas, a resistência das montanhas foram qualidades que passaram a ser buscadas pelos europeus como refúgio, um escape das sufocantes cidades industriais. A disseminação desse tipo ideal paisagístico gerou pequenas “Suíças” na Itália, França, Inglaterra e no exterior, incluindo Argentina e Brasil.

As estações de cura e de férias europeias eram clinicamente justificadas não somente pelas virtudes medicinais do ambiente natural, mas, igualmente, pela associação inversa, a da insalubridade ao meio urbano, difundida pela nova indústria da propaganda. Anunciado como lazer, o movimento de “retorno ao campo” seria renovador e revigorador. O ‘campo’ era adaptado aos costumes burgueses por um aparato de equipamentos de lazer e modos de sociabilidade simbolicamente associados à elite. (Weber, 1989) Esse movimento, além de gerar atividade econômica, levou ao meio rural o estilo de vida urbano, num movimento eivado de contradições: a riqueza gerada pelo afluxo de turistas, curistas e proprietários de casa de veraneio não era igualmente distribuída e o volume e modus vivendi da população flutuante gerava tensão e conflitos com a população fixa.

Nas colônias, era outra a representação das estâncias. Jennings (2002), em análise das estâncias hidrominerais e térmicas em colônias francesas afirma que os aspectos sociais eram tão importantes quanto a higiene e salubridade vinculadas às águas termais: situadas em altitudes mais elevadas, reproduziam o clima, o ambiente e os confortos da pátria mãe; uma espécie de “oásis da metrópole no além mar” que mantinha à distância o selvagem, o outro. Nessas pequenas ‘europas tropicais’, hábitos e costumes burgueses eram preservados e redes de influência, que excluía a população nativa, estabelecidas. Não se tratava de “aclimatação”, mas de seu oposto: a afirmação da diferença.

No Brasil pouco urbanizado ambas influências são percebidas na representação das Estâncias: como tipos ideais, foram modelos civilizados de urbanidade representados nos traçados racionalmente planejados e modernos estabelecimentos construídos e, no campo subjetivo, identificavam-se simbólica e culturalmente com as refinadas Estâncias europeias, em especial francesas e suíças.

Em Minas Gerais, as Estâncias de Águas de São Pedro (1936), Águas da Prata (1923) e Araxá (1933) exemplificam a busca de “aliar as “vantagens” de um núcleo urbano às “vantagens” do campo” (Porto, 2005; p.86-88). Baseadas no ideário de cidade jardim

simultaneamente criavam uma paisagem agradável aos visitantes e implementavam soluções técnicas de infraestrutura urbana. O uso de novos materiais e técnicas, a presença de galerias e fontes eram denominadores comuns do estilo arquitetônico das edificações e influenciavam as habitações do entorno, em especial as casas de veraneio. A institucionalização das estâncias, reconhecidas pelo Estado por seu potencial sanitário, lhes garantiu aporte de recursos para obras de infra-estrutura urbana, aliando saúde e cidade em projetos de desenvolvimento urbano e econômico.

Quintela (2005), comparando estações termais do Brasil e Portugal, data em 1818 a primeira estância termal do país, Caldas da Imperatriz (SC). Os médicos foram os principais divulgadores tanto da prática quanto dos próprios balneários, ressaltando, além do poder terapêutico, a descoberta de um “fundo precioso de interesse e prosperidade”, que enriqueceria e civilizaria “estéreis vilas”. (Antonio Maria de Miranda Castro, 1841 apud Quintela, 2005). A autora ressalta que “o conhecimento das águas minerais era assim, antes de mais nada, assumido como um fator potencial de desenvolvimento econômico”.

No Estado de São Paulo, Campos do Jordão e São José dos Campos estruturaram-se, a partir de meados do século XIX, igualmente sobre um alegado ‘potencial sanitário’: o da cura da tuberculose. (Bertolli Filho, 1993; Vianna e Elias, 2007; Vianna et al, s/d) Construção ambígua, permeada de conflitos e interesses, a identidade sanitária, construída no final do século XIX, conferiu a essas cidades um perfil reforçado na década de 1920, com a estruturação do sistema sanitário paulista. O eixo de desenvolvimento urbano de ambas as cidades, planejado na década de 1930, eram os espaços sanatoriais.

Campos et al (2011) têm analisado a diversidade do processo de urbanização do Estado de São Paulo, analisando as exceções à clássica tipologia da centralidade cafeeicultora. Um denominador comum desse processo é o papel desempenhado pela elite que se instituía na virada do século, cuja visão liberal e empreendedora se combinava ao apoio no arcabouço institucional e à dependência econômica do Estado. A institucionalização da ciência e o desenvolvimento de novas técnicas foram elementos adicionais para legitimar propostas cujo teor desenvolvimentista almejava romper com o passado colonial e lançar o país na modernidade. Essas propostas, defendidas politicamente por seu alcance econômico e social, dissimulavam interesses e benefícios particulares, articulados em espaços de convívio de empreendedores, cientistas e técnicos de diferentes campos do saber. A criação das Estâncias Climáticas de Campos do Jordão e São José dos Campos foi analisada a partir dessa perspectiva.

Nas Estâncias Climáticas para a tuberculose, os conflitos eram mais evidentes e acentuados em comparação às Estâncias Hidrominerais, dada a natureza contagiosa e alta mortalidade da doença. O discurso médico - de base clínica, higienista e com significativo componente da geografia médica - e as técnicas a ele aliadas foram instrumentos para resignificar a doença, as terapêuticas e as relações sociais e urbanas, nas cidades que se desenvolveram tendo por eixo a tuberculose e os sanatórios.

### **Saúde e tratamento como construção social. Sanatórios e cidades-estância para a tuberculose**

Em análise sobre a tuberculose e a Aids, Dilene Nascimento (1999) enfatiza a importância de tratar a doença como “fato socialmente construído” (p.26). Nessa concepção, a doença, para além do fato biológico, é determinada pelos símbolos e valores a ela associados. Essa percepção, por sua vez, influencia diretamente a adoção das medidas de intervenção e controle, que possuem a mesma natureza social e histórica (Pinell, 1996). Portanto, a instituição de tratamentos, terapêuticas e intervenções médicas é igualmente construção social.

Na Europa, no início do século XIX, a expressão romântica da tuberculose fora substituída pela expressão social, vinculada às precárias condições de vida e trabalho da emergente classe operária. A estruturação do conhecimento estatístico e demográfico subsidiava a demanda social para a adoção de medidas públicas de contenção e controle (Nascimento, 1999; p.38-42), que se inseriam nas medidas mais amplas de proteção ao trabalhador. No Brasil, no mesmo período, a tuberculose era prevalente e significativa causa de óbito, mas a população atingida não eram operários mas o “contingente de miseráveis esquecidos como cidadãos” (p.42-47). O país entrou para o circuito capitalista pela via agroexportadora, aspecto privilegiado pelas políticas de saúde que se instituíam no meio urbano (saneamento de portos e controle de doenças infecciosas epidêmicas). Em um país agrário, cuja estrutura social mantinha as raízes do regime escravocrata, a tuberculose tardaria a ser priorizada como questão de saúde pública pelo aparato governamental, embora médicos e sanitaristas, pela vivência clínica e intercâmbio internacional de informações, a identificassem como agravo prevalente, de natureza social.

As descobertas da moderna medicina, experimental e científica, com ênfase na teoria microbiana como agente causal da doença aportavam novas explicações sobre a origem e transmissão da tuberculose e resultavam em inovações terapêuticas e propostas de intervenção (Bertolli Filho, 1993; p.80-89) No entanto, até a descoberta dos quimioterápicos,

na segunda metade do século XX, o fracasso dessas medidas consolidou a climatoterapia (aliada ao descanso e à adequada nutrição) como a principal estratégia de cura dos doentes, e as medidas preventivas (regras sanitárias e vigilância e isolamento dos doentes) como meio de controlar a doença nas coletividades (id, ibid) Ambas estratégias tinham como base o sanatório e como locus privilegiado o distanciamento da cidade. Segundo Bertolli Filho (1993, p.89), a partir de meados do século XIX a medicina alemã reforçou a paisagem montanhosa e o clima frio como terapêuticos “...inaugurando a era sanatorial e de isolamento dos pectários”.

### **Estâncias para tuberculosos: medo do contágio e desenvolvimento urbano ou estratégia médica e econômica**

Os sanatórios, equipamentos modernos de cura da tuberculose, originaram-se na Alemanha, em 1859, apoiados na evidência dos efeitos da aeração e alimentação para a cura da doença, em estudos baseados na prática clínica inglesa e alemã, como os produzidos por Henri-Clermond Lombard (Campbell, 2005). Lombard (1803-1895) foi apontado por Michel Osborne (2000) como um geógrafo médico pioneiro. Tuberculoso, percorreu a Europa para tratar-se e estudar climatologia. Curado, completou o estudo médico em Paris com doutoramento premiado sobre a tuberculose. “Ever the traveller” (Osborne, 2000; p.38), transformou-se material de campo em publicações na área da climatologia. O interesse pela tuberculose também se aplicava à clínica. Consultava uma “rica e internacional clientela”, que encaminhava às estações de cura que havia conhecido e estudado. (Lombard, 1848, apud Osborne, 2000; p.38). Sua obra mais significativa na área da geografia médica, produzida e publicada entre 1877 e 1880 é considerada por Osborne (2000) uma enciclopédia de terapia climática. Propunha leis de correlacionamento entre clima e saúde e incluía verbetes sobre *spas* e regiões de climas profiláticos e curativos, por raças. Para Lombard, conclui Osborne “health was read as attributable partly to ethnicity, partly to location, and, in the case of spa visits, partly to economic competence”. (id; p.41-42) Produção do segundo período da Geografia Médica, possui abordagem científica, incorpora a clínica e usa a estatística para verificar hipóteses. (Edler, 2001)

Assim, no plano das representações, na Europa das insalubres vilas operárias, as estâncias constituíam uma saída para a tuberculose e os tuberculosos, considerados um problema social urbano. Ao mesmo tempo, apresentavam-se como uma compensação à absorção desse segmento no campo. Como discurso, a propagada e mitificada “redenção sanatorial” simultaneamente aliviaria as cidades modernas do “mal da civilização” e

ofereceria, ao campo, a aparente possibilidade de vantagem econômica e de mudanças culturais (Guilbert, 1992). Inicialmente voltados às elites, a partir de 1892, os sanatórios se ampliaram em redes sanatoriais, como parte da política de saúde de Bismark, custeadas por fundos trabalhistas (Bertolli Filho, 1993:123).

A autoridade sanitária legitimava a prática do tratamento sanatorial. A contenção da doença nos sanatórios, associando repouso e alimentação ao clima ameno, era o modo mais adequado e seguro de controle: acrescidos das medidas higiênicas e disciplinadoras recomendadas pelo Serviço Sanitário, garantiriam proteção contra o risco do contágio (Guilbert, 1992) Além da disponibilidade de serviços médicos especializados e infraestrutura de tratamento, nas Estâncias os tuberculosos encontravam um contexto social de menor estigma contra a doença (Bertolli Filho, 1993; p.542-3). Oracy Nogueira (2009), em seu trabalho *Vozes de Campos do Jordão*, escrito em 1944, observou por meio de depoimentos colhidos junto aos tuberculosos da cidade, o quanto os doentes modificavam as regras sociais, as circularidades no âmbito do espaço, mesclando medo e preconceito generalizado com expectativas de vida e sociabilidade.

Os sanatórios inauguraram, igualmente, um novo estilo arquitetônico. Estabelecimentos de cura, diferenciavam-se dos hospitais, então abrigo para agonizantes. São exemplares arquitetônicos do movimento modernista, que priorizava a higiene e os aspectos sociais e integrava a forma à finalidade social (Campbell, 2005). Contemporâneas das Estâncias Hidrominerais, com suas construções em estilo neoclássico, nas Estâncias Climáticas as construções exibiam ambientes arejados e iluminados por balcões e terraços. A alimentação saudável e espreguiçadeiras convidando ao repouso forneceram uma nova representação aos estabelecimentos assistenciais. A cura da tuberculose dependia do regime terapêutico empregado e, igualmente, do desenho e forma dessas construções.

Urbanização e saúde eram, então, tópicos reconhecidamente correlacionados. Renomados arquitetos projetaram sanatórios por toda Europa, e o estilo dessas construções influenciou o desenho de casas e cidades. (Campbell, 2005; Vianna e Elias, 2007) Na Europa, a edificação destes estabelecimentos foi viabilizada por parceria entre o poder público e a sociedade, com a instituição da ação filantrópica na forma de Ligas e Associações.

#### **FILANTROPIA E LIGAS PARA A TUBERCULOSE**

No Brasil, a sociedade, liderada pelas elites médicas e organizada na forma de Ligas, foi o primeiro agente no controle da tuberculose (Nascimento, 1999; Mota, 2001; Bertolli, Filho, 1993) Numa atuação estreitamente relacionada ao Estado, as ações

filantrópicas, tinham caráter de reforma social, eram instituídas como dever moral, e imputavam ao Estado a responsabilidade nesse processo. (Nascimento, 1999) As primeiras medidas de controle da tuberculose instituídas diretamente pelo poder público ocorreram no início do século XX e foram normativas, de pouco ou nenhum alcance. As recomendações clínicas seguiam os princípios da climatoterapia e, diferentemente da Europa, não foram acompanhadas de ações no âmbito social. Assistência e ações educativas eram compartilhadas com a filantropia, e, em São Paulo, resultaram numa parceria do Estado com a Santa Casa de Misericórdia para a construção de um hospital, inaugurado em 1914. No Rio de Janeiro, a abrangente proposta de Oswaldo Cruz (1907), que incluía, aos moldes alemães, um corpo normativo, seguro trabalhista e rede assistencial não se concretizou. (id; p. 52, 56).

A Liga Brasileira contra a Tuberculose foi instituída em 1900 e, até 1920, conduziu as ações dirigidas à doença no Rio de Janeiro. Os sanatórios, embora fossem o principal instrumento de cura do tuberculoso, para onde deveriam ser encaminhados pacientes ainda com possibilidade clínica de cura; eram facilmente instituídos dado o alto custo. As ações da Liga eram amplamente divulgadas em publicações médicas e leigas, ampliando o conhecimento acerca da prevalência e gravidade da doença. Todas as atividades eram realizadas com subvenção pública, que, no entanto, não assumiu a política de controle da doença até 1920. Com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, as ações sanitárias foram centralizadas no governo federal, na Inspeção de Profilaxia de Tuberculose; os dispensários substituíram os sanatórios como eixo das ações de controle e a direção técnica e administrativa desses estabelecimentos passou diretamente ao poder público. As ações clínicas eram acompanhadas de educação higiênica e divulgação de medidas profiláticas.

O Estado desempenhou, assim, papel relativamente menor no controle inicial da tuberculose, comparada a outras condições infecto-contagiosas, como a febre amarela: O subsídio estatal aos sanatórios, em São Paulo, seguiu a implantação do Código Sanitário (1911), no período de industrialização da cidade.

O advento dos quimioterápicos modificou os fundamentos da terapêutica, tornando obsoleta a internação sanatorial. No entanto, a mudança foi gradativa e, entre 1945 e 1956, trinta estabelecimentos ainda foram inaugurados no país. Em 1956, os 25.797 leitos para tuberculose no Brasil se distribuíam em 100 sanatórios, localizados em 36 cidades (Ribeiro, 1956). Cinco cidades – São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Belo Horizonte, Campos do Jordão (SP) e São José dos Campos (SP) possuíam 49% dos estabelecimentos e 70% dos leitos do país. Eram também as únicas cidades com cinco ou mais estabelecimentos. O Rio

de Janeiro, numa demonstração da centralidade da política de saúde à época, dispunha de 15 sanatórios, e praticamente 20% do total de leitos do país.

Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo eram centros políticos e dinâmicos pólos urbanos, o que justifica o maior número proporcional de sanatórios, considerando a tuberculose doença ocupacional. Belo Horizonte, Campos do Jordão e São José dos Campos compartilham outras características: construíram a rede de sanatórios precocemente, seus estabelecimentos eram majoritariamente privados e erguidos com pouco (Belo Horizonte e Campos do Jordão) ou nenhum (São José dos Campos) incentivo da Campanha Nacional contra a Tuberculose. A tuberculose, entre os séculos XIX e XX, conferiu a essas cidades sua principal identidade urbana, reforçada nas denominações cunhadas: Campos do Jordão e Belo Horizonte eram Suíça Brasileira; São José dos Campos, Canaã dos Tuberculosos.

As proposições e articulação entre os atores e organizações foram tão importantes quanto a geografia para a construção da identidade 'estância'. Evidentemente, a situação climática e geográfica, como a altitude (Belo Horizonte: 852m; Campos do Jordão: 1628m; São José dos Campos: 600m) favorecia, segundo o conhecimento médico de então, o tratamento da tuberculose. No entanto, outras localidades possuíam semelhante perfil, e postulamos, a partir de pesquisas anteriores, que a oficialização dessas cidades como sanatoriais se deu a partir das relações sociais, dos interesses dos atores envolvidos, do conhecimento disponível e das regras institucionais, tanto no campo da saúde pública/higiene como no de desenvolvimento urbano. Retomando Bourdieu (1985), a definição oficial da identidade cria ou reforça um capital simbólico, que passa a ser social e legalmente reconhecido. A partir dessa institucionalização, um novo jogo de forças se conforma, que poderá reforçar ou modificar a trajetória percorrida.

Nesse processo, a saúde e a doença tornaram-se constituintes de um ideário urbano, permeado de conflitos.

### **Campos do Jordão e São José dos Campos**

A condição de estância era simultaneamente condenada e estimulada pela população, pelos médicos e pelos dirigentes das pequenas cidades (Requeijo, 2005; Vianna e Elias, 2007; Vianna et al,...). A acolhida aos tuberculosos promovia aumento demográfico e trazia movimento econômico, no entanto essas transformações eram permeadas de temores: do contágio, da morte, da proximidade da miséria. Na ausência de atividade cafeeira e com indústria incipiente, o crescimento econômico centrado no circuito da doença era processo

contraditório: os doentes, que aportavam em número cada vez maior, deveriam ser simultaneamente acolhidos e afastados, no plano individual e no plano coletivo, da cidade.

Em Campos do Jordão, o circuito intelectual e político articulado pelo médico, geógrafo e empreendedor Domingos Nogueira Jaguaribe Filho moldou a construção do mito de uma Suíça tropical no município pobre, escassamente habitado, de difícil acesso e precária infraestrutura (Vianna et al,s/d). Jaguaribe, de procedência cearense, desenvolveu atividades políticas e de negociação de terras em São Paulo, para onde se mudou na década de 1870. Comprou grande gleba de terra em Campos em 1871, objeto de relatório técnico de Theodoro Sampaio em 1893. Defensor da urbanização por meio de núcleos coloniais (objeto de sua tese de doutoramento), propunha para Campos de Jordão o desenvolvimento urbano baseado no uso já realizado do território, bem como em seu conhecimento específico na área da climatologia e aclimação e seus projetos de núcleos de colonização, apoiada por consistentes relatórios técnicos de colegas nas áreas da engenharia (Sampaio, 1898) e da medicina (em especial, Luis Pereira Barreto) (Vianna s/d; Oliveira, 2009; Santos, 2011). Jaguaribe participava ativamente de diversas organizações sociais, incluindo o Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo, do qual foi membro fundador. A divulgação do potencial sanitário, bem como agrícola e pecuário locais, se dava para o privilegiado círculo de relacionamentos de Jaguaribe, em periódicos científicos do IHG-SP e também para a sociedade, em jornais de ampla circulação (alguns editados e distribuídos pelo médico). Os argumentos eram técnicos, comparativos (medidas climatológicas, características do ar e das águas) e igualmente pertencentes ao campo simbólico e imaginário, numa constante evocação às estações sanitárias européias visitadas e idealizadas pelos atores sociais que então construía a territorialidade e a organização institucional do Estado e do país (Jaguaribe Filho, 1898). Visitantes ilustres, como o presidente do Estado, Campos Salles, e sanitaristas como Emílio Ribas hospedavam-se em propriedade de Jaguaribe, adquiriam glebas e facilitavam a obtenção de recursos para a estruturação da cidade. A imagem das glamurosas e burguesas estâncias européias pouco se relacionava com o pequeno e pobre povoamento, mas justificava, pela via sanitária, o apoio do Estado ao propósito colonizador e empreendedor de uma elite “visionária” e benemerente.

Antes de a tuberculose se tornar questão de Estado, e numa acepção diversa da trabalhada pelas Ligas, Domingos Jaguaribe a utilizou, em Campos do Jordão, como um facilitador da articulação política e econômica e como base técnica para a divulgação de uma determinada identidade urbana. A geografia médica, em especial a climatoterapia, apoiada na medição sistemática da temperatura e em análises comparativas físicas e geomorfológicas

sustentava tecnicamente a proposta de desenvolvimento urbano, que era trabalhada igualmente na perspectiva de atração de europeus para a colonização (Oliveira, 1997). A identidade sanitária foi legalmente oficializada na década de 1920, com a estruturação do sistema sanitário paulista, e reforçou a tipologia de desenvolvimento urbano centrada em uma rede de serviços de saúde e estruturas urbanas a ela correlacionadas. Assim, no Estado em que a urbanidade se expandia e a organização sanitária se instituía, a tuberculose promovia o desenvolvimento não apenas sanitário mas urbano de Campos do Jordão.

Em São José dos Campos, pequeno município do interior paulista excluído do eixo cafeeiro, simultaneamente à estigmatização e deportação de doentes pobres, médicos e comerciantes divulgavam os ares salubres da cidade para atrair os doentes ricos em seu caminho para Campos do Jordão. As atividades ligadas à doença se constituíram em um circuito econômico, que se consolidou com a inauguração do 'maior sanatório da América Latina', projetado pelo renomado arquiteto Ramos de Azevedo. Os recursos financeiros que a cidade passou a receber do Estado na década de 1930 foram usados na implantação de infraestrutura urbana, facilitando o processo de industrialização que se acentuaria na década de 1950 (Vianna e Elias, 2007; Zanetti, 2011).

Nos dois municípios, a prática médica se desenvolveu tanto como arte liberal, instituída em ambientes privados, como ciência e ação pública, construída no campo da beneficência, ao qual se adicionou progressivamente apoio governamental, à medida que o campo institucional da saúde pública se estruturou, após a década de 1920. Atores que participaram ativamente da institucionalização das políticas de controle da tuberculose, como Rodolpho dos Santos Mascarenhas, Raphael de Paula Souza e Aloysio de Paula Azevedo viveram os sanatórios e as cidades estância, ora como pacientes, ora como médicos, numa atuação clínica, acadêmica e política, contribuindo para moldar a construção da identidade urbana sanitária.

Essas proposições e ações devem ser compreendidas no contexto histórico por que passava o país na transição para o século XX: regras e instituições em transformação, criação de novas oportunidades políticas e econômicas, num jogo de disputados interesses, influenciado tanto pelo liberalismo americano como pelos modelos de desenvolvimento urbano europeus, em que a saúde pública desempenhava significativo papel. As políticas de saúde e de desenvolvimento urbano nesse cenário podem ser compreendidas como parte constituinte de uma mesma proposição, a busca do desenvolvimento econômico e social dos povoados, vinculado a uma imagem-modelo européia e cosmopolita.

## Considerações

A relação entre saúde e cidade volta atualmente ao eixo de investigações no campo da saúde pública. A reaproximação data da década de 1970, diante do reconhecimento da relação entre condição de vida urbana e perfil de saúde. No entanto, apesar das análises e ações propositivas da saúde pública sobre o urbano (entre elas movimentos conceituais como o da Saúde Urbana e operacionais como as Cidades Saudáveis), a aproximação não se efetou no imaginário social, como ocorrera na transição para o século XX. Apesar do esforço realizado pela produção acadêmica e das proposições urbanísticas de organizações multilaterais na área da saúde coletiva, a nova utopia urbana não incorpora a saúde como no século anterior: em seu lugar, as ciências ambientais, a ecologia e o meio ambiente formam o novo corolário da 'cidade sustentável'.

Seria possível reconstruir esse espaço identitário, ainda que multifacetado, que re-insira a saúde coletiva no ideário da urbanidade? Sociólogos como Zygmunt Bauman (2000) consideram a dificuldade de retomar a visão da solidariedade social em uma sociedade cada vez mais centrada nas práticas individuais e privadas, que incluem a saúde como responsabilidade individual e objeto de consumo. Analisar os elementos envolvidos na construção da saúde e cidade como um mesmo objeto, compreendendo que este é um processo social e, como tal, histórico, de significativa dimensão subjetiva, pode auxiliar a melhor compreender os desafios e caminhos de reinserção da saúde na agenda urbana.

## Referências

- BAUMAN, Z. 2000. *Em Busca da Política*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- BERTOLLI FILHO, C. 1993. História social da tuberculose e do tuberculoso: de 1900-1950. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- BOURDIEU, P. 1985. The social space and the genesis of groups. *Social Science Information* (SAGE), 14 (6), 195-220.
- CAMPBELL, M. 2005. What Tuberculosis did for Modernism: The Influence of a Curative Environment on Modernist Design and Architecture. *Med Hist* [Online], 49(4), 463-488 Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1251640/?tool=pmcentrez> Acesso 28/04/2012

- CAMPOS, C. 2002. *São Paulo pela lente da higiene: as propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a cidade (1925-1945)*, São Paulo: Rima
- CHOAY, F. 1965. *L'urbanisme, utopies e réalités*. France: Éditions du Seuil.
- EDLER, F. C. 2001. De olho no Brasil: a geografia médica e a viagem de Alphonse Rendu. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* [Online], VIII (supl), 925–943. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v8s0/a07v08s0.pdf> Acesso 20/08/2012
- GUILBERT, F. 1992. *Le Pouvoir sanitaire. Essai sur la normalisation hygienique*. Strasbourg. These (Doctorat). Faculte de Droit, des Sciences Politiques et de Gestion de Strasbourg.
- JAGUARIBE FILHO, D.J.N. 1898. *Terras de propriedade do Dr. Domingos Jaguaribe – acompanhado de um relatório do notável Engenheiro Dr. Theodoro Sampaio*. São Paulo: Typ. da Industria de São Paulo.
- JENNINGS, E. 2002. Curing the colonizers: highland hydrotherapy in Guadeloupe. *Social history of medicine*: the journal of the Society for the Social History of Medicine / SSHM [Online], 15(2), 229–61. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12635647> Acesso em 20/08/2012
- LEFEBVRE, H. 1974. *The production of space*. Traduzido por Donald Nicholson-Smith. 18.ed. Oxford: Blackwell Publishing.
- LIMA, N.T. 2002. O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história de três dimensões. In *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Finkelman, J. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- MOTA, A. 2001. *Tropeços da medicina bandeirante: São Paulo, 1892-1920*. São Paulo. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.
- NASCIMENTO, D.R. 1999. *Da indiferença do poder a uma vida diferente. Tuberculose e AIDS no Brasil*. Tese (Doutorado), Universidade Federal Fluminense.
- NOGUEIRA, O. 2009. *Vozes de Campos do Jordão: experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no Estado de São Paulo*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- OLIVEIRA, E.R.; CAMPOS, C. e GITHAY, M.L.C. 2011. *Territórios e cidades - Projetos e representações, 1870-1970*. São Paulo: Alameda Editora.
- OLIVEIRA, J.O.S. 1997. *Contribuição ao estudo das origens da ideologia do planejamento moderno no Brasil: Domingos Jaguaribe e as propostas dos núcleos coloniais: 1874-1900*, Tese (Doutorado), Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, São Paulo.

- PORTO, D.R. 2005. *O barreiro de araxá: projetos para uma estância hidromineral em Minas Gerais*. Dissertação (Mestrado), Escola de engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- QUINTELA, M.M. 2004. Saberes e práticas termais: uma perspectiva comparada em Portugal (Termas de S. Pedro do Sul) e no Brasil (Caldas da Imperatriz). *História, Ciências, Saúde Manguinhos* [Online], vol. 11 (suplemento 1): 239-60.
- REQUEIJO, G.N.R. 2005. *Historia da tuberculose em Belo Horizonte de 1897 a 1950: uma abordagem historico-cultural*. Tese (Mestrado) Universidade Federal de Minas Gerais.
- SANTOS, A.P. 2011. *Theodoro Sampaio: nos sertões e nas cidades*. São Paulo: Editora Versal/Edição Culturais Odebrecht.
- SEVCENKO, N. 1998 A capital irradiante: técnica, ritmos e ritos do Rio. In Novais, F. e SEVCENKO, N. (org.) *História da vida privada no Brasil: República: da belle époque à era do rádio*. São Paulo: Schwarcz. p. 513-619.
- SAMPAIO, T. 1898. Os Campos do Jordão. In JAGUARIBE FILHO, D.J.N. *Terras de propriedade do Dr. Domingos Jaguaribe – acompanhado de um relatório do notável Engenheiro Dr. Theodoro Sampaio*. São Paulo: Typ.da Industria de São Paulo, p. 21-37.
- VIANNA, P.V.C.; ELIAS, P.E.M. 2007. Cidade sanatorial, cidade industrial: espaço urbano e política de saúde em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (6).
- VIANNA, P.V.C, ZANETTI, V.A.; PAPALI, M.A. Geografia, saúde e desenvolvimento urbano no interior paulista na passagem para o século XX: Domingos Jaguaribe e a construção da Estância Climática de Campos do Jordão. *Hist. cienc. saude - Manguinhos*. Aceito para publicação.
- WALTER, F. 1991 La Montagne des suisses. Invention et usage d'une représentation paysagère (XVIIIe-XXe siècle). *Études rurales*, 121(124), 91-107.
- WEBER, E. 1989. *França Fin-de-Siècle*. São Paulo: Companhia das Letras, p. 216-238.
- ZANETTI, V. 2011. *Cidade e Identidade: São José dos Campos, do peito e dos ares*. Anna Blume.
- ZANETTI, V.; Papali, M.A.; OLMO, M.J.A.; VIANNA, P.V.C.V O Boletim Médico: prescrição dos tisiólogos para a cura da cidade de São José dos Campos (1930-1935). *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, v. 17, n. 3, 2010 .