

Cidade sanatorial, cidade industrial: espaço urbano e política de saúde em São José dos Campos, São Paulo, Brasil

Health resort, industrial city: urban space and health policy in São José dos Campos, São Paulo, Brazil

Paula Vilhena Carnevale Vianna ^{1,2}
Paulo Eduardo M. Elias ^{1,2}

Abstract

This study is part of the renewed theoretical and conceptual approach to space in health policies. The key potential of this approach lies in dealing with the organization of space as a product of relations between society and state power, influenced by the economy and enabled by politics. When understood as a social construction, such space provides the material basis for a historical narrative, allowing a better understanding of how policies are formulated and implemented in urban space. Based on this space, we investigate the policy governing the configuration of health services in the city of São José dos Campos, São Paulo, Brazil, during two different periods: the 1920s, in which the town became a health resort, and the early 1980s, when the municipal public health system was organized. A historical and geographic social reconstitution revealed both ambiguities and consistencies in a town whose health profile acquired the characteristics of an industrial city.

Health Policy; Tuberculosis; Urban Health

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, São Paulo, Brasil.

Correspondência

P. V. C. Vianna
Faculdade de Medicina,
Universidade de São Paulo,
Rua José Pereira dos Santos
269, São José dos Campos, SP
12244-484, Brasil.
paulacarnevale@uol.com.br

Introdução

Podemos apreender a política de saúde a partir do espaço, interpretando a configuração espacial como a materialização de ações decorrentes da interação político-econômico-cultural?

Conferir ao espaço um papel ativo na construção da sociedade, e vice-versa, é tarefa complexa, um desafio etimológico e metodológico ¹, que incorpora ao *espaço socialmente construído*, inicialmente investigado sob a ótica funcionalista ² e estruturalista ³, elementos como a subjetividade ⁴ e o circuito econômico secundário ⁵. No Brasil, reflexões sobre o tema têm sido encontradas especialmente no campo da epidemiologia, na busca de compreensão e de instrumentalização deste conceito renovado ^{6,7,8}.

Desde o século XIX, cidades e saúde pública dialogam. Aqui, como na Europa, intervenções urbanas e sanitárias se confundiam ⁷ para organizar o inchaço urbano resultante do processo migratório e imigratório, que desenhou novos e isolados centros econômicos e sociais ⁹. Porém, com o advento da era moderna, outros eram a cidade, o conceito de saúde e o circuito político e econômico mundial.

No estágio atual do sistema capitalista, as cidades se fundem no *espaço metropolitano* desconcentrado, processo observado no Brasil a partir de 1940, momento de acelerada urbanização, ativada pela industrialização ¹⁰. Impulsionado pelo poder público, o território se especializa,

com a constituição de redes articuladas e interdependentes¹⁰. Nesse cenário, os serviços públicos se organizaram, como observado para as cidades de São Paulo¹¹ e Rio de Janeiro¹², com base na lógica racional, e, sobretudo, econômica e privativa, que reforçou as diferenças de classe.

Esse movimento se acentuou na década de 1960 com o período militar: no novo meio técnico-científico, de atividades econômicas dinâmicas, modernas e integradas¹⁰, a saúde seria caracterizada como tecnologia e produto de consumo. É com a reforma sanitária que o questionamento técnico, e, na mesma medida, econômico e ideológico, rearticula-se mais ativamente com o espaço: a atenção primária, erigida a ponto central do sistema sob as diretrizes da Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde (OMS/OPAS), direcionou a expansão e reformulação da rede pública de saúde, numa descentralização mitificada, tida como estratégia, por si só, simultaneamente democratizante e racionalizadora¹³.

Nessa trajetória, a *organização institucional* do espaço pode ser revelada por meio dos equipamentos construídos e sua distribuição espacial³, desde que reconhecidas as relações que a possibilitaram e o ideário que a permeia; concepções e valores sociais cambiantes na linha do tempo¹⁴. Embora a marcante desigualdade associada ao crescimento urbano venha impulsionando estudos voltados à constituição desses *espaços de vida*, ainda tendemos a tratá-los como paisagem e pano de fundo, raramente incorporando a ação e os atores; os homens e as relações sociais; a vida que modifica o valor e o significado das formas^{1,15}.

Tuberculose e cidades

A tuberculose está associada ao crescimento urbano e ao planejamento de políticas de controle e organização de sistemas e serviços de saúde¹⁶.

Ameaça biológica e ao projeto de modernidade das cidades¹⁷, metáfora ambivalente, ligava-se ao romantismo e à morte/isolamento¹⁸. No século XIX, tornou-se “motivo de exílio”: clima e isolamento sanatorial se revestiram de lógica terapêutica e diferentes paisagens, identificadas pela “rejeição da cidade”, foram convertidas em locais de cura¹⁸.

No Brasil, Ligas e Estado conduziram a política de controle da tuberculose: coube às primeiras a construção de sanatórios e dispensários¹⁹ e ao poder público, inicialmente, a profilaxia, pela *educação catequizante*²⁰. Formadas por “elementos de prestígio”, as Ligas tinham estreito elo com o aparelho estatal²¹ e, por sua ação solidária, o

Estado desobrigou os hospitais das grandes cidades de tratar da tuberculose: seguindo o modelo europeu, estimulou a construção dos sanatórios no interior, preservando, assim, o investimento realizado na imigração de mão de obra para a nascente indústria²².

Equipamentos fundamentais da política antituberculose, os sanatórios requalificaram o espaço terapêutico, diferenciando-se dos hospitais de isolamento. Alpendres e amplas janelas opunham essas “organizações de cura” às claustrofóbicas cidades, sendo sua segurança e efetividade legitimadas pelo discurso médico e pelo poder público¹⁷. Na marcha dos sanatórios para o interior, o afastamento dos operários doentes evitava o contágio e reduzia o custo direto para a sociedade, processo sustentado pelo discurso modernizador da higiene.

Na Europa, a rede sanatorial originou as cidades-estância²³, convertidas em símbolos da modernidade ao introduzirem, nos hábitos rurais, a cultura e o modo de vida burguês²⁴. O potencial climático de Campos do Jordão, em São Paulo, Brasil, foi identificado pelas expedições geográficas de Theodoro Sampaio. A edificação da *Suíça Brasileira* envolveu relações sociais e articulações políticas, que a criaram nos moldes das cidades balneárias européias²⁵. Oficializada em 1926, seria centro de um futuro cinturão de cura da Mantiqueira²⁶. Cidades com requisitos técnicos para o tratamento de doentes e a profilaxia da doença tornaram-se estâncias, subsidiadas pelo Estado²⁷. Ribeiro¹⁹ dividia, em 1956, o combate à tuberculose no Brasil em três fases: 1889-1930, antecedentes da política nacional; 1930-1945, revolução sanitária e incremento de órgãos técnicos; após 1945, campanha nacional sob a gestão Paula Souza. A convergência de ações do Estado e das Ligas se acentuou na segunda fase, via Ministério da Saúde^{20,23}. O “armamento antituberculoso completo” resultante ampliou a capacidade hospitalar do país e reduziu o fluxo de doentes para as capitais¹⁹.

Em São Paulo, a criação de estâncias climáticas de repouso administradas pelo governo do Estado era legislada desde 1921, mas as funções de coordenação das atividades de hospitais e sanatórios, fiscalização, pesquisa e execução de atividades nos dispensários foram planejadas somente em 1931, com a reorganização do Serviço Sanitário do Estado e criação da Seção de Profilaxia da Tuberculose²⁷.

São José dos Campos, estância climática para o tratamento da tuberculose de 1935 a 1977 e atual dinâmico componente da metrópole desconcentrada de São Paulo, é uma via privilegiada para analisar a relação entre o processo de urbanização e a política de saúde em dois momentos

representativos: o início do século XX e o início da década de 1980.

Procedimentos metodológicos

O estudo é uma pesquisa qualitativa de abordagem histórica e geográfica, tendo como base o espaço socialmente construído. Concebido como “conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações”¹ (p. 18), esse espaço incorpora técnica e ação, os objetos, a norma e os eventos, numa visão dinâmica que cria e recria os lugares a cada movimento da sociedade, a partir de cisões impulsionadas pela divisão do trabalho¹. O espaço modifica a estrutura social vigente e é por ela modificado, num processo influenciado pela economia, moldado pela ideologia e possibilitado pela política⁵.

Este artigo investiga a relação entre o desenvolvimento urbano de São José dos Campos e a política que regeu a conformação da rede de serviços de saúde da cidade em dois momentos distintos: o início do século XX e o início da década de 1980.

A análise de 1910-1935 se baseou em documentos históricos (atas da Câmara Legislativa, Leis e Portarias e jornais, atas da Liga de Controle da Tuberculose e obras de memorialistas). Seis entrevistas (portadores de tuberculose e médicos e/ou participantes do poder político nos anos de 1930 e 1980) enriqueceram a reconstituição do ambiente social de 1930-1940 e a transição de 1980. Dados quantitativos obtidos de fontes oficiais foram combinados à construção social realizada com base nos dados qualitativos das fontes documentais e entrevistas.

Tomada como rugosidade (que, por sua própria presença, influencia o momento subsequente de produção, facilitando ou dificultando-o, e possibilita, pela análise de sua constituição, um olhar sobre a trajetória cultural, política e social local)^{1,14}, a rede sanatorial é representativa de uma técnica – o saber médico –, e a cidade tornada estância é representativa de uma política – a da saúde pública, que se legitimava no final do século XIX.

A hipótese é a de que o espaço sanatorial construído em São José dos Campos, na década de 1920, direcionou o processo de urbanização e influenciou a concepção do sistema público de saúde instituído em 1980.

Resultado e discussão

A cidade

A geografia marca São José dos Campos: numa simplificada representação que encobre a complexa construção social, o privilegiado clima a fez estância em 1920; a privilegiada (re)localização tornou-a pólo industrial tecnológico em 1980.

Segundo município paulista em arrecadação de ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços), São José dos Campos se classifica no grupo I do Índice de Responsabilidade Social do Estado²⁸. A área urbana ocupa 19,5% da área total, e concentra 98% da população (532.440 habitantes). Grande parte do município (48%) está sob proteção ambiental. Suas sete regiões administrativas são heterogêneas em dimensão e densidade demográfica. A região central é a menor e mais densa, em população e equipamentos sociais; a Norte apresenta características rurais; a populosa Sul e a recentemente expandida Leste possuem piores indicadores sociais e econômicos (Tabela 1; Figura 1).

A cidade sanatorial

Fundada como vila em 1717, São José dos Campos acompanhou o processo regional de urbanização, embora a fraca economia cafeeira a excluísse da política econômica estadual: tornou-se cidade em 1882, e cidade moderna em 1920.

Os mapas locais evidenciam a precoce racionalidade administrativa. Em 1932, o primeiro zoneamento dividiu a cidade nas áreas residencial, comercial e sanatorial, acrescentando, em 1933, a zona industrial (Figura 2). A sanatorial “área de isolamento”, definida por uma linha imaginária, era ampla, como a promissora zona industrial. A privilegiada posição da saúde é reforçada pela observação das estruturas relacionadas: sanatórios, pensões e edificações de apoio, ignorando o zoneamento administrativo, distribuem-se por toda a cidade.

O ideário sanatorial

Pós-proclamação da República, a rural São José dos Campos (19 mil habitantes)²⁹, à semelhança das cidades brasileiras recém-formadas¹⁰, urbanizou-se apoiada em capitais mercantis locais e na infra-estrutura propiciada por parcerias público-privadas. As normas instituídas pela Câmara e os contratos com capitalistas nacionais e estrangeiros caracterizaram a lenta modernização²⁹, que incorporou a questão sanitária.

Tabela 1

Indicadores de qualidade de vida da cidade de São José dos Campos, São Paulo, Brasil, por região, para o ano de 2000.

	Município	Centro	Norte	Leste	Sul	Sudeste	Oeste
Densidade de moradores por domicílio na área urbana de São José dos Campos	3,71	3,26	3,75	3,81	3,79	3,91	3,53
Porcentagem de domicílios sem abastecimento de água por rede geral	3,90	0,54	8,80	7,52	1,84	3,05	1,16
Índice de domicílios sem esgotamento sanitário por rede geral	5,01	2,20	10,42	9,12	2,04	5,50	1,51
Índice de domicílios sem coleta domiciliar de lixo na área urbana de São José dos Campos	3,80	3,15	5,48	8,17	1,30	1,75	1,32
Responsáveis pelo domicílio com renda nominal mensal de até um salário mínimo	15,85	12,67	21,67	16,55	16,29	14,42	7,31
Responsáveis pelos domicílios analfabetos	5,33	3,85	7,93	5,45	5,16	7,22	1,95
Índice de responsáveis pelo domicílio que não chegaram ao ensino médio	53,13	36,79	63,84	58,64	56,93	57,62	24,49

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000, *apud* Borges 58).

Cedo se tornou o município de maior crescimento no Vale do Paraíba, num gradiente crescente desde 1935.

Pode-se apreender o perfil da cidade avaliando-se a tributação instituída em 1922, crescente para fábricas; hotéis, hospedarias e afins; e farmácias³⁰. A menor taxa das indústrias, somada aos privilégios adicionais de concessão de terrenos e isenção fiscal, estimularia sua implantação. O maior valor cobrado dos estabelecimentos de saúde e hoteleiros incentivaria o já importante componente da economia local.

A renovação urbana, a exemplo de São Paulo¹¹, foi o principal gasto público em 1922, com subsídio estadual³⁰. A “remodelação urbana”, com ruas e construções “de cunho mais civilizatório”³¹, inseria São José dos Campos no circuito modernizador paulista. Mas, a cidade modesta – embora grandiosa no discurso – tinha um diferencial: a convivência com a tuberculose³².

A “bondade do clima”, expressão registrada em 1884 e periodicamente reimpressa³³, era divulgada, e contraposta a medidas cobradas pela população para providências em face da “terrível tuberculose”, para evitar “dois grandes prejuízos: o desenvolvimento dessa moléstia e o descrédito da cidade quanto a sua salubridade”³³ (p. 1).

A essa época, a Estância de Campos do Jordão estava consolidada. Entrevistados e memorialistas imputam a proximidade das duas cidades como fator de atração de tuberculosos para São José dos Campos. A facilidade de acesso a partir de São Paulo contribuiria para torná-la uma es-

tância “para pobres”, em oposição à *Suíça Brasileira*. O primeiro passo, porém, está na chegada dos tisiologistas²⁶.

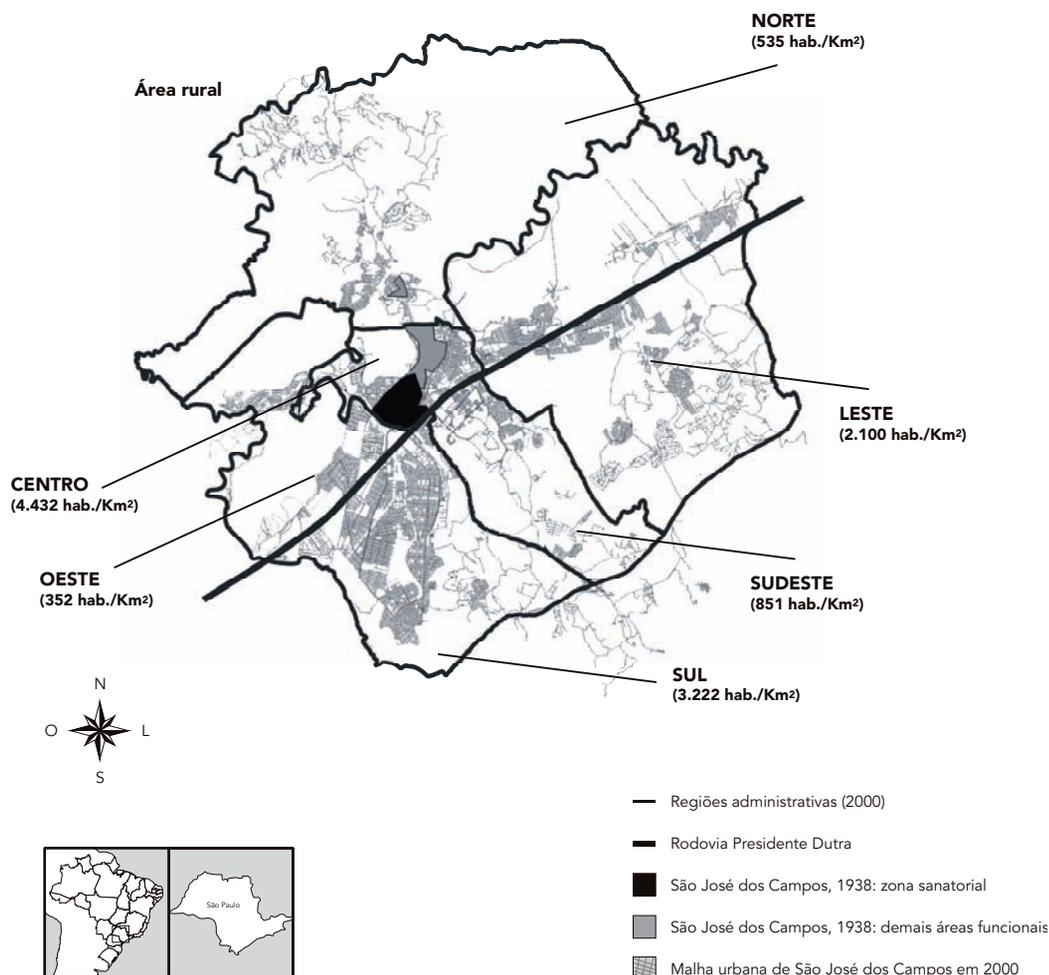
Portadores e cuidadores da tuberculose, os tisiologistas buscavam, inicialmente, a própria cura, bem como os benefícios financeiros provenientes da especialidade (Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Entrevista com José Rozemberg. In: Projeto Memória da Tuberculose no Brasil; 1991). Gradativamente construíram e constituíram a rede de suporte ao tuberculoso²⁹.

Mário Galvão, vindo em 1904, despertou a classe médica para o clima local “...em benefício de nosso progresso intelectual e material. (...) Foi ele, inquestionavelmente, que lhe infiltrou [à cidade] uma seiva nova, ridente de benefícios futuros”³⁴ (p. 1). Pioneiro no uso do pneumotórax, “vulto de destaque”, “elemento social de relevo”, muito fez “...em benefício do povo de São José”³⁵ (p. 1). Politicamente atuantes, os tisiologistas expandiram sua rede de relações – presidiam organizações de saúde filantrópicas e privadas, bem como partidos políticos; representavam seus pares e também a própria cidade, localmente e na articulação com o Estado.

Legitimados pelos preceitos de desenvolvimento urbano, foram atores centrais na configuração e oficialização da cidade sanatorial. Sob a ótica médica, ordenaram espaço e comportamento urbanos, atuando, na mesma medida, na esfera econômica e cultural, ao converterem a doença em oportunidade econômica e possibi-

Figura 1

Cidade de São José dos Campos, São Paulo, Brasil (2000), segundo regiões administrativas e respectivas densidades demográficas. Em destaque, cidade em 1938 e respectivas regiões administrativas.



Fontes: Prefeitura Municipal de São José dos Campos⁵⁹, para o mapa atual, e elaboração da autora, com base no mapa da estância climática de São José dos Campos (Prefeitura Municipal de São José dos Campos. Planta da cidade. SBOC 07, escala 1:10.000; 1938), para a cidade sanatorial.

litarem o ingresso do município no movimento desenvolvimentista estadual.

A tuberculose movimentava a cidade. Tema constante nos jornais, no primeiro ano do semanário pró-governista foi citada em 24 fascículos, ocupando a primeira página com um conjunto de publicações (Instruções Sanitárias) semelhantes à publicação do Serviço Estadual de 1899²⁰, por sua vez similar à publicação francesa de 1895¹⁷.

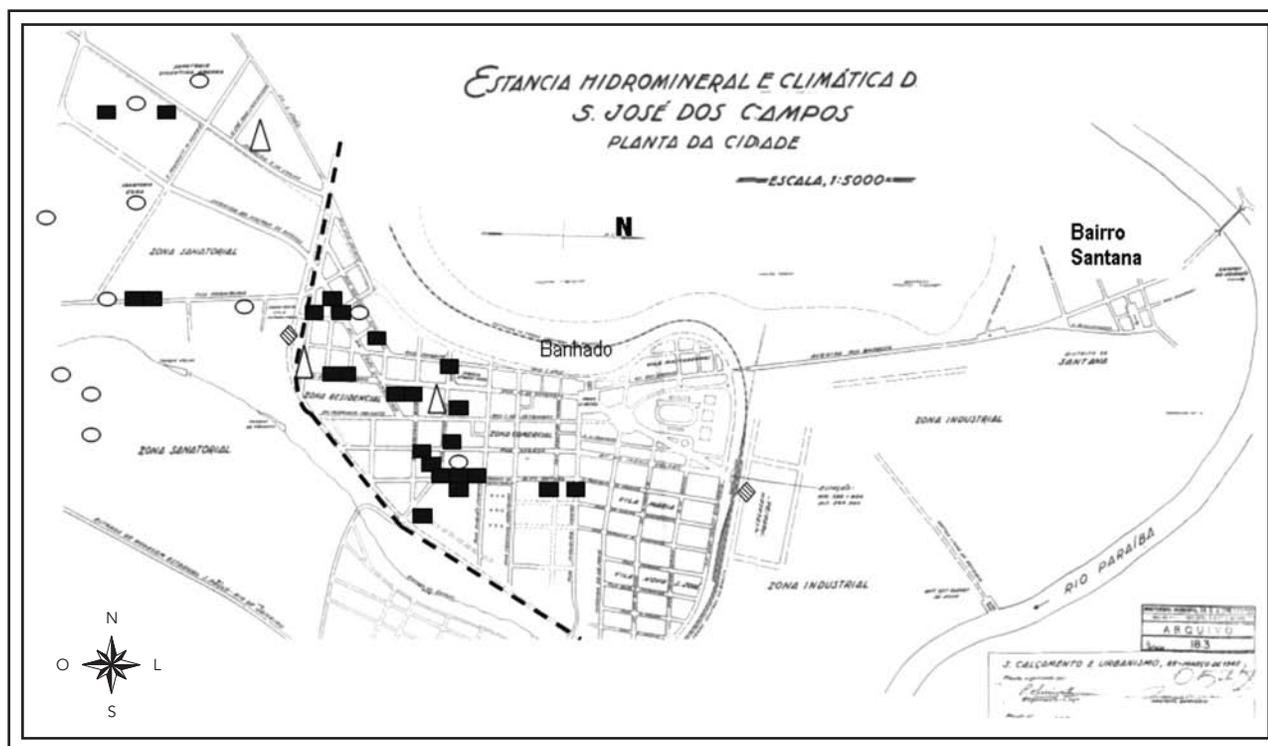
A cidade-estância se define por volta de 1910. Em 1913, Clemente Ferreira retorna à cidade para conferir a “propaganda em favor de seu clima, na

cura da tuberculose pulmonar”³⁶ (p. 18), imagem reforçada em documentos oficiais.

Em 1938, 1.154 doentes (10% da população urbana) distribuíam-se em cinco sanatórios, 29 pensões e 203 residências; 75,6% pagavam pela estadia³⁷. Nas disciplinadas pensões, pacientes recebiam procedimentos e eram cuidados como membros da família (Entrevista com Ângela Savastano, concedida à autora P. V. C. Vianna. São José dos Campos 2003; 15 abr). A população tuberculosa, economicamente ativa, instituiu a “indústria das pensões (...) das farmácias (...) das

Figura 2

Zoneamento da cidade de São José dos Campos, São Paulo, Brasil, em 1938, e distribuição dos sanatórios, pensões, edificações de apoio ao tuberculoso e principais indústrias.



- Sanatórios
- Pensões sanatorias
- ◆ Indústrias
- △ Edificações de apoio ao tuberculoso

Fonte: Bittencourt ⁵².

marmitas” (Entrevista com José Rosemberg, concedida à autora P. V. C. Vianna. São Paulo 2003; 15 abr). Possuindo qualificadas ocupações – profissionais liberais, comerciários, comerciantes – essa população refletia mais do que a natureza ocupacional da tuberculose: na comparação do perfil empregado em 1938 e 1944, ilustrou a transformação local da economia ^{36,37}.

Mas, a tuberculose promoveria a urbanização?

Em 1920, São José (30.681 habitantes) era um dos vinte municípios paulistas com mais de 20

mil habitantes ¹⁰. A região metropolitana de São Paulo, Campinas e Sorocaba concentravam 92% dos operários do Estado e as duas últimas, 72% do interior. Embora viesse a seguir, o Vale do Paraíba (3.892 operários) empregava apenas 2,8% do total do Estado ³⁸.

Apesar do “retardo” no “surto de progresso industrial” do Estado, São José dos Campos era impulsionada por suas “riquezas naturais”, e os dirigentes locais imaginavam a transformação da cidade “quando o surto industrial fizer sua entrada triunfal” ³⁹ (p. 1), e um novo tipo de migra-

ção expandisse a cidade e seu “*movimento social, transformando São José dos Campos em uma das principais cidades paulistas*”³⁹ (p. 1).

A Câmara, procurando cumprir a própria profecia desenvolvimentista, concedia “*favores para a construção de pequenas indústrias*”⁴⁰ e igualmente incentivava a construção de sanatórios. A primeira iniciativa de construção registrada foi rejeitada para reservar o terreno a futuras instalações fabris, destinando-se aos sanatórios terrenos públicos “*fora do perímetro urbano*”⁴¹.

Em 1914, a Câmara subsidiou a compra de chácara para um sanatório pertencente à Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Dentro da perspectiva da construção de sanatórios para desafogar a capital, do uso da doença como saída econômica e da articulação Estado-filantropia^{17,19}, o recurso para a construção proveio da Câmara Municipal de São Paulo, do governo federal e do “alto comércio” paulista, além de fundos beneficentes angariados pela elite paulistana. O sanatório Vicentina Aranha, iniciado em 1917 e solenemente inaugurado em 1924, oficializa a “*cidade climática, confirmada pelo decreto 7.007, de 1935*”⁴² (p. 38). O maior sanatório da América Latina se instalou nessa cidade já sanatorial e reforçou esse perfil. Seriam dez sanatórios, inaugurados até 1967². Diferente do perfil nacional e à semelhança de outras estâncias (Campos do Jordão, Belo Horizonte)¹⁹, além do grande número de estabelecimentos, a proporção de leitos pagos/gratuitos favorece os primeiros e há mínima participação de recursos federais^{27,37}. A esta rede, de natureza privada, o primeiro dispensário se soma apenas em 1945, centrado na fiscalização das pensões e ações de profilaxia, sem atuação sobre os sanatórios (Entrevista com José Rosemberg, concedida à autora P. V. C. Vianna. São Paulo 2001; 12 set), cuja clientela era, em maior parte, pagante. O centro de saúde local recebia subsídio da prefeitura e conferia à indústria a vantagem adicional da assistência médica (desde 1940, 50% do repasse municipal se destinavam aos funcionários da Tecelagem Parahyba)³⁶.

Articulada pelos tisiologistas e pelo médico-prefeito Rodolfo S. Mascarenhas²⁷ (que se destacaria como sanitarista a partir dessa experiência), a oficialização da estância resultou em desdobramentos que reforçaram a imagem sanatorial e simultaneamente estruturaram sua conversão à tecnologia da indústria, possibilitada em 1950.

Na economia, além do circuito comercial mencionado, os recursos estaduais aumentaram o orçamento municipal em 50%, investidos no aprimoramento da infra-estrutura urbana, inicialmente nas zonas central/sanatorial³⁶. Os terrenos próximos à área sanatorial, valorizados,

foram loteados no circuito imobiliário que constituiria a área nobre da cidade⁴³.

Num movimento contraditório, tuberculose representava oportunidade e risco. Havia desconfiança – “*muitos se consideram apenas fracos, mas desde que para cá vieram, são suspeitos*”⁴⁴ (p. 2), preconceito – “*O senhor é de fora, portanto, é suspeito*” (Amaral JF. Inspeção sanitária de São José dos Campos. Relatório apresentado à Faculdade de Medicina de São Paulo; 1930. p. 124) e unanimidade na constatação – “*tudo girava em torno da tuberculose*” (Entrevista com Ângela Savastano, concedida à autora P. V. C. Vianna. São José dos Campos 2003; 15 abr.), afinal, segundo Dr. Dória, proprietário de sanatório na zona comercial e articulador da oficialização da estância: “*não precisamos de máquina (...), precisamos (...) de doentes. Essa é nossa indústria*”²⁶ (p. 26).

A tuberculose direcionou o crescimento urbano e identificou a cidade. Embora a mudança das fachadas coloniais reflita as modificações da concepção social dos espaços público/privado¹¹, na cidade em que casas se convertem em pensões e pensões em sanatórios, as varandas, além de amplas janelas e portas distanciadas da rua adquirem significado único.

Em paralelo, a instalação de empresas era incentivada pela articulação social e pela via fiscal. O perfil da população economicamente ativa acompanhou a transição estadual, num movimento regional acelerado. O circuito (social, político e econômico) da tuberculose e a nascente indústria sutilmente aproximavam-se: no jantar de inauguração da Tecelagem Parahyba, em 1927, discursou o Diretor do Sanatório Vicentina Aranha⁴⁵.

São José dos Campos, portanto, estruturou-se sobre a tuberculose antes que uma política específica de controle da doença a erigisse como núcleo. No momento da oficialização da estância, a eficácia da terapia climática era questionada internacionalmente e debatida pela comunidade científica brasileira⁴⁶. Em 1935, no município predominantemente urbano, embora distinto da imagem atual de cidade, a indústria já se destacava, e gradativamente absorvia a população economicamente ativa. O ideário progressista permeava as relações sociais e, na inusitada combinação da tuberculose e indústria, imbricava ação social e perspectiva econômica no desenho da cidade que crescia.

Tecnologias: da saúde à indústria

Entre as cidades sanatorial e industrial não há continuidade nem tampouco ruptura total. A expansão industrial, contemporânea ao advento dos quimioterápicos, gradualmente pôs um fim à

era sanatorial. Industrialização e expansão urbana marcaram o período entre 1950-1980.

Três fatores são imputados ao “renascimento” de São José dos Campos: a Rodovia Presidente Dutra (1950), conectando a cidade ao Estado e sua economia ao mundo, o Centro Técnico Aeroespacial – CTA (1950), que lhe conferiu o perfil industrial tecnológico, e as indústrias que margearam a rodovia, valorizaram a terra e modificaram o eixo de crescimento urbano.

Mas a localização geográfica não é condição suficiente para a mudança⁵. Desde o projeto da Via Dutra à instalação do CTA, a configuração espacial possibilitada pela política nacional desenvolvimentista foi articulada localmente em arranjos espaciais, políticos e econômicos.

Em 1980, o setor aeroespacial lança São José dos Campos a pólo econômico regional, classificada entre as dez maiores economias do Estado. A indústria empregava 50 mil dos 287.513 habitantes. O município crescia a uma taxa cinco vezes maior do que a média nacional, e a área urbana (12,7% do total do município) abrigava 89,1% da população⁴⁷.

O meio técnico-científico se estabelece: São José dos Campos participa da remodelação do território nacional – baseada na combinação de ciência, tecnologia e informação – bem como, amparada pelo Estado, possibilita essa transformação. Articulando ciência e tecnologia, e utilizando-as no setor produtivo para dinamizar a economia, São José dos Campos se beneficiou da política instituída com o I Plano de Desenvolvimento Nacional, sob a diretriz do fortalecimento do poder de competição nacional em setores prioritários, com foco em áreas tecnológicas específicas⁴⁸, e da integração entre a indústria, a pesquisa e a universidade, a partir da qual se estruturou o eixo de desenvolvimento ligado às empresas. O CTA (pesquisa) e a Empresa Brasileira de Aeronáutica (Embraer, a inovadora indústria) se completam numa “*sincronia e consistência das políticas (...) associada à robusta infra-estrutura tecnológica criada na região de São José*”⁴⁸ (p. 539). Sustentada nesse apoio, São José dos Campos conhece um período inigualável de crescimento econômico.

A população, jovem, majoritariamente migrante⁴⁷, concentrava-se na indústria (40,6%) e prestação de serviços (26%). A mobilidade da população era alta, a habitação, no geral, satisfatória e a infra-estrutura, desigual⁴⁷.

O padrão de urbanização acompanhava o do país – áreas “*vastas e expandidas, entremeadas de vazios*”¹⁰ (p. 96) –, fortemente influenciado pelo capital privado. As regiões periféricas se caracterizavam pelo isolamento social, alto custo de transporte e falência gradativa dos serviços

públicos⁴⁹. Índices de saneamento revelavam um centro bem equipado, mas infra-estrutura deficiente nas áreas rural e de expansão urbana (Sul e Leste); regiões prioritárias para a saúde⁵⁰ (Figura 3). O eixo de crescimento urbano se deslocou para o Sul, porém os equipamentos sociais permaneceram concentrados no centro. Simbolizada pela rodovia e pelo avião, a cidade tecnológica encobre o inchaço das periferias de múltiplas carências⁵¹.

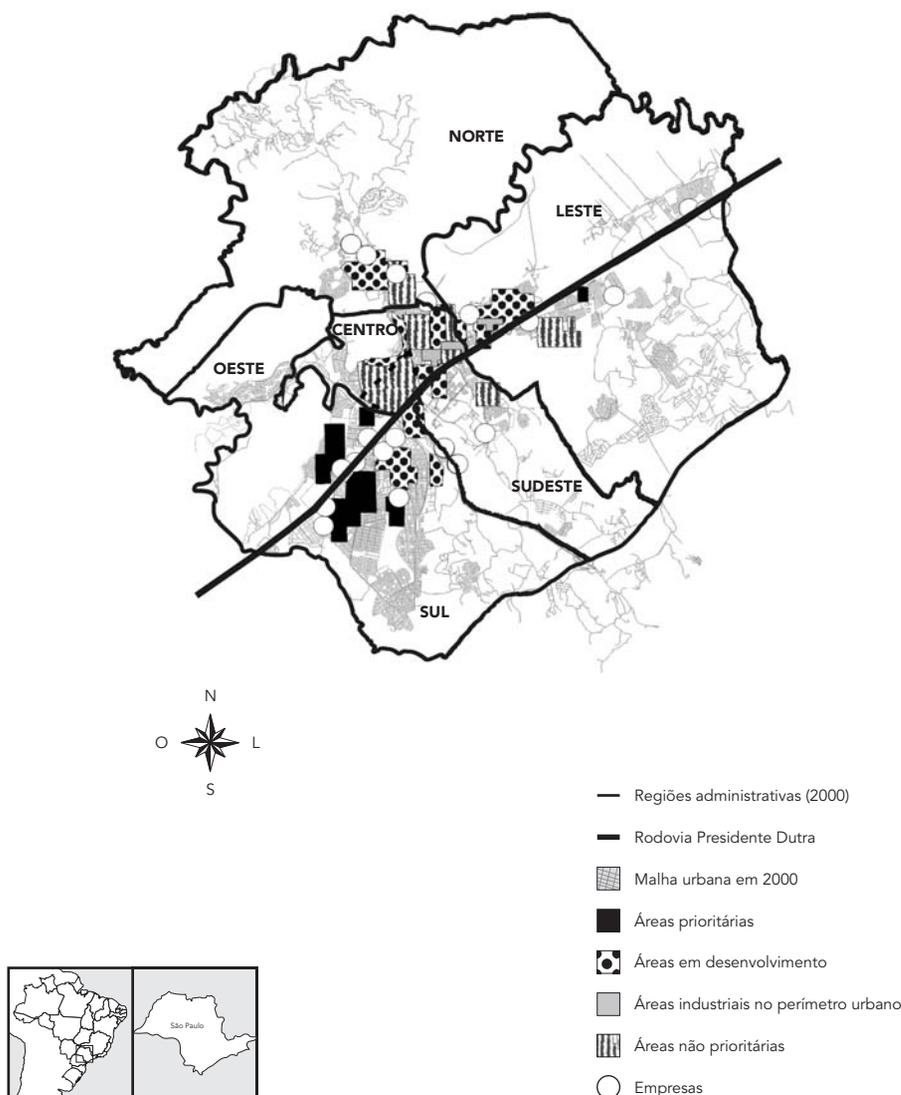
Em 1976, dos oito sanatórios, apenas dois estavam ativos. Os demais tinham seu uso ligado à saúde (dois) e educação (um); três estavam desativados⁵². O atendimento previdenciário de saúde era realizado em duas agências do Instituto Nacional de Previdência Social. A tecnologia do tratamento tuberculoso se expandiu para as clínicas de medicina ocupacional e serviços de radiologia, estimulando a conformação da rede privada do município (Entrevista com Amaury Louzada Velloso, concedida à autora P. V. C. Vianna. São José dos Campos 2003; 26 mai). Das 18 unidades de atenção secundária/terciária, quatro eram públicas, sete filantrópicas e sete privadas lucrativas; 12 estavam localizadas na área central e antiga zona sanatorial. O setor privado se destacava, e em 1981 os quatro principais convênios médicos da cidade já estavam instituídos (um de autogestão, dois planos de saúde e uma cooperativa médica)⁵³. Das cinco unidades de atenção primária, duas eram estaduais e três, federais (Figura 4).

Para o Departamento de Saúde Pública, criado em 1970, a localização dos estabelecimentos era uma fragilidade: concentravam-se “*na área nobre central, quando as necessidades maiores estão na periferia*”⁵⁴ (p. 31). À carência, dispersão e obsolescência dos equipamentos, aliava-se “*uma desintegração operacional e física*”⁵⁴ (p. 31), agravada pela escassez de recursos humanos. É somente em 1978, com a tardia retomada da autonomia política do município, que se inicia a implementação das ações discutidas no plano nacional, por meio das ações de integração com o Estado e municipalização da rede previdenciária, somadas ao reforço à atenção primária com o estabelecimento das primeiras unidades avançadas de saúde, nas áreas periféricas rurais e urbana⁵⁴.

A multiplicação de equipamentos foi veiculada pelo governo municipal como ganho social (creditado também à Secretaria de Assistência Social)⁴⁷ e interpretada pelo Departamento de Saúde Pública como um passo rumo à equidade⁵⁵. No entanto, o documento oficial de divulgação dos equipamentos sociais urbanos lista, na área da saúde, apenas hospitais e dois sanatórios, sem referência às unidades avançadas de saúde⁵³.

Figura 3

Cidade de São José dos Campos, São Paulo, Brasil, 1977, representada sobre a malha urbana da cidade atual, segundo risco urbano e de saúde, e distribuição aproximada das 23 maiores empresas.



Fontes: Silva ⁵⁰, para a estratificação por risco, e Divisão de Planejamento Sócio-Econômico, Prefeitura Municipal de São José dos Campos ⁵³, para a localização das indústrias.

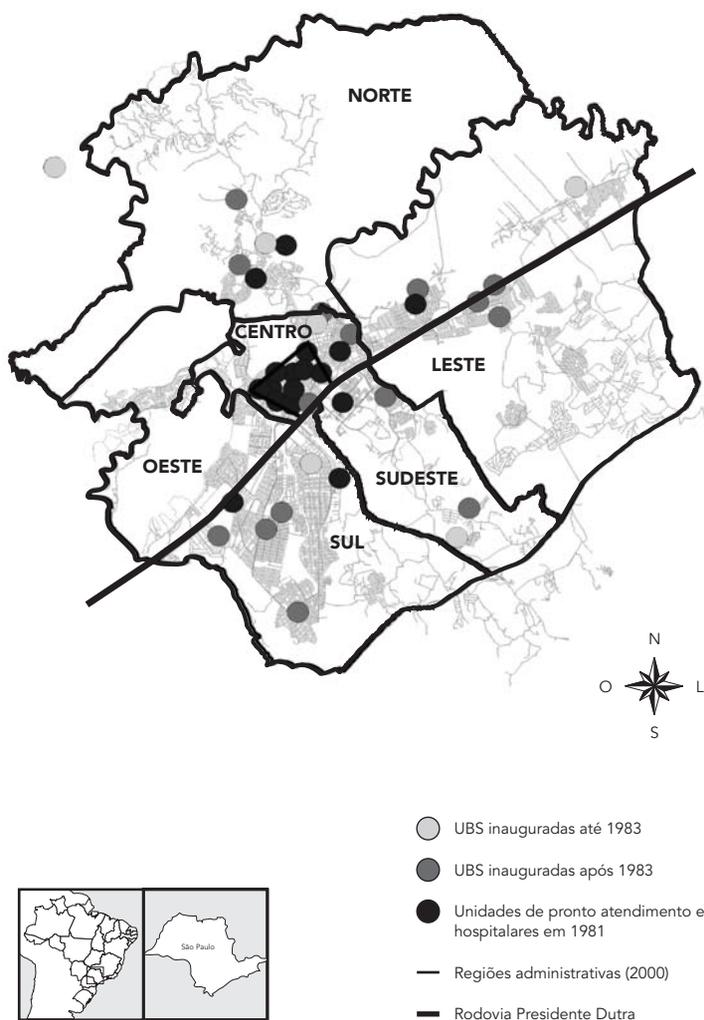
O significado dessa rede de atenção, assim, não é consensual. Inicialmente estabelecimentos “*experimentais, [para] assistir a população periférica no âmbito da medicina curativa e preventiva*” ⁵⁴ (p. 84), sob as diretrizes da OPAS e da reforma sanitária brasileira passam a se guiar pela territorialização, levando a atenção primária às populações excluídas do sistema. Dessa

forma, “*o atendimento primário [se dá] através das unidades básicas de saúde distribuídas segundo critérios de hierarquização e regionalização dos equipamentos da periferia para o centro, onde a atenção médica mais complexa é realizada*” ⁵⁵ (p. 1).

A nobre área central, merecedora do reconhecimento dos profissionais e do poder públi-

Figura 4

Unidades de saúde de São José dos Campos, São Paulo, Brasil, segundo período de inauguração, de 1976 a 2004 (rede de Unidades Básicas de Saúde – UBS), e unidades de atendimento hospitalar (atenção secundária e terciária) em 1981.



Fontes: para unidades de pronto atendimento e hospitalares - Divisão de Planejamento Sócio-Econômico, Prefeitura Municipal de São José dos Campos ⁵³; para as Unidades Básicas de Saúde até 1984 - Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de São José dos Campos ⁵⁵; para as e para as Unidades Básicas de Saúde entre 1984-2003 - Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de São José dos Campos ⁶⁰.

co, concentra a rede hospitalar, que se expande e abriga a nova tecnologia médica, instalada não sobre os *sanatórios*, mas sobre a *zona sanatorial* re-significada (Figura 4).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), avaliadas em 1990 por Carvalho ⁵⁶ (que participou da elaboração do projeto e implantação da rede), embora apresentassem estrutura física adequada, ficaram aquém do desejável nos itens pessoal

(quantidade e preparo), funcionamento, programação e coordenação e participação comunitária – detalhadamente trabalhados nos documentos institucionais –, num distanciamento entre o projeto técnico proposto e o concretizado.

Na cidade cuja economia girava em torno da inserção no dinâmico sistema mundial capitalista e cuja política foi marcada por sucessivos regimes disciplinadores (sanatorial/militar), a saúde,

na qualidade de política social, tinha uma inserção limitada como propiciadora de espaços de cidadania. A participação popular, que poderia influir numa conformação espacial mais equânime, tanto na produção bibliográfica, quanto nos documentos institucionais^{55,57}, é considerada escassa.

Deslocada do eixo condutor da cidade, lugar que, como tecnologia, ocupou no início do século XX, como iria a saúde a ele retornar?

Considerações finais

São José dos Campos viveu o processo de mudança de “conteúdo” das cidades brasileiras de 1940/50¹⁰: a “cidade econômica” substituiu a “cidade de notáveis”; mudança qualitativa que deve ser referida à situação local anterior.

Além da industrialização pré-1950, a estrutura e a ideologia sanatoriais atuaram aqui como facilitadores para o período seguinte, mesmo que ao custo de sua própria destruição, cuja incompatibilidade com o padrão de desenvolvimento urbano exigido pelo país (mais do que com o novo saber e tecnologia médicos) é evidente.

São José dos Campos, pautada pela ordem e pelo progresso e marcada pela racionalidade técnica, concentrava equipamentos sociais, saber técnico e articulação política. As relações sociais que interagiram com o espaço para lhe conferir características específicas – sanatorial, industrial – reconheceram e trabalharam as oportunidades de modernização condizentes com suas características territoriais, econômicas e políticas, em sintonia com o país e, mais especificamente, com o Estado de São Paulo. Nessa remodelação, a exemplo de São Paulo¹¹, o passado foi abandonado para ser reconstruído com o que lhe conferia maior possibilidade econômica e destaque nacional.

No processo contraditório de construção da cidade sanatorial se mesclaram justificativa médica e elementos sociais, políticos e econômicos.

Antecedendo os movimentos da política nacional para controle da tuberculose, a saúde preencheu a cidade, em diversos planos: da privilegiada zona sanatorial aos órgãos de imprensa; do imaginário da população ao seu cotidiano; do circuito econômico à política e legislação, instrumento de aproximação com o Estado. Tisiologistas, transitando entre o público e o privado, entre as ações lucrativas e filantrópicas, legislavam tendo a saúde como mote. Se essas ações, como política pública, eram majoritariamente cerceadoras, como produção vincularam-se ao desenvolvimento da cidade, gerando oportunidades econômicas e articulações sociais específicas.

Os sanatórios, embora subsidiados pelo poder público municipal, diferenciavam-se daqueles do restante do país pela alta porcentagem de leitos pagos e pela localização na área de zoneamento que ocupava a maior parte da área urbana (Figura 2), convertida em área nobre com o advento da indústria (Figuras 3 e 4). O papel central da saúde se expandiu aos planos econômico, político e social – sobretudo, pelos benefícios financeiros e políticos que acompanharam a oficialização da estância.

No início da década de 1980, a cidade havia crescido vertiginosamente e estava plenamente inserida no desenvolvimento metropolitano paulista. Os poderes político e econômico se deslocaram para o dinâmico eixo empresarial da Via Dutra, que levou o centro de decisão para além do território local, permeando-o ao capital e interesses externos. A rede privada de saúde se consolidou e os serviços de atenção primária instituídos ocuparam, seguindo as diretrizes da OMS, as regiões periféricas de múltiplas carências.

Os “olhos higienistas”¹¹ ficaram para trás, e o “risco social” se deslocou do centro, tornado nobre, para as áreas periféricas da cidade. Na transição dos símbolos que identificam a cidade, observamos que “*é a partir da articulação do conjunto da estrutura social que uma nova forma urbana se concretiza, na ligação material entre espaço e tecnologia*”³ (p. 55). Não menos importante é a questão subjetiva⁴: a cidade industrial, caracterizada pelo conhecimento e pela tecnologia específicos que a possibilitaram, imprime no território o novo, mantendo, da era anterior, o ideário da ordem e do progresso, num movimento facilitado pela condição política de estância, mantida durante o regime militar.

A apropriação desse espaço e sua (re)produção, pautada pela questão econômica, deu-se sob a égide do desenvolvimento. O manto tecnológico encobriu as questões sociais. O crescimento econômico, simultaneamente concreto e mítico, e as relações sociais, apaziguadas sob a hierarquia e disciplina que regiam a construção do espaço, deram um sentido racional ao projeto de modernidade que se consolidava, ao qual se atribuía o sentido do novo, do progresso, do futuro.

Nessa cidade, cedo pautada pela racionalidade, técnica e hierarquia, quais seriam as vias, no início da década de 1980, para a implantação de uma proposta emancipatória, que reposicionasse a saúde numa agenda de efetiva construção social?

Fica explicitado que a (re)inserção da saúde na questão urbana deve partir da história e da geografia, compreendendo a relação saúde/cidade em diferentes planos: no jogo econômico; na

articulação política; no plano concreto dos serviços e fluxos; no plano subjetivo, de sua representação social. É desse conjunto de elementos, traduzidos concretamente num arranjo espacial, que se constrói e reconhece a especificidade do

lugar, revelando a trama subjacente ao manto homogeneizador que identifica as cidades e oferecendo novas interpretações para associações paradigmáticas.

Resumo

Este estudo se insere na renovada abordagem teórico-conceitual do espaço para análise das políticas de saúde. A potencialidade desta abordagem está em tratar a organização do espaço como um produto das relações entre a sociedade e o poder de Estado, influenciada pela economia e possibilitada pela política. Esse espaço que se revela, ao ser compreendido como construção social, concretiza a narrativa histórica, possibilitando uma melhor compreensão de como as políticas são formuladas e materializadas no espaço urbano. A partir deste espaço, investigamos a política que regeu a conformação dos serviços de saúde na cidade de São José dos Campos, São Paulo, Brasil, em dois momentos distintos: na década de 1920, em que o município se constituiu como estância climática, e no início da década de 1980, momento de estruturação do sistema público municipal de saúde. Na reconstituição social histórica e geográfica, revelam-se as ambigüidades e coerências de uma cidade que delineava, no perfil sanatorial, as características que marcariam a cidade industrial.

Política de Saúde; Tuberculose; Saúde Urbana

Colaboradores

P.V.C. Vianna contribuiu na revisão de literatura, elaboração da metodologia, análise dos resultados e redação do artigo final. P.E.M. Elias colaborou na elaboração da metodologia e revisão do artigo final.

Referências

1. Santos M. A natureza do espaço. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.
2. Burgess EW. O crescimento da cidade: introdução a um projeto de pesquisa. In: Pierson D, organizador. Estudos de ecologia humana. Tomo I – leituras de sociologia e antropologia social. São Paulo: Livraria Martins Editora; 1948. p. 353-68.
3. Castells M. A questão urbana. São Paulo: Editora Paz e Terra; 2000.
4. Lefebvre H. The production of space. Oxford: Blackwell Publishing; 1974.
5. Gottdiener M. A produção social do espaço urbano. São Paulo: Edusp; 1985.
6. Czeresnia D, Ribeiro AM. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. Cad Saúde Pública 2000; 16:595-605.
7. Silva LJ. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. Cad Saúde Pública 1997; 13:585-93.
8. Marques EC. Os modelos espaciais como instrumento para o estudo de fenômenos urbanos. In: Najjar AL, Marques EC, organizadores. Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998. p. 43-6.
9. Fausto B. História do Brasil. 9ª Ed. São Paulo: Edusp; 2001.
10. Santos M. A urbanização brasileira. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1996.
11. Rolnik R. A cidade e a lei: legislação, política urbana e territórios na cidade de São Paulo. São Paulo: Livros Studio Nobel/Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo; 1997.
12. Marques EC. Equipamentos de saneamento e desigualdades no espaço metropolitano do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública 1996; 12:181-93.
13. Elias PEM. Das propostas de descentralização da saúde ao SUS: as dimensões técnica e político-institucional [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1996.
14. Santos M. Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica. São Paulo: Edusp; 2002.
15. Bousquat AEM. Para a incorporação do espaço no estudo da saúde [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2000.
16. Rosen G. Uma história da saúde pública. 2ª Ed. Rio de Janeiro: ABRASCO/São Paulo: Editora Hucitec/ Editora Unesp; 1994.
17. Guilbert F. Le pouvoir sanitaire: essai sur la normalisation hygienique [PhD Thesis]. Strasbourg: Faculte de Droit, des Sciences Politiques et de Gestion de Strasbourg; 1992.
18. Sontag S. A doença como metáfora. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1984.
19. Ribeiro L. A luta contra a tuberculose no Brasil: apontamentos para sua história. Rio de Janeiro: Editorial Sul-Americana; 1956.
20. Mota A. Tropeços da medicina bandeirante: São Paulo, 1892-1920 [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2001.
21. Iyda M. Cem anos de saúde pública: a cidadania negada. São Paulo: Editora Unesp; 1993.
22. Ribeiro MAR. História sem fim... inventário da saúde pública. São Paulo: Editora Unesp; 1993.
23. Bertolli Filho C. História social da tuberculose e do tuberculoso: de 1900-1950 [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 1993.
24. Sevcenko N. A capital irradiante: técnica, ritmos e ritos do Rio. In: Novais F, Sevcenko N, organizadores. História da vida privada no Brasil República: da *belle époque* à era do rádio. São Paulo: Companhia das Letras; 1998. p. 513-619.
25. Costa LAM. O ideário urbano paulista na virada do século: o engenheiro Theodoro Sampaio e as questões territoriais e urbanas modernas (1886-1903) [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo; 2001.
26. Belculfiné DC. São José dos Campos: relação histórica do seu desenvolvimento com a mortalidade por tuberculose, 1935 a 1999 [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.
27. Mascarenhas RS. Contribuição para o estudo da administração dos serviços estaduais de tuberculose em São Paulo [Tese de Livre Docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1953.
28. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. O índice paulista de responsabilidade social. <http://www.seade.gov.br/produtos/iprs/pdf/oiprs.pdf> (acessado em 16/Abr/2004).
29. Müller NL. O fato urbano na bacia do rio Paraíba, Estado de São Paulo. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1969.
30. Demonstração de receita do exercício de 1922. Correio Joseense 1923; 18 mar.
31. A construção de um grande hotel. Correio Joseense 1925; 1 out.
32. As nossas ruas. Correio Joseense 1926; 11 fev.
33. A tuberculose. O Caixeiro 1905; 27 jul.
34. Dr. Mário Galvão. Correio Joseense 1925; 2 jul.
35. Dr. Mario Nunes Galvão. Correio Joseense 1920; 22 dez.
36. Flório J. Relatório de inspeção preliminar do município e estância climatérica de São José dos Campos. São José dos Campos: Departamento de Saúde Pública do Estado de São Paulo; 1944.
37. Serviço de Estatística Municipal, Prefeitura Municipal de São José dos Campos. Anuário estatístico da estância hidromineral e climatérica de São José dos Campos. São José dos Campos: Prefeitura Municipal de São José dos Campos; 1938.
38. Lencioni S. Reestruturação urbano-industrial no Estado de São Paulo: a região da metrópole desconcentrada. In: Santos M, Souza MAA, Silveira ML, organizadores. Território: globalização e fragmentação. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. p. 198-210.
39. Impressões. Correio Joseense 1925; 12 mar.

40. Fundo Câmara Municipal de São José dos Campos. Oferece à câmara projeto de lei para concessão de favores para construção de pequenas indústrias. São José dos Campos: Fundo Câmara Municipal de São José dos Campos; 1911.
41. Fundo Liga de Assistência e Combate à Tuberculose. Concessão de terreno para sanatório e indústria fabril. São José dos Campos: Fundo Liga de Assistência e Combate à Tuberculose; 1911.
42. Bondesan A. São José em quatro tempos. São José dos Campos: Bentivegna; 1967.
43. Souza MAS, Soares LL. Modernidade e urbanismo sanitário: São José dos Campos. A trajetória da aldeia. São José dos Campos: Papercrom; 2002.
44. Um gravíssimo perigo. Correio Joseense 1920; 18 abr.
45. Homenagem ao Dr. José Severo, diretor da tecelagem Parahyba. Correio Joseense 1927; 14 out.
46. Tuberculose e bioclimatologia. Comunicação do Dr. Hélio Fraga lida na Academia Nacional de Medicina pelo Professor Clementino Fraga. Boletim Médico de São José dos Campos 1935; 28/29:8-22.
47. Prefeitura Municipal de São José dos Campos. Relatório anual de atividades. Anos: 1979 e 1980. São José dos Campos: Prefeitura Municipal de São José dos Campos; 1981.
48. Bernardes R. Redes de inovação e cadeias produtivas globais: impactos da estratégia de competição da Embraer no arranjo aeronáutico da região de São José dos Campos. Relatório final. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados; 2000.
49. Bologna SMF. A experiência dos planos diretores de São José dos Campos: instrumentos eficazes de planejamento urbano ou obras de consulta acadêmica? [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade do Vale do Paraíba; 2000.
50. Silva GE. Modelo analítico para identificação de áreas urbanas prioritárias para ações de saúde [Dissertação de Mestrado]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1978.
51. Kowarick L. A espoliação urbana. São Paulo: Editora Paz e Terra; 1993.
52. Bittencourt TM. Arquitetura sanatorial. São José dos Campos: Fundação Cultural Cassiano Ricardo; 1998.
53. Divisão de Pesquisa e Planejamento Sócio-econômico, Prefeitura Municipal de São José dos Campos. Informações turísticas e corográficas de São José dos Campos. São José dos Campos: Prefeitura Municipal de São José dos Campos; 1981.
54. Departamento de Saúde Pública, Prefeitura Municipal de São José dos Campos. Relatório anual de atividades do Departamento de Saúde Pública: janeiro a dezembro de 1979. São José dos Campos: Departamento de Saúde Pública, Prefeitura Municipal de São José dos Campos; 1979.
55. Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de São José dos Campos. Proposta de reestruturação organizacional da área da saúde. São José dos Campos: Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de São José dos Campos; 1984.
56. Carvalho GCM. Avaliação das condições de saúde e dos serviços de saúde em São José dos Campos [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1995.
57. Beltrame NS. O Conselho Municipal de Saúde do Município de São José dos Campos, SP, como instrumento de proteção do direito à saúde [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.
58. Borges LS. Mapa da pobreza urbana de São José dos Campos [Dissertação de Mestrado]. São José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba; 2003.
59. Prefeitura Municipal de São José dos Campos. Cidade viva. Banco de dados geográfico – Spring 3.6.03. Tutorial [CD-ROM]. São José dos Campos: Prefeitura Municipal de São José dos Campos; 2003.
60. Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de São José dos Campos. Manual de orientação ao usuário. São José dos Campos: Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de São José dos Campos; 2003.

Recebido em 29/Dez/2005

Versão final reapresentada em 23/Fev/2007

Aprovado em 26/Fev/2007