

REPRESENTAÇÕES DE UMA MEDICINA URBANA: ORDENAMENTO TERRITORIAL E O NASCIMENTO DAS ESTÂNCIAS BRASILEIRAS

Priscyla Christine Hammler
Rogério Leandro Lima da Silveira
Jordão Bentti

Resumo

Ao observar a cidade como produto das relações sociais e históricas, uma das vertentes analisadas nos estudos sobre a produção do espaço urbano é o turismo. O presente artigo apresenta resultados e reflexões acerca de uma pesquisa sobre o nascimento das estâncias brasileiras. Estes espaços utilizados como “locais de lazer” apresentam um contexto histórico comum: o desdobramento de uma estância de saúde em uma estância turística. Utilizando a pesquisa documental como metodologia, observou-se que Estes territórios, cujo uso transita entre a cura e o lazer, apresentam uma perspectiva histórica que revela que a modelação destes novos espaços urbanos é pautada por um ordenamento territorial que se desvela sob a ótica da medicina social, dividida entre medicina estatal, medicina do trabalho, mas, sobretudo de uma medicina urbana.

Palavras-chave: Turismo, Estâncias, Ordenamento Territorial, Medicina Urbana

INTRODUÇÃO

Ao realizar uma revisão teórica sobre a evolução histórica das cidades, uma das primeiras vias a se colocar enquanto questão é o conjunto de transformações do espaço urbano decorrentes da Revolução Industrial. Tendo como delimitação os estudos sobre o desenvolvimento industrial brasileiro, observa-se que se trata de um período histórico que marca a modernidade.

Este período, que compreende fins do século XIX e início do século XX, caracteriza-se como um movimento de mudanças sociais e comportamentais, sendo compreendida como uma nova visão de mundo em que a racionalidade técnica, o progresso da ciência e os ideais de liberdade do indivíduo contribuem com a construção de novos espaços, transformando rapidamente as cidades e produzindo mudanças mentais e comportamentais de seus habitantes, proporcionando o desejo de sair do espaço privado doméstico para usufruir das novas sociabilidades cidadinas advindas dos tempos de modernidade (GUIMARÃES, 2012).

Mas há de se considerar também que este conjunto de mudanças decorrentes da industrialização se desdobrou em um novo contexto social em que a nova divisão do trabalho acentuou os problemas sociais existentes. A formação de uma classe operária e a complicação decorrente da aglomeração dos trabalhadores em espaços urbanos gera problemas de saúde pública a serem solucionados por um conjunto de atores sociais que visam organizar o espaço urbano. É neste contexto de necessidade de ordenamento territorial que surgem as cidades-estâncias no Brasil, construídas sob a égide do movimento cidade-jardim e do higienismo.

A união entre o natural e o construído fazem parte não apenas de planos urbanísticos de embelezamento das cidades, mas acima de tudo, de iniciativas que visavam controlar o espaço e, por conseguinte, a sociedade, sendo alvo de uma medicina social utilizada como uma das práticas recorrentes do ordenamento territorial. Com o objetivo de melhor compreender estas práticas reentrantes na história brasileira, o presente trabalho pretende expor resultados de uma investigação sobre os métodos de aplicação da medicina social propostas pela abordagem foucaultiana e suas implicações nos comportamentos sociais e na modelação dos espaços, verificando como tais conceitos colaboram com a construção das estâncias de saúde e lazer brasileiras.

Todavia, pensar a modelação de novos espaços e comportamentos sob estes aspectos requerem entendimento de que a cidade não se trata de um simples produto material, mas sim de uma produção das relações entre a sociedade e natureza ao longo do tempo, sendo a dimensão histórica fundamental para analisar este processo. Nesta perspectiva, torna-se relevante uma revisão teórica acerca dos conceitos de território e ordenamento territorial para compreender a cidade como um conjunto indissociável de sistemas de objetos e de sistemas de ações.

O conceito de território

A definição do termo território tem suas origens nas correntes deterministas do século XIX, sendo delimitada a uma abordagem vinculada a dimensão política. Para Ratzel, território seria “a expressão legal emoral do Estado, a conjunção do solo e do povo, na qual se organizaria a sociedade” (VALVERDE, 2004, p.119). Esta visão, mais ligada à geopolítica, é remodelada no século XX, pois assim como o conceito de espaço, ganha novas acepções, o território também apresenta dinamicidade em seu conceito no processo histórico.

O território é, segundo as teorias mais recentes, não apenas formado pelos sistemas naturais, mas sim o espaço usado, reorganizado, configurado, normatizado, racionalizado. Santos (2002, p.7), afirma: “Território é o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações da sua existência”.

Esta abordagem de Santos, que traz o território usado como “chão mais a identidade” tem permeado diversas linhas de produção no campo do território e multiplicado as possibilidades de análise. Nesse viés teórico, em que analisamos o espaço socialmente construído, torna-se relevante estudar as múltiplas formas de apropriação do espaço, dentre as quais se destacam a apropriação simbólica ou cultural.

Ao tratar sobre a formação das estâncias brasileiras, estas apropriações do espaço, os usos que se fazem destes territórios nos parecem bastante evidentes. Trata-se de um processo em que se apresenta o rompimento de uma sociedade estabelecida tradicionalmente para inseri-la em uma nova ordem de transformações, como será visto mais adiante. Segundo Lima (2007), a consolidação de cidades em que se alia uma atmosfera higiênica a uma atmosfera rica e próspera cria uma premissa de um projeto de urbanização em que se busca o progresso material à custa das profundas mudanças “da alma e do modo de vida dos seus cidadãos”.

A partir do uso que se faz do território, tem-se uma determinada territorialidade. Raffestin (1993) considera que a territorialidade se origina num sistema tridimensional “sociedade-espaço-tempo”. Isso porque a territorialidade é dinâmica, suscetível a variações no tempo. Variações estas, extremamente perceptíveis no decorrer da história. Para Raffestin (1993, p.143),

ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente o ator territorializa o espaço. Lefévre mostra muito bem como é o mecanismo para passar do espaço ao território: “A produção de um espaço, o território nacional, espaço físico, balizado, modificado, transformado pelas redes, circuitos e fluxos que aí se instalam”. (...) O território, nessa perspectiva, é um espaço onde se projetou um trabalho, seja energia e informação, e que, por consequência, revela relações marcadas pelo poder.

Partindo desta mesma lógica, Milton Santos também afirma que o espaço não pode ser analisado apenas pelos seus objetos. Por ser um produto social, devemos analisá-lo, portanto, pelo sistema de relações entre objetos. Toda vez que as ações se dão no espaço geográfico, há relações entre os objetos, configurando um novo sistema (SOARES, 2009). Dessa mesma maneira, como será observado nas discussões que seguem no corpo teórico deste trabalho, as relações de poder manifestas nas relações entre os atores presentes nas estâncias geram conflitos e desigualdades. A necessidade de amenizar os problemas da desorganização social, relacionados com a industrialização e a urbanização aceleradas faz necessário o ordenamento territorial.

Ordenamento Territorial

Muitos autores consideram que o ordenamento é anterior ao planejamento. O ordenamento, nesse caso, não se circunscreve ao conceito de ordem. É, portanto, um conceito muito próximo ao de planejamento territorial. Contudo, não nos interessa qual o termo precursor ou sucessor, mas sim que ambas são ferramentas disponíveis para a gestão do território. Dentre os termos que aliam os dois conceitos está o “*aménagement du territoire*”, vocábulo francês que designa, dentre outros significados, o planejamento, o desenvolvimento, programas e ações para gestão territorial. Fischer (2003, p.10), define o “*aménagement*” como:

O conjunto das intervenções do poder público baseadas em objetivos públicos e em projetos sociais coletivos e que visam, pela aplicação de políticas de monitoramento (resposta a uma demanda expressa) e de políticas de treinamento (antecipação de uma solicitação futura), a requalificar espaços degradados ou em crise, a aumentar a atratividade e os potenciais de certos territórios, a garantir um mínimo de equilíbrio inter-regional dentro do espaço nacional.

A ideia de “organizar, planejar, ordenar” o território surge a partir das transformações decorrentes da revolução industrial que se intensificam após a II Guerra Mundial. As cidades crescem, rompem os seus limites, há um grande crescimento populacional e, como conseqüências dessas mudanças surgem novas

demandas por transportes, circulação de pessoas e novos espaços para o acolhimento dessa nova conjuntura social. Com a inserção mais efetiva do capitalismo, o território passa a desenvolver-se de forma desigual.

O conceito e prática do ordenamento territorial, portanto, “supõe a existência de ‘um projeto social’ que comporta os objetivos coletivos, o que implica na busca de equilíbrio entre os imperativos econômicos e as necessidades sociais” (FIRKOWSKI, 2008, p.79). No caso da consolidação das estâncias, verifica-se que estas práticas ocorrem por meio da medicina urbana e da medicina da força de trabalho, que será abordado no subitem “a construção de uma sociedade disciplinar”.

Mas há se destacar que essa busca pelo equilíbrio do território em todas as suas dimensões é antiga. Embora o termo “sustentabilidade” não estivesse presente nos planos mais longínquos ao longo da história, o planejamento urbano ao que parece, sempre buscou uma melhor condição para seus habitantes.

Por outro lado, há de se considerar que desequilíbrios e conflitos vêm pelo fato do ordenamento territorial ter um caráter ideológico, acentuado pela lógica de reprodução do modelo capitalista. Há uma evolução tendencial do ordenamento territorial para a lógica de mercado.

Mesmo quando se aborda a construção das estâncias sob a perspectiva higienista, há de se destacar que não se trata apenas de uma iniciativa para “melhorar a saúde da população” com objetivos de viabilizar a qualidade de vida. Trata-se, acima de tudo, de uma iniciativa para majorar a força ativa dos trabalhadores e, em um segundo momento, consolidar locais onde o “uso turístico” manifesta-se como mais uma das formas de reprodução do capitalismo, onde o lazer se converte em uma nova mercadoria a ser comercializada transformando-se em “capital circulante” (HARVEY, 1990).

Mas cabe destacar que estas ações foram possibilitadas por intermédio de uma prática denominada “*planificación verde*”. Trata-se de um termo oriundo do urbanismo, que com os novos enfoques do século XXI, prega um planejamento vinculado aos valores e recursos naturais, ecológicos, ambientais e paisagísticos de uma cidade. Suas origens e antecedentes surgem no início do século XIX por meio de um movimento conhecido como “modelo de cidade jardim e do higienismo” e pregava um planejamento urbano em que a ordem higiênica, moral e econômica prevaleciam

(PALOMO, 2003). As estâncias brasileiras seguiram esta concepção como poderá ser constado ao final deste trabalho.

A construção de uma sociedade disciplinar: a medicina social

Para Foucault (2006), o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. A preocupação com a saúde física, a exaltação higiênica, a crescente exposição do corpo aos olhares e aos estereótipos de um “corpo perfeito, saudável” revelam a necessidade de organização do corpo social.

Esse conjunto de fatores remete ao conceito de medicina social, a qual, segundo Foucault (2006), é formada por três etapas: medicina de Estado, medicina urbana e medicina da força de trabalho. A medicina de Estado se desenvolveu, sobretudo, na Alemanha no começo do século XVIII, quando muitas nações europeias começaram a preocupar-se com o estado de saúde de sua população visando majorar a força ativa da mesma para ganhos econômicos e políticos.

Assim, a Alemanha desenvolve uma política médica que consiste em organizar um saber médico estatal, normalizar a profissão, subordinar os médicos a uma administração central e, finalmente, integrar vários médicos em uma organização médica estatal (FOUCAULT, 2006).

Após isso, em fins do século XVIII, concomitante ao processo de urbanização exemplificada na França, verifica-se a necessidade de unificação do poder urbano, que ocorre por várias razões. Em primeiro lugar, por razões econômicas, já que a cidade é um lugar de mercado e produção; em segundo, por razões políticas, já que com o desenvolvimento das cidades a população operária pobre engrossa as fileiras do proletariado, responsável por muitas revoltas urbanas e; por último, por existir um medo e angústia diante da cidade, decorrente das doenças do meio urbano. Tais fenômenos médicos e políticos que inquietam a população urbana desencadeiam na necessidade de um poder capaz de esquadrihar esta população.

É neste contexto que surge a medicina urbana, a qual possui três grandes objetivos: analisar os lugares de acúmulo e amontoamento de tudo que no espaço urbano pode provocar doenças, controlando regiões de confusão e perigo; controlar a circulação de elementos como a água e o ar, pois se acreditava que estes tinham o

poder de veicular miasmas; e organizar espacialmente itens necessários à vida urbana, como fontes e esgoto (FOUCAULT, 2006).

Depois do Estado e da cidade, finalmente os pobres e trabalhadores foram objetos da medicalização. As cidades, entre os séculos XIX e XX, estão em um processo de crescimento; surgindo, conseqüentemente, condições que causam pânico às instituições sociais. A desordem urbana, os delinquentes, a propagação de doenças são alvo de preocupações em relação ao controle e organização do corpo social.

A doença é quase sempre elemento de desorganização e de reorganização social, a esser respeito a ela torna frequentemente mais visíveis as articulações essenciais do grupo, as linhas de força e as tensões que o traspassam (REVEL, PETTER, 1979, p.144).

A preocupação com os pobres deu-se, dentre outros fatores, pelo perigo sanitário que representavam, a partir do século XIX. “A cólera de 1832, que começou em Paris e se propagou por toda Europa, cristalizou em torno da população proletária ou plebeia uma série de medos políticos e sanitários” (FOUCAULT, 2006a, p.94). Assim, surge na Inglaterra a chamada “Lei dos pobres”, que visava o controle sanitário da população pobre.

Com a Lei dos pobres aparece, de maneira ambígua, algo importante na história da medicina social: a ideia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas (FOUCAULT, 2006, p.95).

O cuidado com o corpo revela a necessidade de neutralização do espaço urbano e também a necessidade de uma gestão econômica do corpo fabril que assegurasse “não apenas sua sujeição mas o aumento constante de sua utilidade” (FOUCAULT, 2006, p.198). O cuidado com o corpo e sua saúde visando à maximização de seu rendimento remetem às práticas exaltadas na literatura.

O século XIX é marcado como tempo de discursos voltados para a educação do corpo. A técnica científica é fornecedora do material que fomenta as prescrições que visam à correção, perfeição e adequação corporal, sem, no entanto, esquecer-se da união entre corpo e trabalho.

No início do século XIX, observou-se a multiplicação dos ginásios e dos professores de ginástica e a crescente divulgação de manuais de medicina que chamavam a atenção para as vantagens físicas e morais dos exercícios, o surgimento de formas mais regulamentadas de atletismo e alpinismo, e sobretudo, o aparecimento de jogos de bola como o futebol, o *rugby*, o hóquei de grama e o tênis (SALLES *et al.*, 2003, p. 326).

Observa-se uma apropriação do tempo livre do trabalhador. A esses, era recomendada a prática de exercícios em momentos fora do trabalho. O homem e seu físico eram associados à ideia de força e domínio do corpo. Nos locais de lazer, sobretudo aqueles em que a exposição do corpo era maior, como as praias, os ideais de saúde e beleza uniam-se. “O corpo não está apenas curado e reabilitado: é oferecido aos olhares. Querem fortificá-lo pela natação e pelos desportos, logo a seguir dourá-los para subir à cena das diversões requintadas: é em função das imagens sociais do corpo que se compõe a apresentação (RAUCH, 2001, p.100)”.

O corpo, na sua versão utilitária, é objeto de estudo de uma medicina privada, “formada com base nos interesses do mercado que se estrutura, e o desenvolvimento de uma medicina voltada para o corpo social que se expande (SILVA, 1999, p.11)”. Médicos e higienistas, juntamente com o conhecimento científico, produzem discursos que se propagam e se revezam na sociedade.

Neste contexto, surgem distintas mudanças no tratamento do corpo, deixando-o ainda mais privado. São difundidos novos hábitos de higiene, com o intuito de preservar a saúde e a força de trabalho dos operários, já que a maior ameaça ao poder do corpo era a doença:

O medo da doença impregna nossa sociedade; dá aos médicos um público e um prestígio novos, aumenta as vendas das farmácias e faz a prosperidade dos laboratórios de radiologia. No entanto, por uma última viravolta, essa preocupação central da vida privada que é o medo da doença e a vontade de

conjurá-la constitui também o lugar privilegiado de múltiplas políticas públicas. Não existe nada tão privado quanto a saúde, e no entanto, nada é assumido de tão bom grado pelas instâncias sociais (PROST; VICENT, 1992, p.108).

Assim, com o crescimento da sociedade industrial, a saúde individual passa a incluir a preocupação com as condições coletivas de salubridade, não sendo mais possível conceber a existência da saúde dos sujeitos sem pensar nas condições sanitárias do espaço social (BIRMAN, 2005). A saúde do indivíduo é, portanto, reflexo do ambiente social no qual está inserido, e as políticas de saúde vislumbram a organização do corpo social para a preservação da saúde individual. “Em todo o caso, desde o fim do século XVIII, o corpo sadio, limpo, válido, o espaço purificado, límpido arejado, a distribuição medicamente perfeita dos indivíduos, dos lugares, dos leitos, dos utensílios, o jogo do cuidadoso, constituem algumas das leis morais essenciais da família (FOUCAULT, 2006, p.199)”.

No Brasil, observam-se algumas recomendações dadas aos trabalhadores no início do século XX, os quais eram considerados selvagens, sujos, rudes, não civilizados e disseminadores de doenças, sobretudo o tipo de moradia que detinham: o cortiço, local caracterizado pela ausência de divisão de cômodos, concentração de moradores em um pequeno espaço e falta de hábitos de higiene para a conservação da saúde coletiva.

Assim, havia por parte dos médicos higienistas, de autoridades públicas e de setores da burguesia industrial a construção de uma série de recomendações dadas aos trabalhadores, dentre elas, regras de higiene, modelos de como deveria ser a família, de como a mulher deveria se comportar, bem como as diretrizes para o aproveitamento do tempo livre, tentando moldá-los em uma nova figura, submissa, mas economicamente produtiva (RAGO, 1985).

Os diferentes discursos médicos legitimam a crescente medicalização do espaço social. “Combater as epidemias e as endemias, esquadrihando o espaço urbano com dispositivos sanitários, constituiu-se como estratégia dominante da saúde pública (BIRMAN, 2005, p.12)”. O corpo é uma realidade bio-política [e] a medicina é uma estratégia bio-política (FOUCAULT, 2006, p.80)”.

A cidade passa a ser colocada como questão e a mobilização do espaço urbano também é valorizada pelo discurso sanitário. Discute-se o modelo de ordem e

desordem urbana. “A teoria miasmática, identificando o surgimento e a propagação de doenças em emanações pútridas, decorrentes das águas paradas e ambientes abafados, vai postular a criação desimpedida de coisas, pessoas, líquidos e fluidos na cidade (CORREIA; GUNN, 2001, p.231)”.

Na Europa é justamente nesse período que se consolidam alguns locais estruturados para o tratamento de saúde, embasados nas teorias médicas de cura por meio da água e do ar. As termas, as estações balneárias, as praias, as montanhas são espaços que se contrapõem à desordem dos grandes centros e, além disso, são afastados das aglomerações urbanas, o que facilita o processo de esquadramento da população para evitar o contágio. “Referências elegantes a desordens nervosas e a outros problemas de saúde, atribuídos à vida da cidade, associavam a procura de atividades socialmente prestigiadas a uma respeitável solicitude pelo bem estar físico (WEBER, 1989, p.217)”.

Surgem, então, as estações de férias, locais onde os ideais de saúde e prazer entrecruzam-se.

Essas estações de férias, afastadas da indústria e da produtividade que tornava sua existência possível, esses centros, cada vez mais dedicados ao consumo numa época em que a produção ainda estava na ordem do dia, tendiam a desenvolver-se em lugares onde a natureza acentuava sua artificialidade: regiões isoladas, de difícil acesso, como os Alpes, os Vosges, os Pirineus, o Maciço Central, e, no seu devido tempo a praia (WEBER, 1989, p.219).

Estâncias no Brasil

A criação das estâncias, no Brasil, acompanha o histórico de avanços nas teorias médicas europeias. No século XIX, as disciplinas de hidrologia e climatologia fazem parte do currículo dos cursos de Medicina na Europa e, posteriormente, no Brasil. Estudam-se as propriedades químicas da água e do ar e, a partir desses resultados, prescrevem-se tratamentos terapêuticos em que o meio é a própria fonte de cura. A necessidade de controle médico por parte do poder público estimula as pesquisas científicas sobre hidrologia, ciência cujo objeto e método de estudo é a água como remédio para o corpo humano.

Em Portugal, as pesquisas nesse período apontam para o exercício da medicina termal. Tal fato ocorre em razão das teorias higienistas e do processo de apropriação da Medicina pelo Estado, o que colabora com a criação das estâncias termais portuguesas. No Brasil, a legitimação no uso das águas termais ocorre em 1818, com a criação da estância termal das Caldas de Cubatão, Santa Catarina, atual Caldas de Imperatriz. Amostras das águas dessa terma foram enviadas a Portugal para análise, sendo comprovadas as suas propriedades terapêuticas (QUINTELA, 2004).

Logo, as teorias médicas portuguesas passam a fazer parte do ensino acadêmico de medicina no Brasil. Até a primeira metade do século XIX, quase não havia se escrito sobre as fontes termais. É somente a partir da segunda metade desse século que águas virtuosas das fontes termais passam a ser valorizadas: “No *Formulário, ou Guia médica*, de Pedro Chrenoviz (1864), por exemplo, já consta uma série de estâncias hidrominerais do Brasil, com detalhada descrição das propriedades físico químicas de suas águas e suas indicações médicas para determinadas moléstias (CORREA, 2010, p.166)”.

É nesse contexto de práticas termais institucionalizadas pela medicina brasileira que são edificados alguns estabelecimentos termais como Caxambu e Poços de Caldas. Contudo, cabe ressaltar que os estudos das propriedades químicas das águas brasileiras e as edificações de centros de tratamento não se apóiam apenas nas teorias das Academias Portuguesas. Importantes obras médicas francesas que aqui chegaram durante o século XIX revelam em fotos e comentários a estrutura de alguns sanatórios franceses. Nestes, a exaltação das propriedades terapêuticas das estações termais concentram-se não apenas nas águas mas também na infraestrutura de repouso.

As cidades termais eram descritas como locais harmoniosos, com elementos que aproximavam o homem da natureza, onde o conforto e o requinte também faziam parte do tratamento. Ademais, essa estrutura de aproximação do homem com o natural configura costumes em que o curista busca um tempo e um espaço para si próprio, estimulando ambições, liberdades e novos prazeres (MARRICHI, 2009). Assim como na Europa, no Brasil, a linha entre a cura e o prazer também é tênue. “As estações termais brasileiras desenvolveram-se igualmente, com a edificação de

estabelecimentos vocacionados para práticas lúdicas, onde se destacavam os cassinos contíguos aos balneários (QUINTELA, 2004, p.254)”.

O auge das cidades hidrominerais brasileiras ocorre entre os anos de 1920 a 1946, período de afirmação das estações como lugares de cura e turismo. O hábito das temporadas nas estações hidrominerais, nesse período, possibilita o desenvolvimento de cidades como Caldas Novas, Araxá e Águas de Lindoia, localizadas nos estados de Goiás, Minas Gerais e São Paulo, respectivamente. Contudo, segundo Sevcenko (1998), entre as estâncias hidrominerais brasileiras, a mais famosa e mais requisitada no período que compreende o fim do século XIX e início do século XX era Poços de Caldas.

Localizada no sul de Minas Gerais, a estância era frequentada por políticos, escritores, artistas famosos, pela classe média e, até mesmo, por pessoas de menores recursos financeiros, dentre eles jogadores e prostitutas. Conhecida por suas águas sulfurosas que serviam de terapia para doentes com reumatismo, infecções e anemias, doenças de pele, dos nervos e do pulmão, a cidade foi transformada em local de peregrinação.

A cidade é divulgada pelo romance “*Correspondências de uma estação de cura*”, de João do Rio, pseudônimo do escritor carioca João Paulo Emílio Cristóvão dos Santos Coelho. Neste romance, escrito em 1917 e lançado 1918, a estância de Poços de Caldas é representada não apenas como um local de tratamento, mas também como um destino de lazer. Caminhadas, passeios a cavalo, bailes, refeições nos restaurantes, exibição de películas cinematográficas, dramaturgia, canto lírico e, principalmente, jogatina eram algumas das atividades oferecidas aos viajantes, como se destaca na narrativa do personagem do romance, o qual se encontra em tratamento em Poços de Caldas em correspondência com uma amiga carioca:

Atraídos pela civilização, os hóspedes sobem ao salão, imenso. Fica ao fundo uma roleta que parece complemento e é a oração principal. Tudo aí não se paga – os licores, o café, os charutos, as águas. É preciso ser muito neurastênico para ter má vontade. As senhoras jogam. Os homens jogam. Acabada a civilização, isto é, o tango que se transfere para o clube, a roleta corre atrás da música e os hóspedes descem ao saguão à espera dos jornais do Rio, de São Paulo, da sua vida...

– Que Calma!

- Que delícia!
- Eu viveria assim a vida inteira. (RIO, 1992, p.7).

Nota-se que o retrato da cidade era, portanto, polarizado entre as virtudes médicas do local e os atrativos compostos por luxuosos hotéis e cassinos construídos a partir do discurso médico que originou e fundamentou a criação das cidades hidrominerais. Em contrapartida, investimentos no núcleo urbano também ocorrem em decorrência do número de viajantes que a frequentam. No início do século XX, foram executados melhoramentos no município, com a colocação de iluminação pública elétrica, criação de saneamento básico, abastecimento de água potável, arborização e rodovias (SILVA JÚNIOR, 2004).

Em virtude das facilidades de acesso, aliadas ao potencial hidromineral, surgem outras estâncias hidrominerais em Minas Gerais, dentre elas, Araxá. Com suas águas com propriedades terapêuticas atestadas nos anos de 1920, a cidade também passa por um processo de melhoramentos e inovações urbanas para receber os veranistas e doentes, assim como ocorreu em diversas cidades brasileiras neste mesmo período.

Trens facilitavam o acesso daqueles que vinham das grandes capitais. Era possível chegar a Araxá tendo como origem o Rio de Janeiro, por meio da Estrada de Ferro Central do Brasil, e São Paulo, de onde saíam trens da Estação da Luz em direção à Uberaba ou Sacramento, em Minas Gerais. A partir daí, uma estrada de automóveis cumpria o restante do trajeto até a estância hidromineral (LIMA, 2006).

Por meio do crescente fluxo de visitantes – curistas, veranistas e turistas (termos utilizados no período para designar os diferentes tipos de viajantes que frequentavam o município) –, a cidade passa por um processo de urbanização estimulado pelos recursos naturais.

O aproveitamento das águas permite a construção de uma infraestrutura adequada para receber os viajantes, embasadas em modelos de urbanização europeus, criando uma cidade-jardim onde o natural e o construído se unem. Em contrapartida, há de destacar que a urbanização e modernização de Araxá, aliadas aos recursos naturais, logo despertaram o interesse público pela apropriação e exploração do território.

Através da Câmara, responsável pelos poderes legislativo e executivo, cabia ao município o seu aproveitamento, quer fosse por sua iniciativa enquanto poder constituído ou por concessão do privilégio de uso àqueles que solicitassem legalmente. O domínio dos terrenos adjacentes às fontes por parte dos proprietários particulares e a intenção do poder público de utilizar os recursos naturais deram início a um longo processo em que imperaram, diante das ambiciosas transformações, intensas relações sociais e culturais. A primeira dessas etapas fora vencidas em 1915, quando o poder público cedeu ao Estado de Minas Gerais os direitos sobre as fontes (LIMA, 2006, p.231-2).

Em decorrência da apropriação pelo poder público dos recursos naturais dispostos não somente em Araxá, mas também em outras estâncias brasileiras, advém a necessidade de urbanização desses espaços com o objetivo de controlar a utilização dos mesmos e regulamentar as cidades responsáveis pela arrecadação de receitas com a exploração dos usos terapêuticos das águas.

Assim, originam-se as primeiras iniciativas de planos urbanísticos para estâncias hidrominerais, pensando em seu crescimento ordenado. Dessa maneira, tem-se o envolvimento de engenheiros e arquitetos participando da consolidação de planos urbanísticos para diversas estâncias no país, como, por exemplo: “João Florence de Ulhoa Cintra, Dubugras e Saturnino de Brito (Águas da Prata, 1923); Jorge de Macedo Vieira (Águas de São Pedro, 1936); Hyppolyto Gustave Pujol (Águas da Prata, 1942); Lincoln Continentino (Araxá, 1933) e Luís Saia (Águas de Lindoia, 1956) (FRANCO, 2010, s.n)”.

Tão importante quanto a participação desses profissionais é o fato de que os planos urbanísticos tinham como proposta a criação de um novo tipo de cidade, preconizando a integração entre o natural e o construído, entre o campo e a cidade, com a construção de avenidas aliadas a áreas verdes e planos de arborização, construindo, assim, cidades-jardim, aliando conforto e natureza: características espaciais que buscavam atrair curistas e turistas.

No entanto, a relação entre o homem e o meio natural não ocorre apenas na estruturação das estâncias hidrominerais. As praias também são alvo de organização no processo de consolidação de destinos de saúde brasileiros. A balneoterapia, definida como tratamento por meio de banhos nos quais existe o controle do ambiente

de tratamento e a preservação dos potenciais princípios terapêuticos da água do mar, atualmente é praticada em alguns locais no litoral de Santa Catarina, Ceará e Bahia, em ambientes com características de centros recreativos (ANDRADE *et al.*, 2008).

Desde o século XIX, a ligação entre banhos de mar e terapia já era comum em diversas cidades litorâneas brasileiras e, assim como nas estâncias hidrominerais, logo os banhos e os passeios a beira mar passam a ser procurados não só por questões de cura, profilaxia, mas também por vilegiatura.

A consolidação dos banhos de mar enquanto terapia no Brasil deve muito à imigração. Sobretudo na região sul do país, a procura pelos banhos de mar para cura era realizada pelos imigrantes alemães, que consolidam tais práticas no solo brasileiro reproduzindo as técnicas europeias. “A expressão “ir às curas”, deriva do termo alemão *Kur*, e deu origem à palavra “curista” (SCHOSSLER, 2010, p.19)”.

No litoral brasileiro, as praias do Rio Grande do Sul são as mais frias. Assim, imigrantes alemães do Brasil meridional não tardariam a promover a vilegiatura marítima, com base na experiência dos banhos medicinais nas águas frias do mar do Norte ou do Báltico. No Rio Grande do Sul, a ida aos banhos de mar para cura de certas moléstias concorreu com os sanatórios do interior, em que a hidroterapia era empregada seguindo métodos alemães (CORREA, 2010, p.175).

Embasados nas teorias médicas europeias que prescrevem os banhos de mar para a saúde, e também em concorrência com as estâncias hidrominerais do interior, onde a socialização provida pelos cassinos, festas e banquetes atraía grande fluxo de viajantes, as cidades litorâneas não só do Rio Grande do Sul, mas também da Bahia e de São Paulo, dentre outras, melhoram sua infraestrutura e investem em serviços para atrair curistas e turistas que buscam as praias balneárias.

Dessa forma, no Rio Grande do Sul, nota-se o crescente número de empreendimentos como hotéis e restaurantes praianos. Segundo Correa (2010), os proprietários das primeiras empresas desse ramo eram de alemães, como indica o predomínio de nomes germânicos nos anúncios da revista *A Gaivota* (1930). “Sperb, Hoffmeister e Kunz são exemplos de nomes de alguns hotéis da praia de Tramandaí. Matérias promocionais em jornais também atestam o empreendedorismo dos alemães em turismo, nas praias do Rio Grande do Sul (CORREA, 2010, p.178)”.

Em São Paulo, em fins do século XIX, na cidade de Santos, o balneário da cidade foi organizado pela Companhia Balneária da Ilha de Santo Amaro, e fazia parte de um plano de urbanização na localidade ligado aos empresários de sucesso e produtores de café. O projeto do empreendimento balnear da cidade se assemelhava aos empreendimentos turísticos norte-americanos. O plano urbanístico incluía grande hotel, linha férrea, casas residenciais em modelo chalé, pavilhão para banhos e cabines móveis, importadas dos Estados Unidos. Na Bahia, neste mesmo período, observa-se a especulação imobiliária nas imediações dos balneários (SCHOSSLER, 2010).

A partir de meados do século XX, as viagens para as estações balneares ganhou novos adeptos. O advento das férias remuneradas favoreceu o lazer da classe trabalhadora, ampliando a procura pelas praias. A partir de então, a demanda cresceu e os serviços passaram a exigir mais investimentos. “Ao mesmo tempo, aumentou a pressão junto aos poderes públicos para intervenção mais consequente, em termos de expansão e melhoria da infraestrutura e dos serviços básicos nas praias balneárias (CORREA, 2010, p.178)”.

A demanda era crescente não apenas nas cidades balneárias. A associação entre as férias e os locais afastados dos centros urbanos, da indústria e da produtividade, levam à criação de centros de consumo aliados à natureza e ao isolamento e, nesse sentido, não só as águas (marinhas ou minerais) eram consideradas próprias para revigorar o corpo, mas também o ar.

Em virtude das epidemias e das teorias miasmáticas no Brasil durante o século XIX, algumas estâncias climatéricas são criadas aqui. Reconhecidas pela qualidade do ar associada à elevada altitude, são consolidadas pelas teorias higienistas de climatoterapia. São exemplos Petrópolis, cujo fluxo aumentou “principalmente a partir de 1860, quando foi construída a estrada de ferro Rio-Petrópolis (REJOWSKI, 2002, p.121)” e Campos do Jordão, consolidada a partir da criação da Estrada de Ferro de Campos do Jordão (EFCJ) em 1912. Esses são destinos para a convalescença de doentes, fracos, debilitados pelo clima ardente, ameaçados pelas epidemias, fatigados pelas preocupações dos grandes centros urbanos.

Seguindo o mesmo destino das estâncias balneárias e hidrominerais, as estâncias climáticas logo se renderam também às atividades, estruturas e serviços ligados ao lazer. Durante as primeiras décadas do século XX, o cassinismo,

predominante nas estâncias brasileiras, colabora com a criação e desenvolvimento do hotel Quitandinha, em Petrópolis, e do Grande Hotel, em Campos do Jordão, ambos construídos na década de 40 e famosos pelo jogo.

Como pôde ser observado, a coexistência da terapia médica com os atrativos de lazer é uma constante nas estâncias brasileiras, sejam elas hidrominerais, climáticas ou balneárias. Esse fato ocorre não apenas como estratégia para atrair um maior número de visitantes (curistas e turistas), mas também como estímulo salvaguardado por políticas públicas. O decreto nº 3.987, de 1920, concedia autorização para a exploração de jogos de azar em estâncias balneárias, climáticas e hidrominerais. Esse decreto também estipulava que 15% dos lucros obtidos com os jogos nas estâncias deveriam ser dedicados à saúde pública.

A polaridade entre jogo e saúde permanece até meados 1946, quando o jogo de azar é proibido nas estâncias. Este fato, aliado ao declínio das teorias que priorizavam a hidroclimatologia médica, levam à crise das estâncias. Em virtude desta situação, algumas estâncias passam de centros de cura a centros de turismo, como uma alternativa de desenvolvimento econômico.

CONSIDERAÇÕES

Como pode ser observado, o surgimento de muitas cidades brasileiras está atrelado ao desenvolvimento das estâncias de saúde. Estes territórios, cujo uso transita entre a cura e o lazer, apresentam uma perspectiva histórica que revela que a modelação destes novos espaços urbanos é pautada por um ordenamento territorial que se desvela sob a ótica da medicina social, dividida entre medicina estatal, medicina do trabalho, mas, sobretudo de uma medicina urbana.

A medicina urbana, por sua vez, surge em um contexto de reorganização das cidades europeias em que o modelo de cidade-jardim aparece como imperante. A união entre o homem e a natureza, o equilíbrio higienista, e acima de tudo, a possibilidade de aumentar a produtividade dos operários que representavam grande parte do corpo social se materializam na criação das estâncias hidrominerais, climáticas e balneares.

Embasados nesta mesma lógica, constroem-se as estâncias ao longo de todo o território nacional. A lógica de reprodução do capital vale-se não apenas do discurso de “equilíbrio das cidades” e “disciplinarização do corpo fabril”, mas também de uma nova forma “acumulação flexível” pela exploração de um lazer-mercadoria. Embora inicialmente voltadas à medicalização, as estâncias enquanto locais onde se poderia usufruir de belas paisagens e entretenimento acabam por modelar um novo uso do espaço, constituindo uma nova territorialidade.

Trata-se de um reflexo, sem dúvidas, da globalização. Nesta nova fase do capitalismo a reestruturação produtiva e mudanças no mercado de trabalho novamente redefinem o papel das cidades, sendo necessárias revisões nas formas de planejamento e gestão urbana (SOUZA, AWAD, 2012).

REFERÊNCIAS

Almeida, Flávio Gomes de; e Soares, Luiz Antônio Alves. (Org.) **Ordenamento Territorial**: Coletânea de textos com diferentes abordagens no Contexto Brasileiro. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 2009.

Andrade, S. C. de; Carvalho, R. F. P. P. de; Soares, A. S. ; Vilar, M. J. **Benefícios da talassoterapia e balneoterapia na fibromialgia**. *Rev. Bras. Reumatol.* [online]. 2008, vol.48, n.2, pp. 94-99.

Birman, J. **A Physis da saúde coletiva**. *Physis* [online]. 2005, vol.15, suppl., pp. 11-16. 2010 às 20:00.

Correa, S. M. de S. **Germanidade e banhos medicinais nos primórdios dos balneários no Rio Grande do Sul**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000100011. Acesso em 27 de dez. 2012.

Correa, T; Gunn, P. O urbanismo: a medicina e a biologia nas palavras e imagens da cidade. *In*: BRESCIANI, M. S. M. (org.). **Palavras da cidade**. Porto Alegre: Ed. Universitária/UFRGS, 2001.

Foucault, M. **Microfísica do poder**. 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006

Franco, A. C. **Entre o racional e o pitoresco**: o plano diretor de Luis Saia para Águas de Lindoia (1956). Disponível em: www.anpur.org.br/assembl.pdf. Acesso em: 13. abr. 2010.

Fischer, André. A dimensão espacial no “aménagement” do território – o exemplo francês. *In*: **RA'E GA**, n. 7, p. 9-17. Curitiba: Editora UFPR, 2003.

Firkowski, Olga Lúcia Castreghini e Sposito, Eliseu Savério (Org.): **Indústria, ordenamento do território e transportes – a contribuição de André Fischer**. São Paulo: Ed. Expressão Popular, SP. 2008.

Guimarães, Valéria Lima. **O turismo levado a sério**: discursos e relações de poder no Brasil e na Argentina (1933-1946). Tese (Doutorado em História Comparada) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Rio de Janeiro, 2012.

Lima, G. T. N. O natural e o construído: a estação balneária de Araxá nos anos 1920-1940. **Rev. Bras. Hist.** [online]. 2006, vol.26, n.51, pp. 227-250.

Lima, G. T. N. **Via de duplo sentido**: Araxá cidade balneária 1920-1940. Tese (Doutorado em História Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2007.

Marrichi, J. M. O. **A cidade termal**: ciência das águas e sociabilidade moderna entre 1839 a 1931. Dissertação (Mestrado em História). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2009.

Palomo, J.S. **La Planificación Verde en las Ciudades**. 2005. Rubi – Barcelona.
PROST, A.; VICENT, G. (org.). **História da vida privada, 5: da Primeira Guerra a nossos dias**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992 (p. 13 – 115).

Quintela, M. M. **Saberes e práticas termais: uma perspectiva comparada em Portugal (Termas de São Pedro do Sul) e no Brasil (Caldas de Imperatriz)**. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010459702004000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em 12 mai. 2007.

Raffestin, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ed. Ática, SP, 1993.

Rago, M. **Do cabaré ao lar – a utopia da cidadedisciplinar**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

Rauch, A. As férias e a natureza revisitada. *In*: CORBIN, A. **História dos tempos livres**. Lisboa: Teorema, 2001.

Rejowski, M. (org.). **Turismo no percurso do tempo**. São Paulo: Aleph, 2002.

Revel, J.; PETTER, J. P. O corpo: o homem doente e sua história. *In*: GOFF, Le; Nora, Pierre. **História: novos objetos**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1979. vol. 3. p.141-159.

Rio, João do. **A correspondência de uma estação de cura**. 3.ed. São Paulo: Scipione, 1992.

Salles-Costa, Rosana et al. Gênero e prática de atividade física de lazer. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2003, vol.19, suppl.2, pp. S325-S333.



Santos, M. Território e Dinheiro. In: Programa de Pós-Graduação em Geografia da UFF. **Território, Territórios**. Niterói: PP GEO-UFF/AGB-Niterói, RJ. 2002. p.17 – 38.

Schossler, J. C. **As nossas praias**: os primórdios da vilegiatura marítima no Rio Grande do Sul (1900-1950). Dissertação (Mestrado em História). Programa de Pós-Graduação em História da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

Sevcenko, N (org). *História da vida privada no Brasil.V.3*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

Silva Júnior, J. H. **A política interna do turismo no Brasil (1992-2002)**. Belo Horizonte: FACE-FUMEC, 2004.

Silva, Ana Márcia. **Elementos para compreender a modernidade do corpo numa sociedade racional**. Cad. CEDES. 1999, vol.19, n.48, pp. 07-29.

Souza, C. L.; AWAD; J. C. M. **Cidades Sustentáveis, Cidades Inteligentes - Desenvolvimento Sustentável Num Planeta Urbano** – 2012. – Bookman

Valverde, R. R. Transformações no conceito de território. In:**GEOUSP - Espaço e Tempo**, São Paulo, Nº 15, pp. 119 - 126, 2004.

Weber, E. J. **França fin-de-siècle**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.