

“Era urgente e indispensável agir”: o tracoma em São Paulo no início do século XX

| ¹ Soraya Lódola, ² Cristina de Campos |

Resumo: No início do século XX o tracoma, enfermidade oftálmica contagiosa, tornou-se endêmica no interior do estado de São Paulo. Em 1906, mediante a infecção de quase 40% da população rural examinada, o governo estadual implantou 25 postos de tratamento em diversos municípios. Foi uma campanha audaciosa, dispendendo recursos com equipes médicas, transporte e medicação. O objetivo desta pesquisa é analisar por que o Serviço Sanitário interviu sobre o tracoma, num período em que as ações profiláticas estavam restritas às áreas urbanas. O recorte temporal se inicia em 1898, quando o primeiro artigo médico foi publicado, e termina em 1906, com a formação dos postos tracomatosos. Como fontes, foram utilizados relatórios governamentais, revistas médicas, teses e jornais. Concluímos que a pressão exercida por médicos e imprensa, concomitante à proteção do setor agroexportador, influenciaram a implantação das comissões.

► **Palavras-chave:** história da saúde; tracoma; São Paulo [estado]; imigrantes.

¹ Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Política Científica e Tecnológica. Campinas-SP, Brasil (sorayalodola@gmail.com).
ORCID: 0000-0001-9167-311X.

² Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Política Científica e Tecnológica. Campinas-SP, Brasil (crisleine@gmail.com).
ORCID: 0000-0001-9379-5057

Recebido em: 20/07/2017
Aprovado em: 21/01/2018
Revisado em: 22/08/2018

Introdução

Em meados do século XIX, a província de São Paulo prosperava em função do sucesso das exportações de café para o mercado internacional. Para garantir o pleno desenvolvimento das atividades agroexportadoras, as elites dessa província investiram em uma série de serviços e infraestrutura, como um novo sistema de transporte (ferrovias), bancos e casas comissárias. O governo provincial foi parceiro de tais iniciativas através da implantação de juros baixos para as empresas interessadas em explorar serviços públicos e da definição de políticas imigratórias a fim de incentivar a vinda de trabalhadores para as lavouras em expansão (CANO, 1977).

As empresas ferroviárias que se instalaram em São Paulo a partir da década de 1860 facilitaram a comunicação entre a capital e regiões mais longínquas, possibilitando escoar o café aos portos exportadores e retornando os vagões carregados de produtos manufaturados que seriam distribuídos em diversas cidades do interior paulista. No fim do século XIX, com a intensificação da imigração, já se observava em seu caminho de volta ao sertão uma grande movimentação de trabalhadores, que seriam alocados nas diversas fazendas cafeeiras do interior do estado. Este acentuado fluxo teve como revés a disseminação de doenças entre as cidades, muitas das quais trazidas pelos novos trabalhadores vindos da Europa (MILLIET, 1982; CAMPOS, 2011).

Nesse período, diversas enfermidades atingiam o estado, como febre amarela, malária, varíola, febre tifoide, lepra, tuberculose, sarampo, tracoma e peste bubônica (SILVA, 1986; CHALHOUB, 1996; TEIXEIRA, 2001; CABRAL, 2004). Dentre essas, a febre amarela, a varíola e a peste bubônica,¹ que ameaçavam os principais centros urbanos do estado, foram debeladas com êxito pelo Serviço Sanitário na virada do século XIX para o XX durante a gestão do médico Emílio Ribas (ALMEIDA, 1998; NASCIMENTO, 2011), mas havia outras patologias que deveriam ser controladas, dentre elas as que afetavam as populações rurais, como a ancilostomose e o tracoma, por exemplo.

O tracoma é uma enfermidade oftálmica, bacteriana, com elevada transmissibilidade.² O contágio é feito pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, que causa inflamação na conjuntiva, criando pequenas cicatrizes na pálpebra. Em infecções recorrentes, as cicatrizes provocam lesões e acabam por irritar a córnea, podendo desencadear sequelas como a cegueira. Sua propagação se dá pelo contato direto com os enfermos, por objetos contaminados ou por vetores mecânicos, como

as moscas (RESNIKOFF et. al., 2004; POLACK et. al., 2005; WHO, 2015). É uma das patologias oculares mais antigas do mundo, sendo identificada na China desde o século XXVII a.C. (LUNA, 1993; SCHELLINI; SOUSA, 2012).

No século VI, a enfermidade passou a ser observada na Europa, vitimando habitantes de vários locais do continente, tornando-se endêmica por vários séculos (ROSEN, 1994). No início do século XIX, um novo surto surgiu na França quando as tropas napoleônicas regressarem do Egito tomadas pela doença, espalhando a enfermidade pela Itália, Alemanha, Inglaterra, Bélgica, Suíça e Holanda (OTTONI, 1898; AL-RIFAI, 1988; LUNA, 1993; SCHELLINI; SOUSA, 2012). Nas Américas, o tracoma chegou através da corrente migratória intercontinental, tornando-se endêmico no Canadá em meados do século XIX (MILOT, 2010), nas escolas norteamericanas na primeira década de 1900 (CARRUTH, 1903) e nos trabalhadores rurais e escolares da Argentina na década de 1920 (DI LISCIA, 2010).

No Brasil existem indícios de que a doença foi importada da Europa ainda em meados de 1800, quando alguns ciganos infectados foram expulsos de Portugal e se instalaram no Nordeste do país. Como os meios de transporte que ligavam o norte ao sul eram precários, o tracoma ficou restrito às regiões limítrofes do Ceará até os últimos dois decênios do século XIX, quando se manifestou também em outros estados (BURNIER, 1932). Entretanto, pelas observações desenvolvidas pelo oftalmologista David Ottoni, na forma endêmica o tracoma foi encontrado somente no oeste de São Paulo, para onde “*afluem doentes granulosos em número extraordinário*” (OTTONI, 1898, p. 363).

De acordo com o secretário do Interior de São Paulo, não havia ocorrências de tracoma no estado antes da política migratória promovida no final da década de 1880. A partir daquele momento, com a introdução de um acentuado número de imigrantes oriundos da Itália, nação que havia mais de 40 anos sofria com os percalços da enfermidade, o estado de São Paulo passou a figurar como uma das regiões mais atacadas pela doença no país (SÃO PAULO [Estado], 1908). Em 1906, os primeiros números oficiais registrados pelo Serviço Sanitário de São Paulo demonstravam que havia uma positividade de 39,35% de tracomatosis em um universo de 38.037 indivíduos examinados (SÃO PAULO [Estado], 1907).

Com a intensa propagação do tracoma em São Paulo, o governo paulista implantou as primeiras medidas profiláticas do Brasil,³ intervindo na zona rural como nunca havia sido anteriormente praticado. Em 1906, o governo criou as

Comissões de Tratamento e Profilaxia do Trachoma, um serviço audacioso e custoso que implantou, logo nos três primeiros meses de funcionamento, mais de 30 postos de tratamento espalhados por diversos municípios do estado, muitos dos quais distantes quatrocentos quilômetros da capital (SÃO PAULO [Estado], 1906).

Alguns autores como Blount (1972), Merhy (1987), Mota e Baddini (2013) e Ribeiro e Junqueira (2013) destacam que, até meados da década de 1910, as ações governamentais de combate às epidemias davam prioridade aos centros urbanos, iniciando-se as ações governamentais mais efetivas destinadas às áreas rurais somente em 1917, quando se promulgou o Código Sanitário Rural (RIBEIRO, 1991; HOCHMAN, 1998). No entanto, as medidas tomadas pelo governo do estado para debelar o tracoma demonstram que a enfermidade foi, sem dúvida, uma doença alarmante, que demandou ações governamentais incisivas antes mesmo do Código de 1917.

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa é inferir as razões que levaram o Serviço Sanitário estadual paulista a desenvolver ações intensivas de profilaxia e tratamento direcionadas a uma enfermidade rural. Depreendemos, através dos documentos que antecederam à formação da primeira comissão, que houve a mobilização de grupos sociais como médicos e veículos jornalísticos e que os argumentos empregados por esses grupos e pelos representantes governamentais pautavam-se principalmente na proteção ao setor agroexportador.

O corpo documental utilizado para este artigo foi composto por relatórios do Serviço Sanitário, relatórios da Secretaria do Interior, conjunto de leis e decretos estaduais, periódicos médicos (*Revista Médica de São Paulo*, *Revista Brazil Médico*, *Arquivos do Instituto Burnier*), teses de Medicina e a imprensa diária, com os jornais *O Estado de S. Paulo* e *O Commercio de São Paulo*. O recorte temporal foi estipulado entre 1898 e 1906, período que antecede à implantação das Comissões de Tracoma.

O artigo foi estruturado de maneira a apresentar primeiramente como alguns médicos utilizaram a imprensa para conscientizar os leitores da situação endêmica no interior do estado, bem como cobrar um posicionamento do governo na promoção de ações efetivas a fim de debelar o tracoma. Na segunda parte, demonstraremos como as medidas sanitárias de combate ao tracoma levadas a cabo pelo governo estadual paulista estavam intrinsecamente relacionadas ao processo imigratório. Para reforçar nosso argumento, fizemos um esforço comparativo com outros países que aplicaram medidas profiláticas contra o tracoma após receberem um intenso número de

imigrantes tracomatosos no final do século XIX. Por último, salientaremos que, além de haver uma mobilização dos médicos e da imprensa para cobrar ações governamentais de combate ao tracoma, a doença trazia ameaças à agricultura exportadora. Assim sendo, para controlar a situação que se agravava, o governo estadual desenvolveu uma intensa campanha de profilaxia e tratamento da enfermidade.

Um alerta sobre o avanço do tracoma: o apelo dos médicos ao governo do estado

Sem a obrigatoriedade de notificação de tracomatosos antes de 1906, quando foram criadas as Comissões de Tracoma, as projeções dos números de enfermos foram estimadas de maneira incipiente, desenvolvidas através de observações de médicos e viajantes. Parte desses dados foi apresentada de forma pontual por alguns pesquisadores da história da saúde pública, como foi o caso de Maria Alice Ribeiro (1991) que descreveu a endemia através das correspondências trocadas entre o governo italiano e seus enviados. Através dessa documentação, a autora indicou que no ano de 1904 havia mais de 120 mil colonos com tracoma, em uma porcentagem de 75% dos trabalhadores rurais. A situação é também relatada pelo chefe da Comissão Sanitária de Ribeirão Preto, que além de encontrar grande número de adultos cegos, identificou que o número de crianças infectadas aumentava consideravelmente, ao ponto de se poder afirmar que nenhum filho de colono escapava da enfermidade (RIBEIRO, 1991).

Nas fazendas, as condições ambientais caracterizadas pelo ar seco e a terra roxa deixavam os olhos irritados, facilitando o contágio e, conseqüentemente, sua disseminação. Com um grau de infecção já elevado, o tracoma provocava dores e fotofobia, impedindo o enfermo de desenvolver suas atividades diárias (ALVARO, 1904). Para o tratamento, que consistia em trocas diárias de curativos por 15 dias, as alternativas eram poucas. Para os trabalhadores rurais que não dispunham de muitos recursos, havia o apoio de instituições de caridade, como as Santas Casas de Misericórdia, e, para aqueles que conseguiam pagar pela assistência, havia os médicos das clínicas particulares (RIBEIRO, 1991; SILVA, 2010). A situação de falta de assistência dos órgãos públicos e o número elevado de enfermos no interior das fazendas fizeram com que alguns médicos procurassem a imprensa com o objetivo de conscientizar seus leitores e ouvintes sobre a gravidade da enfermidade e cobrar ações governamentais em relação ao problema.

O avanço do tracoma sobre a população rural foi percebido, em um primeiro momento, por um grupo de médicos que circulava e atendia às regiões acometidas pelo mal. Estas localidades geralmente dispunham de pouca ou quase nenhum tipo de assistência pública à saúde, sendo comum a existência destes profissionais que ofereciam seus serviços pagos pelo interior paulista. Tais médicos tinham conhecimento assim, da real dimensão da doença e sabiam que a profilaxia sem o apoio estatal não se sustentaria.

O primeiro médico que publicou suas observações sobre o tracoma foi David Ottoni, um oftalmologista residente na cidade de Poços de Caldas, que, pelo prestígio conquistado, era frequentemente procurado por enfermos de diversas regiões de Minas Gerais e São Paulo. Como prestou assistência aos tracomatosos durante anos, em 1898, depois de visitar várias regiões do Brasil, optou por escrever um artigo para a *Revista Brazil-Médico* apresentando um mapeamento das regiões atingidas e um relatório técnico detalhado sobre os sintomas, estágios da doença e tratamento. O propósito, além de demonstrar a situação dos enfermos no país, era atrair a atenção de outros médicos e das autoridades governamentais para o indicativo de uma epidemia paulista (OTTONI, 1898).

Com a pretensão de alertar para a gravidade da disseminação da oftalmia, o médico comparou a febre amarela com o tracoma, pleiteando ações governamentais a fim de debelar a enfermidade.

Sem os ruidosos paroxismos epidêmicos das febres que assolam os centros importantes da atividade paulista, ousamos, entretanto, afirmar que a conjuntivite granulosa não está muito longe de merecer cuidado que tem sido dispensado àquelas outras moléstias, tal a abundância de doentes que aqui observamos, muitos dos quais já perdidos (OTTONI, 1898, p. 362).

Fica evidente pelo texto publicado que o médico traz em seu discurso a relevância econômica de São Paulo, elemento presente em quase todos os discursos proferidos pelos médicos que pediram intervenção governamental, como veremos, por exemplo, nos discursos de Melo Barreto e Eusébio de Queiroz Mattoso.

Melo Barreto foi um oftalmologista residente na capital paulista que utilizou a imprensa diária para pressionar as autoridades a fim de combater o tracoma. O primeiro texto foi publicado no jornal *O Estado de S. Paulo* em 22 de agosto 1903, sob o título “O Trachoma”, no qual descreveu a situação do enfermo. Em suas palavras: “Não se calcula a que triste situação está reduzido o pobre colono que sofre

de tracoma: privado quase sempre de trabalhar e necessitando de um tratamento assíduo, diário, ele constituiu-se, entretanto um foco perigosíssimo de contaminação para os que com ele convivem” (BARRETO, 1903a, p. 4).

Nesta exposição verificamos que o centro do seu discurso recai sobre o tracomatoso, visto somente como membro produtivo que, quando doente, era “privado quase sempre de trabalhar”. A preocupação em proteger o setor agroexportador também fica evidente quando trata da periculosidade da doença, que não estava baseada na questão humanitária, que seria capaz de cegar o indivíduo após algumas reincidências, mas em sua contagiosidade, o que poderia infectar os demais trabalhadores.

Treze dias depois da primeira publicação, Barreto voltou ao mesmo jornal discursando sobre a problemática da oftalmia, pedindo uma intervenção governamental se apoiando ainda, na deficiência do trabalhador. Para o médico “nada se tem feito sobre tão grave enfermidade que nas classes trabalhadoras da zona cafeeira a porcentagem de tracomatosos esteja numa relação de 1 para 6 colonos. As Câmaras Municipais não devem por mais tempo deixar ao abandono esses milhares de enfermos voltados à invalidez” (BARRETO, 1903b, p.2).

O médico Eusébio de Queiroz Mattoso, chefe da clínica de olhos da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, também utilizou as páginas da imprensa diária solicitando intervenção governamental. Em 21 de agosto de 1903, Mattoso escreveu:

O hospital da Santa Casa tem as suas duas enfermarias de moléstia dos olhos literalmente cheias, não só todos os leitos estão ocupados, como em colchões no assoalho e pelos corretores vizinhos às enfermarias [...]. Urge, pois, que o governo tome uma providência, não só procurando evitar o alastramento do terrível mal, como também criando os meios para atender aos inúmeros doentes que chegam diariamente a S. Paulo. Não são só os colonos estrangeiros, não só a classe desprotegida da fortuna que está sendo contagiada, já temos observado em pessoas abastadas o flagelo de que nos ocupamos (MATTOSO, 1903, p. 2).

Mattoso, empenhado em sanar as deficiências de superlotação da ala oftalmológica de sua responsabilidade, pede intervenção governamental pela quantidade de enfermos provenientes do interior do estado, destacando a gravidade da doença ao alegar que o tracoma já era observado em “pessoas abastadas”.

O uso dos jornais pelos médicos para debaterem medidas profiláticas, como fizeram Melo Barreto e Eusébio Q. Mattoso, era uma prática usual, como podemos observar nos trabalhos desenvolvidos por Benchimol (1990), Almeida (1998), Teixeira (2001) e Lódola e Gois Junior (2015). De forma acalorada, os médicos invadiam as páginas da imprensa diária com seus posicionamentos e argumentos

na busca de convencer possíveis aliados, intimidar seus opositores e conquistar prestígio, tomando espaços significativos das colunas jornalísticas.

Podemos afirmar que, no período que antecede à primeira iniciativa governamental de combate ao tracoma, Melo Barreto foi quem mais utilizou os jornais para reivindicar intervenção pública, exigindo dos municípios ações práticas de profilaxia e tratamento da enfermidade. Em 1903, o médico foi novamente para as páginas dos jornais, onde publicamente perguntou: “E porque não tratam as Câmaras Municipais das cidades do oeste deste importante serviço de higiene publica?”. E colocou sua posição frente ao problema: “As Câmaras compete criar enfermarias destinadas ao tratamento do tracoma” (BARRETO, 1903a, p. 4).

Os pedidos de intervenção não ficavam restritos à competência médica, sendo também aclamados por cidadãos comuns, como podemos observar no discurso de uma carta enviada ao jornal *O Estado de S. Paulo*, que apresentou a situação em que se encontrava o município de Ribeirão Preto em relação à doença:

Temos visto por aqui, pelas roças, lindas criancinhas, perdida a beleza inata de seus semblantes, como é feio o defeito de olhos que lhes deixa o temeroso mal; algumas ainda há poucos dias vimos tendo o aparelho da visão completamente deformado; outras, umas delas esta semana observamos, feiamente zarolhas e muitas totalmente cegas. [...] Convinha muito que, tempos a tempos, enviasse à Inspetoria Sanitária distrital um emissário com o fim exclusivo de opor barreiras à expansão agressiva da moléstia. [...] Preza a Deus vão estas despretensiosas linhas as mãos de quem possa executar, ou fazer executar as medidas necessárias que lembramos; não é exagero o que aí fica escrito. O mal não é de um só, particular. É publico. (O ESTADO DE S. PAULO, 1906, p. 1).

Até meados de 1906, o tracoma em São Paulo foi noticiado por diversos jornais diários do estado, por revistas especializadas como *Brazil Medico* e a *Revista Medica de São Paulo* e por vários jornais do Rio de Janeiro como a *Gazeta de Notícias*, *Jornal do Brasil* e *Il Bersagliere*, além de jornais de Minas Gerais e do Paraná como o *A Republica* de Curitiba, que destacou:

O tracoma, já disse notável médico paulista, procede da mesma origem, isto é de imigrantes infectados [...]. Facilimo foi, portanto, o contágio, não tardando a manifestar-se entre a população infantil e tomando enorme incremento em poucos meses a ponto de agora, só em uma escola pública daquele estado, constatar-se 85% de crianças atacadas! (A REPÚBLICA, 1906, p. 1).

Para o secretário do Interior, responsável pelo Serviço Sanitário do estado, era necessário criar medidas que barrassem a enfermidade que se “propagou pelo estado,

principalmente na zona oeste, onde o número de acometidos atingiu a uma soma tão elevada que sobressaltou a população e reclamou medidas governamentais para diminuir o mal até extingui-lo” (SÃO PAULO [Estado], 1908).

A proteção ao setor agroexportador, presente na fala dos médicos, é ainda mais evidente ao analisarmos como as medidas profiláticas estavam estritamente vinculadas ao processo imigratório.

Imigração e o tracoma: medidas profiláticas de São Paulo

Em meados do século XIX, o continente americano se tornou um grande receptor de imigrantes originários da Europa, do Oriente Médio e da Ásia. Entre os anos de 1870 e 1930, imigrantes da Europa Central e, posteriormente, os europeus da região sul optavam por embarcar para os Estados Unidos, a Argentina ou o Brasil. Nesse período os norte-americanos receberam mais de 20 milhões de imigrantes; os argentinos, mais de 4 milhões; e o Brasil, em torno de 2,6 milhões (HUTTER, 1986; ALVIM, 1986; LESSER, 2015).

Diferenciando-se do processo imigratório norte-americano, que, em decorrência de ter registrado um grande fluxo de trabalhadores, passou, na década de 1910, a reprimir a entrada de grande parcela da população mundial⁴ (YEW, 1980; MARKEL, 2000; CUNHA, 2012), no Brasil e, em particular, no estado de São Paulo, ocorria a expansão da agricultura cafeeira e, por conta disso, ainda era necessário estimular a entrada de mão de obra produtiva para o trabalho rural.

Essa necessidade de ampliar a força de trabalho cafeeicultora após o fim do tráfico de africanos fez com que a elite paulista e, posteriormente, os órgãos governamentais da província criassem mecanismos para atrair o braço europeu, como, por exemplo, a política de subvenção de passagens. O problema, no entanto, era que muitas vezes as condições de trabalho e de convivência social muito se assemelhavam aos do trabalho escravo, com práticas abusivas de controle físico e financeiro (BASSANEZI, 1984; HUTTER, 1986; STOLCKE, 1986; HALL, 2003; ALVIM, 2008).

As notícias sobre as condições precárias de trabalho dos imigrantes e as epidemias que assolavam o território brasileiro, principalmente a febre amarela, espalharam-se pela Europa e tiveram efeitos negativos, como as advertências e/ou restrições dos governos alemão (1871), inglês (1875) e italiano (1902) à vinda de conterrâneos para o Brasil (TELAROLLI JUNIOR, 1996; CENNI, 2011; LESSER, 2015).

De acordo com Mascarenhas (1949), Merhy (1987), Telarolli Junior (1996) e Faria (1999), após a Proclamação da República, o governo estadual paulista tratou de reorganizar o setor de saúde pública, adequando-o ao controle e saneamento das epidemias e endemias reinantes na capital, em Santos e nas principais cidades do interior, objetivando, principalmente, apoiar a política de imigração. Para Hochman (1998, p. 213), era necessário garantir um ambiente saudável para que o fluxo imigratório não fosse restringido “por pressões de países exportadores e para que não surgissem epidemias que desordenassem o principal setor da economia estadual”.

Assim como os demais autores, Castro-Santos (1987) destaca que os defensores de uma reforma de saúde pública utilizavam em seus discursos a proteção da economia cafeeira para ampliarem seus grupos de aliados, justificando que haveria diminuição de imigração se acaso não fossem tomadas medidas significativas para proteger a saúde dos trabalhadores.

Durante a década de 1910, a veiculação de notícias sobre o tracoma e seus efeitos nos trabalhadores rurais paulistas foi corriqueira nos jornais internacionais. As denúncias muitas vezes partiam de médicos que haviam tomado contato com a doença, como reporta Carlos Seidl em seu pronunciamento na Academia Brasileira de Medicina. No seu discurso, Seidl reclama: “Como bem sabem exm, Sr. Ministro da Agricultura, houve quem ousasse apelidar, em documento impresso em nação estrangeira, a bela terra paulista de – país do tracoma!” (SEIDL, 1911, p. 3). Em 1912 foi a vez de a Espanha restringir a saída de emigrantes para o Brasil. A proibição foi solicitada pelo Conselho Superior de Emigração espanhol sob a alegação de que havia uma grande quantidade de espanhóis que viviam em São Paulo com “o terrível tracoma, enfermidade que se são de difícil cura em todos os casos, são muito mais quando aqueles que padecem ou não tem assistência médica ou não podem cumprir as prescrições facultativas, por exigir-lhes gastos muito superiores aos recursos econômicos de que dispõem” (RELATÓRIO, 1912, p. 3).

O estado de São Paulo, que na virada do século XIX para o XX sofreu com ocorrências de grandes epidemias de febre amarela e varíola, pôde, após o controle dessas enfermidades, voltar suas atenções a outras enfermidades, e o tracoma foi prioritário. Em 1904, o Serviço Sanitário contratou o médico Guilherme Alvaro para estudar a doença na zona rural do estado, região para onde foi designada grande parte dos imigrantes italianos chegados em fins do século XIX. Em seu retorno, o médico publicou na *Revista Médica de S. Paulo* um relatório descrevendo as condições

precárias de higiene e moradia, as medidas profiláticas e os tratamentos que deveriam ser adotados (ALVARO, 1904). Mediante o relatório, o governo paulista decretou a primeira providência contra o tracoma, tornando obrigatória a vistoria médica no porto de Santos para a restrição da entrada de imigrantes tracomatosos no estado. Se enfermos fossem identificados entre os imigrantes, esses seriam deportados às custas dos seus “introdutores” (SÃO PAULO [Estado], 1904).

Essas medidas de proteção aos portos e outras ações profiláticas e de tratamento acompanharam, e muitas vezes se adiantaram, a outros países, como Estados Unidos e Argentina, nações que se tornaram endêmicas pelo tracoma quase que simultaneamente ao estado de São Paulo.

O tracoma foi identificado nos Estados Unidos no fim do século XIX, ou seja, quase que simultaneamente ao reconhecimento da doença pelos médicos em São Paulo. Outro ponto de concordância reside no entendimento de que a chegada de imigrantes provenientes da Europa era responsável pela introdução e disseminação da doença no país (CARRUTH, 1903). As medidas protecionistas norte-americanas foram decretadas em 1897, quando as autoridades públicas estabeleceram a obrigatoriedade de exames médicos em imigrantes que chegassem ao porto de Nova York com algum sintoma. Em 1905, o Congresso recrudescer as regras e obrigou a realização do exame para todos que desembarcassem no referido porto. Em caso de identificação de tracomatosos, as empresas de navio recebiam multas e custeavam o retorno do doente para a terra natal. Autores como Allen (2002) e Schlosser (2011) constataram ainda que muitas dessas empresas acabaram por tomar medidas próprias de prevenção, como exames médicos antes do embarque e o estabelecimento de “estações de controle” para os imigrantes originários principalmente da Europa Oriental, Rússia e Áustria-Hungria.

As medidas de controle para o principal porto de entrada do braço imigrante nos Estados Unidos não foram suficientes para conter o avanço do tracoma. Observa-se, assim como em São Paulo, o papel dos médicos em alertar as autoridades para o aumento demasiado dos casos, como as constatações de Weston Carruth publicadas em 1903, denunciando a existência de mais de 17 mil alunos com tracoma somente na cidade de Nova York. Pouco depois, outro médico, J. A. Stucky, também publicou na American Academy of Ophthalmology dados alarmantes sobre a doença no leste de Kentucky. Esta última publicação repercutiu no ano seguinte, em 1912, durante a reunião do *Committee on the Prevention of Blindness*, que determinou

a necessidade de estudos mais profundos sobre o tracoma, com a apresentação da prevalência, do modo de disseminação e das medidas de prevenção da enfermidade (ALLEN; SEMBA, 2002). Percebemos que este estudo, realizado em 1912, muito se assemelhava ao desenvolvido por Guilherme Alvaro ainda em 1904, em São Paulo, como apontado anteriormente.

As providências para combater a doença tomadas pelo Serviço de Saúde Pública dos EUA foram iniciadas em 1912 e projetavam uma estrutura composta por hospitais localizados em zonas centrais e equipes que se deslocavam para atendimento em regiões mais distantes. O primeiro hospital foi fundado em 1913 e, nas décadas seguintes, foram criadas clínicas de campo permanentes espalhadas em áreas endêmicas de tracoma (ALLEN; SEMBA, 2002).

As medidas profiláticas norte-americanas, de acordo com o *Manual de Exame Médico de Imigrantes* de 1903, tinham o objetivo de não somente instaurar ações nos portos para evitar a disseminação de uma enfermidade contagiosa, mas também ansiavam por um controle de imigração que evitasse o acesso de pessoas doentes que pudessem se tornar um encargo público para o país (YEW, 1980).

Assim como os Estados Unidos e Brasil, a Argentina, nação que também recebeu imigrantes intensamente, não ficou ileso ao tracoma. Apesar de a doença ser oficialmente identificada em 1903, Di Liscia (2010) assinala que ela ingressou no país em finais do século XIX, proveniente da imigração europeia. Sua disseminação abrangeu todo o litoral e o interior, tendo forte incidência no norte do país, onde foi identificada, em meados da década de 1910, uma prevalência de 43,9% em escolares. As medidas de proteção ocorreram somente em 1907, quando tiveram conhecimento da disseminação do tracoma no país vizinho, vitimando numerosos trabalhadores rurais do estado paulista. Sob influência das leis praticadas pelos norte-americanos, a Direção Geral de Imigração, com o apoio do Departamento Nacional de Higiene, instituiu vistorias nos portos, com os mesmos critérios utilizados pelo Brasil – vistoria e deportação à custa dos introdutores. (Di LISCIA; MARRÓN, 2009).

De acordo com os trabalhos de Di Liscia e Fernández (2014), Di Liscia (2010) e Gioia (2016), foi somente na década de 1920 que se iniciaram algumas medidas profiláticas. Uma delas, de cunho governamental, ocorreu em 1920, quando em Tucumán foi implantada uma escola para tracomatosos, contendo um consultório e uma sala de curativos; e a outra, de cunho filantrópico, ocorreu em 1928 através da Liga contra o Tracoma. A Liga, que era sustentada pelos médicos da província

de Santiago do Estero com o apoio técnico da Cruz Vermelha, desenvolveu uma campanha permanente, na qual implantou uma rede de pequenos consultórios que atendiam os habitantes mais pobres das áreas rurais. Para Di Liscia (2010), naquele período os enfermos tracomatosos não tiveram qualquer assistência médico-sanitária pública, principalmente os mais atingidos, aqueles que habitavam as áreas rurais do estado.

Nota-se que, apesar de haver semelhanças entre Brasil, Argentina e Estados Unidos em relação às vistorias dos portos, as medidas profiláticas argentinas destoam das praticadas em São Paulo e em Nova York, uma vez que assumiram um caráter educacional ou de cunho filantrópico. No caso dos norte-americanos, podemos afirmar que o governo paulista antecipou-se em quase uma década na implantação dos postos de atendimento aos tracomatosos, como podemos observar a seguir.

As fontes de pesquisa nos mostram que as medidas governamentais para a implantação das Comissões de Tratamento e Profilaxia do Tracoma iniciaram-se em 1905, quando Emílio Ribas, diretor do Serviço Sanitário, montou uma comissão para revisar o Código Sanitário e incluir o tracoma como uma enfermidade de notificação obrigatória. Para esta comissão formada por inspetores sanitários e engenheiros, o tracoma deveria fazer parte da agenda sanitária, uma vez que é uma moléstia “que já nos vai prejudicando o crédito no estrangeiro, tal tem sido o seu desenvolvimento especialmente entre os trabalhadores rurais” (O ESTADO DE S.PAULO, 1905, p. 1).

No esteio do novo Código Sanitário, em 1906, o governo implantou diversos postos que tratariam os tracomatosos nas zonas mais atingidas pela enfermidade, antecedendo em seis anos as medidas governamentais profiláticas engendradas nos Estados Unidos, e em 22 anos os atendimentos filantrópicos na Argentina. A proposta inicial determinava a fixação de postos nos municípios e a formação de equipes que se deslocariam para realizar atendimentos em regiões mais distantes. Entretanto, o projeto das equipes móveis foi implantado somente no ano seguinte, devido à grande quantidade de doentes que procuraram o serviço, dificultado a saída dos médicos em visitação. Três meses após a promulgação do decreto, já haviam sido nomeados 45 médicos para atenderem a 35 municípios (SÃO PAULO [Estado], 1906a; 1908).

As cidades escolhidas para receberem as comissões de profilaxia e tratamento do tracoma são outro dado interessante que demonstram como o governo agia para restabelecer o controle e assim tranquilizar o mercado internacional. Dentre as cidades que receberam as comissões de profilaxia e tratamento do tracoma

estavam Ribeirão Preto, São Carlos do Pinhal, São Simão, Santa Rita do Passa Quatro, Jaú, Descalvado, Cravinhos e Araraquara, todas com forte influência econômica, situadas entre os dez distritos mais produtivos de café do início do século XX (CARTE GÉNÉRALE, 1910).

A equipe das comissões era formada por um médico, auxiliares e desinfetadores, que ocupavam um local destinado pelos municípios. Além dos custos com pessoal, havia também despesas com medicação e locomoção, o que acarretava um serviço oneroso e de difícil planejamento logístico (SÃO PAULO [Estado], 1912). Com elevados recursos humanos e financeiros envolvidos na manutenção desta grandiosa estrutura, a comissão não conseguiu se sustentar e foi extinta em 1908, dois anos depois da sua implantação. Sem que a enfermidade houvesse sido eliminada, foram abertas outras duas comissões de tratamento: a segunda foi criada com a reforma do Código de Serviço Sanitário de 1911 e extinta em 1914, e a última foi implantada em 1917 e extinta em 1925 (MERHY, 1987; MASCARENHAS, 1949).

Considerações finais

A virada do século XIX para o XX é um período em que o café era o principal produto das exportações brasileiras. Dada a expansão da zona produtora da rubiácea, situada principalmente no oeste do estado de São Paulo, os fazendeiros necessitaram do aporte da força de trabalho de estrangeiros a fim de garantir a produtividade da cafeicultura. Contudo, os imigrantes, ao chegarem ao estado de São Paulo, se deparavam com condições insalubres, propícias à disseminação das enfermidades que já predominavam na região e outras provenientes da terra natal, como o tracoma, por exemplo.

O tracoma se disseminou pelo Estado de São Paulo no fim da década de 1890, atingindo os colonos europeus que eram frequentemente vitimados pela conjuntivite granulosa. Em virtude de falta de assistência médica e ausência de higiene pessoal que minimizassem a contagiosidade da enfermidade, o tracoma se tornou endêmico, atingindo mais de 14 mil trabalhadores rurais, identificados somente nos três primeiros meses de exames oftalmológicos. Mediante a impotência dos enfermos, a disseminação para os sãos e o risco causado à agricultura, alguns atores e instituições passaram a se mobilizar para pedir providências às autoridades governamentais a fim de conter o avanço da doença.

Pautamos neste artigo os discursos proferidos pelos médicos que foram apoiados pela imprensa diária e especializada e os relatórios governamentais que tentavam justificar a implantação de ações intensivas contra a enfermidade. Podemos verificar que, baseados nas fontes utilizadas, os agentes públicos, médicos e instituições que se mobilizaram em prol do combate ao tracoma alinharam seus discursos sobre a importância de manter a vitalidade do trabalhador e evitar o definhamento do processo de produção agroexportadora. No entanto, no caso dos médicos, não podemos afirmar que a pressão exercida sobre os agentes governamentais estaria baseada unicamente na proteção agroexportadora, pois em uma rede de interdependência, outros objetivos podiam estar em voga como, por exemplo, aumento do aparato médico em cargos públicos e/ou o crescimento da influência médica em cidades do interior e nas fazendas, como ocorria no contexto urbano. Contudo, esta é uma hipótese a ser analisada em outro estudo.

A breve explanação traçada neste artigo das medidas de combate ao tracoma adotadas pelos Estados Unidos e pela Argentina contribuiu para verificarmos que as características das medidas profiláticas empregadas por São Paulo eram particulares se comparadas a outros contextos. Enquanto nos Estados Unidos as autoridades justificavam suas atuações baseadas na proteção dos cidadãos e para se evitar custos com imigrantes inválidos; na Argentina, as medidas profiláticas, que foram adotadas somente a partir da década de 1920, ficaram vinculadas ao campo educacional ou eram de cunho filantrópico. Pelo material empírico trabalhado, observamos que no Brasil, mais particularmente em São Paulo, o governo implantou medidas intensivas argumentando, principalmente, ser prioritário combater o tracoma para garantir uma mão de obra rural saudável e em quantidade desejável.

Assim, podemos concluir que, com a pressão dos médicos e da imprensa, em conjunto com uma soma crescente de trabalhadores debilitados (temporários ou permanentes), criou-se um cenário pessimista em relação à economia de São Paulo. Era necessário manter os patamares de produtividade, mesmo que isso acarretasse custos para o estado, seja com a contratação de equipes de atendimento, compra de medicamentos e gastos logísticos que permitissem atender às diversas regiões distantes da capital.

Antecedendo-se ao Código Sanitário Rural de 1917, e aplicando-se medidas inéditas de combate a uma enfermidade presente na zona cafeeicultora, o tracoma

foi alvo de atenção por parte de Gustavo de Oliveira de Godoy, secretário do Estado dos Negócios do Interior, que, em relatório apresentado ao presidente do Estado de São Paulo, Jorge Tibiriçá, enfatiza: “Era urgente e indispensável agir” (SÃO PAULO [Estado], 1908).⁵

Referências

- A REPUBLICA, *Notas da véspera*. Curitiba, p. 1, 30 jun 1906.
- ALMEIDA, M. *República dos invisíveis: Emilio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo (1898-1917)*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- ALLEN, S. K.; SEMBA, R. The trachoma “menace” in the United States, 1897-1960. *Survey of Ophthalmology*, v 47, n. 5, p. 500-509, Sept-Oct 2002.
- AL_RIFAI, K. M. J. Trachoma through history. *International Ophthalmology*, v. 12, p. 9-14, 1988.
- ALVARO, G. Profilaxia e tratamento das ophtalmias do oeste de São Paulo. *Revista Médica de S. Paulo*, ano VII, n. 24, p. 579-582, 31 dez 1904.
- ALVIM, Z. M. F. *Brava gente: os italianos em São Paulo 1870-1920*. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- _____. Imigrantes: a vida privada dos pobres do campo. *História da vida privada no Brasil*. V. 3. São Paulo: Companhia das Letras, 2008. p. 215-287.
- BARRETO, M. O trachoma. *O Estado de S. Paulo*, p. 4, 22 ago 1903a.
- _____. O trachoma. *O Commercio de S. Paulo*, p. 1, 2 jan 1905.
- _____. Trachoma. *O Estado de S. Paulo*, p.2, 04 set 1903b.
- BASSANEZI, M. S. A família na fazenda de café: tamanho e força de trabalho. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS (ABEP), .IV. *Anais...* Águas de São Pedro, 1984.
- BENCHIMOL, J. *Manguinhos, do sonho à vida: a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, 1990.
- BLOUNT, J. A. A administração da saúde pública no Estado de São Paulo: o serviço sanitário de 1892-1918. *Revista de Administração de Empresas*, v. 12, n. 4, p. 40-48, 1972.
- BURNIER, P. O tracoma no Brasil: sua origem e difusão. *Arquivos do Instituto Penido Burnier*, v 1, fascículo 1, mar 1932.
- CABRAL, D. A lepra no Brasil: construção social e políticas de controle. Encontro Regional de História, XI, 2004, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: ANPUH, 2004.

- CAMPOS, C. Ferrovia e urbanização. O processo de urbanização da zona pioneira da "Alta Paulista" (1905-1962). In: CAMPOS, C., OLIVEIRA, E. R.; GITAHY, M. L. C. (Orgs.). *Território e cidades: projetos e representações*. São Paulo: Alameda Casa Editorial/FAPESP, 2011.
- CANO, W. *Raízes da concentração industrial em São Paulo*. 1ª ed. São Paulo: Difel, 1977.
- CARRUTH, F. W. A unique municipal crusade. *The North American Review*, v. 177, n. 564, p. 766-774, nov., 1903. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/25119484>>. Acesso em: 01 dez 2016.
- CARTE GÉNÉRALE *Générale de L'état de São Paulo*, 1910. Disponível em: <<http://www.novomilenio.inf.br/santos/mapa230g.htm>>. Acesso em: 03 mar 2017.
- CASTRO-SANTOS, L. A. *Power, ideology and Public Health in Brazil, 1889-1930*. Tese (Doutorado) - Departamento de Sociologia, Harvard University, Cambridge, USA, 1987.
- CENNI, F. *Italianos no Brasil*. São Paulo: EdUSP, 2011.
- CHALHOUB, S. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- CUNHA, F. B. *Imigração aos Estados Unidos da América: análise histórica e tendências no início do século XXI*. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Estudos Estratégicos, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- DI LISCIA, M. S.; MARRÓN, M. F. Sin puerto para el sueño americano. Políticas de exclusión, inmigración y tracoma en Argentina (1908-1930). *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [online], 29 nov 2009. Disponível em: <http://nuevomundo.revues.org/57786> ; Acessado em: 01 dez 2017.
- DI LISCIA, M. S. Una larga marcha hacia la inclusión: enfermedades y campañas em el interior argentino (1900-1940). In: LLUCH, A.; MORONI, M. (Orgs.). *Tierra adentro... instituciones económicas y sociales en los Territorios Nacionales 1884-1951*. Rosário: Phohistoria Ediciones, 2010.
- DI LISCIA, M. S.; FERNANDÉZ, M. E. Separados ou juntos? Contágio, escolaridade e tracoma na Argentina (1884-1940). *Educar em Revista*. Curitiba, n. 54, p. 97-121, out./dez. 2014.
- FARIA, L. R. O Instituto de Higiene: contribuição à história da ciência e da administração em saúde em São Paulo. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 175-208, 1999.
- GIOIA, E. La salud al poder. Tracoma y políticas migratorias argentinas en la primera mitad del siglo XX. *Quinto Sol*, v. 20, n. 2, p. 1-24, mayo-agosto 2016.
- HALL, M. M. Os fazendeiros paulistas e a imigração. In: SILVA, F. T. et al. (Orgs.). *República, liberalismo, cidadania*. Piracicaba: Editora UNIMEP, 2003. p. 153-161.
- HOCHMAN, G. *A era do saneamento: as bases da política e da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec/Anpocs, 1998.

HUTTER, L. M. *Imigração italiana em São Paulo de 1902 a 1914*. O processo imigratório. São Paulo: Instituto de Estudos Brasileiros/USP, 1986.

LESSER, J. *A invenção da brasilidade: identidade nacional, etnicidade e políticas de imigração*. São Paulo: Editora Unesp, 2015.

LÓDOLA, S.; GOIS JUNIOR, E. Teorias sobre a propagação da febre amarela: um debate científico na imprensa paulista, 1895-1903. *História Ciências e Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 687-704, jul-set. 2015.

LUNA, E. J. *A epidemiologia do tracoma no Estado de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1993.

MARKEL, H. "The eyes have it": trachoma, the perception of disease, the United States Public Health Service, and the American Jewish immigration experience, 1897-1924. *Bulletin of the History of Medicine*, v. 74, n. 3, p. 525-560, 2000.

MASCARENHAS, R. S. *Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo*. Tese (Livre-Docência) - Faculdade de Higiene e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1949.

MATTOSO, E. de Q. O Trachoma. *O Estado de S. Paulo*, p. 2, 21 ago 1903.

MERHY, E. E. A Emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. *O capitalismo e a saúde pública*. Campinas: Papirus, 1987.

MILLIET, S. *Roteiro do café e outros ensaios: contribuição para o estudo da história econômica e social do Brasil*. São Paulo: Hucitec/INL, 1982.

MILOT, J. Histoire du trachome au Canada. *Can J Ophthalmol*, n. 45, p. 280-285, 2010.

MOTA, A.; BADDINI, C. M. Dilemas revelados e mito desfeito: Sorocaba e a epidemia de febre amarela na república velha. In: MOTA, A.; MARINHO, G. (Orgs.). *Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces*. São Paulo: Casa de Soluções e Editora, 2013.

NASCIMENTO, D. R. La llegada de la peste al Estado de São Paulo en 1899. *Dynamis*. Barcelona, v. 31, n. 1, 2011.

O ESTADO DE S. PAULO, O. *Notas e informações*. p. 1, 17 fev 1905.

O ESTADO DE SÃO PAULO. *Os municípios*. p. 1, 19 mar 1906.

OTTONI, D. Clinica Ophtalmologica – Conjunctivite granulosa. *Brazil Medico*. Rio de Janeiro, ano XII, n. 41, 1898.

POLACK, S. et al. Mapping the global distribution of trachoma. *Bull World Health Organ*, Geneva, v. 83, n. 12, p. 913-919, Dec 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862005001200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 maio 2015.

- RELATÓRIO do Ministério das Relações Exteriores. *Hespanha, imigração hespanhola*, n. 1, Exposición: Ministerio de la Gobernación. Espanha, jan-abr 1912.
- RESNIKOFF, S. et al. Global data on visual impairment in the year 2002. *Bull World Health Organ*, v. 82, n. 11, Genebra, Nov 2004.
- RIBEIRO, M. A. *História sem fim*: Um inventario da saúde pública, São Paulo, 1880-1930. Tese (Doutorado em Economia do Instituto de Economia) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1991.
- RIBEIRO, M. A.; JUNQUEIRA, M. P. A saúde pública nas cidades de Rio Claro, São Carlos e Araraquara, em fins do século XIX. In: MOTA, A.; MARINHO, G. (Orgs.). *Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces*. São Paulo: Casa de Soluções e Editora, 2013.
- ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Editora da Universidade Paulista, 1994.
- SÃO PAULO [Estado]. *Decreto n. 1.255*, de 17 dez de 1904.
- _____. *Decreto n. 1.395*, de 3 de set de 1906
- _____. *Relatório da Secretaria do Interior*, 1906. São Paulo: Typographia do Estado de S. Paulo, 1907.
- _____. *Relatório da Secretaria do Interior*, 1907 e 1908. São Paulo: Duprat & Comp., 1908.
- _____. *Relatório da Secretaria do Interior de 1908-1909*. São Paulo: Casa Garraux, 1912.
- SHELLINI, S.; SOUSA, R. Tracoma: ainda uma importante causa de cegueira. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, v. 71, n. 3, p. 199-204, 2012.
- SCHLOSSER, K. History of trachoma. *International Trachoma initiative. Special edition*. Disponível em: <=18>, 15 May 2011.
- SEIDL, C. Academia Nacional de Medicina. *O Patz*. Rio de Janeiro, p. 3, 08 ago 1911.
- SILVA, M. R. B. Santa Casa de Misericórdia de São Paulo: saúde e assistência se tornam públicas (1875-1910) *Varia história*. Belo Horizonte, v. 26, n. 44, jul-dez. 2010.
- SILVA, L. J. Desbravamento, agricultura e doença: a doença de Chagas no Estado de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 124-140, abr-jun. 1986.
- STOLCKE, V. *Caféicultura: homens, mulheres e capital (1850-1980)*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1986.
- TEIXEIRA, L. T. Da transmissão hídrica a culicidiana: a febre amarela na sociedade de medicina e cirurgia de São Paulo. *Revista brasileira de História*. São Paulo, v. 21, n. 41, p. 217-242, 2001.
- TELAROLLI JUNIOR, R. *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: EdUNESP, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Population treated for active trachoma data by country. *Global Health Observatory Data Repository*, 2015. Disponível em <www.apps.who.int> Acesso em: 22 mai 2015.

YEW, E. Medical inspection of immigrants at Ellis Island, 1891-1924. *Bull. N. Y. Acad. Med.*, v. 56, n. 5, p. 489-510, jun 1980.

Notas

¹ A peste bubônica não se tornou epidêmica em São Paulo devido a ações de combate à enfermidade no Porto de Santos, logo após as primeiras notificações da doença (NASCIMENTO, 2011).

² Atualmente, essa doença oftalmológica é ainda um problema para muitos países, sendo listada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma das doenças tropicais negligenciadas (WHO, 2015).

³ Não existem pesquisas sobre a história do tracoma em outras regiões do Brasil. Nas fontes consultadas, identificamos que, em 1912, surgiram algumas notícias no Rio de Janeiro e no ano seguinte o Exército foi atacado com a doença.

⁴ Algumas correntes norte-americanas contrárias à imigração conseguiram criar em 1894 a *Immigration Restriction League*, que objetivava ampliar o controle migratório, definindo restrições não somente aos chineses e alguns asiáticos, considerados povos com baixa assimilação, mas também aos novos imigrantes oriundos da Rússia, Polônia e Itália (YEW, 1980; MARKEL, 2000; CUNHA, 2012). Junto ao movimento sindicalista, esse grupo alegava que a entrada de um número excessivo de trabalhadores poderia ameaçar o emprego dos americanos nativos. Em 1904, o país passou a patrulhar a fronteira para evitar trabalhadores ilegais e, em meados da década de 1910, iniciou-se uma série de leis que visavam reprimir a imigração para os Estados Unidos de grande parcela da população mundial. No início do século XX, como indicou Cunha (2012), o excesso de imigrantes no país tornou-se “questão de relevância majoritária” (p. 42).

⁵ S. Lódola foi responsável pela concepção e planejamento; análise e interpretação das fontes; elaboração do rascunho do artigo. C. de Campos realizou análise e interpretação das fontes; revisão crítica e ajustes na versão final do artigo.

Abstract

"It was urgent and indispensable to act": the trachoma in São Paulo in the early twentieth century

At the beginning of the 20th century, trachoma, a contagious ophthalmic disease, became endemic in the interior of the state of São Paulo. In 1906, through the infection of almost 40% of the rural population examined, the state government implemented 25 treatment stations in several municipalities. It was an audacious campaign, spending resources with medical staff, transportation and medication. This research aimed to analyze why the Health Service intervened on trachoma in a period in which prophylactic actions were restricted to urban areas. The temporal cut begins in 1898, when the first medical article was published, and ends in 1906, with the formation of trachomatous posts. As sources, government reports, medical journals, theses and journals were used. We conclude that the pressure exerted by doctors and the press, concomitant to the protection of the agroexport sector, influenced the implementation of the commissions.

► **Keywords:** health history; trachoma; Sao Paulo [state]; immigrants.

