

AÇÕES EDUCATIVAS COMO PARTE DA PROFILAXIA DO TRACOMA NO ESTADO DE SÃO PAULO (1906-1908)

Educational actions as part of trachoma prophylaxis in São Paulo state (1906-1908)

Acciones educativas como parte de la profilaxis del tracoma en el estado de São Paulo (1906-1908)

SORAYA LODOLA*, LIANE MARIA BERTUCCI

Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. *Autora correspondente. E-mail: sorayalodola@gmail.com.

Resumo: Discutimos neste artigo como ações de educação para a saúde fora do espaço escolar ganharam destaque como parte das medidas preventivas da Comissão de Profilaxia e Tratamento do Tracoma entre 1906 e 1908, ao serem conjugadas com os cuidados terapêuticos dos tracomatosos. Procuramos evidenciar, através de indícios encontrados nos relatórios governamentais, nas notícias jornalísticas, nos artigos médicos e na legislação estadual, como o governo de São Paulo promoveu campanhas de profilaxia contra o tracoma por meio da distribuição de panfletos e cartazes as quais, aliadas à atuação sistemática dos agentes sanitários governamentais, concorreram para a disseminação de prescrições higiênicas entre a população, sinalizando quais práticas pretendiam inculcar ou modificar.

Palavras-chave: educação para a saúde; doença endêmica; educação informal; saúde pública.

Abstract: In this article, we discuss how health education outside the school environment was highlighted as part of the preventive measures of the Trachoma Prophylaxis and Treatment Commission from 1906 to 1908 in combination with the therapeutic care of trachoma patients. Through evidence found in government reports, news reports, medical articles and state legislation, we seek to show how the government of São Paulo State promoted prophylactic campaigns against trachoma by distributing pamphlets and posters that, combined with the systematic action of government health agents, attempted to promote the dissemination of guidelines on hygiene among the population, pointing out which practices they intended to instill or modify.

Keywords: health education; endemic disease; informal education; public health.

Resumen: Discutimos en este artículo de qué forma acciones de educación para la salud fuera del espacio escolar ganaron destaque como parte de las medidas preventivas de la Comisión de Profilaxis y Tratamiento del Tracoma, entre 1906 y 1908, al ir acompañadas de los cuidados terapéuticos de los tracomatosos. Buscamos poner en evidencia, a través de indicios encontrados en los informes gubernamentales, en las noticias de prensa, en los artículos médicos y en la legislación estadual cómo el gobierno de São Paulo promovió las campañas profilácticas contra el tracoma a través de distribución de panfletos y carteles que, aliados a la actuación sistemática de los agentes sanitarios gubernamentales, buscaban promover la diseminación de prescripciones higiénicas entre la población señalando cuáles prácticas pretendían inculcar o modificar.

Palabras clave: educación para la salud; enfermedad endémica; educación informal; salud pública.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas do século XIX, a expansão do cultivo do café pelo interior do estado de São Paulo ocorreu de maneira conjugada com a grande imigração europeia para o Brasil. Imprescindíveis para o plantio dos cafezais, alguns desses imigrantes vindos da Itália teriam sido os responsáveis pela introdução do tracoma ou conjuntivite granulosa no estado do sudeste brasileiro.

A doença oftálmica contagiosa que pode levar à cegueira se não tratada corretamente¹ teve os primeiros registros da sua sintomatologia em documentos chineses, sumérios e egípcios escritos cerca de dois mil anos antes da era cristã. A doença provavelmente começou a se difundir na Europa a partir de surtos em regiões asiáticas, no século V a.C., com deslocamentos populacionais impulsionados pela Guerra do Peloponeso. Durante a Idade Média, com o movimento de homens que partiam para as Cruzadas (1095-1291), o tracoma se disseminou na rota percorrida por esses indivíduos, extrapolando as fronteiras europeias (Al Rifai, 1988; Taylor, 2009).

Entretanto, com ciclos endêmicos inconstantes, durante os séculos seguintes, o tracoma não mereceu a mesma atenção de médicos e governantes que a peste bubônica, a varíola ou a sífilis, situação que começou a mudar a partir da Campanha do Egito (1798-1802), realizada por Napoleão Bonaparte. Nos campos de batalha africanos, onde a conjuntivite granulosa era endêmica, a oftalmia vitimou indistintamente soldados franceses e britânicos que, ao cruzarem extensos territórios para retornarem aos seus países, espalharam a moléstia por quase toda a Europa (Al Rifai, 1988; Taylor, 2009). Paralelamente, os bairros pobres das cidades fabris europeias, onde os trabalhadores viviam aglomerados em moradias insalubres, foram espaços propícios para a multiplicação de casos de tracoma (Taylor, 2009).

No Brasil o tracoma teria aportado no nordeste do país em meados do século XVIII com ciganos vindos de Portugal (Burnier, 1932). Em 1863, jornais do Ceará publicaram uma das primeiras notícias sobre operação de um tracomatoso no país, ocorrida na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza (Lódola & Campos, 2018). A cirurgia era indicada em casos graves de tracoma que aconteciam depois de seguidas reinfecções, quando os cílios se envergavam para a parte interna dos olhos, deformando gravemente a pálpebra e raspando a córnea. A intervenção cirúrgica procurava reverter essa situação antes que as lesões resultassem em cegueira do tracomatoso. Mas eram várias as propostas de tratamento para cada estágio da doença. Dentre as mais frequentes, estavam a lavagem dos olhos com água boricada e uso do sulfato de zinco ou resorcina, acompanhado de proteção ocular com trocas diária de curativos (p.ex. Barreto, 1905; Ottoni, 1906). Os médicos também alertavam

¹ Os principais sintomas do tracoma são lacrimejamento, sensação de corpo estranho, secreção purulenta e fotofobia. Aproximadamente 25% dos casos de tracoma são assintomáticos (Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof Alexandre Vranjac” [CVE], n.d.).

sobre o perigo do uso indiscriminado de colírios e alguns prescreviam apenas a limpeza com ‘água sublimada’ (Vieira, 1905)².

Cerca de quinze anos depois da cirurgia realizada em Fortaleza, o médico oftalmologista David Ottoni, em viagem pela região nordeste do país, identificou grande número de pessoas com conjuntivite granulosa no vale do Cariri (sul do Ceará) e áreas limítrofes do interior dos estados de Pernambuco e Paraíba e também em Sergipe, Rio Grande do Norte e Bahia. Navegações de curtas distâncias em pequenos rios da área e pelo rio São Francisco teriam concorrido para a difusão da doença na região. Para o médico especialista, o tracoma não tinha chegado a outras partes do Brasil naquele período porque os meios de transporte entre as regiões do país eram precários (Ottoni, 1898; Ottoni, 1906).

Nos últimos anos dos Oitocentos, esta situação começou a mudar. No estado de São Paulo, a conjuntivite granulosa deve ter desembarcado com o grande número de imigrantes italianos que chegou no porto de Santos a partir de 1887 provenientes de locais onde o tracoma tinha se tornado endêmico³. Segundo Emilio Ribas (1907, p. 228), na década de 1890, foram feitas “[...] as primeiras referências da moléstia [...]” no interior do estado⁴.

Nesse período a maioria dos imigrantes passava por rápidos exames médicos portuários no desembarque no porto de Santos e seguia para a Hospedaria dos Imigrantes na capital do estado, onde a proximidade dos passageiros era alta e a contagiosidade era inevitável⁵. Depois de procedimentos burocráticos, esses indivíduos eram embarcados em trens que rumavam para o chamado ‘oeste paulista’ (nordeste do estado). Considerando que a viagem poderia durar alguns dias, andar nos vagões não era incomum; além disso, aconteciam paradas em estações. Pouco a pouco, casos de conjuntivite granulosa aumentaram no interior paulista e, no início do século XX, o número de vítimas da doença chamava a atenção de viajantes e médicos (Lódola & Campos, 2018).

Foi nesse contexto que em 1906 foi organizada a Comissão de Profilaxia e Tratamento do Tracoma como parte da reestruturação do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo (Serviço Sanitário), dirigido pelo doutor Emílio Ribas. O diretor admitia

² Atualmente a cirurgia continua sendo indicada para casos graves da doença (CVE, n.d.). No final dos anos 1930, as sulfonamidas passaram a ser usadas e, a partir dos anos 1950, as tetraciclina foram adotadas no tratamento do tracoma (Luna, 1993).

³ Na segunda metade do século XIX, um ciclo epidêmico do tracoma grassou mundialmente. Iniciada no continente asiático, em pouco tempo atingiu a África e a Europa, espalhando a doença por localidades onde o tracoma antes não tinha sido detectado. Com o intenso movimento migratório europeu do período, a doença chegou até a Austrália e Nova Guiné e países do continente americano: além do Brasil, casos da doença foram identificados no Canadá, Estados Unidos e México; Colômbia, Equador, Peru e Bolívia (Ottoni, 1898; Organización Panamericana de la Salud, 1928; Paparcone, 1922; Mann, 1957).

⁴ No mesmo período o médico David Ottoni identificou pessoas com tracoma nos estados de Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (Ottoni, 1906).

⁵ A transmissibilidade ocorre de forma direta e, também, de forma indireta através de objetos contaminados ou de vetores mecânicos como as moscas, por exemplo (CVE, n.d.).

o atraso nas providências contra o tracoma e justificava afirmando que o combate à febre amarela tinha catalisado os esforços estaduais para a saúde pública, concluindo que o fim das epidemias desta doença tinha viabilizado a organização das ações de combate sistemático ao tracoma (Ribas, 1907). Palavras que concorriam também para exaltar o resultado positivo obtido com o combate ao mosquito *Aedes aegypti*, mais uma ratificação da tese de Carlos Finlay (1881-82), confirmada por Walter Reed, da qual Ribas foi um defensor pioneiro no Brasil (Martins, 2015).

Na virada para o século XX, o arcabouço das medidas profiláticas adotadas pelo governo em situações epidêmicas (como as de febre amarela) e para combater endemias (como o tracoma) era, em linhas gerais, embasado em práticas higienistas, cujas origens remontavam ao século XVIII, e que tinham sido renovadas a partir das mudanças desencadeadas pela bacteriologia a partir da segunda metade dos Oitocentos (Faure, 2008). As principais medidas eram: a limpeza das ruas e casas, notadamente as habitações coletivas, os serviços de policiamento sanitário, o isolamento dos enfermos, a melhoria da infraestrutura urbana (adequação/construção de sistemas de água e esgoto, pavimentação de vias públicas) e as reformas de prédios que deveriam estar adequados aos preceitos de salubridade⁶. Havia também um arcabouço profilático pontuado de maneira mais ou menos explícita por ações educativas: da publicação de ‘conselhos’ médicos na imprensa às justificativas apresentadas para as notificações da polícia sanitária.

No início do século XX, o tracoma era considerado uma doença microbiana sem agente causador identificado. Em 1905, o oftalmologista Seraphim Vieira, em artigo publicado na *Revista Médica de São Paulo*, declarou concordar com a “[...] opinião daqueles que consideram tracoma como uma produção maligna análoga ao tubérculo” (Vieira, 1905, p. 297). Independentemente da importante discussão sobre o agente etiológico da conjuntivite granulosa⁷, a comparação do médico remete à tuberculose, doença que, de forma insidiosa, como o tracoma, vitimava as pessoas; no caso do tracoma, frequentemente mais de uma vez. Como a tuberculose, a possibilidade de manter ou recuperar a saúde e evitar a propagação do tracoma estava, em grande parte, nas práticas higiênicas. Mais do que instruir sobre a doença e suas consequências físicas, era preciso educar para a saúde, com recomendações verbais ou escritas para mudar atitudes cotidianas.

Dentre os estudos internacionais sobre o tracoma realizados em perspectiva histórica, a maioria enfatiza o século XIX e início dos Novecentos, abrangendo desde atuações governamentais e de entidades filantrópicas no combate e profilaxia da doença até discussões sobre a etiologia e o tratamento do tracoma, evidenciando em

⁶ Cada vez mais as vacinas faziam parte do arsenal profilático, começando com a antivariólica.

⁷ Nos anos seguintes foram publicados relatos sobre a identificação de diferentes bacilos nas secreções de olhos tracomatosos (Benedetti, 1911). Paralelamente, estudos defendiam que um vírus altamente contagioso era a causa da doença. Anos depois a identificação da bactéria *Chlamydia trachomatis* como agente etiológico do tracoma encerrou a discussão; sobre esse microorganismo, veja: Luna (1993).

alguns casos aspectos relativos às políticas portuárias e imigratórias do período (p.ex. Al Rifai, 1988; MacCallan, 2015; Milot, 2010, Taylor, 2009). É menor o número de estudos que relaciona conjuntivite granulosa e educação, e esses trabalhos, em geral, focalizam o ambiente escolar, tais como o artigo de Stephenson (1900) sobre a doença nas escolas de Londres entre 1852 e 1900; o estudo de Allen & Semba (2002) sobre a grande incidência do tracoma e ações de profilaxia da doença no ambiente escolar norte-americano (inclusive em reservas indígenas) entre os anos 1910 e o final da década de 1950, e o artigo de Di Liscia e Fernández (2014) sobre o projeto para a implantação de uma escola para tracomatosos no norte da Argentina no contexto da organização da política nacional de saúde na primeira metade do século XX.

No Brasil, em vários estudos o tracoma faz parte das discussões relacionadas à saúde pública e à organização do aparato sanitário, como em Castro-Santos (1998) e Hochman (1998), e especificamente sobre o estado de São Paulo, destacamos os estudos de Ribeiro (1993) e Telarolli Junior (1996). Dentre os trabalhos que elegeram a conjuntivite granulosa como tema central, temos o de Scarpi (1991), que escreveu um texto sintetizando considerações sobre o tracoma no Brasil com ênfase na atuação do governo federal no combate à doença. Além disso, como exemplo de um estudo regional, citamos o de Schwartzmann (2020), que vinculou a disseminação do tracoma ao fluxo imigratório no Rio Grande do Sul e efetuou análise de dados sobre os pacientes tratados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre no início do século XX. Focalizando a doença em terras paulistas, temos o de Luna (1993), que realizou um mapeamento epidemiológico da doença no estado de São Paulo entre 1890 e 1990, o de Gois (2020), que estudou o tracoma no interior paulista de 1880 a 1916 e que, a partir da organização e atuação médica, evidenciou um processo capitaneado por Emilio Ribas de ampliação da inserção do Serviço Sanitário no âmbito político-governamental do estado, e o de Lódola e Campos (2018), que discutiram as proposições médicas relativas à conjuntivite granulosa antes da organização dos postos de combate ao tracoma em 1906. Em geral, as publicações brasileiras que abordam o tracoma não evidenciam questões educativas.

Nos estudos históricos da educação brasileira sobre as décadas finais do século XIX e a primeira metade dos Novecentos, a temática saúde pontuou em artigos e livros sobre as concepções e propostas educacionais e a formação escolar do brasileiro (Carvalho, 1998; Souza, 1998, dentre outros) e ganhou protagonismo em publicações que, a partir do questionamento de fontes médicas e governamentais, discutiram a salubridade da escola e a saúde de seus frequentadores (p.ex. Bertucci, 2014; Carvalho, 1997; Gondra, 2004; Stephanou, 2006). Paralelamente, nos últimos anos cresceu o número de textos sobre livros, cartilhas, panfletos e cartazes idealizados para formar professores e educar alunos sobre/para a saúde (p.ex. Carvalho, 2021; Paiva & Gondra, 2017; Rocha, Viviani, & Lima, 2017).

Dentre os estudos que tiveram como tema a educação para a saúde no espaço escolar, e São Paulo como eixo fundamental, estão o livro de Marques (1994), que analisou os debates médico-eugênicos da década de 1920 e as proposições médicas para a instrução de professoras primárias, que inculcariam práticas higiênicas e regras de ‘boa conduta’ nos alunos, e a obra de Rocha (2003), que, a partir de considerações sobre os anos 1910, centrou o foco de seu estudo no Instituto de Higiene de São Paulo durante os anos 1920, enfatizando a empreitada educacional da instituição para transformar normalistas em educadoras sanitárias⁸. Exemplo das publicações mais recentes, o texto de Soares (2022) abordou a experiência de educação sanitária para crianças de pré-escola (4-7 anos) realizada em 1926 no Jardim de Infância anexo à Escola Normal da cidade de São Paulo, realizando paralelos entre esta entidade pública e as escolas maternais para filhos de operários subvencionadas pelo governo estadual. Apesar da relevância da produção da educação sanitária dos escolares, percebemos uma lacuna na historiografia sobre a educação profilática fora do ambiente escolar, especificamente vinculado às doenças endêmicas na virada do século XIX e início do século XX.

Dessa forma, tendo em mente as palavras de Revel (2010, p. 438) em que “[...] variar a focalização de um objeto não é unicamente aumentar ou diminuir seu tamanho no visor, e sim modificar sua forma e sua trama [...]”, problematizamos neste artigo como ações de educação para a saúde fora do universo escolar, mas que também insidiam sobre os alunos, ganharam importância em São Paulo no início do século XX como parte das ações da Comissão de Profilaxia e Tratamento do Tracoma (1906-1908), ao serem conjugadas com os cuidados terapêuticos dos tracomatosos. Procuramos evidenciar, através de indícios (Ginzburg, 1991) encontrados nos relatórios governamentais, nas notícias jornalísticas, nos artigos médicos e na legislação estadual, como o governo paulista promoveu campanhas profiláticas contra a conjuntivite granulosa por meio da distribuição de panfletos e cartazes as quais, aliadas à atuação sistemática dos agentes sanitários governamentais, concorreram para disseminação de prescrições higiênicas entre a população, sinalizando quais práticas pretendiam inculcar ou modificar.

ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – O TRACOMA

Iniciativas relacionadas à promoção da educação para a saúde pelo governo do estado de São Paulo podem ser percebidas na legislação desde as primeiras resoluções relativas ao Serviço Sanitário. A repartição governamental foi organizada após a proclamação da República, a partir de resolução do governo federal a qual transferiu

⁸ No livro, a circulação internacional dos médicos envolvidos no processo é evidenciada, o que se traduzia inclusive nos materiais impressos que eram veiculados. A discussão da conexão Brasil-Estados Unidos neste quesito foi retomada pela autora, cf. Rocha (2022).

para os estados a responsabilidade pela saúde pública terrestre. Criada em 1891 quando a febre amarela ameaçava a expansão agrícola paulista⁹, a estrutura do Serviço Sanitário foi estabelecida em 1892 e, pouco meses depois, reorganizada (Lei nº 12, 1891; Lei nº 43, 1892).

Em 4 de setembro de 1893, a lei nº 240 reordenou o Serviço Sanitário, estabelecendo uma equipe formada por 22 pessoas: 1 diretor, 12 inspetores sanitários, 2 farmacêuticos e, nos cargos de apoio, 1 secretário, 1 oficial (da secretaria) e 2 amanuenses, 1 porteiro e 2 serventes (Lei nº 240, 1893). A lei também determinou que os municípios eram responsáveis pela saúde pública em suas jurisdições, devendo desenvolver o saneamento, as fiscalizações, as vacinações, a polícia sanitária e a organização dos serviços de assistência pública, incorrendo todas as despesas por conta das municipalidades. Ao governo estadual cabia a responsabilidade de adotar medidas para barrar a importação de enfermidades epidêmicas, realizar o estudo científico de assuntos pertinentes à saúde pública e praticar a fiscalização do exercício da medicina e da farmácia (Lei nº 240, 1893). Assim, a descentralização que aconteceu em nível federal também balizou a estrutura do Serviço Sanitário no estado.

Três anos depois, o Decreto nº 394 regulamentou o Serviço Sanitário e, dentre as funções do diretor, uma chama particularmente a atenção:

Artigo 25 [...] § 5º - Formular conselhos higiênicos ao povo em épocas de perigo sanitário, indicando os recursos de preservação nos casos de moléstias transmissíveis, e as precauções necessárias para que estas se não disseminem empregando para isso os meios idôneos de propaganda (Decreto nº 394, 1896).

Ao considerar a forma como o texto foi redigido, os conselhos, em ‘épocas de perigo sanitário’, seriam formulações excepcionais, ou seja, de períodos epidêmicos ou surtos de moléstias endêmicas. Entretanto, no final do século XIX, eventos dessa natureza, notadamente as epidemias de febre amarela, aconteciam com regularidade em várias localidades do estado, e esses conselhos, refeitos praticamente todo o ano¹⁰, poderiam ser acatados em razão de seus resultados e, pouco a pouco, incorporados como práticas cotidianas, extrapolando aqueles eventos específicos.

⁹ Em 1896, durante as discussões da reforma do Serviço Sanitário na Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo, os membros da Comissão de Higiene lembraram que a repartição estatal de saúde tinha sido criada devido ao impacto causado pelas epidemias de febre amarela em Santos e Campinas no final dos anos 1880 (São Paulo, 1897). Em Santos a doença vitimou muitos imigrantes, mas foi a epidemia de 1889 em Campinas que demonstrou que a doença ‘subia a serra’ e poderia invadir a região cafeeira (Bertucci, 2020).

¹⁰ O decreto determinava que caberia aos inspetores sanitários ‘aconselhar’ à população os meios profiláticos “[...] baseados na mais severa higiene pessoal e doméstica” (Decreto nº 394, 1896).

Em 1899, como parte dos esforços para evitar a propagação da peste bubônica que ameaçava o estado a partir do porto de Santos, o Serviço Sanitário distribuiu aos paulistas um livreto com instruções (Figura 1). Ao observar tais recomendações, as relacionadas à higiene se destacam.

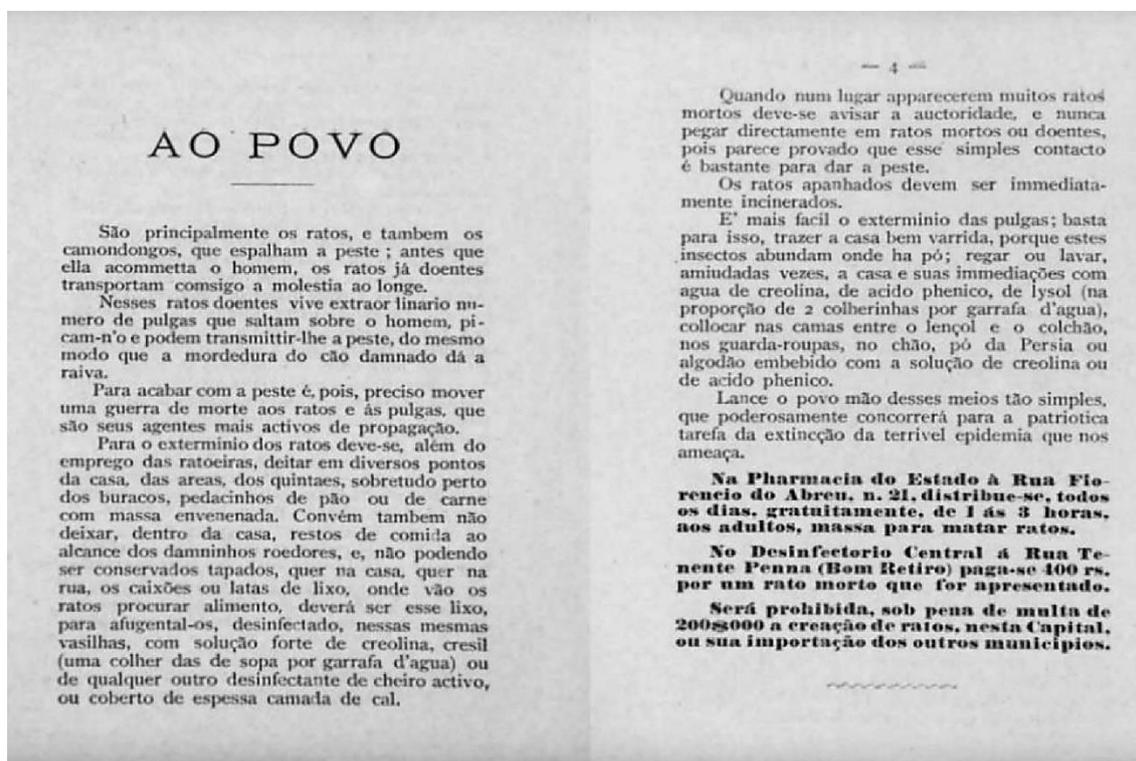


Figura 1 - Ao povo.

Fonte: Serviço Sanitario do Estado de São Paulo (1899, p. 3-4).

Além de escrito em português, o texto era apresentado em outras quatro línguas: italiano, alemão, francês e inglês. As três últimas deveriam facilitar a comunicação daqueles que não falavam a língua nacional ou o italiano, que era o idioma da maioria dos imigrantes que estava chegando no estado ou já morava em São Paulo, inclusive na capital¹¹.

Nos parágrafos do livreto, as informações sobre a doença e as instruções sobre as maneiras de liquidar os ratos e exterminar as pulgas (prevendo punição para eventuais aproveitadores de situação tão perigosa) ocupam espaço praticamente igual ao dos conselhos que evidenciavam a importância de ações diárias para evitar a propagação da doença. Dentre estas determinações estavam: não deixar expostos restos de comida e varrer bem a casa. Permeadas por indicações que potencializavam o efeito positivo

¹¹ Segundo o censo de 1900, eram 2.282.279 habitantes no estado de São Paulo, dos quais 529.187 eram estrangeiros ou de nacionalidade ignorada. O censo de 1890 tinha informado que 75.030 pessoas nascidas em outros países viviam em terras paulistas (Directoria..., 1926). Em 1900, apenas na capital do estado, eram cerca de 75.000 italianos em uma população de 239.820 moradores (Trento, 1989).

dessas atividades, tais conselhos provavelmente ecoaram entre as pessoas que leram e as que ouviram a leitura do livreto, cujo título era impactante: *Peste*.

Nesse período, um artigo do jornal operário *Folha do Braz*, editado no maior bairro operário de São Paulo, apresentou um comentário sobre o aumento da demanda por desinfetantes na cidade, afirmando que a utilização desses produtos tinha se generalizado no estado já a partir das epidemias de febre amarela (Bertucci, 2020). Para Bertucci (p. 6), tais considerações eram indícios de que vários indivíduos “[...] tinham não apenas acatado a determinação médica em momento singular [o epidêmico], mas se apropriado de uma prescrição que os educava sobre a importância da casa higienizada [...]”. Algo que os conselhos do livreto *Peste* poderiam reforçar, concorrendo assim para a manutenção de uma mudança de comportamento entre moradores da capital e do interior do estado. A institucionalização que práticas educativas receberam a partir do movimento sanitário da segunda metade dos anos 1910 e das mudanças legislativas a partir dos anos 1920 ampliou ações que incluíam a distribuição de impressos deste tipo, cada vez mais ilustrados e eventualmente coloridos, inclusive os para o combate à peste bubônica (Stern & Marques, 2017).

Quanto à peste de 1899, ela não se alastrou pelo estado, e, no início do século XX, as epidemias de febre amarela no interior paulista tinham acabado. Foi nesse contexto que as discussões sobre a organização de ações de combate ao tracoma ganharam preponderância na pauta do governo de São Paulo, conjugando esforços da Secretaria da Agricultura e da diretoria do Serviço Sanitário (subordinado à Secretaria do Interior).

Nesse sentido, em 1904, o secretário da Agricultura nomeou um médico oftalmologista para realizar a inspeção dos imigrantes nos navios antes do desembarque no porto de Santos¹², para evitar a entrada de tracomatosos no estado (Vieira, 1905). No mesmo período, o inspetor sanitário Guilherme Álvaro enviou ao seu chefe, Emilio Ribas, um relatório elaborado depois de visitar casas e escolas e atender doentes de tracoma em várias fazendas da região cafeeira do município de Ribeirão Preto (Álvaro, 1904). O inspetor sanitário tinha sido comissionado por Ribas para efetuar tal vistoria (Vieira, 1905).

No seu relatório, Guilherme Álvaro, médico oftalmologista, afirmou que os altos índices de contagiosidade entre os habitantes da região estavam relacionados aos objetos contaminados como lençóis e panos que eram utilizados por tracomatosos para limpar o rosto suado na labuta agrícola e que passavam de mão em mão transmitindo a enfermidade aos demais trabalhadores. Tal situação, somada às precárias práticas higiênicas dos trabalhadores e à falta de asseio de suas moradias, teria facilitado, conforme o médico, a disseminação do microrganismo e novas

¹² Essa vistoria que poderia resultar em extradição era realizada em imigrantes cujas passagens estavam subvencionadas pelo governo estadual (Vieira, 1905). A vigilância sanitária dos portos era responsabilidade do governo federal.

contaminações pelo tracoma (Álvaro, 1904). Uma situação exemplar do que acontecia em grande parte da zona cafeeira paulista.

Segundo afirmação de Emilio Ribas, foi a clareza e objetividade do relatório de Guilherme Álvaro que o estimulou a publicá-lo, em português e italiano, e entregar vários exemplares às autoridades municipais e aos fazendeiros do estado para distribuição entre os trabalhadores agrícolas (Ribas, 1907)¹⁵. Informar as autoridades locais e proprietários de terra e sinalizar a relevância de instruir os trabalhadores pode ter sido também uma estratégia de Emilio Ribas para evidenciar tanto a importância de combate à moléstia quanto a possibilidade de um órgão estadual, o Serviço Sanitário, executar essa tarefa que era médica e educativa.

A iniciativa de Ribas, de utilização de meio impresso de forma educativa, que se tornaria parte importante das ações do Serviço Sanitário contra o tracoma, foi ao encontro de demandas para a divulgação de recomendações sobre a doença. Uma dessas demandas foi do oftalmologista Mello Barreto que, em 1903, criticando o descaso das autoridades municipais no combate à conjuntivite granulosa afirmou, em artigo no *O Estado de S. Paulo*, que era preciso “[...] médicos que percorram as fazendas onde houver doentes de tracoma e aconselhem as medidas necessárias para não haver o contágio” (Barreto, 1903, p. 4). A distribuição de impressos, em mais de uma língua, por certo poderia ser conjugada com a proposta do oftalmologista.

O barateamento dos impressos na virada do século XIX e início do século XX, conjugado com a expansão da malha ferroviária e a multiplicação dos ‘locais de jornais’, como as estações ferroviárias, barbearias, livrarias, charutarias e quiosques, permitiram aos donos dos periódicos e seus colaboradores difundirem ideias e maneiras de vida (em geral chamadas ‘civilizadas’ ou ‘modernas’) em locais distantes das grandes cidades (De Luca, 2008). A divulgação de ideias como a de Mello Barreto, assim como as instruções médicas para se evitar o tracoma, foram beneficiadas por essas facilidades.

Os primeiros anos dos 1900 foram tempos de ajustes políticos em São Paulo, inclusive com a revisão da constituição do estado, que concorreram para a maior concentração do poder administrativo no governo estadual, situação que não pode ser dissociada das demandas e dificuldades para lidar com questões de saúde pública que impactavam diretamente a economia estadual e, evidentemente, municipal (Telarolli Junior, 1996). A forma como o problema do tracoma foi sendo apresentado, demandando ações permanentes em grande parte do estado, e como o Serviço Sanitário foi se destacando (a partir do arrefecimento das epidemias de febre amarela) como a melhor opção para realizar ações dessa magnitude é emblemática dessa época. A estrutura da repartição sanitária paulista foi reorganizada.

¹⁵ Não foi localizada informação sobre o número de publicações distribuídas. Para simples comparação, em 1906, segundo Emilio Ribas, foram distribuídos no interior do estado 100.000 panfletos, escritos em português e italiano, com “instruções populares” para evitar a ancilostomíase (Ribas, 1907).

Em 17 fevereiro de 1905, o jornal *O Estado de S. Paulo* publicou uma nota sobre esta reorganização:

Foi anteontem entregue ao Senhor Doutor Emílio Ribas, diretor do Serviço Sanitário do Estado, o novo regulamento que, segundo estamos informados por pessoa competente, é uma modificação do antigo, modificação feita por uma comissão encarregada desse trabalho [...].

De acordo com o que de melhor experiência tem aconselhado, e acompanhando as ideias expedidas nos seus relatórios pelos senhores drs. secretário do Interior e diretor do Serviço Sanitário, a comissão procurou centralizar o mais que é possível os serviços de higiene, entregando-os ao governo do estado, salvo nos pontos que dizem respeito propriamente a higiene e melhoramentos urbanos (Notas..., 1905, p. 1).

Sobre as modificações, a notícia informava sem muitos detalhes: a nova estrutura ‘cuida melhor’ da profilaxia de doenças contagiosas, como o “[...] tracoma, moléstia esta que já nos vai prejudicando o crédito no estrangeiro, tal tem sido o seu desenvolvimento especialmente entre os trabalhadores rurais” (Notas..., 1905, p. 1).

No ano seguinte, em janeiro de 1906, foi aprovada a reorganização do Serviço Sanitário que dividiu o estado em 14 distritos¹⁴. Nessa nova estrutura, os inspetores sanitários deveriam: aconselhar na execução dos serviços de saneamento local, interceder junto à municipalidade para que fossem realizadas medidas “[...] indispensáveis à higiene local” e cumprir o papel da polícia sanitária. Dentre as obrigações da polícia sanitária, estava a fiscalização de prédios públicos e privados e da higiene escolar, além da inspeção da vacinação e a observação dos imigrantes recém-chegados (Decreto nº 1.343, 1906).

Os inspetores sanitários também tinham a incumbência de ‘aconselhar a população sobre as práticas de higiene’ e, quando fosse detectada pessoa com doença contagiosa ou em épocas epidêmicas, deveriam: dirigir o serviço de desinfecção e isolamento dos doentes de moléstias transmissíveis; promover a higiene profilática; determinar a vigilância de pessoas que tiveram contato com doentes de moléstias contagiosas e a desinfecção de prédios onde ocorressem óbitos por esse tipo de doença, além de publicar na imprensa local as medidas higiênicas preventivas que a população deveria observar (Decreto nº 1.343, 1906).

¹⁴ A dimensão territorial dos distritos sanitários variou bastante. Dos 14 distritos, os 4 maiores estavam em áreas com poucos núcleos populacionais do centro-oeste e parte do nordeste do estado, abarcando mais ou menos metade do território paulista. Os outros 10 distritos sanitários estavam na faixa de terra centro-leste e parcela do que era considerado ‘oeste paulista’. Veja o mapa em: Góis (2020).

A reforma promovida em 1906 não apenas tornou viável a centralização das medidas de saúde pública sob ordens estaduais, mas também evidenciou que ações com perspectiva educativa (pelo aconselhamento do inspetor ou via textos de jornais) eram parte das medidas de combate às doenças. Algo que ficou explícito no decreto que criou, na diretoria do Serviço Sanitário, o serviço que seria encarregado da profilaxia e do tratamento do tracoma (Decreto nº 1.395, 1906).

PARA COMBATER O 'INCÊNDIO QUE ATEAVA VAGAROSAMENTE'

Criada pelo Decreto nº 1.395, de 3 de setembro de 1906, a Comissão de Profilaxia e Tratamento do Tracoma¹⁵ era diretamente subordinada ao diretor do Serviço Sanitário e seria chefiada por um médico, que, além de supervisão dos trabalhos, deveria apresentar relatórios e propostas de ação para a Comissão. Nos postos que seriam organizados no estado, atuariam médicos com auxiliares e desinfetadores (o número desses últimos era variável 'segundo as necessidades do serviço'). O chefe da Comissão que, quando preciso, poderia realizar tratamento e cirurgia em tracomatosos deveria: “[...] formular conselhos e instruções para distribuição gratuita e larga propaganda” (Decreto nº 1.395, 1906). Quanto aos médicos dos postos, segundo o Artigo 5º do decreto, deveriam:

- 1º) Aplicar os meios profiláticos e fazer o tratamento dos afetados nos consultórios, hospitais designados pelo chefe da Comissão e em qualquer ponto em que se manifeste a enfermidade;
- 2º) Distribuir as instruções impressas e aconselhar as medidas necessárias à profilaxia da moléstia. [...]. (Decreto nº 1.395, 1906).

Paralelamente foi determinada atenção redobrada com crianças que frequentavam a escola primária. Alunos com conjuntivite granulosa poderiam ser transmissores da doença para colegas e, indiretamente, suas famílias. Essa era uma preocupação internacional que reverberou nas considerações de Emilio Ribas (1907) e que em alguns países resultou até em propostas e na criação de escola especialmente para tracomatosos (Hygiene..., 1907; Di Liscia & Fernández, 2014). O tracoma, identificado pelo diretor do Serviço Sanitário como um “[...] incêndio que ateava vagarosamente [...]” pelo estado de São Paulo, precisava ser detido (Ribas, 1907, p. 229).

Nesse sentido, em 1906, a partir de iniciativas da Secretaria do Interior e da Secretaria da Agricultura, o governo do estado promoveu uma campanha que articulou

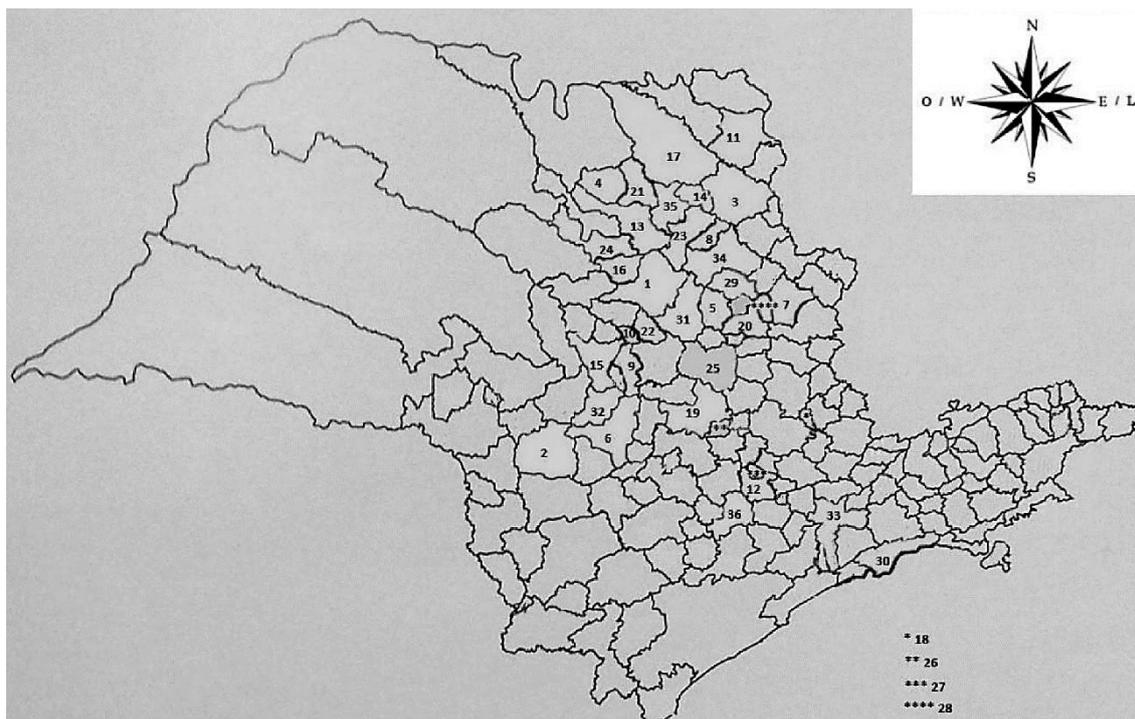
¹⁵ No Decreto nº 1.395, o nome que consta na ementa é Serviço de Profilaxia e Tratamento do Tracoma, entretanto no texto legislativo a palavra Comissão aparece mais de uma vez para designar esse serviço. Comissão também foi a palavra mais utilizada em fontes e bibliografia consultadas.

ações simultâneas através da criação de postos de profilaxia e tratamento do tracoma, controle da doença nas escolas e vistoria de passageiros em Santos. Todas as iniciativas buscavam identificar, isolar, tratar e aconselhar sobre o asseio para se evitar (re)infecções. Com o funcionamento dos postos, o tracoma passou a ser doença de notificação obrigatória no estado (Decreto nº 1.395, 1906).

Os postos (e subpostos) de combate à conjuntivite granulosa foram oficialmente instalados em outubro de 1906 em 36 municípios do estado¹⁶. Nesse mesmo período foram nomeados 45 médicos para atendimento nesses locais, alguns atuando em mais de um posto com a ajuda de auxiliares (que recepcionavam pacientes e eventualmente faziam curativos etc.) e desinfetadores (Góis, 2020). Em 1908, segundo nota emitida pelo secretário do Interior, eram 59 médicos e 362 outros funcionários atuando em postos de combate ao tracoma no estado (Comissão..., 1908, p. 278).

O mapa com os municípios onde os postos foram instalados em 1906 (Figura 2) ilustra a grande difusão do tracoma pela zona cafeeira do estado de São Paulo naquele período. A criação de alguns desses postos em cidades ferroviárias como Sorocaba e Botucatu é uma evidência da importância da estrada de ferro na disseminação da doença. A existência de postos em Santos (porto) e na cidade de São Paulo (local da Hospedaria dos Imigrantes), além de parte das ações empreendidas para tentar conter a difusão da doença pelo interior, também sinalizam a multiplicação de casos da doença nessas localidades e entorno, quer pelo contato dos recém-chegados com os brasileiros, quer pela fixação de muitos imigrantes especialmente na capital do estado.

¹⁶ Em 1904 eram 171 os municípios do estado de São Paulo, cf. Bassanezi, Scott, Bacellar e Truzzi (2008).



1. Araraquara, 2. Avaré, 3. Batatais, 4. Bebedouro, 5. Belém do Descalvado (Descalvado), 6. Botucatu, 7. Casa Branca, 8. Cravinhos, 9. Dois Córregos, 10. Dourado, 11. Franca, 12. Itu, 13. Jaboticabal, 14. Jardinópolis, 15. Jaú, 16. Matão, 17. Nuporanga, 18. Pedreira, 19. Piracicaba, 20. Pirassununga, 21. Pitangueiras, 22. Ribeirão Bonito, 23. Ribeirão Preto, 24. Ribeirãozinho (Taquaritinga), 25. Rio Claro, 26. Rio das Pedras, 27. Salto, 28. Santa Cruz das Palmeiras, 29. Santa Rita do Passa Quadro, 30. Santos, 31. São Carlos do Pinhal (São Carlos), 32. São Manuel do Paraíso (São Manuel), 33. São Paulo, 34. São Simão, 35. Sertãozinho, 36. Sorocaba.

Figura 2 - Mapa dos Municípios de São Paulo com Postos de Tracoma - 1906 (divisão territorial em 1904).

Fonte: Mapa realizado pela autoria a partir de Bassanezi et al. (2008, p. 131).

Nos postos de profilaxia e tratamento do tracoma, fazer a divulgação de informações sobre a doença e efetuar aconselhamentos sobre como evitar a conjuntivite granulosa eram uma obrigação prevista na legislação, tanto quanto os exames oculares e atendimento dos tracomatosos (outras doenças oftálmicas identificadas também eram tratadas) (Decreto nº 1.395, 1906). Paralelamente era constante a doação para a população de panfletos sobre o tracoma e a fixação de cartazes com alertas sobre os riscos da doença e as formas de prevenção. A responsabilidade pela elaboração desses materiais (padronizados, o que concorria para normatizar ações educativas) e sua distribuição para os postos ficava a cargo do chefe da Comissão de Profilaxia e Tratamento do Tracoma, o médico Eusébio de Queiroz Mattoso, que também coordenava os serviços da ala de oftalmologia da Santa Casa de São Paulo (Decreto nº 1.395, 1906; Serviço Sanitario, 1906; Serviço Sanitario, 1907a).

Relatórios mensais deveriam ser enviados pelos postos à chefia da Comissão, com “[...] uma sinopse dos serviços executados pelos médicos encarregados dos serviços nas diversas localidades, com o movimento hospitalar, estatística dos afetados, etc.” (Decreto nº 1.395, 1906). Mas ofícios eram expedidos diariamente,

informando o movimento dos postos, elencando as necessidades e fazendo solicitações diversas, desde materiais para tratar os tracomatosos até o envio de ambulâncias. Regularmente também eram feitos pedidos para a remessa de panfletos que ensinavam como combater a conjuntivite granulosa. Nesses pedidos eram recorrentes as solicitações de exemplares em italiano, chamados *Istruzioni* (sic), para serem entregues de forma “[...] metódica e aproveitável entre a população italiana” (Serviço Sanitario, 1907a, p. 805, dentre outros).

Apresentada como atividade constante, a fixação de cartazes acontecia nas cidades, em locais de maior circulação (como as estações de trem), e também nas fazendas. Um exemplo desse tipo de ação é o ofício enviado à diretoria do Serviço Sanitário pelo médico do posto de Ribeirão Bonito que, em março de 1907, pediu uma segunda remessa, com mais de 100 cartazes, para que fosse feita a substituição dos já afixados no município e que as chuvas tinham danificado (Serviço Sanitario, 1907d, p. 770)¹⁷.

Também os jornais participavam dessa empreitada educativa. Na cidade de Itu, onde existia posto de combate ao tracoma, o jornal *A Federação*, órgão das associações católicas, publicou artigo que ensinava como evitar a contaminação pelo contato com pertences dos tracomatosos (não compartilhar toalhas ou vasilhas, separar objetos dos doentes) e advertia sobre os malefícios de costumes como ‘esfregar os olhos com a roupa’ e limpar os olhos ‘com a manga do vestido’. O texto ensinava: “[...] limpe os olhos com algodão, troque muitas vezes os lenços e lave com sabão ou ferva-os para serem usados de novo [...], evite poeira [...]”; informava: “[...] as moscas, mosquitos e principalmente a mosca pólvora, levam a moléstia dos olhos dos afetados para os dos sãos [...]”, e alertava: “[...] não deixe as crianças com os olhos sujos; [...] procure o médico logo que tenha os olhos doentes” (Trachoma, 1907, p. 3). O formato das recomendações no jornal, entre aspas e em sequência, cada uma em uma linha, sugere a reprodução de um cartaz ou panfleto.

Entre outubro de 1906 e junho de 1908, foi intensa a ação dos postos da Comissão de Profilaxia e Tratamento do Tracoma, e a inserção dos médicos entre a população urbana e rural pode ser aquilatada inclusive pela forma como ampliaram a sua atuação, efetuando prescrições contra a ancilostomíase e a malária, divulgando a vacina contra a varíola, tratando mordedura de cobra e fazendo propaganda contra o alcoolismo (São Paulo, 1908, p. 1905). Quanto ao tracoma, nesse período 410.084 indivíduos foram examinados e 104.432 diagnosticados com conjuntivite granulosa, foram realizados 2.828.115 curativos e 1.404 cirurgias em tracomatosos (São Paulo, 1908).

Nas escolas, em um ano e sete meses de existência da Comissão, foram identificados cerca de 20 mil alunos com a doença (São Paulo, 1908). Os diversos ofícios enviados à direção do Serviço Sanitário relatando casos de tracoma entre escolares são também um indicativo da difusão da doença tanto nas pequenas

¹⁷ Não foram localizados cartazes ou panfletos produzidos pela Comissão de Profilaxia e Tratamento do Tracoma entre 1906-1908.

povoações quanto nos centros urbanos. Em fevereiro de 1907, o médico da Comissão que realizava inspeção no povoado de Rebouças, no município de Campinas, informou que, depois de constar que uma aluna da escola isolada do lugar estava com tracoma, solicitou seu afastamento das aulas até completo restabelecimento (Serviço Sanitário, 1907b). No mesmo período, no moderno grupo escolar (1903) de Araraquara (Souza, 1998), foram identificados vários estudantes com conjuntivite granulosa, e o diretor do estabelecimento escolar foi oficiado a mandar os doentes ao posto para tratamento. O atendimento seria realizado “[...] em hora reservada para os colegiais”: o dos estudantes tracomatosos às segundas, quartas e sextas, e o das alunas com tracoma às terças, quintas e sábados (Serviço Sanitário, 1907c, p. 980)¹⁸. Momentos como esses eram propícios para a distribuição de folhetos com instruções para prevenção do tracoma e também para ensinamentos orais sobre como evitar a doença.

A efetiva proporção e os resultados das ações educativas entre 1906 e 1908 são difíceis de serem aquilatados, entretanto as instruções e os conselhos difundidos devem ter concorrido para que vários dos quase 105.000 adultos tracomatosos e muitas crianças com conjuntivite granulosa se submetessem aos tratamentos propostos pelos médicos e aceitassem realizar os curativos indicados ou concordassem em fazer cirurgia. Em 1908, texto com considerações sobre o combate ao tracoma, anexo ao relatório do secretário do Interior, afirmava: “[...] o embaraço apresentado pelo colono adulto, não se deixando curar para não perder o salário de alguns dias, vão (sic) felizmente desaparecendo e o trabalho de propaganda já vai fazendo sentir seu benéfico resultado” (São Paulo, 1908, p. 12).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em junho de 1908, o Decreto nº 1.629 (1908) determinou a dissolução da Comissão de Profilaxia e Tratamento do Tracoma, “[...] dispensando todos os médicos, auxiliares e desinfetadores de que a mesma se compõe, a contar do dia 1º de julho próximo futuro”.

Qual a causa desta resolução se os resultados alcançados pela Comissão pareciam promissores? Na *Revista Médica de S. Paulo*, editada em 15 de julho de 1908, a reprodução da declaração de Carlos Guimarães, secretário do Interior, encaminhada ao presidente do estado de São Paulo, pode fornecer algumas pistas. Depois de tecer elogios ao serviço realizado, Guimarães mencionou, sem comentários, o número crescente de postos, médicos e auxiliares e afirmou que, “[...] por sua organização toda provisória [...]”, a

¹⁸ Os médicos repetiam a determinação da divisão por sexo que existia tanto no grupo escolar, com classes separadas para meninas e meninos, quanto nas escolas isoladas (Souza, 2016), as quais, na maioria das vezes, eram femininas ou masculinas. Uma observação: a realização do tratamento em dias alternados, caso incluísse curativos, poderia indicar uma divergência da indicação de especialistas em tracoma, como David Ottoni, que preconizavam a mudança diária dos curativos.

Comissão não tinha dotação orçamentária e suas despesas eram pagas com a verba de “[...] socorros públicos” (Comissão..., 1908, p. 278). Essa organização ‘provisória’ pode ter facilitado a ampliação das atividades dos postos, do combate a outras endemias até a propaganda contra o alcoolismo, concorrendo para reforçar entre membros do governo uma perspectiva de desvio de função e despesas extras¹⁹.

Ao concluir suas considerações, o secretário afirmou que o tracoma era doença que requeria um longo tratamento e precisaria de um serviço de atendimento efetivamente estruturado (com ‘sanatórios departamentais’), entretanto, como não existia verba orçamentária ou autorização do legislativo para isso, o melhor era delegar o serviço às Santas Casas de Misericórdia com acordo prévio (Comissão..., 1908, p. 278). E assim foi feito. Nesse novo contexto, as atividades educativas antes promovidas pela Comissão de Profilaxia e Combate ao Tracoma deixaram de ser realizadas, pelo menos da forma que aconteceram entre 1906 e 1908. Os artigos sobre a doença continuaram a pontuar nos jornais, e postos do Serviço Sanitário procuravam divulgar informações e aconselhar sobre a prevenção para tentar diminuir o número de tracomatosos, mas a grande distribuição de panfletos e cartazes tinha acabado.

REFERÊNCIAS

Allen, S. K., & Semba, R. (2002). The trachoma “Menace” in the United States, 1897-1960. *Survey of Ophthalmology*, 47(5), 500-509.

Al Rifai, K. M. J. (1988). Trachoma through history. *International Ophthalmology*, 12, 9-14.

Álvaro, G. (1904). Profilaxia e tratamento das opthalmias do oeste de São Paulo. *Revista Médica de S. Paulo*, 24, 580-582.

Barreto, M. (1903, 22 de agosto). O tracoma. *O Estado de S. Paulo*, p. 4.

¹⁹ Segundo Góis (2020), nesse período Emilio Ribas teria a pretensão de aumentar o poder do Serviço Sanitário no estado e a ampliação das atividades nos postos de combate ao tracoma, tornando-os multiplicadores de ações já realizadas sob o comando das inspetorias dos distritos sanitários, o que seria uma das formas de maior inserção na zona rural dos municípios. Ribas estava licenciado de sua função de diretor do Serviço Sanitário na data que foi decretado o fim da Comissão, que tinha sido criada em 1906 quando o secretário do Interior era Gustavo de Oliveira Godoy.

Barreto, M. (1905). Traitement du trachome. *Revista Medica de S. Paulo*, 9, 195-199.

Bassanezi, M. S. C. B., Scott, A. S. V., Bacellar, C. A. P., & Truzzi, O. M. S. (2008). *Atlas da imigração internacional em São Paulo 1850-1950*. São Paulo, SP: Editora Unesp.

Benedetti, A. (1911, 31 de outubro). O trachoma. *Revista Medica de S. Paulo*, 20, 379-381.

Bertucci, L. M. (2020). A casa do trabalhador em tempos epidêmicos. São Paulo, primeiras décadas republicanas. *Revista Mundos do Trabalho*, 12, 1-18. Recuperado de: <https://doi.org/10.5007/1984.9222.2020.e75456>

Bertucci, L. M. (2014). A saúde entre a lei e o costume na escola primária paranaense, final dos anos 1910. *Educar em Revista*, 54, 123-140. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/er/a/ks4KcnjGJHpx6VOnHMStdOG/?lang=pt>

Burnier, P. (1932). O tracoma no Brasil: sua origem e difusão. *Arquivos do Instituto Penido Burnier*, 1(1), 62-73.

Carvalho, L. D. (2021). Higiene brasileira: as lições de Belisário Penna para as escolas normais. *Revista História da Educação*, 21, e100569. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/2236-3459/100569>

Carvalho, M. M. C. (1998). *Molde nacional e fôrma cívica*. Bragança Paulista, SP: EDUSF.

Carvalho, M. M. C. (1997). Quando a história da educação é a história da disciplina e da higienização das pessoas. In M. C. de Freitas (Org.), *História social da infância no Brasil* (p. 291-309). São Paulo, SP: Cortez.

Castro-Santos, L. A. (1998). As origens da reforma sanitária e da modernização conservadora na Bahia durante a Primeira República. *Dados*, 41(3). Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581998000300004

Comissão de Prophylaxia e Tratamento do Trachoma. (1908). *Revista Medica de S. Paulo*, 13, 278.

Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof Alexandre Vranjac” [CVE]. (n.d.). *Tracoma*. Recuperado de: <http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/ofthalmologia-sanitaria/agrivos/tracoma>

Decreto nº 394, de 7 outubro de 1896. (1896). *Approva o regulamento do Serviço Sanitário*. Recuperado de: www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1896/decreto-394-07.10.1896.html

Decreto nº 1.343, de 27 de janeiro de 1906. (1906). *Divide o territorio do Estado em districtos sanitarios e dispõe a respeito da policia sanitaria*. Recuperado de: www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1906/decreto-1343-27.01

Decreto nº 1.395 de 3 de setembro de 1906. (1906). *Cria na Diretoria do Serviço Sanitário, o serviço de profilaxia e tratamento do Trachoma*. Recuperado de: www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1906/decreto-1395-03.09

Decreto nº 1.629, de 22 de junho de 1908. (1908). *Dissolve a Comissão de Prophylaxia e Tratamento do Trachoma*. Disponível em: <https://leisestaduais.cp.br/sp/decreto-n-1629-1908-sao-paulo-dissolve-a-comissao-de-profilaxia-e-tratamento-do-tracoma>

De Luca, T. R. (2008). A grande imprensa na primeira metade do século XX. In A. L. Martins, & T. R. De Luca (Orgs.), *História da Imprensa no Brasil* (p.149-175). São Paulo, SP: Contexto.

Di Liscia, M. S., & Fernández, M. E. (2014). Serapados o juntos? Contagio, escolaridad y tracoma en Argentina (1884-1940). *Educar em Revista*, 54, 97-121. Recuperado de: <https://revistas.ufpr.br/educar/article/view/38204/23910>

Directoria Geral de Estatística. (1926). *Recenseamento do Brazil, realizado em 1º de setembro de 1920. 4. População*. Rio de Janeiro, RJ: Typ. da Estatística.

Faure, O. (2008). O olhar do médico. In A. Corbin, J. J. Courtine, & G. Vigarello (Dirs.), *História do corpo* (2a ed., p. 13-55). Petrópolis, RJ: Vozes.

Ginzburg, C. (1991). *Mitos, emblemas e sinais*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.

Góis, S. L. M. (2020). *História do tracoma em São Paulo: uma rede formada entre as linhas da sociedade e os laços de uma doença (1880-1916)* (Tese de Doutorado em Política Científica e Tecnológica). Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Gondra, J. G. (2004). *Artes de civilizar*. Rio de Janeiro, RJ: Editora UERJ.

Hochman, G. (1998). *A era do saneamento*. São Paulo, SP: Hucitec.

Hygiene e prophylaxia das molestias da cornea (grunulose, trachoma). (1907). *Revista Medica de S. Paulo*, 17, 356-359.

Lei nº 12, de 28 de outubro de 1891. (1891). *Organiza o Serviço Sanitário do Estado*. Recuperado de: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1891/lei-12-28.10.1891.html>

Lei nº 43, de 18 julho de 1892. (1892). *Organiza o Serviço Sanitario do Estado*. Recuperado de: www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1892/lei-43-18.07.1892.html

Lei nº 240, de 4 de setembro de 1893. (1893). *Reorganiza o Serviço Sanitário de São Paulo*. Recuperado de: www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1893/lei-240-04.09.1893.html

Lódola, S., & Campos, C. (2018). “Era urgente e indispensável agir”: o tracoma em São Paulo no início do século XX. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 28(4), 2-21. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/physis/a/8v6crYBDWwFyVFmLFNv9Bvg/?lang=pt>

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

MacCallan, M. (2015). [Arthur Ferguson MacCallan: trachoma pioneer in Egypt 1903-1923](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25813831/). *British Journal Ophtalmology*, 99(5), 577-579. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25813831/>

Mann, I. (1957). Probable origins of trachoma in Australasia. *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé/Bulletin of the World Health Organization*, 16, 1165-1187. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/265705>

Marques, V. R. B. (1994). *A medicalização da raça*. Campinas, SP: Editora da Unicamp.

Martins, V. (2015). Cidade-laboratório: Campinas e a febre amarela na aurora republicana. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 22(2), 507-524. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/BFKL6SSbbDg4q7svpdNdHrn/abstract/?lang=pt>

Milot, J. (2010). Histoire du trachome au Canada. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 45, 280-285. Recuperado de: [https://www.canadianjournalofophthalmology.ca/article/S0008-4182\(10\)80014-6/pdf](https://www.canadianjournalofophthalmology.ca/article/S0008-4182(10)80014-6/pdf)

Notas e Informações. (1905, 17 de fevereiro). *O Estado de S. Paulo*, 1.

Organizacion Panamericana de la Salud. (1928). Tracoma. *Boletin de la Oficina Panamericana*, 7(7), 839.

Otoni, D. (1898). Clinica opthalmologica - conjunctivite granulosa. *Brazil-Medico*, 41, 362-365.

Otoni, D. (1906). Do trachoma no Brazil. *Revista Medica de S. Paulo*, 11, 223-232.

Paiva, T. F., & Gondra, J. G. (2017). Em prol do ofício, da salvação pública e de uma comunidade produtiva: higiene e saúde na formação de professoras primárias. In L. M. Bertucci, A. Mota, & L. B. Schraiber (Orgs.), *Saúde e educação, um encontro plural* (p. 249-270). Rio de Janeiro, RJ: Editora da Fiocruz.

Paparcone, E. (1922). *Il Tracoma e sue complicazioni*. Milano, IT: Soceità Editrice Libreria.

Revel, J. (2010). Micro-história, macro-história: o que as variações de escala ajudam a pensar em um mundo globalizado. *Revista Brasileira de Educação*, 15(45), 434-444. Recuperado de: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782010000300003

- Ribas, E. (1907). Relatório referente ao anno de 1906, apresentado pelo Dr. Emílio Ribas, Diretor do Serviço Sanitário ao Snr. Secretário dos Negócios do Interior. *Revista Médica de S. Paulo*, 11, 213-235.
- Ribeiro, M. A. R. (1993). *História sem fim: um inventario da saúde pública, São Paulo, 1880-1930*. São Paulo, SP: Editora Unesp.
- Rocha, H. H. P. (2003). *A higienização dos costumes*. Campinas, SP: Mercado de Letras.
- Rocha, H. H. P. (2022). “Instruir as crianças nos princípios da higiene”: notas sobre viagens, livros e conexões entre Brasil e Estados Unidos. In A. L. Ecar, R. S. Batista, & A. Mota (Orgs.), *Educação Sanitária* (p. 43-58). São Paulo, SP: Hucitec.
- Rocha, H. H. P., Viviani, L. M., & Lima, A. L. G. (2017). Formação de cidadãos higienizados para a construção do progresso nacional: produção e circulação de livros escolares de higiene na primeira metade do século XX. In L. M. Bertucci, A. Mota, & L. B. Schraiber (Orgs.), *Saúde e educação, um encontro plural* (p. 305-326). Rio de Janeiro, RJ: Editora da Fiocruz.
- São Paulo. (1897). Congresso paulista. Camara dos deputados. *Annaes da Camara dos Deputados: Sessão Ordinária de 1896, 2º anno da 3ª legislatura*. São Paulo: Imprensa Official.
- São Paulo. (1908). *Relatório da Secretaria do Interior, annos de 1907 e 1908*. São Paulo: Duprat & Comp.
- Scarpi, M. J. (1991). História do tracoma no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 54(5), 202-205. Recuperado de: <https://aboonline.org.br/details/4026/pt-BR/history-of-trachoma-in-brazil>

Schwartzmann, L. C. B. (2020). O fenômeno imigratório e o controle do tracoma: repercussões da doença. *História em Revista*, 26(1), 146-162. Recuperado de: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/HistRev/article/view/20618>

Serviço Sanitario. (1906). *Serviço contra o trachoma – nomeações* (volume manuscrito). São Paulo, SP.

Serviço Sanitario. (1907a, 10 de março). Comissão de Prophylaxia e Tratamento do Tracoma. *Diario Official*, p. 803-805.

Serviço Sanitario. (1907b, 19 de Fevereiro). Comissão de Prophylaxia e Tratamento do Trachoma. *Diario Official*, p. 550.

Serviço Sanitario. (1907c, 28 de março). Comissão de Prophylaxia e Tratamento do Trachoma. *Diario Official*, p. 980.

Serviço Sanitario. (1907d, 7 de março). Comissão de Prophylaxia e Tratamento do Tracoma. *Diario Official*, p. 770.

Serviço Sanitario do Estado de São Paulo. (1899). *Peste*. São Paulo, SP: Escola Typografica Salesiana. Recuperado de: <https://revistapesquisa.fapesp.br/guerra-a-peste/>

Soares, M. G. (2022). Educação sanitária da criança pré-escolar (São Paulo, década de 1920). In A. L. Ecar, R. S. Batista, & A. Mota (Orgs.), *Educação Sanitária* (p. 104-123). São Paulo, SP: Hucitec.

Souza, R. F. (2016). A configuração das Escolas Isoladas no estado de São Paulo (1846-1904). *Revista Brasileira de História da Educação*, 16(2[41]), 341-337. Recuperado de: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S223800942016000200341&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Souza, R. F. (1998). *Templos de civilização*. São Paulo, SP: Editora Unesp.

Stephanou, M. (2006). Discursos médicos, educação e ciência: escola e escolares sob exame. *Trabalho, Educação e Saúde*, 4(1), 33-64. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/tes/a/wTKjXHOScqMxKNdtjH58Mnj/?lang=pt>

Stephenson, S. (1900). The ophtalmic history of an English Scholl, 1856-1900. *Archives of Ophtalmology*, XXIX(4), 351-373.

Stern, I., & Marques, V. R. B. (2017). Morte aos ratos! In L. M. Bertucci, A. Mota, & L. B. Schraiber (Orgs.), *Saúde e educação, um encontro plural* (p. 107-129). Rio de Janeiro, RJ: Editora da Fiocruz.

Taylor, H. R. (2009). Tracoma. Doyne lecture: tracoma, is it history? *Eye - Journal of The Royal College of Ophthalmologists*, 23, 2007-2022. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/eye2008432>

Telarolli Junior, R. (1996). *Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo, SP: Editora Unesp.

Trachoma. (1907, 14 de abril). *A Federação*, p. 3.

Trento, A. (1989). *Do outro lado do Atlântico*. São Paulo, SP: Nobel.

Vieira, S. (1905). Estudo clínico sobre o trachoma: sua prophylaxia no estado de São Paulo. *Revista Médica de S. Paulo*, 14, 297-307.

SORAYA LODOLA: Doutora em Política Científica e Tecnológica pelo Instituto de Geociências da Unicamp, mestre em Comunicação Social pela Universidade Metodista de São Paulo e especialista em Administração pela Universidade Mackenzie. Realizou estágio de pós-doutorado na Faculdade de Educação da Universidade Federal do Paraná. Linha de pesquisa em história da administração pública, com especial interesse na história da saúde pública e na educação para a saúde na virada do século XIX para o século XX.

E-mail: sorayalodola@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9167-311X>

LIANE MARIA BERTUCCI: Doutora em História pela Universidade Estadual de Campinas, realizou estágio de Pós-Doutoramento na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, é professora sênior do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Professora Titular aposentada de História da Educação e Saúde da UFPR, é líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas em História da Formação e das Práticas Educativas (NUHFOPE-UFPR) e membro do grupo Seminario de Estudios Historicos y Sociales sobre Endemias y Epidemias en America Latina, Universidad de Sevilla (Espanha).

E-mail: lianebertucci@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8186-2144>

Recebido em: 01.02.2023

Aprovado em: 15.06.2023

Publicado em: 20.09.2023

EDITOR-ASSOCIADO RESPONSÁVEL:

Raquel Discini de Campos (UFU)

E-mail: raqueldiscini@uol.com.br

<https://orcid.org/0000-0001-5031-3054>

RODADAS DE AVALIAÇÃO:

R1: 2 convites: 1 parecer recebido.

R1: 2 convites: 1 parecer recebido.

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Lodola, S., & Bertucci, L. M. (2024). Ações educativas como parte da profilaxia do tracoma no estado de São Paulo (1906-1908). *Revista Brasileira de História da Educação*, 24. DOI: <https://doi.org/10.4025/rbhe.v24.2024.e302>

FINANCIAMENTO:

A RBHE conta com apoio da Sociedade Brasileira de História da Educação (SBHE) e do Programa Editorial (Chamada Nº 12/2022) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

LICENCIAMENTO:

Este artigo é publicado na modalidade Acesso Aberto sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 (CC-BY 4).

