



História, Ciências, Saúde-Manguinhos

ISSN: 0104-5970

ISSN: 1678-4758

Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz

Lodola, Soraya; Campos, Cristina de  
A profilaxia e o tratamento das enfermidades do oeste paulista:  
o Serviço Sanitário e o tracoma no princípio do século XX  
História, Ciências, Saúde-Manguinhos, vol. 27,  
núm. 4, 2020, Outubro-Dezembro, pp. 1035-1053  
Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000500002>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386165402002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org



Sistema de Informação Científica Redalyc  
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal  
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa  
acesso aberto

# A profilaxia e o tratamento das enfermidades do oeste paulista: o Serviço Sanitário e o tracoma no princípio do século XX

## *Prophylaxis and treatment of diseases in western São Paulo state: the Sanitation Service and trachoma in the early twentieth century*

Soraya Lodola<sup>i</sup>

<sup>i</sup> Doutora em Política Científica e Tecnológica/  
Universidade Estadual de Campinas.  
Campinas – SP – Brasil  
orcid.org/0000-0001-9167-311X  
sorayalodola@gmail.com

Cristina de Campos<sup>ii</sup>

<sup>ii</sup> Professora, Programa de Pós-graduação em Política Científica e Tecnológica/Universidade Estadual de Campinas; Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo/Universidade São Judas Tadeu.  
Campinas – SP – Brasil  
orcid.org/0000-0001-9379-5057  
crcampos@unicamp.br

Recebido em 30 jul. 2018.

Aprovado em 7 maio 2019.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702020000500002>

LODOLA, Soraya; CAMPOS, Cristina de. A profilaxia e o tratamento das enfermidades do oeste paulista: o Serviço Sanitário e o tracoma no princípio do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.27, n.4, out.-dez. 2020, p.1035-1053.

### Resumo

Em 1906, Emílio Ribas reorganizou o Serviço Sanitário e centralizou na capital os serviços de saúde pública do estado de São Paulo. Nesse projeto, a campanha de combate ao tracoma, uma enfermidade oftálmica, foi implantada. Este artigo analisa essa campanha que atendeu os enfermos das propriedades rurais em um processo que antecedeu ao Código Sanitário Rural de 1917. O material empírico foi composto por relatórios governamentais, decretos, periódicos médicos e jornais. Concluímos que Ribas, ao criar uma estrutura que unificou os esforços dos distritos sanitários com as equipes de atendimento das Comissões do Tracoma, buscou formar um complexo aparato para combater as enfermidades presentes tanto nas áreas urbanas quanto na zona rural.

Palavras-chave: São Paulo (estado); tracoma; Serviço Sanitário; saúde pública; enfermidades rurais.

### Abstract

In 1906, Emílio Ribas reorganized the Sanitation Service and centralized São Paulo state public health services in the state capital. A campaign to combat trachoma, an ophthalmic disease, was implemented as part of this project. This article analyzes this campaign, which provided care for the sick living on rural properties in a process that predated the 1917 Rural Sanitary Code. The empirical data was obtained from government reports, decrees, medical journals and newspapers. We conclude that Ribas, by creating an organization that integrated the efforts of the sanitary districts and the Trachoma Commission medical teams, sought to form a complex apparatus to combat the diseases present in both urban areas and the countryside.

Keywords: São Paulo (state); trachoma; Sanitation Service; public health; rural diseases.



A província de São Paulo, dotada de terras em abundância e adequadas para a plantação de café, assumiu, em meados do século XIX, a posição de liderança na pauta agroexportadora brasileira depois de um período de intensa produtividade cafeeira no vale do Paraíba ocasionada pela saída da Jamaica e de Cuba do mercado produtor de café e pelo aumento dos EUA como um importante país consumidor (Melo, 2006; Marquese, Tomich, 2009).

Para manter as taxas de crescimento das exportações de grãos, era inescusável entre outras questões garantir a manutenção e ampliação da mão de obra, que escasseava após as medidas abolicionistas tomadas a partir da década de 1850. Para atender a essa demanda, na década de 1880, o governo provincial passou a promover políticas de imigração, fomentando estratégias como subvenção de passagens, assistência e hospedagem, estimulando a vinda dos imigrantes europeus, principalmente os italianos (Stolcke, 1986; Bassanezi et al., 2008).

Com essas medidas, a população do estado teve uma elevação repentina, chegando a triplicar o número de habitantes entre 1872 e 1900 (Ribeiro, 1991). Sem que houvesse por parte do governo estadual um planejamento sanitário adequado para receber a quantidade de imigrantes que aportavam em Santos, os recém-chegados e os que já estavam estabelecidos ficaram imersos em um ambiente insalubre, propício à disseminação de enfermidades.

Para controlar os problemas de saúde desencadeados com o novo cenário, o governo estadual promoveu, no final do século XIX, uma estruturação dos serviços de higiene e ampliou o seu aparato com a implantação de novos laboratórios, hospitais de isolamento e serviços de desinfecção. Ainda que, segundo Merhy (1987) e Ribeiro (1991), a reforma sanitária tivesse sido formulada com base nos interesses da oligarquia cafeeira que buscava garantir mão de obra para as fazendas, as medidas governamentais relacionadas à profilaxia e à assistência foram implantadas com prioridade na capital e em algumas cidades do interior, transferindo-se para os municípios a administração da saúde pública das suas jurisdições.

Tal centralização concorreu para o elevado número de óbitos no interior, como podemos observar por meio dos dados dos relatórios do Serviço Sanitário referentes a 1906 que apontam a morte de 36 pessoas com sarampo na capital e 1.391 no interior; a tuberculose, com a mortalidade de 387 pessoas na capital e 2.229 no interior; e a malária, com a morte de cinquenta pessoas na capital e 985 no interior (São Paulo – estado, 1907; Ribas, 1907).

Pesquisas a respeito das doenças e das políticas públicas implantadas na capital paulista foram contempladas em vários estudos. Entre esses estão os trabalhos de Almeida (1998, 1999-2000) e Teixeira (2001), que analisaram os debates e ações médico-governamentais relacionados às implicações da febre amarela para o estado. Pelo viés do estudo das doenças, autores como Bertolli Filho (2001) e Mastromauro (2013) estudaram a tuberculose, e Bertucci (2004) analisou a gripe espanhola, contribuindo com novas abordagens dos saberes e fazeres médicos em São Paulo. Por último, Castro Santos (1987), Telaarolli Jr. (1996), Silva (2011) e Mantovani (2015) jogaram novas luzes para a compreensão das políticas de saúde pública encetadas nos primeiros anos da República. Nas últimas três décadas, foi significativo o avanço nos estudos sobre a saúde e as doenças; entretanto, é preciso reconhecer que enfatizaram a capital do estado – São Paulo – pouco se reportando aos problemas enfrentados pelas cidades do interior paulista.

Observando essa ausência, Mota e Marinho (2013) organizaram uma obra buscando justamente observar a saúde e as práticas médicas nos municípios paulistas, convidando diversos pesquisadores que trataram de políticas públicas e de algumas doenças em Sorocaba, Rio Claro, São Carlos e Araraquara. Apesar da iniciativa, esses trabalhos também não conseguiram atingir as várias enfermidades presentes nas áreas rurais, destino de boa parte dos imigrantes europeus que chegaram ao estado em finais do século XIX. Os trabalhadores rurais (nacionais e imigrantes) eram acometidos por verminoses, tracoma e malária, enfermidades de fácil disseminação, principalmente em decorrência das condições ambientais da região.

Intervenções governamentais incisivas nas áreas rurais teriam ocorrido somente a partir de 1917, quando o governo estadual paulista decretou o Código Sanitário Rural. Essa análise é observada, por exemplo, no trabalho de Hochman (1998, p.219) quando o autor afirma que

a introdução de um Código Sanitário Rural e a criação do Serviço Geral de Profilaxia passaram a implementar políticas de combate à malária e à ancilostomose, endemias rurais, por excelência, além de ações contra o tracoma que, ao incidir intensamente sobre os trabalhadores imigrantes e, portanto, sobre a economia do café, sensibilizavam os representantes das oligarquias.

Assim como Hochman, também Ferreira e Luca (2013, p.29) indicaram a importância do Código Sanitário Rural para o saneamento e a profilaxia das áreas rurais ao apontar que “em São Paulo, foi somente em 1917 que se organizou o Serviço de Profilaxia Geral, órgão do Serviço Sanitário destinado às áreas rurais do estado, isso no âmbito de uma vigorosa campanha em torno da recuperação da saúde do brasileiro”. A mesma interpretação encontramos na tese de Bernardini (2007, p.222), que identificou o Código Sanitário Rural como a “institucionalização de um olhar atento às doenças que ocorriam nas fazendas do estado, como a ancilostomíase, conhecida por ‘amarelão’ e o tracoma”.

Dessa forma, com a promulgação do Código Sanitário Rural, o governo estadual conseguiria implantar uma normativa que criava obrigações aos proprietários rurais para instituir melhores condições sanitárias em suas propriedades, interferindo na rotina das fazendas por meio da aplicação de multas e processos administrativos em casos de constatação de infrações.

Castro Santos (1987) e Faria (2002) indicam que, em conjunto com o código, o governo estadual firmou parceria com a Fundação Rockefeller para combater as enfermidades da área rural. Com o apoio da fundação, o governo conseguiria atuar sobre as endemias rurais com a implantação de postos rurais de profilaxia e a introdução de equipes de tratamento nas propriedades privadas. Segundo os autores, a parceria entre o governo e a entidade filantrópica seria importante para criar um ambiente de cooperação, uma vez que a intervenção governamental não era bem aceita pela oligarquia.

No entanto, alguns pesquisadores como Luna (1993), Ribeiro (1991) e Telarolli Jr. (1996) demonstraram que, ainda em princípios do século XX, o governo paulista buscou implantar ações para combater algumas enfermidades rurais. Segundo esses autores, em 1906 o Serviço Sanitário instalou postos nos centros urbanos dos municípios para a profilaxia e tratamento do tracoma e, posteriormente, para combater a ancilostomose. Apesar de esses trabalhos

abordarem as campanhas, os autores não explicaram como ocorreu o processo de sua constituição; quais as dificuldades encontradas na implantação e manutenção do serviço; de que maneira os atendimentos foram realizados e quais os motivos para a extinção de tais serviços apenas dois anos após a sua criação.

Castro Santos (1987), que analisou a saúde pública paulista no início do século XX, infere que as campanhas contra o tracoma fizeram parte de um projeto maior do Serviço Sanitário. Para o autor, Emílio Ribas buscava centralizar as políticas de saúde pública de todos os municípios no estado, promovendo ações de intervenção sanitária e tratamento de várias doenças. Assim, no mesmo ano em que criou as campanhas contra o tracoma, o governo estadual decretou outra medida que buscou implantar 14 distritos sanitários em diversos municípios que estariam sob a responsabilidade do estado.

Considerando esse contexto, o artigo busca sanar as lacunas deixadas pela historiografia da saúde pública paulista visando a dois objetivos: analisar como o governo estadual atuou nas áreas rurais do estado para combater as enfermidades como o tracoma, a ancilostomose e a malária antes da implantação do Código Sanitário Rural e como o projeto de centralização estava relacionado às campanhas de combate ao tracoma.

Estruturamos o artigo buscando identificar primeiro como foi a tentativa de centralização dos serviços sanitários municipais na esfera estadual para, em seguida, verificar como foi o processo de implantação e quais os problemas enfrentados pelo governo para manter os postos de tracoma em funcionamento. Partindo desses dois pontos conseguimos criar um diálogo entre as hipóteses e as evidências para buscar uma explicação histórica que nos permita entender os motivos que levaram o governo do estado a implantar um serviço para os enfermos da zona rural, problema até então negligenciado por outros projetos do Serviço Sanitário, e de que maneira o processo de centralização administrativa poderia ter criado condições e/ou barreiras para essa iniciativa. Os dados empíricos utilizados nas análises foram coletados em vários documentos. Os documentos oficiais, produzidos pelo governo estadual paulista, foram amplamente utilizados, como os “Relatórios do Serviço Sanitário”, os “Relatórios da Secretaria do Interior” e o conjunto de leis e decretos estaduais. No entanto, buscamos realizar um cotejamento com outros dados produzidos por agentes sociais que não pertenciam aos quadros públicos, o que nos permitiu observar outro debate sobre as medidas implantadas no interior paulista. Com essa intenção, realizamos uma extensa pesquisa sobre o intervalo temporal de 1898 a 1916 em periódicos médicos e em notas e artigos publicados em diversos jornais brasileiros, possibilitando criar um conjunto de mais de dois mil documentos. Essa volumosa documentação nos permitiu desenvolver inúmeras possibilidades de análise, como se verá no decorrer do artigo.

### **Emílio Ribas e o projeto de centralização**

Com a Proclamação da República e a Constituição de 1891, o governo federal definiu as atribuições entre a federação e os governos estaduais, ficando para a primeira as relações com o exterior e, para os segundos, a autonomia para administrar suas próprias circunscrições (Hochman, 1998; Telarolli Jr., 1996). São Paulo, que passou a ser um dos estados mais

ricos do país devido à economia agroexportadora, conseguiu criar um amplo aparato governamental para administrar as diversas esferas do trabalho público.

Com condições econômicas favoráveis, a estrutura do Serviço Sanitário foi pensada para ser sustentada por um serviço composto por laboratórios, hospitais, serviços de desinfecção e serviço de estatística demográfico-sanitária, que, juntos, auxiliavam o estado a identificar enfermidades, desenvolver vacinas, isolar os enfermos e exercer atividades profiláticas nos ambientes. De acordo com Castro Santos (1987), a ideologia política que prezava expandir a economia baseada nas prerrogativas do progresso, em conjunto com a era bacteriológica, que, apesar de vários dissensos e resistências dos adeptos das teorias dos contágios e dos miasmas, não tardou a ser praticada no estado, fez com que São Paulo se destacasse em relação a outras regiões do país.

Mesmo contando com uma rede de apoio que visava prioritariamente eliminar as epidemias, o governo enfrentava um grande problema: a difícil relação entre o estado e os municípios. Os embates entre esses dois poderes teriam iniciado logo após a Proclamação da República, em período marcado por uma divisão do setor agroexportador cafeeiro em que alguns defendiam um Estado forte que pudesse intervir no processo de realização do capital agrário, enquanto outros defendiam os interesses do poder oligárquico que exigia liberdade aos cidadãos para agir de forma independente do Estado (Merhy, 1987).

As divergências entre esses grupos chegaram à Câmara dos Deputados e marcaram os debates em que os temas relacionados à autonomia municipal estavam em pauta, incluindo os assuntos pertinentes à saúde pública (Merhy, 1987; Telarolli Jr., 1977; Bernardini, 2007). Nas sessões, os deputados que eram contrários à centralização estadual usavam os trechos dos artigos 2º e 56 da lei n.16 de 13 de novembro de 1891 que definia que “cada município é inteiramente autônomo e independente em tudo quanto se refere à sua vida econômica e administrativa”, incluindo “tudo que interessar à higiene do município decretando todas as medidas e providências”. Os que eram favoráveis a uma ação mais centralizadora, defendiam que o Serviço Sanitário estava embasado nas disposições que regiam os limites entre as leis federais, estaduais e municipais, sendo que aos municípios seria dada autonomia desde que “respeitadas as leis federais e do estado, bem como os direitos dos outros municípios” (São Paulo – estado, 13 nov. 1891, art. 2).

Os dirigentes responsáveis pela saúde sabiam que, para controlar e melhorar a situação sanitária do estado, as medidas profiláticas e de combate às epidemias e endemias deveriam ser aplicadas de forma simultânea em diversas áreas, de forma a diminuir as possibilidades de surgimento de novos focos. Assim, para atuar contra enfermidades como a varíola, a peste bubônica ou a febre amarela – que vitimou os trabalhadores dos cafezais paulistas e devastou a cidade de Campinas em 1890 – o Serviço Sanitário teria que encontrar um modelo que desse prioridade às necessidades sanitárias do estado em detrimento dos interesses das oligarquias que almejavam a manutenção do poder em suas regiões.

Telarolli Jr. (1996) nos mostra que a busca desse modelo foi um complicado processo que se iniciou ainda em 1892 quando ocorreu a organização do Serviço Sanitário. Nesse ano, o governo estadual, ao definir o “Regulamento de Higiene”, optou por uma política centralizadora, projetando a instalação de diversas Delegacias de Higiene que deveriam ser espalhadas por todas as regiões do estado, atingindo desde os centros urbanos de maior

importância econômica até os lugares mais remotos, denominados “vilas” pelo estado (São Paulo – estado, 29 jul. 1892). Essa primeira tentativa de reorganizar o Serviço Sanitário sofreu diversas críticas dos poderes municipais. Com esses dissensos, em conjunto com as dificuldades financeiras, o projeto não foi implantado em sua totalidade e apresentou resultados inexpressivos.

As pressões de alguns deputados favoráveis à autonomia municipal fizeram com que um novo projeto fosse votado no ano seguinte, 1893, transferindo aos municípios a responsabilidade da saúde pública que estava anteriormente com o estado. Com a descentralização, a administração do pessoal e a alocação da infraestrutura se tornariam locais e, como consequência, o estado transferiria para os municípios os encargos financeiros destinados aos problemas sanitários da região. Um suporte financeiro e de pessoal poderia vir do Serviço Sanitário, desde que os requisitos dos municípios fossem “atendíveis a juízo do Governo do Estado” (São Paulo – estado, 4 set. 1893, art. 9). Nessas situações esporádicas, o governo estadual auxiliaria os municípios disponibilizando verbas e enviando comissões sanitárias.

Junto com essa estruturação em que era preservada a autonomia municipal, o governo estadual criou mecanismos para tentar garantir que os municípios aplicassem algumas medidas para tornar as regiões sanitariamente favoráveis. O controle sobre as atuações municipais viria por intermédio do Código Sanitário, decretado no ano seguinte após inúmeras negociações na Câmara dos Deputados (Telarolli Jr., 1996).

Analisando o processo de constituição do decreto de 1893 e da formulação do Código Sanitário, verificamos que o governo cedeu às pressões dos deputados e modificou a estrutura centralizadora de 1892 para tentar equilibrar os embates entre o estado e os municípios sem deixar, no entanto, de tentar interferir nas atividades municipais. Assim, o estado dava certa liberdade aos municípios para decidir como iriam atuar, quanto de recursos iriam gastar e quais seriam as prioridades, ao mesmo tempo que criava regras mínimas de atuação previstas no Código Sanitário para garantir a salubridade da região.

Em 1896 o Serviço Sanitário sofreu mais uma reorganização motivada por dois fatores: o alastramento da febre amarela e outras enfermidades pelo interior, comprovando a ineficiência municipal, e a tentativa de aumentar a centralização estadual, que, conforme apontou Telarolli Jr. (1996), continuava sendo debatida nas sessões da Câmara.

Nessa reorganização realizada em 1896, o Serviço Sanitário avançou um pouco mais sobre os poderes locais e conseguiu aprovar uma ação que limitava a atuação dos municípios em períodos epidêmicos. Sem onerar muito o estado, foi estipulado que o território ficaria dividido em três zonas que seriam ocupadas em casos excepcionais, ou seja, em períodos epidêmicos e endêmicos. Nesses momentos de intervenção, a equipe responsável pela saúde pública local perderia sua autonomia, tornando-se auxiliar da comissão estadual (São Paulo – estado, 7 out. 1896).

A tentativa de uma centralização parcial não foi bem aceita pelos municípios, como podemos verificar pelos diversos embates apresentados nos textos de Telarolli Jr. (1996), André Mota e Cássia Baddini (2013) e Maria Alice Ribeiro e Marili Junqueira (2013), que relataram conflitos nos municípios de São Simão, Sorocaba, Rio Claro, São Carlos, Araraquara e Santos. Assim como Telarolli Jr. (1996), Mota (2005) historiou que as câmaras municipais

buscavam dificultar as ações sanitárias estaduais, pois acreditavam que a intervenção feria a autonomia dos municípios.

Com esse cenário, em 1898, Emílio Ribas foi nomeado diretor do Serviço Sanitário de São Paulo, depois de conseguir debelar a epidemia de febre amarela no município de Campinas (Martins, 2015). Mesmo sendo nomeado depois de uma grande vitória contra a febre amarela, a sua entrada no Serviço Sanitário não alteraria a situação conflituosa entre o estado e os municípios. As relutâncias eram diversas, e as denúncias de morosidade das municipalidades eram constantes também na gestão de Ribas (Mota, 2010). As queixas iam desde a falta de informações prestadas pela municipalidade, passando pelos atestados de óbito que eram assinados por leigos mesmo quando existiam médicos nas localidades, chegando ao não estabelecimento das medidas sanitárias quando essas eram solicitadas pelo governo do estado (Ribas, 1907). Em um dos relatórios publicados na primeira década de 1900, Emílio Ribas (1907, p.237) lembrou que há tempos esperava a criação de “uma lei geral, [para] estabelecer medidas eficazes, já que das Câmaras Municipais parece inútil esperar as providências necessárias”.

Mesmo com uma rede de laboratórios que apoiava as políticas de saúde pública e a tentativa de controlar alguns processos epidêmicos por meio de envio aos municípios de comissões sanitárias, os problemas permaneciam. Para tentar tornar os municípios menos insalubres e extinguir as epidemias e endemias no interior do estado, em 1906, Emílio Ribas promoveu outra alteração na regulamentação do Serviço Sanitário, buscando criar uma estrutura que concentraria no governo estadual não somente as “decisões” sobre a saúde pública, mas também as “atuações”, ou seja, o Serviço Sanitário pretendia desenvolver tanto o planejamento quanto a implantação das medidas decretadas. Diferenciando-se das reorganizações do Serviço Sanitário de 1893 e 1896 quando, de forma gradual, o governo estadual foi tentando criar mecanismos de controle sobre os municípios, na alteração proposta por Ribas o estado extinguiu os municípios do processo, assumindo toda a responsabilidade pela saúde pública por intermédio de uma administração totalmente centralizadora.

Para essa reorganização, o estado foi dividido em 14 distritos sanitários que englobavam quase todo o território paulista. Os distritos foram alocados de forma permanente e não mais vinculados aos “casos excepcionais”, de característica temporária, como proposto na regulamentação de 1896.

Nessa reforma, decretada em 27 de janeiro de 1906, sob o n.1.343, os inspetores sanitários estaduais deveriam intervir junto aos poderes municipais na execução dos serviços de saneamento. Na lei, as atribuições foram definidas da seguinte forma:

Os inspetores sanitários [estaduais], no exercício de suas funções, terão autoridade e competência para fazer cumprir as disposições das leis sanitárias e respectivos regulamentos, expedindo intimações, aplicando multas e tomando quaisquer outras providências necessárias (São Paulo – estado, 27 jan. 1906).

O controle proporcionado por essa nova estrutura permitiu a Emílio Ribas, além de tentar neutralizar as ações dos inspetores municipais extinguindo suas atribuições, controlar e punir quaisquer situações que fugissem dos padrões estabelecidos pelo governo estadual.



Com essas medidas, em conjunto com a vacinação e a revacinação, Ribas acreditava que algumas doenças como a febre amarela, a varíola e outras ocasionadas pelos problemas sanitários da zona urbana poderiam ser sanadas.

A reorganização proposta em 1906 buscou controlar as zonas urbanas dos municípios implantando distritos sanitários em quase todas as regiões do estado em um modelo que tentava extinguir as enfermidades presentes nesses centros. Mas havia outras enfermidades que atingiam a zona rural, como o tracoma e a ancilostomose, que não conseguiram ser combatidas pela reduzida equipe alocada em cada distrito. Foi necessário ao diretor do Serviço Sanitário avançar, inserindo-se na zona agrícola para promover a profilaxia e tratamento dos habitantes das propriedades particulares, decretando e implantando, no mesmo ano, as Comissões de Profilaxia e Tratamento do Tracoma. Com os postos em funcionamento, as atividades do Serviço Sanitário foram ampliadas para as áreas rurais e, aos poucos, outros enfermos com malária, ancilostomose e febre tifoide puderam ser atendidos pela equipe estadual, como veremos na próxima seção.

### **Serviço de Profilaxia e Tratamento do Tracoma: uma intervenção na zona rural**

O tracoma ou conjuntivite granulosa é uma oftalmia bacteriana contagiosa muito presente em vários países da África e em algumas regiões da América Latina, Ásia e Oceania. A doença provoca inflamação crônica da conjuntiva e da córnea, podendo provocar sequelas como a cegueira se as reinfecções forem recorrentes. Sua transmissibilidade ocorre por meio do contato com enfermos, por meio de objetos contaminados ou por moscas que atuam como vetores mecânicos (Polack et al., 2005).

Os primeiros registros da doença foram encontrados na China em 2.700 a.C., na Suméria em 2.000 a.C., no Egito em 1.550 a.C. e em Roma no século I a.C. Com as movimentações em massa provocadas principalmente pelas guerras e pelas Cruzadas (séculos XI a XIII), a doença se espalhou para regiões mais distantes dos centros, possuindo ciclos endêmicos inconstantes durante séculos (Taylor, 2009; Schellini, Souza, 2012; Schlosser, 2011). Em meados do século XIX, um novo processo endêmico se instalou em vários países da Europa, atingindo Holanda, Bélgica, França, Alemanha, Suíça, Escócia, Inglaterra e Itália (Ottoni, 1898; Al-Rifai, 1988).

No estado de São Paulo, os primeiros casos da doença são da década de 1890 e se referem aos imigrantes italianos tracomatosos que vieram para as terras paulistas estimulados pela política imigratória. De acordo com o secretário do Interior, Gustavo de Oliveira de Godoy, o intenso fluxo de imigrantes originário das regiões endêmicas da Itália e destinado, a partir de 1887, às zonas agrícolas do território paulista teria disseminado a bactéria tracomatosa pela região rural do estado (São Paulo – estado, 1907; Burnier, 1932). Com condições propícias à disseminação, como sol e poeira, aliadas aos precários hábitos higiênicos dos trabalhadores rurais, o tracoma invadiu as regiões do interior e, em pouco mais de 10 anos, a endemia fez elevado número de vítimas que se consultavam tanto em clínicas particulares quanto em instituições filantrópicas (Ottoni, 1898).

Para a economia do estado de São Paulo, o tracoma provocou transtornos em relação à mão de obra imigrante, uma vez que o tratamento para a doença, com trocas diárias

de curativos, afastava o trabalhador de suas atividades por pelo menos 15 dias (Álvaro, 1904). Dependendo do número de enfermos acometidos em uma única fazenda e da taxa de reincidência, a produtividade era prejudicada, bem como os lucros.

Sem assistência e com número crescente de doentes, alguns atores passaram a utilizar veículos médicos e jornalísticos para solicitar intervenção governamental. Pelas observações e reivindicações propostas por esses atores, entre eles médicos e representantes do governo italiano, estimava-se que cerca de 120 mil colonos estavam infectados pela conjuntivite no interior do estado (Ribeiro, 1991).

As notícias sobre a proliferação do tracoma em São Paulo passaram a ser registradas em artigos internacionais que apontaram o estado como localidade de alta periculosidade. Tanto para Ernesto Paparcone, médico com atuação em Milão, Itália, como para a Organização Panamericana da Saúde (Opas), o estado de São Paulo tinha taxa de tracomatosos tão elevada quanto as de países como Argentina, Índia e Itália (Paparcone, 1922; Opas, 1928). Com a repercussão mundial da doença, representantes do governo paulista reclamaram a inclusão do tracoma nas atividades do Serviço Sanitário por se tratar de “moléstia esta que já nos vai prejudicando o crédito no estrangeiro, tal tem sido o seu desenvolvimento especialmente entre os trabalhadores rurais” (Notas..., 17 fev. 1905).

Com as reivindicações tanto nas revistas médicas quanto nos jornais, em 1904, Emílio Ribas decidiu comissionar o inspetor sanitário Guilherme Álvaro, médico especialista em doenças oculares, para desenvolver um estudo sobre o avanço do tracoma no interior de São Paulo (Ribas, 1907). Seguindo para a zona oeste, o médico abriu um consultório no município de Ribeirão Preto onde, auxiliado por dois outros médicos, tratou alguns afetados, vistoriou escolas, fábricas e outros estabelecimentos coletivos e percorreu diversas fazendas da região para exames e tratamento de colonos (Ribas, 1907).

Com livre acesso às fazendas, o médico denunciou em seu relatório que as altas taxas de contágio estavam relacionadas às precárias condições higiênicas tanto dos trabalhadores quanto das moradias. Os problemas estavam relacionados aos objetos contaminados, como os lençóis e os panos utilizados para limpar o rosto suado na labuta agrícola, e à infestação das moscas nas habitações ocasionada pela problemática localização das moradias, próxima aos estábulos e chiqueiros, com pouca ventilação e solo sem proteção. A “pólvora”, como era conhecida a mosca, vetor mecânico do tracoma, fez parte das descrições do médico que relatou que “várias vezes, ao voltarmos as pálpebras dos doentes para fazermos curativos, encontramos nos fundos de saco conjuntivais cadáveres de ‘pólvora’ envoltos em flocos de muco-pus” (Álvaro, 1904). Com sugestões de medidas profiláticas e métodos de tratamento, o parecer de Álvaro, considerado por Emílio Ribas claro e objetivo, foi publicado em português e italiano para ser largamente distribuído às autoridades municipais e aos fazendeiros, vistos pelo Serviço Sanitário naquele momento como parceiros no combate à doença (Ribas, 1907). No fim do mesmo ano, em 17 de dezembro de 1904, foi tomada a primeira medida oficial contra o tracoma com a assinatura do decreto n.1.225 que previa a vistoria dos navios para identificação de focos da enfermidade em imigrantes vindos da Europa, com a imposição de que “serão sujeitados e repatriados à custa dos introdutores os imigrantes afetados de conjuntivite granulosa ou tracoma” (São Paulo – estado, s.d.).

Com a intenção de colocar em prática o projeto de centralização administrativa que vigoraria a partir de 1906 como visto na seção anterior, Emílio Ribas, em conjunto com o secretário do Interior José Carlos de Almeida, montou uma comissão para propor alterações na regulamentação do Serviço Sanitário. Para essa tarefa realizada ainda em 1904, o secretário convocou uma equipe formada pelo engenheiro da repartição Mauro Álvaro e pelos inspetores médicos Paulo Bourneal, Clemente Pereira e Theodoro Bayma. Esses trabalhos seriam acompanhados por Victor da Silva Freire, como representante das municipalidades, e Alfredo Braga, como representante da Repartição de Águas e Esgotos. Entre os objetivos dessa atualização, que deveria ser enviada ao Congresso para apreciação no mês de fevereiro de 1905, estavam a divisão do território estadual em 14 distritos sanitários e a inclusão do tracoma na agenda do Serviço Sanitário (Notas..., 17 fev. 1905).

No início de 1906, o processo de centralização estadual foi iniciado com a aprovação da reorganização do Serviço Sanitário e a implantação das inspetorias sanitárias na capital, Santos, Campinas e em 11 municípios do interior do estado. Essa nova estrutura, além de trazer um controle maior sobre as condições sanitárias dos municípios, fez com que a luta contra o tracoma se tornasse mais efetiva. Mesmo com uma equipe diminuta de inspetores que trabalhava nas zonas urbanas dos municípios, Emílio Ribas passou a usar essas equipes para obter informações detalhadas sobre a extensão do tracoma em cada região, realizar vistorias nas escolas, além de distribuir instruções sobre a profilaxia. Como recomendações, Emílio Ribas (1907, p.230) solicitou aos inspetores sanitários:

recomendo-vos muito especialmente a profilaxia do tracoma, para o que prestareis a esta Diretoria informações muito detalhadas sobre a extensão do mal em vosso distrito, principalmente nas cadeias, fábricas, estabelecimentos coletivos e escolas.

Em conjunto com a atuação dos agentes dos distritos sanitários, Emílio Ribas passou a articular com os municípios a montagem de um serviço especial que teria como objetivo tratar os enfermos tracomatosis da zona rural e impedir novos contágios. Em visita a diversos municípios, Emílio Ribas propôs uma divisão de tarefas, na qual o governo estadual ficaria com a obrigatoriedade de enviar e administrar as equipes de atendimento e medicamentos e, em contrapartida, os municípios deveriam dar apoio financeiro e/ou estruturas físicas para alocação das equipes de trabalho. As viagens realizadas por Emílio Ribas solicitando apoio aos municípios para a instalação dos postos antitracomatosis foram noticiadas pelo jornal *Correio Paulistano*, como as partidas do diretor no dia 8 de junho com destino a Ribeirão Preto e municípios ao redor; no dia 17 do mesmo mês para a zona sorocabana; no dia 20 para São Simão e posteriormente para Palmeiras (Notas, 17 jun. 1906; Notas, 20 jun. 1906).

Um mês após o pedido de auxílio aos municípios, já era possível conhecer algumas iniciativas, como as que foram divulgadas pelos jornais *O Estado de S.Paulo* e *Correio Paulistano*, ambos paulistas, e por *O Paiz*, do Rio de Janeiro. As cooperações vieram por meio da oferta de locais, verbas ou equipe de apoio. O município de Pirassununga, por exemplo, ofereceu um vasto edifício para hospital e posto médico; o município de Avaré, por sua vez, disponibilizou a enfermaria da Santa Casa; o município de Jaú ofereceu as enfermarias, remédios e pessoal da Santa Casa; Belém do Descalvado forneceu 6:000\$000

réis anuais; Jardinópolis, 1:800\$000 réis anuais e um posto médico; e Pedreira teve uma casa oferecida pelo coronel João Pedro de Godoy (Notas, 13 jul. 1906; Interior..., 17 jul. 1906; Os municípios, 25 jul. 1906).

Sem que todos os municípios dessem retorno positivo à solicitação, Emílio Ribas utilizou a imprensa para fazer exigências, como usualmente fazia (Almeida, 1998). Por meio das páginas do *Correio Paulistano*, destacou que os municípios de Ribeirão Preto, São Manuel, Batatais, Franca, Botucatu, Dois Córregos, Brotas, São Carlos, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Cruz das Palmeiras, São Simão, Cravinhos e Sertãozinho se ausentaram das suas responsabilidades. O pedido, que deveria ser de cooperação, uma vez que os municípios também se beneficiariam com a instalação dos postos para tratar da mão de obra cafeeicultora que adoecia, assumiu um tom de imposição quando Emílio Ribas alegou que só com a colaboração de todos seria possível iniciar as ações de combate ao tracoma (O tracoma, 27 jul. 1906).

Mesmo com o projeto da implantação das comissões já aprovado pelo governador do estado e com os nomes dos municípios que receberiam os postos de tracoma definidos, em julho daquele ano, o secretário Gustavo de Godoy, em conjunto com Emílio Ribas, convocou uma reunião com dez médicos oftálmicos para apresentar o plano completo das medidas profiláticas e de tratamento que seriam aplicadas pelo governo. O convite, publicado no jornal *O Estado de S. Paulo*, enfatizou que a participação dessa classe ajudaria a suscitar o debate sobre as medidas que seriam colocadas em prática e propor novas sugestões, a fim de evitar a propagação da enfermidade. Os médicos convocados para compor a reunião foram Eusébio de Queiroz Mattoso, recém-nomeado para chefiar as comissões; Francisco Pignatari, médico de prestígio em São Paulo e fundador do único hospital oftálmico do estado; Guilherme Álvaro, encarregado de fazer o estudo da endemia no interior em 1904; e os médicos Mello Barreto, Ataliba Florence, Jambeiro Costa, Pedro Pontual, Theodomiro Telles, Bueno Miranda e Carlos Penna (Notas..., 4 jul. 1906).

Na reunião foram sugeridas algumas medidas, entre elas a obrigatoriedade de notificação e tratamento de todos os casos; inspeção periódica das escolas, fábricas, quartéis, asilos, prisões e outras coletividades; tratamento gratuito realizado por médicos designados pelo governo e aceitação da oferta de enfermarias e consultórios pelas municipalidades e pela iniciativa privada (Combate..., 7 jul. 1906; São Paulo..., 6 jun. 1906). Apesar de todas as medidas para combater a doença já terem sido definidas antes da realização da reunião, esse encontro proporcionou a Ribas o importante apoio da classe médica para profilaxia da doença. A relevância do evento pode ser verificada pela sua divulgação em diversos periódicos do estado de São Paulo e pelos jornais *O Pharol*, de Minas Gerais; *Jornal do Brasil* e *Gazeta de Notícias*, do Rio de Janeiro e *A Notícia*, *Diário da Tarde* e *A República*, de Curitiba.

Após a adesão de todos os municípios, com designação de estruturas físicas ou verbas orçamentárias, e com o apoio da classe médica, o Serviço Sanitário definiu quais médicos seriam alocados nos postos. Quase 15 dias antes da promulgação do decreto oficializando o serviço de tracoma, Ribas divulgou no jornal *O Estado de S. Paulo* a lista dos primeiros médicos selecionados. Em uma semana foram nomeados 26 médicos e 52 auxiliares que atuariam em 19 municípios do interior do estado (Notas..., 16 ago. 1906; Notas..., 24 ago. 1906).

Em três meses da assinatura do decreto, já haviam sido nomeados 36 médicos para trabalhar em 25 distritos, com um posto na capital, outro em Santos e os demais espalhados pelos municípios da zona oeste do estado, margeados pelas estradas de ferro Paulista, Sorocabana e Mogiana (São Paulo – estado, 1906). Dentre as cidades escolhidas para receber as comissões estavam Ribeirão Preto, São Carlos, São Simão, Santa Rita do Passa Quatro, Jaú, Descalvado, Cravinhos e Araraquara, todas ranqueadas entre os dez distritos mais produtivos de café durante a segunda metade da década de 1910 (São Paulo – estado, 3 set. 1906).

A montagem dos postos antitracomatosos foi noticiada por vários jornais. O *Correio Paulistano*, ao divulgar a inauguração do posto em São Carlos, realçou os móveis de mármore, bancos envernizados, mobília americana de ferro, mobília austríaca e lavabo de louça. Uma placa indicativa na frente do edifício, escrita em português, italiano, espanhol e alemão, informava a gratuidade dos tratamentos, demonstra a abrangência do serviço e quais comunidades seriam beneficiadas (São Carlos..., 19 set. 1906). No posto de São Simão, a ênfase foi para as paredes com os retratos do secretário do Interior, do diretor de Higiene e do chefe da comissão (Avulsos, 27 nov. 1906). As festas de inauguração dos postos de maior relevância, como o de Ribeirão Preto, contavam com a presença do secretário do Interior, do diretor do Serviço Sanitário, do chefe do serviço contra o tracoma e de autoridades municipais, além de extensa participação dos munícipes.

O decreto para a formação das comissões do tracoma, que foi assinado em 3 de setembro de 1906, definiu que os médicos nomeados deveriam realizar tratamentos e cirurgias em quaisquer localidades em que a doença se manifestasse; controlar os tratamentos e o movimento nos hospitais; formular e distribuir gratuitamente instruções; aconselhar medidas necessárias à profilaxia do tracoma e tratar outras enfermidades oftálmicas (São Paulo – estado, 3 set. 1906).

Com a intenção de ampliar a força estadual nos municípios e na zona rural, Emílio Ribas deu aos médicos da Comissão de Tracoma os mesmos poderes que aos inspetores sanitários. Replicando as disposições do decreto de janeiro de 1906, quando dividiu o estado em distritos sanitários, o decreto para a implantação da Comissão do Tracoma atribuiu:

Os médicos do serviço contra o tracoma, no exercício de suas funções, terão autoridade e competência para fazer cumprir as disposições das Leis Sanitárias e respectivos regulamentos, expedindo intimações, aplicando multas e tomando quaisquer outras providências necessárias (São Paulo – estado, 3 set. 1906).

Os resultados dos três primeiros meses de funcionamento do Serviço de Profilaxia e Tratamento do Tracoma foram publicados no relatório do Serviço Sanitário de 1906. Dos 38.037 indivíduos examinados, 39,35% foram diagnosticados com a doença, e, entre os 15.468 escolares, a positividade foi de 18,83%. Entre setembro e dezembro de 1906, foram realizados 201.179 curativos e 248 intervenções cirúrgicas nos postos instalados nos municípios (São Paulo – estado, 1907).

Com o elevado número de atendimentos nos postos montados nas áreas urbanas, a Comissão de Tracoma não conseguiu alcançar, nos primeiros meses de funcionamento, o objetivo de desenvolver a profilaxia e tratar os habitantes da zona rural do estado. Quando a campanha foi projetada por Emílio Ribas, a intenção não era manter postos fixos nas

zonas urbanas, mas criar equipes itinerantes que percorressem as zonas mais afetadas, tratando principalmente a população que vivia no interior das fazendas. Em relatório, o secretário do Interior expôs a tentativa de iniciar as visitas logo nos primeiros meses da criação das comissões, mas a quantidade de enfermos que procurou os postos dificultou a execução do plano inicial. Em suas palavras:

O prazo de três meses foi curto para poder o serviço da comissão tomar toda a extensão a que se propunha; o número de indivíduos que comparecia diariamente aos postos era enorme, de modo que só puderam ser atendidos os doentes da cidade e suas imediações, ficando as populações dos centros rurais mais afastados para serem atendidas posteriormente (São Paulo, 1907, p.14).

No ano seguinte iniciaram-se algumas visitas às fazendas. Nos registros da fazenda Santa Gertrudes, por exemplo, é possível encontrar referências às visitas dos médicos e enfermeiros do posto antitracomatoso de Rio Claro para a realização de vistorias e trocas diárias de curativos (Bassanezi, 1973). Em 1908, os registros dos tratamentos realizados no interior das fazendas começaram a aparecer no relatório da Secretaria do Interior. Algumas dificuldades na realização dos atendimentos nas áreas rurais foram registradas nos boletins médicos mensais, como “a condução para as fazendas e o embaraço apresentado pelo colono adulto não se deixando curar para não perder o salário de alguns dias, a menos que não tenha complicações dolorosas para a córnea” (São Paulo – estado, 1908, p.12). Apesar dos percalços, os médicos evidenciaram que “vão felizmente desaparecendo as dificuldades e o trabalho de propaganda já vai fazendo sentir o seu benéfico resultado” (São Paulo – estado, 1908, p.12).

A introdução das equipes de médicos nas fazendas sem entraves dos proprietários e, portanto, conseguindo ter acesso à população rural, proporcionou ao Serviço Sanitário promover campanhas de profilaxia contra a ancilostomose, outra enfermidade que também atacava os trabalhadores rurais (São Paulo – estado, 1907, p.10). Em meados de 1908, o serviço, que começou com menos de meia centena de postos, passou a contar com 38 circunscrições, tendo 292 dispensários, sendo 37 urbanos e 255 rurais (São Paulo – estado, 1908).

Com as comissões em funcionamento, Emílio Ribas se ausentou da direção do Serviço Sanitário para estudar a profilaxia da tuberculose, um assunto que durante muito tempo fez parte da agenda do sanitarista paulista (Almeida, 1998; Bertolli Filho, 2001; Mota, 2005). Durante sua viagem aos EUA e Europa, assumiu a direção do Serviço Sanitário o médico José Bento Paula Souza, permanecendo no cargo entre 16 de junho de 1908 e 31 de março de 1909 (Mascarenhas, 1949). Seis dias após a saída de Emílio Ribas da direção do Serviço Sanitário, em 22 de junho de 1908, o governador Albuquerque Lins extinguiu as comissões de tracoma. A alegação foi baseada no caráter provisório do serviço, bem como na dificuldade do governo para manter, com as verbas de “Socorros Públicos”, a imensa estrutura formada, com altos custos provenientes dos vencimentos das equipes de atendimento, medicamentos e transporte (São Paulo – estado, 1908). A campanha, que funcionou entre setembro de 1906 e junho de 1908, fez 2.828.115 curativos, 1.404 cirurgias e identificou 78 cegos provenientes do tracoma (São Paulo – estado, 1908).

Mesmo com os trabalhos realizados, o tracoma continuava endêmico e fazendo vítimas no território estadual. Nesse cenário, em 1911, com Emílio Ribas de volta à direção do Serviço Sanitário, uma nova comissão foi criada, composta desta vez por dois grupos e de cunho itinerante. Ao todo foram nomeados 16 médicos que percorriam duas regiões. A primeira comissão, formada por seis médicos, atendia quatro municípios: Ribeirão Preto, Cravinhos, Sertãozinho e Jardinópolis, e a segunda, composta por dez médicos, atendia oito municípios, compreendendo as regiões de São Carlos, Araraquara, Taquatinga, Descalvado, Jaboticabal, Jaú, Dois Córregos e São Manuel (São Paulo – estado, 14 nov. 1911).

Com essa segunda iniciativa, as visitas às fazendas se intensificaram, evidenciando a preocupação do Serviço Sanitário na inserção dos inspetores nas áreas rurais do estado. Em três anos da segunda comissão, registraram-se 1.850 visitas às fazendas, quase mil operações realizadas e mais de um milhão de curativos feitos. Em números desmembrados, verificam-se 502 fazendas visitadas em 1912; no ano seguinte, 550 fazendas; e em 1914, 798. No “Resumo Trimestral do Serviço Sanitário da Zona de Ribeirão Preto”, é possível constatar que foram visitadas 43 fazendas em Ribeirão Preto, 14 em Jardinópolis, trinta em Sertãozinho, vinte em Cravinhos e outras 14 fazendas em São Simão entre os meses de abril, maio e junho de 1913 (São Paulo, 1914, 1917; S. Paulo, 10 jul. 1913).

A segunda comissão ampliou ainda mais os serviços oferecidos pelos médicos que foram incumbidos de desenvolver medidas profiláticas e/ou de tratamento para a ancilostomíase, malária e varíola, com atividades de vacinação, aplicação medicamentosa, aconselhamento e propagandas (São Paulo – estado, 1917). Pelo *Correio Paulistano* foi possível acompanhar os trabalhos desenvolvidos por essas comissões, uma vez que o jornal publicava semanalmente notícias sobre os municípios e as respectivas comissões. O município de São Simão, por exemplo, desenvolveu no mês de fevereiro de 1914, 14.367 curativos de tracomatosis, atendeu dois casos de malária, tratou 47 casos de ancilostomose e promoveu atendimentos nos subpostos e fazendas de Serra Azul, Santa Rosa, Mococa, Fazenda S. Paulo Coffee, Bento Quirino e Tamanduazinho (Mala..., 9 mar. 1914).

Com cortes nas verbas de material, expediente e despesas com socorros públicos, em decorrência da Primeira Guerra Mundial, as Comissões de Tracoma foram mais uma vez suprimidas em 14 de setembro de 1914, na gestão do secretário do Interior Altino Arantes. A segunda comissão novamente não conseguiu considerável redução no número de tracomatosis, mantendo-se o *status* de endemia em diversas regiões.

Embora os membros das comissões se esforçassem para amenizar as endemias e epidemias que assolavam a população rural, as situações insalubres do meio acarretavam novos focos. No período entre 1913 e 1916, enquanto Emílio Ribas estava em comissão pelo exterior estudando a lepra, o Serviço Sanitário foi dirigido por Guilherme Álvaro, o médico encarregado de desenvolver o mapeamento do tracoma em 1904. Em sua gestão deixou registrado em seus relatórios que havia necessidade de se promulgar uma legislação específica para regular as condutas sanitárias da zona rural, uma vez que as fazendas apresentavam situações insalubres aos habitantes, como falta de saneamento e estruturas inapropriadas. Em seus termos:

[A Comissão contra o Tracoma] Continuou a prestar serviços de incontestável relevância para este departamento do Serviço Sanitário do Estado. Mais produtiva seria a sua ação pudesse contar com outros elementos de apoio, dentre os quais avulta a existência de um Código Sanitário Rural. De fato, sem meios legais de modificar a maneira de viver dos habitantes do campo, de regulamentar a construção dos domicílios, de resolver o problema da água potável, dos acidentes topográficos, geradores de anofelinos, do destino a dar às águas servidas e às fezes nas zonas rurais, como poderá aquela Comissão satisfazer os fins para que foi criada, de combater o tracoma, a malária, a ancilostomíase? Terá apenas de espalhar conselhos, sem recursos para fazer observá-los mesmo nos casos os mais prementes (São Paulo – estado, 1917, p.24).

Essas e outras considerações sobre a necessidade de regulamentar as condições sanitárias da zona rural resultaram, no final de 1917, na promulgação do Código Sanitário Rural, já na gestão de Arthur Neiva no Serviço Sanitário. No mesmo ano, foi criada também a terceira Comissão de Combate ao Tracoma, mantendo o caráter itinerante da comissão anterior, percorrendo as localidades e nelas permanecendo pelo tempo necessário para controlar a doença. A terceira comissão foi formada segundo os preceitos do Código Sanitário Rural e das disposições da Comissão de Higiene Rural com a finalidade de “observância das leis sanitárias relativamente à prevenção e repressão de tudo quanto possa comprometer a saúde pública” (São Paulo – estado, 9 abr. 1918). Essas comissões permaneceram até a Reforma Paula Souza, em 1925, quando foram incorporadas à Inspetoria de Higiene (Luna, 1993).

### **Considerações finais**

Quando Emílio Ribas assumiu a direção do Serviço Sanitário após conseguir controlar a febre amarela em Campinas, o estado de São Paulo ainda sofria com outros focos dessa doença e com o risco de nova epidemia de varíola. Somente depois de 1903, quando conseguiu resolver esses dois problemas mais urgentes, é que o diretor pôde propor medidas sanitárias e profiláticas que atendessem o estado de São Paulo como um todo. Em 1904, junto com o secretário do Interior, Ribas montou um grupo formado por médicos, engenheiros e representantes das municipalidades para reorganizar o Serviço Sanitário, em um processo que levaria à assinatura do decreto n.1.343 em 1906 e que centralizaria no estado os serviços de saúde pública municipais.

Dentro desse projeto de centralização, que gerou dissensos entre os poderes estadual e municipais, esteve a implantação dos Serviços de Profilaxia e Tratamento do Tracoma, uma ação intensiva que buscou atender enfermos das áreas rurais do estado.

Este artigo destaca o que foi esse serviço de combate ao tracoma e como, por meio dos médicos das comissões, Emílio Ribas pôde ter acesso às fazendas privadas, locais vistos até então como proibidos aos agentes governamentais. A primeira comissão, com o curto período de atuação de 1 ano e 8 meses, não foi suficiente para extinguir a endemia de tracoma no estado. Com uma nova comissão implantada em 1911, o Serviço Sanitário conseguiu ampliar os serviços, podendo atender um número maior de enfermidades e ter mais acesso às fazendas. No entanto, a segunda comissão foi implantada no momento em



que uma nova reorganização do Serviço Sanitário havia sido realizada e exigências sobre a autonomia municipal foram acatadas.

Mesmo tendo dificuldades de implantar todos esses objetivos na primeira iniciativa, Emílio Ribas conseguiu mapear e ingressar nas áreas rurais em um período em que os debates sobre um Código Sanitário Rural ainda não haviam se iniciado. Não tencionamos com isso comparar as atuações da Comissão de Tracoma com as prerrogativas do Código Sanitário Rural de 1917, uma vez que este expediu intimações e aplicou multas para os transgressores da regulamentação sanitária. Todavia, enfatizamos que havia a intenção do médico Emílio Ribas de iniciar uma ação na área rural, desfazendo-se da ideia de que a atuação estadual relativa à saúde pública estava destinada somente às áreas urbanas dos municípios.

Concluímos, dessa forma, que Emílio Ribas, ao criar uma grande estrutura em 1906 que unificou os esforços dos inspetores dos 14 distritos sanitários com as equipes de atendimento das comissões do tracoma, buscou formar um complexo aparato sanitário e profilático estadual para combater as epidemias e endemias presentes tanto no interior quanto na capital.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Marta.  
Combates sanitários e embates científicos:  
Emílio Ribas e a febre amarela em São Paulo.  
*História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.6, n.3,  
p.577-607. 1999-2000.
- ALMEIDA, Marta.  
*República dos invisíveis*: Emilio Ribas,  
microbiologia e saúde pública em São Paulo  
(1898-1917). Dissertação (Mestrado em História  
Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo.  
1998.
- AL-RIFAI, Kassim M.J.  
Trachoma through history. *International  
Ophthalmology*, v.12, n.1, p.9-14. 1988.
- ÁLVARO, Guilherme.  
Profilaxia e tratamento das oftalmias do oeste  
de São Paulo. *Revista Médica de São Paulo*, ano 7,  
n.24, p.580-582. 1904.
- AVULSOS.  
Avulsos. *O Estado de S. Paulo*, p.2. 27 nov. 1906.
- BASSANEZI, Maria S.C.  
*Fazenda de Santa Gertrudes*: uma abordagem  
quantitativa das relações de trabalho em uma  
propriedade rural paulista, 1895-1930. Tese  
(Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade  
Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São  
Paulo. 1973.
- BASSANEZI, Maria S.C. et al.  
*Atlas da imigração internacional em São Paulo,  
1850-1950*. São Paulo: Editora Unesp. 2008.
- BERNARDINI, Sidney P.  
*Construindo infraestruturas, planejando territórios*:  
a Secretaria de Agricultura, Comércio e Obras  
Públicas do governo estadual paulista (1892-  
1926). Tese (Doutorado em Arquitetura e  
Urbanismo) – Universidade de São Paulo, São  
Paulo. 2007.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio.  
*História social da tuberculose e do tuberculoso,  
1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2001.
- BERTUCCI, Liane Maria.  
*Influenza, a medicina enferma*: ciência e práticas  
de cura na época da gripe espanhola em São  
Paulo. Campinas: Editora da Unicamp. 2004.
- BURNIER, Penido.  
O tracoma no Brasil: sua origem e difusão.  
*Arquivos do Instituto Penido Burnier*, v.1, n.1, p.62-  
72. 1932.
- COMBATE...  
Combate ao tracoma. *O Pharol*, p.1. 7 jul. 1906.
- FARIA, Lina Rodrigues de.  
A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde  
em São Paulo (1920-1930): perspectivas  
históricas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*,  
v.9, n.3, p.561-590. 2002.

FERREIRA, Antônio Celso; LUCA, Tânia Regina. Medicina e práticas médicas em São Paulo: uma introdução. In: Mota, André; Marinho, Gabriela (Org.). *Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces*. São Paulo: USP; Universidade Federal do ABC; Casa de Soluções e Editora. 2013.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política e da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec; Anpocs. 1998.

INTERIOR...  
Interior: combate ao tracoma. *O Paiz*, p.2. 17 jul. 1906.

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

MALA...  
Mala do interior: S. Simão. *Correio Paulistano*, p.3. 9 mar. 1914.

MANTOVANI, Rafael Leite. *Modernizando a ordem em nome da saúde: doenças, política e administração urbana em São Paulo, 1805-1840*. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 2015.

MARQUESE, Rafael; TOMICH, Dale. O Vale do Paraíba escravista e a formação do mercado mundial do café no século XIX. In: Grinberg, Keila; Salles, Ricardo (Org.). *O Brasil Imperial*. v.2: 1831-1870. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. p.339-383. 2009.

MARTINS, Valter. Cidade-laboratório: Campinas e a febre amarela na aurora republicana. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.22, n.2, p.507-524. 2015.

MASCARENHAS, Rodolfo. *Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo*. Tese (Livredocência em Técnica de Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 1949.

MASTROMAURO, Giovana Carla. *As ações higienistas e a tuberculose em São Paulo (1890-1924)*. Tese (Doutorado em História) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2013.

MELO, José E.V. Café com açúcar: a formação do mercado consumidor de açúcar em São Paulo e o nascimento da grande indústria açucareira paulista na segunda metade do século XIX. *Saeculum*, n.14, p.74-93. 2006.

MERHY, Emerson Elias. *A emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo: o capitalismo e a saúde pública*. Campinas: Papirus. 1987.

MOTA, André. No caminho dos tropeiros: sanitarismo paulista e municipalidades na República Velha. In: Monteiro, Yara (Org.). *História da saúde: olhares e veredas*. São Paulo: Instituto de Saúde. p.175-182. 2010.

MOTA, André. *Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista entre 1892-1920*. São Paulo: Edusp. 2005.

MOTA, André; BADDINI, Cássia. M. Dilemas revelados e mito desfeito: Sorocaba e a epidemia de febre amarela na República Velha. In: Mota, André; Marinho, Gabriela (Org.). *Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces*. São Paulo: USP; UFABC; Casa de Soluções e Editora. p.153-182. 2013.

MOTA, André; MARINHO, Gabriela (Org.). *Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces*. São Paulo: USP; UFABC; Casa de Soluções e Editora. 2013.

NOTAS.  
Notas. *Correio Paulistano*, p.1. 13 jul. 1906.

NOTAS.  
Notas. *Correio Paulistano*, p.1. 20 jun. 1906.

NOTAS.  
Notas. *Correio Paulistano*, p.1. 17 jun. 1906.

NOTAS...  
Notas e informações. *O Estado de S. Paulo*, p.1. 24 ago. 1906.

NOTAS...  
Notas e informações. *O Estado de S. Paulo*, p.1. 16 ago. 1906.

NOTAS...  
Notas e informações. *O Estado de S. Paulo*, p.2. 4 jul. 1906.

NOTAS...  
Notas e informações. *O Estado de S. Paulo*, p.1. 17 fev. 1905.

OPAS.  
Organización Panamericana de la Salud. Tracoma. *Boletín de la Oficina Panamericana*, v.7, n.7, p.839. 1928.

OS MUNICÍPIOS.  
Os municípios. *O Estado de S. Paulo*, p.2. 25 jul. 1906.

O TRACOMA.  
O tracoma. *Correio Paulistano*, p.1. 27 jul. 1906.

OTTONI, David.

Clínica oftalmológica: conjuntivite granulosa. *Brasil Médico*, ano 12, n.41, p.362-365. 1898.

PAPARCONE, Ernesto.

*Il tracoma e sue complicazioni*. Milano: Società Editrice Libreria. 1922.

POLACK, Sarah et al.

Mapping the global distribution of trachoma. *Bulletin of the World Health Organization*, v.83, n.12, p.913-919. 2005.

RIBAS, Emílio.

Relatório referente ao ano de 1906, apresentado pelo Dr. Emílio Ribas, Diretor do Serviço Sanitário ao Sr. Secretário dos Negócios do Interior. *Revista Médica de São Paulo*, ano 10, n.11. 15 jun. 1907.

RIBEIRO, Maria A.

*História sem fim*: um inventário da saúde pública, São Paulo, 1880-1930. Tese (Doutorado em Economia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1991.

RIBEIRO, Maria A.; JUNQUEIRA, Marili P.

A saúde pública nas cidades de Rio Claro, São Carlos e Araraquara, em fins do século XIX. In: Mota, André; Marinho, Gabriela (Org.). *Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces*. São Paulo: USP; UFABC; Casa de Soluções e Editora. p.235-258. 2013.

SANTOS, Luiz Antonio Castro.

*Power, ideology and public health in Brazil, 1889-1930*. Tese (Doutorado em Sociologia) – Harvard University, Cambridge. 1987.

SÃO CARLOS...

São Carlos do Pinhal. *Correio Paulistano*, p.4. 19 set. 1906.

SÃO PAULO...

São Paulo: O trachoma. *Jornal do Brasil*, p.3. 6 jun. 1906.

SÃO PAULO – estado.

Decreto n.2.918, de 9 abril de 1918. Dá execução ao Código Sanitário do Estado de São Paulo. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1918/decreto-2918-09.04.1918.html>>. Acesso em: 3 mar. 2016. 1918.

SÃO PAULO – estado.

*Relatório do Serviço Sanitário do estado de São Paulo, anos de 1913, 1914 e 1915*. São Paulo: Tipografia do Diário Oficial. 1917.

SÃO PAULO – estado.

*Relatório da Secretaria do Interior, ano de 1912*. São Paulo: Tipografia Brasil. 1914.

SÃO PAULO – estado.

Decreto n.2.141, de 14 de novembro de 1911. Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1911/decreto-2141-14.11.1911.html>>. Acesso em: 3 mar. 2016. 1911.

SÃO PAULO – estado.

*Relatório da Secretaria do Interior, anos de 1907 e 1908*. São Paulo: Duprat. 1908.

SÃO PAULO – estado.

*Relatório da Secretaria do Interior, ano de 1906*. São Paulo: Tipografia do Estado de São Paulo. 1907.

SÃO PAULO – estado.

Decreto n.1.395, de 3 de setembro de 1906. Cria, na Diretoria do Serviço Sanitário, o serviço de profilaxia e tratamento do “Tracoma”. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1906/decreto-1395-03.09.1906.html>>. Acesso em: 3 mar. 2016. 1906.

SÃO PAULO – estado.

Decreto n.1.343, de 27 de janeiro de 1906. Divide o território do estado em distritos sanitários e dispõe a respeito da polícia sanitária. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1906/decreto-1343-27.01.1906.html>>. Acesso em: 3 mar. 2016. 1906.

SÃO PAULO – estado.

*S.S. – Serviço contra o tracoma*: nomeações. [s.l.]: [s.n.] (Arquivo do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas, São Paulo). 1906.

SÃO PAULO – estado.

Decreto n.394 de 7 de outubro de 1896. Aprova o regulamento do Serviço Sanitário. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1896/decreto-394-07.10.1896.html>>. Acesso em: 3 mar. 2016. 1896.

SÃO PAULO – estado.

Lei n.240, de 4 de setembro de 1893. Reorganiza o Serviço Sanitário de São Paulo. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1893/lei-240-04.09.1893.html>>. Acesso em: 3 mar. 2016. 1893.

SÃO PAULO – estado.

Decreto n.87, de 29 de julho de 1892. Organiza o Serviço Sanitário do estado. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1892/decreto-87-29.07.1892.html>>. Acesso em: 3 mar. 2016. 1892.

SÃO PAULO – estado.

Lei n.16, de 13 de novembro de 1891. Organiza os municípios do estado. Disponível em:

<<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1891/lei-16-13.11.1891.html>>.

Acesso em: 3 mar. 2016. 1891.

SÃO PAULO – estado.

Decreto n.1.235, de 17 de dezembro de 1904.

In: Gonçalves, Marly Leme (Org.). *Legislação estadual referente ao combate do tracoma*: conjunto de leis e decretos, 1904 a 1969. [s.l.]: [s.n.]. (Arquivo do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas, São Paulo). s.d.

SCHELLINI, Silvana; SOUSA, Roberta.

Tracoma: ainda uma importante causa de cegueira. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, n.71, v.3, p.199-204. 2012.

SCHLOSSER, Katherine.

*History of trachoma*. International Trachoma Initiative. Disponível em: <<https://www.nps.gov/elis/learn/education/upload/Trachoma-Through-History-2.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2016. 2011.

SILVA, Márcia Regina de Barros.

Concepção de saúde e doença nos debates parlamentares paulistas entre 1830 e 1900. In: Mott, Maria Lúcia; Sanglard, Gisele (Org.).

*História da saúde*: São Paulo, instituições e patrimônio histórico e arquitetônico (1808-1958). Barueri: Minha Editora. p.63-91. 2011.

S. PAULO.

S. Paulo. *Jornal do Commercio*, p.5. 10 jul. 1913.

STOLCKE, Verena.

*Cafecultura*: homens, mulheres e capital (1850-1980). São Paulo: Brasiliense. 1986.

TAYLOR, Henry R.

Tracoma, is it history? *Eye: Journal of The Royal College of Ophthalmologists*, n.23, p.2007-2022. 2009.

TEIXEIRA, Luiz Antonio.

Da transmissão hídrica à culicidiana: a febre amarela na sociedade de medicina e cirurgia de São Paulo. *Revista Brasileira de História*, v.21, n.41, p.217-242. 2001.

TELAROLLI JR., Rodolpho.

*Poder e saúde*: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: Editora da Universidade Paulista. 1996.

TELAROLLI JR., Rodolpho.

*Poder local na República Velha*. São Paulo: Companhia Editora Nacional. 1977.

