



**Obra publicada pela
Universidade Federal
de Pelotas**

Reitor

Pedro Rodrigues Curi Hallal

Vice-Reitor

Luis Isaías Centeno do Amaral

Direção de Gabinetes da Reitoria

Taís Ullrich Fonseca

Pró-Reitora de Ensino

Maria de Fátima Cossio

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação e Inovação

Flávio Fernando Demarco

Pró-Reitora de Extensão e Cultura

Francisca Ferreira Michelon

Pró-Reitor de Assuntos Estudantis

Mário Renato de Azevedo Jr.

Pró-Reitor Administrativo

Ricardo Hartlebem Peter

Pró-Reitor de Gestão da Informação e Comunicação

Julio Carlos Balzano de Mattos

Pró-Reitor de Planejamento e Desenvolvimento

Otávio Martins Peres

Pró-Reitor de Gestão de Pessoas

Sérgio Batista Christino

Editora e Gráfica Universitária - Conselho Editorial

Pres. do Conselho Editorial: João Luis Pereira
Ourique

Repr. das Engenharias e Computação: Darci Alberto
Gatto

Repr. das Ciências Biológicas: Flávio Roberto Mello
Garcia e Marines Garcia (suplente)

Repr. das Ciências da Saúde: Francisco Augusto
Burkert Del Pino e Claiton Leoneti Lencina
(suplente)

Repr. das Ciências Agrônômicas: Cesar Valmor
Rombaldi, Guilherme Albuquerque de Oliveira
Cavalcanti (suplente) e Fabrício de Vargas
Arigony Braga (suplente)

Repr. das Ciências Humanas: Márcia Alves da Silva
e Cláudio Baptista Carle (suplente)

Repr. das Ciências Sociais Aplicadas: Carla Rodrigues
Gastaud

Repr. das Linguagens e Artes: Josias Pereira da Silva
e Eleonora Campos da Motta Santos (suplente)

Instituto de Ciências Humanas

Diretor: Prof. Dr. Sebastião Peres

Vice-Diretora: Profa. Dra. Andréa Lacerda
Bachettini

*Núcleo de Documentação História da UFPel – Profa.
Beatriz Ana Loner*

Coordenadora:

Profª Dra. Lorena Almeida Gill

Membros do NDH:

Profª Dra. Lorena Almeida Gill

Prof. Dr. Aristeu Elisandro Machado Lopes

Técnico Administrativo:

Paulo Luiz Crizel Koschier

História em Revista – Publicação do Núcleo de Documentação Histórica

Comissão Editorial:

Prof. Dr. Aristeu Elisandro Machado Lopes
Prof^a Dra. Lorena Almeida Gill

Conselho Editorial:

Prof^a Dra. Helga I. Landgraf Piccolo (UFRGS)
Prof. Dr. René Gertz (UFRGS) (PUCRS)
Prof. Dr. Temístocles A. C. Cezar (UFRGS)
Prof^a. Dra. Beatriz Teixeira Weber (UFSM)
Prof^a. Dra. Maria Cecília V. e Cruz (UFBA)
Prof. Dr. Marcelo Badaró Mattos (UFF)
Prof^a. Dra. Joan Bak (Univ. Richmond – USA)
Prof. PhD Pablo Alejandro Pozzi (Universidad de Buenos Aires).
Prof. Tommaso Detti (Università Degli Studi di Siena)

Editores: Angela Beatriz Pomatti, Éverton Reis Quevedo, Véra Lucia Maciel Barroso

Editoração e Capa: Paulo Luiz Crizel Koschier

Imagem da capa: Théobald Chartran(1849-1907) Laennec, no Hospital Necker, ausculta um tísico na frente de seus alunos (1816) (1889), mural, Salle Péristoryle da Sorbonne.

Pareceristas ad hoc: Marcelo Vianna (IFRS) | Luciana da Costa de Oliveira (UNISINOS) | Cristiano Enrique de Brum (PUCRS) | Ana Paula Korndorfer (UNISINOS) | Marlise Maria Giovanaz (UFRGS) | Ana Celina Figueira da Silva (UFRGS) | Joana Carolina Schossler (UNICAMP) | Danielle Heberle Viegas (UNILASALLE) | Micaele Irene Scheer (UFRGS) | Zingaro Homem de Medeiros (UFRGS) | Aristeu Elisandro Machado Lopes (UFPel) | Eduarda Borges (UFRGS) | Marcia

Regina Bertotto (UFRGS) | João Gabriel Toledo Medeiros (UNISINOS) | Rodrigo de Azevedo Weimer (Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul) | Jonas Moreira Vargas (UFPel) | Clarissa de Lourdes Sommer Alves (Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul) | Regina Célia Lima Xavier (UFRGS) | Leonardo de Oliveira Conedera (UDESC) | Beatriz Teixeira Weber (UFSM).

Editora e Gráfica Universitária

R Lobo da Costa, 447 – Pelotas, RS – CEP 96010-150 | Fone/fax: (53)3227 8411
e-mail: editora@ufpel.edu.br

Edição: 2020/2

ISSN – 2596-2876

Indexada pelas bases de dados: Worldcat Online
Computer Library Center | Latindex | Livre: Revistas de Livre Acesso | International Standard Serial Number | Worldcat | Wizdom.ai | Zeitschriften Datenbank

UFPel/NDH/Instituto de Ciências Humanas

Rua Cel. Alberto Rosa, 154 - Pelotas/RS - CEP: 96010-770

Fone: (53) 3284 3208 -

<http://wp.ufpel.edu.br/ndh/>

e-mail: ndh.ufpel@gmail.com

*** obra publicada em janeiro de 2021.**



Dados de catalogação na fonte:

Aydê Andrade de Oliveira - CRB - 10/864

História em revista / publicação do Núcleo de Documentação Histórica.
Instituto de Ciências Humanas. Universidade Federal de Pelotas.
v.26/1, (dez. 2020). – Pelotas: Editora da UFPel, 2020.

1v.

Semestral

ISSN 2596-2876

1. História - Periódicos. I. Núcleo de Documentação Histórica.
Instituto de Ciências Humanas. Universidade Federal de Pelotas.

CDD 930.005

Os textos contidos neste volume são de responsabilidade exclusiva de seus respectivos autores. Salvo informação explícita em contrário, o(a)(s) autor(a) (es) respondem pelas informações textuais e imagéticas contidas no presente volume. O padrão ortográfico e o sistema de citações e referências bibliográficas são prerrogativas de cada autor. Da mesma forma, o conteúdo de cada artigo é de inteira e exclusiva responsabilidade dos mesmos.

SUMÁRIO

DOSSIÊ: HISTÓRIA DA SAÚDE, DAS DOENÇAS E DA ASSISTÊNCIA

APRESENTAÇÃO

INTRODUCTION

ANGELA BEATRIZ POMATTI, ÉVERTON REIS QUEVEDO, VÉRA LUCIA MACIEL BARROSO 8

SAÚDE TEM HISTÓRIA 12

ENTRE DIFERENÇAS E SIMILARIDADES: UM ESTUDO COMPARATIVO A RESPEITO DOS OLHARES SOBRE A “SAÚDE” E A “DOENÇA” EM “MANUAIS DE MEDICINA POPULAR”, HOMEOPÁTICOS E ALOPÁTICOS, DE FINAIS DO OITOCENTOS 13
ANDRÉ PORTELA DO AMARAL

CIRCULACIÓN, PRÁCTICAS Y MEDICINA POPULAR. EM REFLEXIÓN SOBRE EL CURANDERISMO EM EL SIGLO XIX ARGENTINO 32
ASTRID DAHHUR

“O EXERCÍCIO DE CURAR SUPÕE O HÁBITO E COSTUME DE O FAZER”: BOTICAS E BOTICÁRIOS NO OITOCENTOS NO BRASIL MERIDIONAL 45
PAULO STAUDT MOREIRA E NIKELÉN ACOSTA WITTER

SOBRE AS VIRTUDES MEDICINAIS DOS INSETOS NA OBRA *PARAGUAY NATURAL ILUSTRADO* DE JOSÉ SÁNCHEZ LABRADOR S. J. (1776-1776) 67
ELLANE CRISTINA DECKMANN FLECK

DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS À ENGENHARIA DE TECIDOS: A HISTÓRIA QUE TEM REVOLUCIONADO A MEDICINA E SALVADO VIDAS 90
LAURA SCHÄFER E MARIA HELENA ITAQUI LOPES

DOENÇAS E HISTÓRIAS 105

AS DOENÇAS E O ATENDIMENTO AOS ENFERMOS NOS PRIMÓRDIOS DA OCUPAÇÃO DO CONTINENTE DE SÃO PEDRO (SÉCULO XVIII) 106
ROGÉRIO MACHADO DE CARVALHO

“MUI SEÑOR MIO, DESPUES DE HAUER RECONOZIDO LAS MEDIZINAS, PARESE QUE HA ENCONTRADO DE MENOS TODO LO QUE PARESE SU PAPEL”: UM ESTUDO SOBRE OS TUMORES NO PARAGUAI COLONIAL (SÉC. XVII-XVIII) 124
BERNARDO TERNUS DE ABREU

O FENÔMENO IMIGRATÓRIO E O CONTROLE DO TRACOMA: REPERCUSSÕES DA DOENÇA 146
LEONOR C. BAPTISTA SCHWARTSMANN

PÁGINAS DE UM SABER MÉDICO: A PRESENÇA DA TUBERCULOSE EM TRABALHOS PUBLICADOS NO ARCHIVOS RIO-GRANDENSES DE MEDICINA	163
<i>BRUNO CHEPP DA ROSA</i>	
CONCEPÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA EXPOSIÇÃO “GRIPE ESPANHOLA: A MARCHA DA EPIDEMIA” DO MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL	186
<i>ANGELA BEATRIZ POMATTI E GLÁUCIA G. LIXINSKI DE LIMA KULZER</i>	
HISTÓRIA, MEMÓRIA E COMPORTAMENTOS SOCIAIS EM TEMPOS DE COVID-19	
<i>JANETE ABRÃO</i>	209
“SINTO FALTA DE ABRAÇOS”: OS IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NA VIDA COTIDIANA DOS ALUNOS E ALUNAS DA UFPel	
<i>QUEZIA GALARCA DE OLIVEIRA, MILENA DA SILVA LANGHANZ E LORENA ALMEIDA GILL</i>	230
INSTITUIÇÕES E ASSISTÊNCIA: TRAJETÓRIAS	240
A SUPERLOTAÇÃO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO: IMPLICAÇÕES NA INTERNAÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS ENTRE OS ANOS DE 1932 E 1937 (PORTO ALEGRE/RS)	
<i>LISIANE RIBAS CRUZ</i>	241
ESTIGMA DA LEPROSA: O MANEQUIM LÁZARO NA EXPOSIÇÃO DO MEMORIAL DO HOSPITAL COLÔNIA ITAPUÃ	
<i>HELENA THOMASSIM MEDEIROS, JULIANE CONCEIÇÃO PRIMON SERRES E DIEGO LEMOS RIBEIRO</i>	258
A ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR MODERNA E A (RE) PRODUÇÃO DO VIVER SOCIAL NO HOSPITAL MIGUEL COUTO EM NATAL (1927-1955)	
<i>ANDRÉ MOTA E RODRIGO OTÁVIO DA SILVA</i>	276
A MATERNIDADE DO RIO DE JANEIRO: HISTÓRIA, ENSINO E ASSISTÊNCIA NO RIO DE JANEIRO	
<i>CAROLINE PEREIRA DAMIN PRITSIVELIS, ANTONIO RODRIGUES BRAGA NETO, ANTONIO CARLOS JUCA DE SAMPAIO, JORGE FONTE DE REZENDE FILHO E JOFFRE AMIM JUNIOR</i>	299
CENTROS DE SAÚDE E POSTOS DE HIGIENE: NOVAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE PARA NOVAS POLÍTICAS PÚBLICAS (RIO GRANDE DO SUL, 1928-1945)	
<i>GABRIELLE WERENICZ ALVES</i>	312
CUIDAR DE POBRES DOENTES NAS MEMÓRIAS DE ENFERMEIRAS RELIGIOSAS NA SANTA CASA DE PORTO ALEGRE (1956-1973)	
<i>VÉRA LUCIA MACIEL BARROSO</i>	332

ARTIGOS LIVRES

ENTRE COIMBRA E VILA DO PRÍNCIPE: A ATUAÇÃO DO PADRE DR. MANUEL JOSÉ DA
FONSECA BRANDÃO NA PARÓQUIA DE NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, COMARCA DO
SERRO DO FRIO, MINAS GERAIS, 1778 A 1797

347

DANILO ARNALDO BRISKIEVICZ

348

MODELOS DE ESPACIALIDADE NA HISTÓRIA E NA GEOGRAFIA – UMA COMPARAÇÃO
ENTRE A HISTÓRIA LOCAL FRANCESA E A REPRESENTAÇÃO DO ESPAÇO NAS GERAÇÕES
SUBSEQUENTES

JOSÉ D'ASSUNÇÃO BARROS

369

(RE)ESCRITURAS NEGRAS EM PÁGINAS BRANCAS: UMA REFLEXÃO A PARTIR DO PROCESSO
DE PATRIMONIALIZAÇÃO DA SERRA DA BARRIGA

388

RAYANNE MATIAS VILLARINHO E ANA MARÍA SOSA GONZÁLEZ

O FENÔMENO IMIGRATÓRIO E O CONTROLE DO TRACOMA: REPERCUSSÕES DA DOENÇA

INMIGRATION AND THE CONTROL OF TRACHOMA DISEASE: REPERCUSSIONS OF THE ILLNESS

Leonor C. Baptista Schwartzmann¹

Resumo: Este artigo tem como objetivo identificar as relações entre imigração e tracoma, uma doença ocular de grande incapacitação que pode levar à cegueira. Procurou-se fazer uma abordagem da enfermidade a partir de autores que explicaram sua presença ligada à mobilidade humana pelo país. Identificada como novo perigo brasileiro à semelhança da febre amarela nos anos anteriores. Por meio de artigos científicos e jornais, observou-se as disputas existentes entre Brasil e Argentina vinculadas à questão do tracoma, origem dos focos, disseminação e controles de imigração pelas fronteiras. Realizado estudo das características dos imigrantes internados na Enfermaria de Oftalmologia da Santa Casa de Porto Alegre, antes da utilização da sulfalnamida. Acredita-se que as medidas preventivas e educacionais criadas, assim como a Campanha Contra o Tracoma e o advento da nova terapia, auxiliaram na erradicação da doença.

Palavras-chave: Tracoma. Imigração. Mobilidade humana. Cegueira. Brasil

Abstract: In this article, the author discusses the relationships between immigration and trachoma, an ocular disease that caused severe incapacity and blindness. The published literature on its dissemination as a consequence of population migratory movements across Brazil during our history is described. In Brazil, trachoma was soon recognized as an epidemiological threat, similar to the yellow fever epidemics witnessed in previous years. Based on available medical and media reports, the origin of trachoma cases, its spread and the influence of distinct policies for disease control among neighbouring countries like Brazil and Argentina are presented. Epidemiological studies were performed with archive data from immigrant population treated in the Ophthalmology Unit at Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Brazil, prior to the introduction of sulfalnamida. The new treatment associated with preventive and educational measures helped in the eradication of the disease.

Keywords: Trachoma. Immigration. Human mobility. Blindness. Brazil

Introdução

Mazal Berakha, viúva, 50 anos, de nacionalidade síria, chegou ao Brasil, como imigrante, pelo vapor Croix, em 27 de novembro de 1927². Possuía dois filhos radicados no Brasil, Clemente e Sadka, que exerciam atividades no Rio Grande do Sul. Quando embarcou no navio, a doente estava sã, tendo adquirido o tracoma³ a bordo. O exame médico realizado na chegada constatou a presença

¹ Historiadora, pesquisadora sênior em História Serviço de Oncologia do Hospital Ernesto Dornelles. Doutora em História pelo Programa de pós-graduação em História da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS (2013). Mestre em História pela PUCRS (2007). Bacharel em História pela PUCRS (2003). Médica pela UFRGS (1981) E-mail: leonorschw@gmail.com.

² Informação obtida no jornal A Federação, “Assuntos Jurídicos”, edição do dia 7 de fevereiro de 1928, p. 1. Disponível em: <https://caminhosdosmuseus.wordpress.com/2013/09/16/jornal-a-federacao-1884-1937-digitalizado/> Acesso em: 10 mar. 2019.

³ Doença infecciosa causada pela *Chlamidia trachomatis*. A afecção inflamatória crônica pode ser acompanhada por uma ceratoconjuntivite crônica recidivante que, em decorrência de infecções repetidas, produz cicatrizes na conjuntiva palpebral,

do mal. A mulher ficou detida na Ilha das Flores, um dos pontos de entrada e controle dos imigrantes no Brasil. O diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, com ciência do diretor do Serviço de Povoamento, permitiu o desembarque e a sua internação no Sanatório Guanabara, baseado no artigo 1.419 do decreto 16.300.

O caso foi objeto de um pedido de habeas corpus impetrado em favor da mulher que aqui aportou como imigrante, por ter sido negado seu ingresso em território nacional. O juiz de primeiro grau indeferiu o pedido, entendendo que se tratava de estrangeira sofrendo de tracoma, considerada moléstia grave e contagiosa. Referindo-se aos direitos assegurados pelo artigo 72, parágrafo 10 da Constituição Federal da época, decidiu não ser lícita sua invocação pela impetrante, pois o dispositivo legal somente assegurava aos nacionais e estrangeiros residentes, únicos que, em tempo de paz, poderiam entrar no território nacional e dele sair, com sua fortuna e bens. O magistrado também ressaltou ser incontestável ao Estado o direito de proibir entrada ou desembarque do estrangeiro que, por qualquer modo, poderia ser nocivo ou inconveniente ao interesse da coletividade. Por fim, o juiz decidiu ser de competência da Diretoria do Serviço e Povoamento a fiscalização de “tais decretações”.

A situação da possível imigrante gerou controvérsia jurídica e teve recurso julgado no Supremo Tribunal Federal sob o nº. 22.272. A corte negou provimento ao recurso e reconheceu o direito do Estado de proibir a entrada de todo o estrangeiro portador de moléstia contagiosa grave, ainda que provasse ter renda para custear a própria subsistência, parentes ou pessoas que por tal se responsabilizassem. A decisão confirmou que a soberania do Estado é mais poderosa que os direitos individuais. O incidente atraiu a atenção dos jornais. A notícia sobre o indeferimento do *habeas corpus* estampou a primeira página do jornal A Federação, edição de 27 de fevereiro de 1928, e incluiu considerações do Dr. Abreu Fialho acrescentadas ao processo judicial. O renomado oftalmologista sustentava que existia um grave problema de saúde pública no país originado pela disseminação do mal e complicado pela ausência de um tratamento eficaz. Frisava que o Brasil não exercia plenamente o direito de controlar suas fronteiras a fim de evitar a entrada do mal:

A saúde pública corre grande perigo com a existência do tracoma disseminado em todo o território nacional. [...] porque o Brasil é tão liberal e manirrotto no dar como desprendido e inexigente no receber; doença de cuja gravidade falam concordes todos os observadores; que punge, velica, cega os olhos; [...] e que tanto dá na orla marítima como no chão da serra, como na planura do vale, como no remoto sertão; com uma copiosíssima forragem de remédios sem que a nenhum se possa recorrer confiadamente em todos os casos, porque são na maior parte frustrados (FIALHO, 1925, n.p. apud JORNAL A FEDERAÇÃO, 1928, p. 1)⁴.

Desde o final do século XIX e até meados do século XX, o tracoma foi considerado uma

podendo levar à formação de entrópio (pálpebra com a margem virada para dentro do olho) e triquíase (cílios invertidos tocando o olho). As lesões resultantes desse atrito podem levar a alterações da córnea (MINISTÉRIO da Saúde: Fundação Nacional da Saúde-MSFNS, 2001, p. 7) É uma das causas mais frequentes de doença infecciosa que leva à cegueira. Trata-se de uma enfermidade altamente transmissível e relacionada às precárias condições de higiene da população (falta de água, domicílios superlotados e latrinas inadequadas), às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, de rede de abastecimento de água e saneamento, ou seja, uma correlação com as precárias condições de vida dos afetados.

⁴ Informação obtida no jornal A Federação, “Assuntos Jurídicos”, edição do dia 7 de fevereiro de 1928, p. 1. Disponível em: <https://caminhosdosmuseus.wordpress.com/2013/09/16/jornal-a-federacao-1884-1937-digitalizado/> Acesso em: 10 mar. 2019.

enfermidade contagiosa e perigosa por um conjunto internacional de médicos e políticos. O Brasil e os principais países de imigração (Estados Unidos, Argentina, Austrália e Canadá) se organizaram com medidas destinadas a orientar e controlar os fluxos migratórios. Uma série de congressos, trabalhos científicos, materiais de propaganda, publicações legais, que se refletiram na inspeção de imigrantes e em campanhas de caráter sanitário, foram realizadas com a finalidade de entender e de controlar a circulação de pessoas nas fronteiras dos países (GIOIA, 2016). Estas medidas são exemplos dos intercâmbios de discursos e representações e podem fornecer elementos que identificam a origem de uma política sanitária transnacional, visível no controle sanitário da imigração internacional e que impediram o ingresso de imigrantes nos países por questões de saúde. Apesar de ter tornado-se endêmica, o combate à enfermidade só entrou tardiamente na agenda do governo do Rio Grande do Sul.

O estudo da história dos controles sanitários da imigração faz-se necessário para a compreensão das relações entre ciência, medicina, políticas migratórias e saúde. A seguir, discutiremos a conduta inicial do Rio Grande do Sul, que, seguindo São Paulo no volume de imigrantes, identificou o tracoma e suas complicações como um sério problema de saúde entre a população de imigrantes e seus descendentes. Ainda que tardiamente, o governo impôs medidas de profilaxia e prevenção da doença.

Imigração e a questão do tracoma no Brasil

Doenças infecciosas acompanham os grandes deslocamentos humanos. O tracoma pelas características de ser uma enfermidade infecciosa de alta contagiosidade, foi uma das que acompanharam estes movimentos. Existem vários registros sobre a moléstia no país.

J. F. Sigaud, um dos fundadores da Academia Nacional de Medicina, é o autor do livro “Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste Império”, publicado inicialmente em francês, em 1844. Destacou que as doenças do aparelho visual (oftalmia, catarata e a amaurose) eram muito comuns entre os escravizados, sendo de caráter grave e prognóstico sombrio, causando a cegueira num grande número de indivíduos, tanto nas cidades como no campo. O autor afirma que a oftalmia importada para o Brasil seguiu as mesmas características da oriunda do Egito, que se expandiu pela Europa levada pelos antigos combatentes de Napoleão Bonaparte. A oftalmia foi trazida pelos navios negreiros, causou epidemias no litoral brasileiro e se expandiu com muita rapidez nas cidades. Houve um surto no abrigo de crianças abandonadas do Rio de Janeiro que não poupou ninguém (SIGAUD, 2009). Saint-Hilaire (2002, p. 145), em viagem pelo sul do país, em 1820, escreveu que “a areia que o vento atira continuamente aos olhos das pessoas produz, no Rio Grande, oftalmias muito frequentes”. Certamente a doença ocorria por falta de asseio somado ao atrito nos olhos. Segundo Lycurgo Santos Filho (1977), o tracoma foi introduzido pelos africanos escravizados no século XVIII, junto com a ancilostomíase e a filariose. A doença era denominada de “oftalmia purulenta” e logo se disseminou, causando epidemias como a do Crato, no Ceará, em 1792, que seguiu a chegada de ciganos expulsos de Portugal, os quais se estabeleceram nas províncias do Ceará e do Maranhão, no final do século XVIII, constituindo-se o chamado primeiro foco da doença. Com a intensificação da imigração europeia, a doença disseminou-se por São Paulo e pelo Rio Grande do Sul, considerados o segundo e

terceiro focos de dispersão da doença, respectivamente (MSFNS, 2001).

As possibilidades de outras origens geográficas de imigrantes para a ampla incidência do tracoma são consideradas durante ou em anos posteriores aos grandes fluxos migratórios. Mascates de origem árabe e turca, como em geral eram conhecidos e tratados e que percorriam todo o “hinterland” brasileiro de Norte a Sul, levando as suas mercadorias também foram considerados disseminadores do tracoma (LUBISCO, 1937). Em São Paulo, a imigração japonesa após a Primeira Guerra Mundial cooperou para o agravamento da situação endêmica daquele estado, uma vez que muitos já eram vítimas do mal em seu país de origem (CARDOSO, 2020). No início da década de 1940, a enfermidade era ainda chamada de mal egípcio, remontando ao retorno do exército de Napoleão à França (CÔRREA-MEYER, 1940). Como percebe-se, teorias que explicaram a maneira de propagação da doença pelo Brasil sofreram alterações com o passar do tempo, sempre vinculadas às características dos diferentes grupos humanos em deslocamento.

De Boni e Costa escreveram (1984) sobre as condições higiênicas de navios que trouxeram imigrantes europeus para o Brasil. Narrativas de imigrantes afirmam que os navios, muitas vezes, já partiam dos portos europeus atulhados de passageiros, ou seja, que o número de passageiros era maior do que poderia ser embarcado. O medo de surgimento de doença contagiosa e das pestes era constante, o fantasma da morte estava presente. Muitas vezes não havia médicos a bordo. Pessoas eram transportadas juntos com animais, ou na tolda, com normas de higiene pouco observadas. Muitos passageiros eram refratários a toda a higiene corporal, predispondo a disseminação de conjuntivites ou outras doenças infecciosas. Desta maneira, o vapor transatlântico tornava-se imundo após alguns dias de travessia, obrigando a tripulação a lavar as dependências, o que aumentava a umidade. Crianças, sendo o grupo mais vulnerável, adquiriram doenças que as atormentariam meses depois de chegarem aos destinos. Relatos de diferentes epidemias (cólera, difteria) que causaram grande mortalidade a bordo ou no momento de chegada ao destino perduraram. Um velho ditado exemplifica os transtornos da travessia: “quem não souber por quem rezar, reze por aqueles que estão no mar” (DE BONI e COSTA, 1984, p. 98).

A doença ainda hoje possui focos endêmicos no Brasil. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) informam que mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo foram medicadas em 2017 para proteger-se de, pelo menos, uma das cinco principais doenças tropicais negligenciadas que possuem tratamento preventivo. Elas são a filariose linfática, a oncocercose, as helmintíases, o tracoma e a esquistossomose⁵.

Perspectivas da disseminação do tracoma no sul do Brasil

Nos primeiros anos do século passado, o tracoma foi uma das doenças infecciosas causadoras de grande sofrimento e de cegueira. Considerava-se a imigração como fator primordial na propagação da moléstia no país. A incidência no Rio Grande do Sul era elevada, principalmente nas regiões de colonização alemã e italiana. Tratava-se de uma doença altamente contagiosa que estava relacionada às precárias condições de higiene da população, às dificuldades de acesso aos serviços de

⁵ Informação obtida no Jornal Correio do Povo, edição do dia 4 de outubro de 2018.

saúde, de rede de abastecimento de água e saneamento. Indivíduos provenientes das regiões coloniais eram estigmatizados devido às aparentes precárias condições de higiene que se acompanhavam pela secreção de material purulento pelos olhos.

São Paulo é reconhecido como o estado brasileiro pioneiro no tratamento e implementação de atividades sanitárias no combate, controle e prevenção. Em 1904, foi criada legislação que visava proibir a entrada de imigrantes tracomatosos no porto de Santos, como acontecia nos Estados Unidos da América (EUA) e na Inglaterra. No entanto, esta política não perdurou, devido à pressão dos fazendeiros de café, que necessitavam da mão de obra imigrante. A proibição foi substituída por uma multa para o dono do navio que trouxesse imigrantes enfermos. A primeira medida de controle nacional ocorreu em 1923, quando foi decretado o Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, o qual proibia o desembarque de imigrantes com tracoma, medida naquele momento considerada ineficaz, pois a doença já estava disseminada, e não dependia mais da imigração para seu agravamento (SILVA et al, 2017).

A enfermidade afetava a mão de obra imigrante, que ao contrair a oftalmia, afastava o trabalhador de suas atividades. Os enfermos pobres, sem apoio para o tratamento por parte do governo, recorriam à assistência médica através das Santas Casas, de entidades filantrópicas ou de atendimentos gratuitos. Para os que tinham condições financeiras, a terapêutica ficava por conta dos médicos particulares, que cobravam valores considerados elevados pelo tratamento, que era longo e, muitas vezes, acompanhado por trocas diárias e dolorosas de curativos. Além da ausência do doente no local de trabalho, este deveria ser acompanhado por familiares que deixavam as regiões rurais na busca de cuidados especializados nas cidades. Era alta a reincidência da infecção e a produtividade era afetada. (LÓDOLA, 2016).

A disseminação e gravidade do tracoma por diferentes regiões do país era já reconhecida oficialmente e tendia a agravar-se. Em 1917, o diretor da Diretoria Geral de Saúde Pública, Dr. Carlos Seidl, em viagem pelo interior do país, reforçou a questão da possibilidade de o tracoma ser considerado o “novo perigo brasileiro”, como tinha sugerido anteriormente pelo oftalmologista argentino Otto Wernicke, em 1905. Seidl (1917) salientou que havia uma alta prevalência do tracoma no país ocasionada pela imigração, o que transformaria o país anteriormente estigmatizado pelos conhecidos casos de febre amarela, no país do tracoma. Inferiu que:

[...] a ignorância do contágio ao conseqüente desprezo por medidas de profilaxia que se deve atribuir a extensão da infecção [...] é sabido que foram colonos que trouxeram o tracoma ao Brasil. E já que não soubemos evitar a sua entrada cumpre-nos cercear com urgência a sua disseminação, destruindo a pecha, que se nos atira agora, de “país do tracoma”, como outrora se nos chamava de “país da febre amarela”. Esta, a meu ver, era menos nociva, porquanto não deixava, após si, cegos e incapazes para o trabalho, peso morto de uma nação (SEIDL, 1917, p.52)⁶.

Apesar da incidência em várias regiões do Brasil, ocorreu uma ausência de recordações mais significativas do mal pelos memorialistas, provavelmente em decorrência de ser uma moléstia de

6 Citação retirada do texto “Impressões de uma viagem a São Paulo”, publicado no Jornal A Federação, Porto Alegre, p. 52, 1 jun. 1917. Disponível em: <https://caminhosdosmuseus.wordpress.com/2013/09/16/jornal-a-federacao-1884-1937-digitalizado/>. Acesso em: 10 mar. 2019.

caráter não letal (LÓLODA e CAMPOS, 2017). A enfermidade desapareceu nos países desenvolvidos após a introdução das sulfas, no final da década de 1930, e da antibioticoterapia associadas a medidas de controle e prevenção.

Victor de Britto e o tracoma no Rio Grande do Sul

O Dr. Victor de Britto (1856-1924), oftalmologista e professor da Clínica de Olhos da Faculdade de Medicina e Farmácia de Porto Alegre, é reconhecido como um dos primeiros médicos a preocupar-se com a questão do tracoma no Brasil. Natural da Bahia, estado onde formou-se em Medicina e conquistou o título de doutor em 1878. Mudou-se, então, para o Rio Grande do Sul quando começou a clinicar em Pelotas; viajou para a Europa, fez especialização com o professor Louis Wecker, oftalmologista e criador de célebre clínica de oftalmologia em Paris⁷, e aperfeiçoamento em vários países europeus, retornando para o estado gaúcho. Em Porto Alegre, criou um serviço de moléstias dos olhos no Hospital Nossa Senhora das Dores e, mais tarde, uma enfermaria na Santa Casa; em 1888, proferiu palestra sobre o mal, ao ser admitido como membro da Academia Nacional de Medicina (OCTAVIANO, 1978). Além disso, teve as suas atividades associativas reconhecidas, atuando como sócio-fundador da Sociedade Rio-grandense Médico-Cirúrgica (1886) e membro fundador da Faculdade de Medicina e Farmácia de Porto Alegre (1898). Também chefiou a Clínica Oftalmológica da Santa Casa de Misericórdia da capital nas décadas iniciais do século passado, sendo que seus adjuntos eram Francisco Freire de Figueiredo e Oscar Noronha; e ocupou o cargo de provedor da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia (ISCOMPA) durante o triênio de 1919-1921, período conhecido pelas grandes reformas da instituição, ocasião em que criou o Primeiro Regulamento do Serviço Sanitário da instituição. E atuou ainda na política, sendo eleito deputado Federal (LETTI, 2013).

Britto apresentou um relato sobre sua experiência no acompanhamento de pacientes com tracoma no 3º Congresso Científico Latino-Americano realizado no Rio de Janeiro, na época Capital Federal, em 1905. Segundo o catedrático, o tracoma existia no Rio Grande do Sul, localizado de preferência nas zonas coloniais, e possuía a mesma gravidade que a existente nos países europeus, de onde provinha o fluxo imigratório. Um ponto que Britto levou ao debate foi a assertiva do Dr. Otto Wernicke, representante argentino, que o Brasil tinha tornado-se um novo perigo para a imigração devido ao tracoma. Dessa maneira, a infecção e a resultante possibilidade de contágio passavam a ser encaradas como assunto de defesa nacional, na medida em um representante de um governo estrangeiro sugeria que o Brasil tinha se tornado um foco perigosíssimo da doença com sua consequente repercussão no controle da entrada de imigrantes no país vizinho. Na polêmica, o brasileiro provou que a grande fonte da enfermidade existente no Rio Grande do Sul era causada pela própria imigração italiana, que estava em seu auge (SCHWARTSMANN, 2020).

7J.-M. Mouthon. Un répertoire biographique des médecins de langue allemande à Paris au XIXe siècle. Université de Paris. Base biographique. Disponível em: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/biographies/?cle=16620>. Acesso em: 13 dez. 2020.

As relações entre os dois países já eram conflitadas em decorrência de controvérsias científicas originadas ao se tentar estabelecer medidas internacionais de controle e prevenção que influenciariam no fluxo imigratório entre os dois países. Reforça-se que desde 1904 existia um convênio assinado entre Brasil, Argentina, Uruguai e Chile contra a difusão de doenças exóticas e que contemplava a presença de médicos provenientes dos países sul-americanos nos navios precedentes da Europa. (DEVOTO, 2004). Portanto, a corrente imigratória de trabalhadores estrangeiros direcionados ao país vizinho passava necessariamente pelos portos brasileiros, que eram vistos como suspeitos para a profilaxia argentina. Segundo Fernanda Rebelo (2010), os imigrantes eram considerados sempre infectados ou portadores de alguma moléstia. Sendo a febre amarela considerada a mais temida, ela encontrava-se na categoria de doença tropical e vinha acompanhada do chamado temor dos trópicos.

Nos debates, Britto salientou que, ao analisar a pesquisa apresentada pelo Dr. Otto Wernicke ao 2º Congresso Científico Latino-americano, não só a proporção de indivíduos com tracoma era mais elevada, mas a difusão da enfermidade era maior na Argentina do que no Rio Grande do Sul. Além desses aspectos, os mesmos dados provenientes do país vizinho, confrontados com o trabalho do Dr. Mello Barreto, apresentado ao referido congresso, autorizavam a concluir que a expansão do tracoma na Argentina era maior que no estado de São Paulo e que a doença estava domiciliada em zonas povoadas por imigrantes provenientes de países acometidos pelo tracoma. Britto concluiu que as soluções sugeridas ao governo argentino pelo Dr. Wernicke, que tinham como fim a separação dos imigrantes embarcados nos portos brasileiros com destino a República Argentina dos procedentes dos portos europeus para o mesmo destino, não se sustentavam e eram susceptíveis de sanção científica. Dessa maneira, as medidas higiênicas de caráter internacional a serem reforçadas deveriam conter, por fim, a entrada de imigrantes tracomatosos através de fiscalização rigorosa nos portos de partida e entrada. (SCHWARTSMANN, 2020).

Em vista do agravamento da moléstia em solo gaúcho, Victor de Britto escreveu uma série de editoriais informando sobre as características do tracoma e as condutas a serem tomadas para prevenir o mal. Entre as medidas indicadas pelo especialista citam-se: iniciar uma campanha de profilaxia; utilizar a consulta para orientação sobre o tratamento; criar uma campanha coordenada pelo governo, através dos jornais; incentivar medidas de higiene defensiva (polícia sanitária, profilaxia geral e higiene domiciliar) de responsabilidade do Governo Federal, acompanhadas pelo exame sistemático dos imigrantes nos portos para identificar os chamados imigrados tracomatosos; ministrar cuidados de higiene específicos para prevenir a disseminação em colégios e internatos. Ainda sugeriu à Diretoria de Higiene do Rio Grande do Sul que fosse feita uma propaganda sistemática para divulgar noções sobre os perigos da infecção e os meios higiênicos próprios para evitá-la. Frisou a necessidade de organização de um serviço específico para tratamento; a visita domiciliar nas zonas tracomatosas acompanhadas por exames oculares e fiscalização das condições higiênicas. Quanto ao local indicado para o tratamento dos doentes, este seria oferecido em serviço hospitalar desde que fosse impossível fazê-lo no domicílio (BRITTO, 1910d, p.1).

Dados sobre o tracoma na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

São escassos os dados oficiais sobre a enfermidade nas duas primeiras décadas do século passado no Rio Grande do Sul. Sabe-se que médicos individualmente tentaram combater o mal e que não havia um planejamento oficial de governo, mesmo tendo em sua presidência um oftalmologista, o Dr. Carlos Barbosa (1908-1913). Também são restritas as informações sobre as condições de atendimento dos pacientes tratados ambulatorialmente ou em internação na enfermaria de oftalmologia da Santa Casa de Porto Alegre até o início da década de 1910. As estatísticas incluídas nos Relatórios da Provedoria da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre nem sempre eram confiáveis e as anotações sobre as enfermidades, que afetavam os doentes nos momentos de internação ou alta, eram irregulares. A ênfase nos relatórios direcionava-se para as moléstias de maior mortalidade, morbidade ou impacto social como a tuberculose, o que não era a situação dos tracomatosos.

Informações coletadas pelo professor Victor de Britto, chefe da Enfermaria de Oftalmologia da Santa Casa, no triênio 1902-1904, denotam a preocupação em se evidenciar o vínculo da enfermidade com o fenômeno imigratório entre os 155 doentes internados com diagnóstico de tracoma (Tabela 1). Quanto a procedência, 32 eram moradores da capital (20,64 %). No registro, os brasileiros (95) foram classificados conforme suas origens entre brasileira, germânica ou italiana, como medida para realçar a imigração enquanto fator intercorrente da causa da enfermidade. Constata-se, assim, que os brasileiros sem ascendência germânica ou itálica seriam 16,2% do total. O restante dos casos comportava imigrantes de diferentes nacionalidades e os descendentes de alemães e italianos que residiam em Região Colonial.

Tabela 1 - Característica dos doentes internados na Enfermaria de Oftalmologia (1902-1904)

Nacionalidade	Nº Pacientes	Porcentagem
Brasileira (origem brasileira)	25	16,2 %
Brasileira (origem germânica)	62	40 %
Brasileira (origem italiana)	8	5,16 %
Italianos	26	16,77 %
Alemães	11	7,09 %
Russos	6	3,87 %
Árabes	9	5,80 %
Espanhóis	4	2,58 %
Poloneses	3	1,93 %

Franceses	1	0,64 %
Total	155	100 %

Fonte: elaborada pela autora com base em Lubisco (1937).

No início da década de 1910, a enfermaria possuía 12 leitos e uma pequena sala adjacente, que funcionava como ambulatório e local para a realização de pequenos procedimentos. Uma freira auxiliava os médicos e prestava os cuidados dos doentes. Segundo Victor de Britto (1910b), o número de doentes em tratamento era elevado. Em torno de 60 pessoas com tracoma eram acompanhadas diariamente, entre pacientes ambulatoriais e/ou hospitalizados, frisando que “essa cifra é bem significativa para dar uma ideia aproximada da proporção de tracomatosos entre nós” (BRITTO, 1910a, p.1). A maioria dos pacientes procedia das regiões coloniais e apresentava sequelas tardias de tratamentos mal conduzidos, como cauterizações profundas e excisões, que eram acompanhadas por destruições da mucosa, formação de cordões cicatríciais e alterações da conjuntiva palpebral.

O tratamento disponibilizado no serviço de oftalmologia incluía a utilização do jequiriti, sulfato de cobre, sublimado, instilações de sais orgânicos de prata (protargol ou argirol) e pomada amarela, massagens medicamentosas, aplicação de nitrato de prata, escarificações, cauterizações com sulfato de cobre e utilização do *radium*, como terapêutica nos diversos estágios da moléstia. A eletrólise, se indicada, era associada com o método electro-sublimado-jequitírico, praticado por H. Coppez em Bruxelas.

A partir de 1912, percebe-se uma maior riqueza de informações sobre os pacientes tracomatosos nos relatórios. Certamente foi consequência da controvérsia sobre o tipo de tratamento clínico que ocorreu entre Victor de Britto e o oftalmologista italiano, Dr. Cini, radicado em Porto Alegre e que atendia no Hospital Beneficência Portuguesa de Porto Alegre. O embate envolveu demonstração de conhecimentos científicos, insinuações de charlatanismo e disputa por clientes (SCHWARTSMANN, 2017).

O relatório da Provedoria da ISCMPA informava que houve o total de 881 atendimentos oftalmológicos (internados e/ou ambulatoriais), sendo que 94 enfermos (10,66%) apresentaram o diagnóstico de tracoma no ano de 1911⁸. Em 1915, havia 884 doentes em acompanhamento ambulatorial e/ou hospitalar e a percentagem de tracomatosos atingiu 12,44%. 261 doentes (29,52%) foram admitidos em internação hospitalar, divididos entre 159 homens (60,91%) e 102 mulheres (39%). A solicitação da chamada “alta a pedido” foi um recurso frequentemente utilizado pelos internados na seção de oftalmologia: 56 indivíduos (21,45%) a solicitaram⁹. Quanto aos doentes em tratamento ambulatorial, não se tem a informação sobre os tipos de tratamento disponíveis, indicação, sintomatologia, evolução ou características dos pacientes que perduraram, lembrando que as dificuldades do tratamento, a falta de perspectiva de cura, a ausência nos trabalhos agrícolas e a cessão

8 Informação obtida no relatório da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre apresentado pelo provedor Cel. Antonio Soares de Barcellos, em 1º de janeiro de 1912. Oficinas Typographicas da Livraria do Globo, Porto Alegre p. 33, 1912.

9 Dados do relatório da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre apresentado ao suplente do vice-provedor em exercício Cel. Frederico Linck, em 1º de janeiro de 1916. Oficinas graphicas d'A Federação, Porto Alegre, p. 33, 1917, 26 Matrícula Geral de Enfermos, Santa Casa de misericórdia de Porto Alegre, s.n., Porto Alegre 1912-1917.

de rendimentos certamente desencadearam a alta evasão hospitalar.

Para se estudar a presença da moléstia entre os imigrantes no Rio Grande do Sul, optou-se pelo estudo de pacientes imigrantes internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre¹⁰. O hospital possuía a primeira enfermaria de oftalmologia do estado e para ali convergiam os doentes possuidores de enfermidades oculares. A pesquisa foi centrada no quinquênio de 1912-1916. As informações existentes incluem nome, idade, estado civil, índice de pobreza (pobre ou pagante/pensionista), profissão, data de internação e de alta, condições e diagnóstico de alta.

A análise da etiologia das moléstias de imigrantes internados entre os anos de 1912 e 1916 evidenciou que, pelo menos, 30 indivíduos (0,75%) apresentaram diagnóstico de tracoma, entre um universo de 3.985 imigrantes. Acreditamos que por ser uma doença infecciosa, as internações hospitalares seriam evitadas devido ao grande risco de contágio, contudo devem ser consideradas características de caridade nesses atendimentos. Os pacientes apresentavam variadas sequelas descritas no momento de alta hospitalar. Citam-se: “catarata dupla e tracoma em ambos os olhos”, “tracoma duplo com *pannus* e triquíase inferior”, “tracoma antigo”, “tracoma duplo com *entropion*”, “tracoma cicatricial duplo com *pannus*”, “tracoma duplo de forma secretante” e “tracoma granuloso duplo”.

O grupo era composto por dez mulheres e 20 homens (Quadro 1). Os enfermos provinham dos seguintes países: Itália (11), Rússia (8), Alemanha (6), Áustria (2), Síria (2) e Espanha (1). As idades variavam entre 2 e 77 anos. Os homens em sua grande maioria eram casados (75%), pobres e agricultores; havia ainda 3 jornalheiros, 1 mascate, 1 operário e um chacareiro. No grupo houve apenas 2 pensionistas, ou seja, indivíduos que pagaram pelo atendimento. As mulheres dedicavam-se aos serviços domésticos, ou seja, a gestão da economia doméstica. A mediana das idades foi de 38 anos (2-77). A mediana dos dias de internação (1-415) foi de 34 dias.

Quadro 1 - Característica dos pacientes internados no quinquênio

Nome	Idade	País	Estado Civil	Situação Econômica	Profissão	Condições na alta	Dias de Internação
P.M.	62	Itália	Casada	Pobre	Serviços domésticos	Curada	153
C. P.	57	Alemanha	Casada	Pobre	Serviços domésticos	Curada	78
A.B	67	Itália	Casado	Pensionista	Agricultor	Melhorado	28
A D	68	Itália	Viúvo	Pobre	Agricultor	Curado	289
EK	42	Alemanha	Casada	Pobre	Serviço doméstico	Melhor	212/203

10 Vide publicação “Os estrangeiros na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre”, de autoria do Centro Histórico Cultural Santa Casa. Publicação no prelo. Acesso ao banco de dados.

M.D.	23	Espanha	Casado	Pobre	Jornaleiro	Melhor	33
J. A.	14	Síria	Solteiro	Pobre	-	Melhorado	34
J.N.		Rússia	Casado	Pobre	Agricultor	Incurável	1
F.C.	77	Itália	Casado	Pobre	Agricultor	A pedido	144
A.D.	48	Rússia	Casada	Pobre	Serviços domésticos	Melhorada	6
I.B.	35	Rússia	Casado	Pobre	Agricultor	A pedido	27/3
J.L.	39	Itália	Casada	Pobre	Serviços domésticos	Melhorada	26
L. B.	43	Itália	Casado	Pobre	Agricultor	A pedido	4
G.C.	28	Itália	Casado	Pobre	Chacareiro	A pedido	10
J.Z,	50	Itália	Casado	Pobre	Agricultor	Curado	128
J.H.	48	Alemanha	Casado	Pobre	Agricultor	-	32
A.M.	2	Rússia	Solteira	Pobre	-	Melhorada	5
M.M.	27	Rússia	Casada	Pobre	Serviços domésticos	A pedido	4
G.C.	28	Rússia	Casado	Pensionista	Agricultor	Curado	45
C.W.	7	Rússia	Solteira	Pobre	-	Melhor	101
L.B.	30	Itália	Viúva	Pobre	Serviços domésticos	Melhor	89
A.V.	38	Itália	Casado	Pobre	Agricultor	Melhor	56
F.T.	38	Áustria	Casado	Pobre	Operário	Curado	93
M. D.	72	Alemanha	Viúvo	Pobre	Agricultor	Curado	81
S. S.	38	Itália	Solteiro	Pobre	Agricultor	Curado	58
S. L.	47	Rússia	Viúvo	Pobre	Agricultor	A pedido	9
L. S.	26	Alemanha	Casado	Pobre	Jornaleiro	Melhorado	13
R. A.	26	Síria	Casado	Pobre	Mascate	A pedido	19
E. K.	35	Alemanha	Casada	Pobre	Serviços domésticos	A pedido	1
F. T.	38	Áustria	Casado	Pobre	Jornaleiro	Melhor	34

Fonte: elaborada pela autora com base nos dados do estudo “Os estrangeiros na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre”.

O período de internação seria considerado longo para os dias de hoje. A mediana da duração de internação foi de 34 dias (1-415), sendo registrada na maioria das vezes a situação de “melhorado” no momento da alta. Um terço dos pacientes deixou o hospital por decisão pessoal. A

alemã Emilia Ketzlaff, 42 anos, com diagnóstico de “antigo tracoma duplo com *pannus*”, esteve internada por duas vezes, somando ao total 415 dias; o italiano Angelo Dengo, 68 anos, viúvo e agricultor, esteve internado por 289 dias, com alta curado. A menina Anna Majszey, 2 anos, procedente da Rússia, foi a mais jovem paciente. Sua internação ocorreu junto com a mãe, Malvina Majszey de 27 anos. Mãe e filha apresentavam “tracoma duplo de forma mista” e tiveram alta a pedido após cinco dias de hospitalização. O italiano Francisco Conti, de 77 anos, casado, agricultor e o mais velho paciente do grupo, requereu a liberação do hospital após uma internação de 144 dias.

Nessa análise, surge uma questão referente às características familiares dos indivíduos hospitalizados com tracoma. As evidências sugerem homens imigrantes de meia idade, pobres, dedicados principalmente à agricultura e com suporte familiar. Certamente as severas complicações oculares que causam dificuldade de visão, ou no estágio mais avançado a cegueira, são condições que implicaram no impedimento de trabalho ou que trouxeram sérios transtornos econômicos às famílias.

Em 1937, quando o professor Ivo Corrêa-Meyer dirigia o Serviço de Oftalmologia, Henrique Lubisco comparou os dados estatísticos registrados pela instituição na década de 1910 com os da década de 1930. No triênio de 1934-1936, os dados coletados nos Livros de Matrícula dos Doentes de Oftalmologia da Faculdade de Medicina de Porto Alegre foram similares: num total de 4.552 doentes em acompanhamento, foram diagnosticados 353 tracomatosos, ou seja, 7,75% entre o total de acompanhados (Tabela 2). A percentagem dos tracomatosos originários da capital atingiu 12,74% do total (45 doentes). O número de homens internados sempre foi maior do que o das mulheres nas comparações.

Tabela 2 - Característica dos pacientes com tracoma (1934-1936)

Ano	Doentes	Doentes tracomatosos	Masculino	Feminino
1934	1636	130 (7,94%)	73 (56,15%)	57 (43,84%)
1935	1593	106 (6,65%)	62 (58,49%)	44 (41,50%)
1936	1323	117 (8,84%)	76 (64,95%)	41(35,04%)
Total	4552	353 (7,75%)	211 (59,77%)	142 (40,22%)

Fonte: Lubisco, 1937, p. 12.

Quanto às condições do acompanhamento dos pacientes com problemas oftalmológicos, a enfermaria continuava a ter 12 leitos, mas havia a possibilidade de serem acomodados mais oito pacientes em colchões. Na ausência de acomodação possível para internação, os doentes eram enviados para outras enfermarias da Santa Casa, implicando sempre na grande possibilidade de contágio. Para conseguir a hospitalização na Santa Casa, o prefeito da cidade de origem deveria providenciar um atestado de indigência para o doente. Havia dúvidas em relação ao real estado socioeconômico de alguns indivíduos encaminhados, apesar do documento fornecido. Aqueles provenientes do interior que não conseguissem leitos eram acomodados em hotéis ou pensões (LUBISCO, 1937).

Questionamentos sobre a propagação da moléstia por áreas do interior do estado eram motivo de discussões. O chefe do Serviço de Doenças Infectocontagiosas da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, Dr. Olivé Leite, informou que a enfermidade se disseminou por todo o estado, sendo menos frequente em região de fronteira e caracterizou-se por poupar os negros, caboclos e brasileiros. Lubisco reagiu a esta assertiva ao notar que muitos enfermos em acompanhamento na enfermaria da Santa Casa de Porto Alegre eram de cor preta e brasileiros natos. Nas palavras de Olivé Leite publicadas por Lubisco (1937, p. 17-18):

percorrendo uma parte do Norte do Estado, como em Cruz Alta, Soledade, Lagoa Vermelha, Ijuí, Passo Fundo, Palmeira, Santo Ângelo, Getúlio Vargas, Boa vista do Erechim, Santa Rosa, Tupanciretã, e municípios limítrofes, encontrei uma boa parte de população atacada desse mal. Existem zonas não afetadas, como a fronteira e o Sul do Estado, porém, há pequenos focos, por exemplo: Dom Pedrito, (Passo da Rocha e Upacará), Bagé (Rio Negro), Caçapava (Santa Bárbara), São Sepé (Formigueiro). Observei ainda que o tracoma é predominantemente sempre onde há elemento italiano ou polonês e que é menos comum nas colônias alemãs ou de origem alemã. Acho que os negros e os caboclos são refratários assim como o elemento brasileiro.

Ao considerar os fatores que contribuíam para a propagação do tracoma pelo estado, Olivé Leite foi enfático ao destacar o descaso que considerava sem nome e impatriótico com que os poderes públicos encaravam o problema; a falta de higiene entre os colonos; a ausência do governo em questões de profilaxia da enfermidade; a existência de um ativo charlatanismo em que “a dor de olhos”, como era chamado o tracoma, era tratado com “passes espíritas, benzeduras e até com terapêutica excremental (urina de criança)” (LUBISCO, 1937, p. 19).

Agenda estadual de combate ao tracoma

A Reforma Sanitária de 1929, no Rio Grande do Sul, caracterizou-se pelas renovações no campo do sanitarismo. O estado ficou a cargo da direção dos serviços de saneamento rural, profilaxia da sífilis e moléstias venéreas, e da luta contra a tuberculose, assim como a inspeção médico escolar nos colégios municipais e estaduais. Entretanto, não há referências específicas ao tracoma. Em meados da década de 1930, a situação sanitária do estado ainda era muito precária. Os debates políticos que ocorreram na Assembleia Legislativa destacavam a existência de enfermidades agravadas pelas inadequadas ofertas de cuidados sanitários e a relação entre a sua gravidade com os movimentos populacionais, como era o caso do tracoma (SCHWARTSMANN, 2020)

Em setembro de 1938, foi criado o Departamento Estadual de Saúde (DES), a quem estava subordinada a administração, execução e coordenação das atividades de saúde pública, bem como dos serviços estaduais e municipais de higiene e assistência médico-social e sanitária (MACHADO, 1940). Iniciaram-se as discussões concernentes a prevenção da cegueira, principalmente aquela relacionada com o tracoma, que passou a ser doença de notificação obrigatória¹¹. Centros de Saúde e Postos de Higiene ficaram responsáveis pelo combate às

11 Hoje o tracoma não é uma doença de notificação compulsória nacional, no entanto é recomendável que sejam feitos registros de infecções oculares entre estudantes que compõem a faixa etária vulnerável. É uma enfermidade sob vigilância epidemiológica de interesse nacional, por ser uma moléstia com metas de eliminação como problema de saúde pública,

enfermidades endêmicas, entre elas o tracoma. No entanto, medidas utilizadas para o combate da moléstia foram iniciadas somente no início da década de 1940, sendo que, até então, reconhecem-se medidas isoladas ou pontuais. Em relação à percepção nefasta do desenvolvimento da moléstia e sua propagação, o Dr. Aldeyr Esteves (1943), responsável pelo Serviço de Tracomologia do DES, destacou que o tracoma originário das antigas colônias de imigrantes estava crescendo junto com o aumento da população e que cidades densamente povoadas situadas às margens dos rios Taquari, Jacuí, Sinos e Caí, apesar de florescentes, eram “muito tracomatizadas” (ESTEVEES, 1943, p. 186).

Em fins de 1940, foi implementada a campanha contra o tracoma no Rio Grande do Sul. O DES organizou cursos práticos de tracomologia destinados aos médicos dos Centros de Saúde e Postos de Higiene do interior do estado. Os cursos iniciaram nos Centros de Saúde de Porto Alegre e de Novo Hamburgo e na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre¹². Médicos foram enviados para São Paulo e Rio de Janeiro para participarem de cursos de atualização, quando conheceram a utilização da sulfanilamida, que há muitos anos era utilizada nos EUA e na Europa e que substituiu os tratamentos até então praticados. A campanha buscava a formação da consciência sanitária do povo para a implantação de preceitos de higiene. Esteves (1943) salientou que seria exigido “muito patriotismo, desprendimento e espírito de humanidade” para a sua concretização (ESTEVEES, 1943). As atividades médicas incluíram propaganda técnica, medidas de profilaxia, criação de uma seção de Tracomologia em Porto Alegre fazendo parte do Serviço de Epidemiologia e a criação de cursos de emergência em tracomologia para médicos e auxiliares de Postos de Higiene. As medidas de caráter educacional incluíram a organização de cursos de profilaxia, para educadoras sanitárias e professoras dos colégios, e de palestras, para orientadoras do ensino, pais dos escolares e operários, reforçando a relação do fator limpeza com a saúde. E ainda foi estabelecida a inspeção obrigatória e o tratamento dos escolares, o exame das professoras e funcionários escolares.

Em 1940, o Dr. Corrêa-Mayer, professor da Faculdade de Medicina, escreveu o artigo intitulado “Orientação geral à terapêutica do tracoma e a conduta médica do oculista em face do tracoma individual e do tracoma coletivo”. O autor fez um arrazoado do tratamento atual e suas complexidades e do papel do oftalmologista na prevenção. Como o Dr. Victor de Britto já havia salientado em décadas pregressas, o especialista identificou as precárias condições socioeconômicas e de saúde em que ainda sofriam o doente tracomatoso:

[...] as condições miseráveis persistentes da criatura, o pauperismo, os desvios freqüentes da nutrição, os defeitos de refração não corrigidos, os focos de infecção localizados não investigados, as irritações e traumatismos terapêuticos exagerados, a ignorância do doente e do meio, e determinadas irredutibilidades terapêuticas que entendem que ao tracoma se ajustam as mesmas regras e os mesmos processos de sempre (CORRÊA-MAYER, 1940a, p. 321).

sendo orientado o registro de todos os casos positivos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), segundo instruções do Ministério da Saúde. Tracoma: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. Disponível em: <http://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/tracoma>.

12 Arquivos do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Cursos Práticos de Tracomologia e Leprosologia. Porto Alegre, vol. 1, p. 245-246, 1940.

O uso sistemático de nova droga chamada sulfalinamida foi iniciado no começo da década de 1940. O advento da nova terapêutica ocasionou uma transformação na profilaxia e no tratamento. Corrêa-Meyer, em palestra proferida no Instituto Burnier de Campinas, em 1939, considerou que o novo tratamento a ser oferecido era de uma importância social e econômica muito expressiva em face da “reintegração rápida do operário, do homem do campo, do colono, enfim do trabalhador em suas tarefas e em suas atividades vitais” (CORRÊA-MEYER, 1940b, p. 295).

Dessa maneira, o tratamento pela quimioterapia associado às medidas gerais de higiene, tornar-se-ia uma terapêutica eficiente ao ser utilizada no indivíduo isolado, agiria coletivamente, suprimindo a enfermidade nos focos em atividade nas comunidades em risco potencial (colégios, corporações civis, alojamentos militares e colônias). E em 1943, O Governo Federal iniciou a Campanha Federal Contra o Tracoma, pela iniciativa do Departamento Nacional de Saúde Pública (BARROS, 2001). Entre as medidas desenvolvidas está a formação de médicos especializados em tracomatologia, realização de inquéritos epidemiológicos, inspeção de população rural e instalação de postos de tratamento em áreas endêmicas (SCARPI, 1991, p. 204).

Considerações finais

É reconhecida a utilização das doenças para o controle de ingresso e/ou impedimento de imigrantes não desejáveis pelas fronteiras, assim como em disputas entre países quando as condições sanitárias de nações limítrofes são questionadas. O Tracoma é um exemplo de enfermidade que acompanhou os deslocamentos populacionais e que foi utilizado instrumentalmente para conter os fluxos imigratórios. Apesar de ser instaurado com dificuldade e com pouco suporte governamental, dada a dimensão e severidade, o controle do tracoma e o tratamento eficaz consolidou-se em meados do século passado. A enfermidade ainda hoje encontra-se associada às poucas condições higiênicas, ausência de abastecimento de água e saneamento e acesso precário aos serviços de saúde. Atinge principalmente crianças e é considerada um problema de saúde pública no país.

Referências

- BARROS, Oswaldo M. et al. *Manual de Controle do Tracoma*. Brasília: **Ministério de Saúde**. Fundação Nacional de Saúde, 2001.
- BRITTO, Octaviano de. *Victor de Britto*. **Anais da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, Porto Alegre**, v 38, 1978.
- BRITTO, Victor de. *O tracoma e o Rio Grande*. **Jornal A Federação**, Porto Alegre, p. 1, 13 out 1910a. Disponível em: <https://caminhosdosmuseus.wordpress.com/2013/09/16/jornal-a-federacao-1884-1937-digitalizado/>. Acesso em: 10 mar. 2019.
- _____. *O tracoma e o Rio Grande*. **Jornal A Federação**, Porto Alegre, p. 1,11 out 1910b. Disponível em: <https://caminhosdosmuseus.wordpress.com/2013/09/16/jornal-a-federacao-1884-1937-digitalizado/>. Acesso em: 10 mar. 2019.
- _____. *O tracoma e o Rio Grande*. **Jornal A Federação** o, Porto Alegre, p. 1,27 jun 1910d. Disponível em: <https://caminhosdosmuseus.wordpress.com/2013/09/16/jornal-a-federacao-1884-1937-digitalizado/>. Acesso em: 10 mar. 2019.
- CARDOSO, Mauricio. R. *Uma história da imigração japonesa*. 2ª edição. Amanuense: São Paulo, 2020.
- CORRÊA-MEYER, Ivo. *Orientação geral à terapêutica do tracoma e a conduta médica do oculista em face do tracoma individual e do tracoma coletivo*. **Archivos Riograndenses de Medicina**, Porto Alegre, n.9, p. 319-329, set. 1940a
- _____. *Conceito de profilaxia à luz da moderna quimioterapia*. **Archivos Rio-Grandenses de Medicina**, Porto Alegre, v. 19, n. 8, 1940b.
- DE BONI, Luís; COSTA, Rovílio. *Os italianos do Rio Grande do Sul*. EST: Porto Alegre; Correio Riograndense: Caxias do Sul; EDUCS: Caxias do Sul, 3ª edição, p. 96-98,1984.
- DEVOTO, Fernando. *Historia de la inmigración en la Argentina*. Editoria Sudamericana: Buenos Aires, 2004.
- ESTEVEVES, Aldehydr. *Incidência do tracoma e o seu combate pelo D. E. S. no R. G. do Sul*. In: FRANCO, Álvaro; RAMOS, Sinhorinha. **Panteão médico rio-grandense: síntese histórica e cultural**. São Paulo: Ramos, Franco Editores, 1943.
- FILHO, Lycurgo S. *História geral da Medicina Brasileira*. São Paulo: HUCITEC, Editora da Universidade de São Paulo, 1977.
- GIOIA, Emma. *La saludal poder. Tracoma e políticas migratórias argentinas en la primera mitad Del siglo XX*. **Quinto Sol**, Santa Rosa, v. 20, n. 2, mai. 2016. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-28792016000200004. Acesso em: 25 de abr. de 2019.
- LETTI, Nicanor. *História da Faculdade de Medicina da UFRGS: o professor Víctor de Britto*. Disponível em: <<http://antoniovalsalva.blogspot.com.br/2009/10/o-professor-victor-de-britto.html>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

LÓDOLA, Soraya. *O tracoma em viagem pelos trilhos da economia: uma análise sobre a primeira comissão de tratamento e profilaxia do tracoma em São Paulo no início do século XX*. **Anais do 15º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia**. Florianópolis, nov. 2016.

_____. CAMPOS, Cristina. *Emílio Ribas e o tracoma em São Paulo no início do século XX*. **XXIX Anais do Simpósio Nacional de História**. Contra os preconceitos: História e Democracia. Brasília, 24 a 28 de julho, 2017.

LUBISCO, Humberto. *O Tracoma no Rio Grande do Sul*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Porto Alegre e defendida em 10 de março de 1937. Porto Alegre, Oficinas Gráficas da Livraria do Globo, 1937.

MACHADO, Leônidas Soares. *Serviço de doenças contagiosas do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Organização e funcionamento*. **Arquivos do Departamento estadual de Saúde do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.1, p. 157-164, 1940.

SAINT-HILAIRE, Auguste de. *Viagem ao Rio Grande do Sul*. **Senado federal**, Brasília: Conselho Editorial, 2002.

SCARPI, Marinho Jorge. *História do tracoma no Brasil* Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, São Paulo, v. 54, n. 5, p. set./out. 1991.

SCHWARTSMANN, Leonor B. *Médicos italianos no sul do Brasil (1892-1938)*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2017.

_____. *Il flusso migratorio verso il sud del Brasile e il tracoma. Dispute sul controllo della malattia e sulla circolazione di persone*. **Giornale di Storia Contemporanea**, XXIV, n.s., 1, p. 103 a 122, 2020.

SIGAUD, J. F. X. *Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste império*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

SILVA, Maria Beatriz A. et al. *Trachoma as cause of blindness: literature review*. **International Archives of Medicine**, [S.l.], v. 10, feb. 2017.