

A imigração no discurso médico-psiquiátrico brasileiro no pós-Segunda Guerra Mundial

Immigration in Brazilian medical and psychiatric discourse in the post-Second World War period

Guilherme dos Santos Cavotti Marquesⁱ

ⁱ Pesquisador, Centro de Memória da Imigração da Ilha das Flores/
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
São Gonçalo – RJ – Brasil
orcid.org/0000-0002-1274-9727
guilherme-cavotti@hotmail.com

Carolina da Costa de Carvalhoⁱⁱ

ⁱⁱ Pesquisadora, Centro de Memória da Imigração da Ilha das Flores/
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
São Gonçalo – RJ – Brasil
orcid.org/0000-0001-6088-2322
carolinaccarvalho@outlook.com

Recebido em 26 ago. 2021.

Aprovado em 29 nov. 2021.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702022000500011>

MARQUES, Guilherme dos Santos Cavotti; CARVALHO, Carolina da Costa de. A imigração no discurso médico-psiquiátrico brasileiro no pós-Segunda Guerra Mundial. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.29, supl., dez. 2022, p.163-180.

Resumo

O artigo analisa as contribuições da psiquiatria no debate sobre saúde e imigração no período pós-Segunda Guerra Mundial, quando o Brasil recebeu refugiados e deslocados de guerra vindos do Leste Europeu. A preocupação com desordens mentais atribuídas aos traumas de guerra tornava a saúde mental tema de debate na imprensa especializada. A partir da análise de artigos médicos publicados nas revistas *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental e Psiquiatria* e na *Revista de Imigração e Colonização*, busca-se compreender a relevância da imigração como um campo de atuação e disputa por legitimidade dos psiquiatras no papel de autoridades na elaboração das políticas imigratórias brasileiras.

Palavras-chave: história; imigração; psiquiatria; refugiados de guerra.

Abstract

*The article analyzes the contributions of psychiatry to the debate on health and immigration in the post-Second World War, when Brazil received war refugees and displaced persons from Eastern Europe. The concern with mental disorders attributed to war traumas made mental health a topic of debate in the specialized press. From the analysis of medical articles published in the journals *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental and Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria* and in *Revista de Imigração e Colonização*, we seek to understand the relevance of immigration as a field in which psychiatrists took action and vied for legitimacy as authorities in the preparation of Brazil's immigration policies.*

Keywords: history; immigration; psychiatry; war refugees.



A proposta deste artigo é refletir sobre as relações entre saúde e imigração a partir da participação da psiquiatria no debate imigratório após a Segunda Guerra Mundial, período marcado pela chegada de milhares de refugiados de guerra europeus ao Brasil. Embora as relações entre saúde e imigração sejam amplamente discutidas pela historiografia, ainda mais no que diz respeito à articulação entre políticas migratórias e controle sanitário das epidemias entre finais do século XIX e início do XX (Di Liscia, Rebelo-Pinto, 2018), o papel da saúde mental nas políticas migratórias ainda merece mais atenção, sobretudo nos anos 1940, com a discussão sobre as consequências que os traumas decorrentes da guerra poderiam causar na saúde mental dos refugiados europeus.

Os trabalhos historiográficos sobre a relação entre imigração e psiquiatria se concentram sobre a população imigrante nos hospitais psiquiátricos, sobretudo em São Paulo. Tais pesquisas demonstram que a loucura nos estrangeiros muitas vezes estava relacionada à própria experiência da imigração, como delírios de ambição de “fazer a América” ou ainda o alcoolismo e a melancolia diante da frustração de enriquecimento rápido e da migração de retorno (Marinho, Tarelou, 2014; Scotti, 2013; Silva, 2017). Apesar de a presença imigrante nos hospícios ser constantemente mobilizada pelos médicos psiquiatras para justificar um discurso anti-imigração, a hipótese que orienta este artigo é a de que o interesse da psiquiatria nas políticas migratórias também estava relacionado à busca por legitimidade, em sua dimensão política e científica, junto aos órgãos responsáveis pela seleção e pelo controle da imigração, buscando assim expandir seu campo de intervenção social sobre os imigrantes para além dos asilos psiquiátricos.

A década de 1940 é um período importante para tais reflexões. A ênfase sobre a saúde mental dos imigrantes estava relacionada às particularidades dos fluxos migratórios durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) e do contexto pós-guerra, isto é, entre 1946, ano de assinatura do Acordo de Londres e ida da comissão brasileira de seleção de refugiados aos campos europeus, até 1952, quando se verifica um decréscimo quantitativo nas levas de refugiados para o Brasil. Acreditava-se que os traumas causados pelo conflito traziam riscos à saúde mental a médio e longo prazo, daí a preocupação especial com os imigrantes que chegassem ao país na condição de refugiados e deslocados de guerra, também chamados *displaced persons* (DPs).¹

A ideia de que o Brasil precisava adotar critérios rigorosos de seleção migratória não era exclusiva dos psiquiatras, tampouco específica desse período. Fundamentando-se, sobretudo, em critérios raciais para definir quem seria o “imigrante ideal”, o governo tinha no Immigration Act of 1924 norte-americano uma importante referência para a efetivação da Lei de Cotas de 1934, que, alçada ao nível constitucional, estipulava um limite quantitativo por nacionalidade, a fim de garantir maior controle à seleção dos imigrantes.² Entre os grupos classificados como “indesejáveis”, destacavam-se os “amarelos”, isto é, japoneses e chineses, e os alemães, que apesar de europeus eram vistos com desconfiança por serem “fechados demais” em sua nacionalidade, o que contribuiria para a formação de “quistos étnicos” e impediria sua assimilação. Ainda assim, a Lei de Cotas possuía brechas, como a possibilidade de remanejamento de cotas excedentes de uma determinada nacionalidade para outra que tivesse interesse de agricultores em vir para o Brasil, acarretando certa incongruência ao perfil do “imigrante ideal” (Koifman, 2012).

Ademais, outro grupo despertava preocupação nas autoridades e não se limitava à clivagem étnica ou nacional: os imigrantes doentes, cuja constituição os poderia tornar incapacitados para o trabalho. Indivíduos “aleijados”, “mutilados”, com alguma doença “incurável ou contagiosa grave, como lepra, tuberculose, tracoma, infecções venéreas” ou ainda portadores de “afecção mental, nevrose ou enfermidade nervosa” eram proibidos de desembarcar em solo brasileiro, com risco de serem deportados quando comprovado o diagnóstico durante a inspeção médica (Brasil, 20 ago. 1938).

A saúde, portanto, era valorizada como critério fundamental para a concessão de vistos a estrangeiros, uma vez que o subsídio do governo à imigração visava à ampliação da mão de obra, sobretudo nas lavouras, sem perder de vista a formação técnica dos trabalhadores urbanos e o povoamento do território. Além da saúde física, que representava uma garantia da aptidão para o trabalho braçal, a saúde mental passava a se tornar um aspecto indispensável à seleção dos imigrantes, principalmente com a chegada das primeiras levas de DP's vindos do Leste Europeu para o Brasil após a guerra.

Como veremos, a preocupação com as doenças mentais que poderiam acometer os estrangeiros já estabelecidos no país era um ponto de mobilização da comunidade médico-psiquiátrica. Para tanto, analisaremos alguns artigos publicados por psiquiatras nos *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, nos *Arquivos Brasileiros de Neurologia e Psiquiatria* e na *Revista de Imigração e Colonização*, incluindo uma proposta de exame médico-mental encaminhada pela Liga Brasileira de Higiene Mental ao Conselho de Imigração e Colonização.

Durante a primeira metade do século XX, há um crescimento considerável de impressos especializados dedicados a discussões dos “saberes psi”. Além das revistas já mencionadas, destacam-se também o *Boletim de Eugenia*, fundado em 1929, os *Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, de 1930, e os *Anais do Instituto de Psiquiatria*, publicados pela primeira vez em 1942. Tais publicações eram veículos importantes não apenas para divulgação e atualização das pesquisas realizadas nos institutos médicos, mas também se configuravam como espaços de reconhecimento entre os pares e de formação de redes científicas (Carvalho, Mathias, Marcondes, 2017).

Os *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental* (1925-1947) eram publicados pela Liga Brasileira de Higiene Mental, criada em 1923, e *Arquivos Brasileiros de Neurologia e Psiquiatria* (1905-1955) foi o primeiro periódico especializado da área, editado pela Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Mental e espaço de divulgação dos trabalhos realizados no Hospício Nacional de Alienados (Facchinetti, Cupello, Evangelista, 2010).³ A vinculação dessas revistas com instituições e associações científicas manifesta também os esforços de conferir mais legitimidade à psiquiatria no debate público e político sobre a nação brasileira, do qual a imigração fazia parte. Dessa forma, não surpreende que alguns artigos assinados por médicos tenham sido replicados ou produzidos exclusivamente para a *Revista de Imigração e Colonização* (1945-1954), publicação do Conselho de Imigração e Colonização (CIC). Criado em 1938, o CIC era o “principal órgão técnico” que subsidiava o governo brasileiro na tomada de decisões no campo imigratório, e a *Revista de Imigração e Colonização* era um dos principais veículos de consulta e referência para autoridades técnicas e diplomáticas mobilizadas com a temática (Peres, 1997).

O “imigrante ideal” no pós-guerra

A preocupação com a constituição mental dos brasileiros colocava a imigração no rol do discurso psiquiátrico em suas projeções de uma nação civilizada e saudável. Desde o século XIX, a psiquiatria se projetava como uma ciência capaz de diagnosticar, classificar e tratar as doenças mentais que poderiam acometer a população e, conseqüentemente, colocariam em risco a ordem social e o desenvolvimento do país. Sua consolidação como especialidade médica estava ligada à investigação da loucura e se concentrava em dois grandes campos: a assistência nos hospícios e a ciência psiquiátrica, mais preocupada com a investigação das doenças mentais em termos orgânicos (Venancio, 2003). Além disso, estava intimamente ligada à higiene e à eugenia, com destaque para a presença de psiquiatras na Liga Brasileira de Higiene Mental (Costa, 2007).

Apesar da forte influência da eugenia e das teorias raciais, que viam na imigração uma possibilidade de “regeneração” da raça brasileira por meio do embranquecimento e da compreensão de que certas raças eram mais vulneráveis a determinadas enfermidades do que outras, a psiquiatria nem sempre pensava nesses termos. Alguns médicos psiquiatras, como Juliano Moreira,⁴ defendiam uma dissociação entre raça e doença, a partir de paradigmas científicos europeus segundo os quais a constituição orgânica individual, ao considerar os antecedentes pessoais e familiares, era mais importante no diagnóstico e tratamento das desordens mentais (Venancio, Facchinetti, 2005).

A defesa de que a nacionalidade não deveria ser o principal critério de seleção dos imigrantes era um forte argumento dos psiquiatras em suas considerações sobre o “imigrante ideal”. Isso contrastava com a própria legislação brasileira, que enfatizava no decreto-lei n.7.967/1945 a “necessidade de preservar e desenvolver, na composição étnica da população, as características mais convenientes da sua ascendência europeia” (Brasil, 18 set. 1945). A compreensão de que os fatores degenerativos causadores das doenças mentais eram transmitidos de forma hereditária tornava a imigração um campo de atuação da psiquiatria, visando à profilaxia de doenças mentais. Em artigo publicado nos *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, Juliano Moreira (mar. 1925, p.109) ressaltava que “de nada nos servirá envidar esforços no sentido de melhorar as condições de saúde física e mental de nossa gente, se tivermos sempre a chegar novas levas de tais indesejáveis”.

A ênfase na ideia de que o imigrante ideal deveria ser mentalmente saudável ganhou projeção ainda maior no período pós-guerra, quando os fluxos migratórios estavam relacionados às conseqüências da Segunda Guerra nos países europeus. Entre 1947 e 1952, o Brasil recebeu 29 mil refugiados e deslocados de guerra, mediante a assinatura do Acordo de Londres com o Comitê Intergovernamental para Refugiados,⁵ em 1946, e, posteriormente, referendado em 1948 com a Organização Internacional para Refugiados. A recepção dos DPs foi amplamente noticiada pela imprensa, ora com otimismo, ora com desconfiança e crítica. Embora as primeiras notícias elogiassem a atitude humanitária do Brasil e as condições dos imigrantes “saudáveis e robustos”, essa impressão logo deu lugar a visões negativas que acusavam a falta de capacitação técnica e de critérios médicos adequados na seleção (Marques, 2017). Após visitar a Hospedaria de Imigrantes da Ilha das Flores, onde tais refugiados desembarcaram, o psiquiatra Mauricio de Medeiros (1 ago. 1947, p.4)⁶

definiu essa imigração como “indesejável”, acusando o governo brasileiro de incluir “entre imigrantes destinados aos trabalhos agrícolas gente de qualquer profissão, simples vítimas da guerra, que podem, sem dúvida, merecer a piedade humana, mas que não satisfazem as condições por nós estabelecidas”.

A respeito dos critérios adotados pelo governo na seleção dos refugiados, o principal instrumento legal da política imigratória brasileira era o decreto-lei n.7.967, promulgado em 18 de setembro de 1945. Embora se tratasse de um período de transformações políticas importantes, como o fim do Estado Novo naquele ano, na prática não promoveu mudanças substanciais nas diretrizes relativas à imigração. Tais permanências devem-se, significativamente, à manutenção da estrutura e dos altos funcionários, de segundo e terceiro escalões, da política imigratória nacional que gestaram e foram partícipes de uma política restritiva, além de que a promulgação do decreto-lei n.7.967 não substituiu os decretos n.406 e n.3.010, ambos de 1938, mas os complementava. Vale ressaltar que os decretos n.406 e n.7.967 só foram revogados com a lei n.6.815, de 19 de agosto de 1980, conhecida como Estatuto do Estrangeiro, enquanto o decreto n.3.010 só foi revogado em 1991, pelo decreto n.11, quando foi aprovada a estrutura regimental do Ministério da Justiça.

No decreto-lei n.7.967/1945 ainda estava presente a instituição das cotas por nacionalidade. Todavia, essas se direcionavam apenas aos fluxos espontâneos para o Brasil, de modo que a imigração dirigida, com incentivo e controle do Estado, não entraria nessas limitações. Para Artur Hehl Neiva,⁷ chefe da comissão brasileira de seleção de refugiados, a vitória das “Nações Unidas” na Europa havia modificado o panorama imigratório, dominando assim os perigos potenciais que representaria a entrada de “certas etnias” no Brasil. Assim, a imigração dirigida para o país permitiu tornar mais flexível o regime de cotas. Tal aspecto era atribuído ao art. 3º do decreto-lei n.7.967, “pelo qual a cota de 2% se aplica tão somente à corrente imigratória espontânea de cada país. Assim sendo, ficam excluídos da quota os contingentes da imigração dirigida” (Estudos..., jul. 1946, p.2).

Ainda sobre a chegada dos DPs, o mesmo decreto-lei determinava que a concessão de visto permanente especial, na qual estava incluída a imigração dirigida, era condicionada à apresentação do passaporte e da prova de saúde para a autoridade consular (Brasil, 18 set. 1945). Os critérios específicos sobre as doenças e demais condições de saúde debilitantes constavam no decreto-lei n.3.010/1938, no qual havia uma lista de enfermidades que, se manifestadas em até seis meses após a chegada do estrangeiro ao Brasil, devia acarretar seu repatriamento. Destacavam-se as doenças mentais e nervosas, como epilepsia, personalidades psicopáticas (alcoólistas, toxicômanos, perversos, anormais paranoicos), psicoses agudas e crônicas e doenças hereditárias do sistema nervoso (Brasil, 20 ago. 1938).

Além de saudáveis, tais imigrantes deveriam atender às necessidades do governo em atrair mão de obra para o país, visando beneficiar a lavoura e a indústria, além de “prestar nossa cooperação aos Estados Unidos, que está tratando de colocar milhões de pessoas do continente europeu que foram levadas de roldão em consequência da última guerra” (Neiva, 1949, p.163). Como destaca Paiva (2008), a gestão das políticas imigratórias internacionais foi um campo de ação importante dos EUA, a fim de consolidar sua hegemonia na reconfiguração geopolítica internacional do pós-guerra e no início da Guerra Fria. Exemplos disso são o financiamento das instituições multilaterais e o uso de navios

de guerra norte-americanos no deslocamento dos DPs. Os fluxos imigratórios entre 1947 e 1952 eram compostos, sobretudo, por deslocados e refugiados e intimamente relacionados aos processos de reconstrução da Europa após a guerra e de novas dinâmicas internacionais.

Embora as orientações do CIC determinassem que o perfil profissional dos refugiados fosse composto por 70% de agricultores e 30% de técnicos, as seleções privilegiavam quem possuía alguma formação técnica voltada para o campo ou para a cidade. Além de mais controle do Estado, o incentivo à imigração dirigida era justificado pela crescente demanda de braços qualificados para uma lavoura que tentava ser modernizada, bem como para a indústria em expansão, sobretudo no estado de São Paulo. Assim, a política imigratória brasileira do pós-guerra se caracterizou por uma inserção considerável de trabalhadores em atividades urbanas e industriais, algo que ganharia ainda mais projeção com o desenvolvimentismo do governo JK e o crescimento da indústria automobilística (Salles, Paiva, Bastos, 2013, p.12).

Com base nesses critérios, uma comissão de seleção, composta por médicos e técnicos dos órgãos de imigração do governo, foi enviada em 1946 à Europa para observar *in loco* os *displaced camps* e estipular quais refugiados e deslocados seriam mais aptos a migrar para o Brasil. A própria ida aos campos indica que se tratava de imigrantes sobre os quais os centros de poder e decisão sobre políticas de imigração não tinham muitas informações, ou seja, não pertenciam a coletivos nacionais com larga tradição de imigração para o país, como portugueses e italianos. Chefiada por Artur Hehl Neiva, filho do médico sanitarista Arthur Neiva, a comissão elaborou um denso relatório que descrevia a realidade europeia pós-guerra, a situação dos campos de refugiados e a proposição de um ranqueamento das nacionalidades lá presentes que, sem dúvidas, fora concebido a partir de um conjunto de estereótipos sobre coletivos étnico-nacionais que levava em conta supostas capacidades e predisposições sociais, morais e intelectuais (Neiva, 1949).

O *ranking* construiu cinco posições hierárquicas – bálticos, ucranianos, poloneses, russos e iugoslavos – a partir de dois paradigmas já presentes em períodos migratórios anteriores: as aptidões profissionais e a suposta facilidade de assimilação.⁸ Além disso, um elemento ganhava cada vez mais importância no contexto da Guerra Fria: o anticomunismo. Cabe ressaltar que o Brasil se posicionava favorável à vinda de refugiados europeus, o que levou à construção de uma imagem internacional de humanitarismo, mas que também estava diretamente associada às clivagens política, econômica e social do governo. Criava-se, portanto, uma aliança circunstancial entre humanitarismo e interesse nacional (Marques, 2017).

Os bálticos eram considerados os melhores, “portadores de arraigadas convicções democráticas, ... alfabetizados, fortes, saudáveis, habituados a condições severas de vida e de clima e com elevado índice de religiosidade. Poderiam ser ... artífices, operários, agricultores e técnicos” (Neiva, 1949, p.51). Em segundo apareciam os ucranianos, que poderiam ser empregados como colonos de fazendas e pequenos proprietários rurais, tendo em vista que eram, em sua maioria, agricultores. Na terceira colocação, estavam os poloneses, considerados agricultores mais atrasados que os ucranianos e membros da *intelligentsia*, uma categoria que, na concepção do CIC, não seria do interesse brasileiro. Além disso, eram passíveis de repatriação. Em quarto lugar, estavam os russos brancos e apátridas que, apesar de anticomunistas, eram mais velhos e com formação laboral inferior aos bálticos.

Na última posição, os iugoslavos, qualificados como “menos limpos e cultos”, além de a maioria dos refugiados ser de homens solteiros (Neiva, 1949, p.52).

Dessa forma, o trabalho passava a ser o principal critério de hierarquização dos “mais aptos”, tendo em vista que os que ocupavam a primeira posição possuíam diversas possibilidades de inserção profissional, além de supostamente ter formação técnica superior, algo de que ainda carecia o país. A religião era outro critério importante para a assimilação do estrangeiro no Brasil, uma vez que era tida como traço fundamental da identidade nacional. Por fim, destaca-se o aspecto político presente no relatório: não interessava, e deveria ser evitado a todo custo, o ingresso de comunistas no país. Decerto que isso não passaria despercebido em um contexto de crescente polarização ideológica em nível mundial e notadamente fazia parte dos critérios de seleção, pois tais imigrantes eram entendidos como “nocivos à ordem pública, à segurança nacional ou à estrutura das instituições” (Brasil, 18 set. 1945).

Além desses critérios, a presença de médicos, como Antonio Gavião Gonzaga,⁹ na comissão de seleção indica que também havia diretrizes que se destinavam exclusivamente à saúde dos imigrantes, aspecto sobre o qual nos debruçaremos mais detidamente, a fim de compreender em que medida a discussão sobre a saúde mental orientava a implementação das políticas de imigração no pós-guerra.¹⁰ O estado de saúde dos DPs era considerado muito bom e havia mínima estrutura dos serviços de saúde nos *assembly centers*, que incluía um pequeno hospital de emergência e ambulatório com serviços clínicos. Todos os refugiados passavam por exames radiológicos e eram imunizados contra diversas doenças, como varíola, difteria e tifo. Os índices de doenças venéreas e tuberculose eram considerados baixos, todavia, Hehl Neiva (1949, p.44) alertava que não havia uma organização especial para a investigação de doenças mentais, recomendando “a realização de um exame sistemático desse tipo antes de ser efetuada a seleção definitiva”.

Ao solicitar mais informações que orientassem os trabalhos da delegação nos *displaced camps*, Hehl Neiva sugeria que o critério da seleção médica deveria partir de um rigoroso exame do chefe da família, cônjuges e filhos menores. Tal rigor poderia ser abrandado para os portadores de doenças contagiosas acima de 50 anos, que deveriam ficar sob responsabilidade do chefe da família, e operários e trabalhadores qualificados, desde que a doença não compromettesse sua capacidade profissional. Eram considerados “indesejáveis” os refugiados que fossem:

Indigentes ou vagabundos, ciganos e congêneres; doentes ou apresentando manifestações de moléstias infectocontagiosas graves, lepra, tuberculose, tracoma, elefantíase, câncer, doenças venéreas em período contagiante; que se entregue a prostituição, a explorem ou tenham costumes manifestamente imorais; alcoólatras e toxicômanos; aleijados, mutilados, cegos ou surdos-mudos; atingidos de afecção mental; e aqueles que apresentem lesões orgânicas com insuficiência funcional que os invalide para o trabalho (Neiva, 1949, p.52).

Tais informações deveriam constar em uma ficha assinada pelo médico brasileiro da comissão de seleção e apresentada pelo refugiado no porto de desembarque no Brasil. Sobre as primeiras levas selecionadas, o delegado da comissão indicava que todos haviam sido examinados por médicos da United Nations Relief and Rehabilitation Administration, das autoridades militares ou por médicos alemães e austríacos locais, sempre sob supervisão dos

médicos brasileiros da delegação, além do fato de que os exames de sanidade e capacidade física obedeceriam aos mesmos método e diretrizes adotados pelo Serviço de Biometria Médica do Ministério da Educação e Saúde (Neiva, 1949, p.57).

Apesar de a comissão de seleção promover uma hierarquia entre as nacionalidades do Leste Europeu, a ressalva de Arthur Hehl Neiva sobre a carência de informações a respeito da saúde mental dos refugiados é o ponto central discutido pelos psiquiatras nas conferências e artigos publicados na imprensa médica. O contexto específico do pós-guerra colocava em questão um elemento considerado muito importante: a fragilidade psíquica dos DPs. Para os psiquiatras, a experiência traumática da guerra tornava os refugiados e deslocados vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos mentais. Essas desordens psíquicas poderiam incapacitá-los para o trabalho, além de representar um obstáculo aos esforços de profilaxia das doenças mentais empreendidos pela psiquiatria, pois poderiam se manifestar a longo prazo, colocando em risco a saúde mental das futuras gerações de brasileiros devido à sua transmissão hereditária. Tornava-se, portanto, necessário intervir para que o Brasil não se tornasse “um vasto manicômio” (Medeiros, 1947, p.36).

O discurso psiquiátrico sobre a imigração

Nos artigos assinados por psiquiatras nas revistas especializadas, é possível identificar consenso em torno dos riscos atribuídos à falta de critérios rigorosos na seleção dos imigrantes, mesmo antes da chegada dos DPs ao Brasil em 1947. A imagem de que o país era “refúgio dos piores emigrantes, que ao serem impedidos de entrarem em outros países, buscavam o sonho de ‘fazer a América’ em terras tupiniquins” (Lopes, 1940, p.5; destaque no original) era difundida entre os psiquiatras, que enfatizavam as contribuições que sua especialidade poderia desempenhar nos órgãos de imigração. A entrada de imigrantes no país era acusada de não possuir “nenhuma seleção psicamental, com o agravante de inúmeros serem portadores de psicoses incubadas e neurosadas mais ou menos incuráveis” (Cavalcanti, 1945-1946, p.52).

Além de as doenças mentais não terem sintomas físicos como outras enfermidades, a exemplo da lepra e do tracoma, e por isso terem diagnóstico mais difícil durante a inspeção médica, os psiquiatras alertavam sobre a possibilidade de as perturbações mentais se manifestar a médio e longo prazo, quando os refugiados já estivessem estabelecidos no país. Isso representaria um perigo duplo: tais doenças causariam prejuízos ao investimento do governo brasileiro nessa imigração dirigida que visava atrair mão de obra para o país, como também provocaria uma superlotação dos hospícios. Isso era pontuado junto aos órgãos de imigração, a exemplo do artigo publicado pelo psiquiatra Xavier de Oliveira (1948, p.4)¹¹ na *Revista de Imigração e Colonização*, no qual elencava dados estatísticos sobre imigrantes internados nos hospitais psiquiátricos brasileiros: apenas em 1946, haviam sido registrados 575 estrangeiros, do total de 4.540 no Distrito Federal, 1.518 estrangeiros, de 11.355 em São Paulo, e 123 estrangeiros, do total de 678 internados no Paraná. Sua preocupação estava relacionada ao que considerava um alto índice proporcional da presença imigrante nos hospícios, sem contar os que supostamente teriam ficado de fora por falta de vagas. Os dados apresentados buscavam alertar para a seguinte reflexão: quantos estrangeiros portadores de algum tipo de psicopatia já teriam imigrado para o país?

Especificamente sobre os refugiados do pós-guerra, Oliveira (1948, p.9-10) colocava seus questionamentos de maneira mais enfática, ao perguntar sobre a constituição física deles – “é um forte ou um fraco, o homem que emigra, deixando definitivamente, o seu *habitat* nativo?” – ou ainda sobre a capacidade de constituir família em suas terras de origem, o que era avaliado como um sinal de estabilidade mental – “emigram os que conseguem equilibrar-se no seu meio, constituir um lar feliz, podendo criar os filhos e vencer; econômica e socialmente, no ambiente que nasceu?”.

A presença de estrangeiros entre “alienados e delinquentes” nos manicômios e prisões brasileiros também era atribuída ao aumento de restrições legais à entrada de imigrantes na América do Norte, principalmente nos EUA. Os psiquiatras acusavam ainda a emigração, isto é, a saída do país de origem de ser estratégia de controle da degeneração dos países, como forma de resolver o problema da loucura em seus territórios nacionais (Silva, 2017). A comparação entre as experiências imigratórias no Brasil e nos EUA era recorrente, a fim de justificar uma suposta diferença entre o progresso das nações. Mauricio de Medeiros (1947, p.39) afirmava que, enquanto nos EUA a imigração havia se configurado como fenômeno familiar, no Brasil os imigrantes vinham sozinhos, aspecto avaliado com preocupação sob o ponto de vista da higiene e da saúde mental, uma vez que não trazia “o elemento afetivo necessário à sua fixação que é o núcleo familiar”. Para ele, os laços familiares eram indispensáveis à boa adaptabilidade no país, e a possível ausência desse vínculo afetivo se tornava uma predisposição para condições psicológicas “precárias”.

É interessante observar que, a despeito de o fenômeno imigratório no Brasil ser mobilizado no argumento psiquiátrico como uma imigração de solteiros, o decreto-lei n.7.967 era muito enfático quanto à composição familiar das levas imigratórias: “Dar-se-á preferência a famílias que contem pelo menos com oito pessoas, aptas para o trabalho, entre quinze e cinquenta anos” (Brasil, 18 set. 1945). O Brasil se diferenciava, inclusive, de outros países que não aceitavam famílias numerosas, como EUA e Canadá. Além de ser destacada como núcleo migratório fundamental à fixação no país de acolhida, o interesse do governo na vinda de famílias também estava diretamente relacionado à esfera do trabalho, representando mais mão de obra disponível.

A descendência do imigrante também era um ponto central nas reflexões desses médicos, tendo em vista que deveria constituir uma parcela importante do fator “étnico da formação racial” brasileira (Oliveira, 1948, p.14). Mas também poderia ser um problema caso os imigrantes, particularmente os refugiados, tivessem alguma predisposição hereditária para doenças mentais, pois poderiam “constituir família, formar prole de brasileiros natos, aos quais transmitirão a tara de suas degenerações, aumentando ... o peso dos insanos mentais. ... Apenas as condições psíquicas poderiam atestar a saúde mental do imigrante e de sua descendência” (Medeiros, 1947, p.42).

Dessa forma, os aspectos de ordem psicológica extrapolavam o debate racial presente na formulação de políticas imigratórias, pois um indivíduo mentalmente saudável seria “elemento ponderável nas condições de progresso de uma coletividade” (Medeiros, 1947, p.37). A origem europeia não era considerada suficiente pela psiquiatria, tendo em vista que os DPs poderiam ser “desajustados, subnutridos, refugiados, desalojados, estafados físicos e mentais”. Esta seleção, portanto, deveria possuir um caráter “profundamente restritivo”

baseada em sete pilares: moral, político, intelectual, profissional, social, econômico e somatopsíquico (Vianna, 1947, p.5).

Os psiquiatras defendiam que as autoridades dos órgãos de seleção e controle adotassem “um cuidado extremo ao se aceitar indivíduos que chegassem com relativa aparência de sãos e que, entretanto, trazem fundas lacunas, desvios mentais percebíveis somente por técnicos no assunto” (Cavalcanti, 1945-1946, p.52). Lira Cavalcanti (p.52-54) destacava a necessidade da criação de uma consciência médica e higiênica entre as autoridades públicas, a fim de

valorizar tanto o brasileiro nato como incrementar em grande escala a imigração de elementos sadios, realizar uma triagem rigorosa ... sem distinção de nacionalidade, ... de modo a não permitir que se integrem ... indivíduos tarados, perturbados e exaustos pela guerra, neurosados e psicopatas encubados ... imigrantes que não servem porque, em lugar de nos ajudar, vêm como peso morto.

Sobre essa questão, o psiquiatra Deusdedit de Araújo ressaltava a importância de aparelhar as estruturas de imigração pensando nos fluxos que se verificariam ao fim da guerra. Essa preocupação se direcionava em dois vieses: se, por um lado, às guerras se sucediam ciclos epidêmicos, a exemplo de tifo, encefalite e gripe, por outro, os conflitos eram campos geradores de “enfermiços e estigmatizadores”, pessoas que poderiam desenvolver “neuroses, angústias e afecções” causadas pelo próprio conflito (Araújo, 1946, p.109). A seleção imigratória era acusada de superficial e de não dar conta de restringir imigrantes com potencial patológico: “Nossos consulados se contentam de um atestado médico. Este ... deveria conter informações seguras sobre a atual situação somatopsíquica do postulante, seus antecedentes pessoais e hereditários”, como enfatizava Maurício de Medeiros (1947, p.49).

Para os psiquiatras, era imprescindível que a seleção dos imigrantes fizesse parte de um programa de profilaxia das doenças mentais, tendo em vista que o imigrante, e nesse caso específico o refugiado, era acusado de ser um potencial transmissor de enfermidades dessa natureza. Para tanto, mobilizavam a temática da imigração a fim de enfatizar que a seleção dos estrangeiros deveria contar com a participação de técnicos no assunto e com uma estrutura organizada para esse fim, o que segundo Deusdedit de Araújo, por exemplo, ainda não era uma realidade no Estado brasileiro. O técnico em questão seria o psiquiatra, único especialista capaz de diagnosticar, desde a inspeção médica, a aptidão mental dos imigrantes para entrar em terras brasileiras.

Como já vimos, a legislação brasileira previa a repatriação de imigrantes que chegassem ao país com algum tipo de doença física ou mental. Assim, compreendemos que tais alertas sobre as ameaças que a recepção de refugiados de guerra representaria ao país constituíam uma estratégia dos psiquiatras em se afirmar como única autoridade capaz de identificar indícios e sintomas de doenças mentais na população imigrante, sobretudo no contexto de recepção dos DPs no país. A atuação dos psiquiatras junto aos órgãos de imigração se daria por meio da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). Xavier de Oliveira (1948), por exemplo, defendia que a instituição estava suficientemente aparelhada e poderia prestar os melhores e mais relevantes serviços no que tangia à imigração. Como exemplo dessa iniciativa de participação da LBHM no debate imigratório está a apresentação, junto ao CIC, de um exame a ser aplicado aos imigrantes durante a inspeção médica.

A inspeção psiquiátrica dos imigrantes: a proposta da Liga Brasileira de Higiene Mental

Seria um suicídio nacional que, por negligência, abrissemos as nossas portas indiscriminadamente às grandes massas de desajustados, emocionalmente traumatizados, que ora nos procuram. ... Nós, psiquiatras, temos o dever de advertir o governo sobre os riscos que corre a coletividade com uma política imigratória feita sem os cuidados da eugenia mental (Medeiros, 1947, p.50).

Essa fala de Mauricio de Medeiros durante uma conferência sobre imigração na LBHM anuncia um movimento realizado pela Liga em fevereiro de 1947, com a proposição de um exame médico-psiquiátrico assinada por Henrique Roxo e que também foi publicada na *Revista de Imigração e Colonização*. Como já mencionado, 1947 é um ano-chave, marcado pela chegada dos DPs ao país, e a proposta apresentada reunia muitas das preocupações dos psiquiatras em torno da imigração. Além de Mauricio de Medeiros, na época catedrático de clínica psiquiátrica na Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, a comissão responsável pela elaboração do referido exame era formada por especialistas e autoridades que gozavam de prestígio e arbítrio no campo médico-psiquiátrico, como Henrique Roxo, presidente da Liga Brasileira de Higiene Mental; Aduauto Botelho, diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais; Alcides Lintz, catedrático de clínica médica da Faculdade Fluminense de Medicina, e contou ainda com a colaboração de José Caracas, chefe do Serviço de Saúde dos Portos (LBHM, 1947, p.56).

A importância do exame era justificada em outro artigo publicado na mesma edição da revista e que também havia sido publicado nos *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental* em julho do mesmo ano. Nele, Medeiros (1947, p.36) evocava sua experiência clínica para reforçar a autoridade do psiquiatra enquanto especialista que poderia contribuir na solução do “problema da imigração”:

Foi no exercício da minha profissão médica, na clínica diária do consultório, que recebi nestes últimos meses, uma impressão profunda sobre o que será o Brasil dentro de uma geração, se não tomarmos as mais enérgicas medidas defensivas contra a corrente de imigrantes neuróticos e até psicóticos que se está formando para o nosso país.

Era indicado que a ficha médica apresentada ao CIC deveria ser utilizada pelos agentes e órgãos responsáveis pela seleção e controle da imigração como condição indispensável à concessão de visto permanente no país, sendo estes: a autoridade consular na concessão de passaporte aos imigrantes espontâneos, as comissões médicas brasileiras instaladas pelo CIC nos portos de embarque europeus, o Serviço de Saúde dos Portos nos portos de desembarque dos imigrantes e o Serviço de Biometria Médica. Havia ainda uma nota prévia explicativa que orientava as três etapas de preenchimento: o exame somático dos imigrantes, a resposta escrita pelo emigrante na primeira parte do questionário e as observações de ordem psíquica feita pelos médicos examinadores. A estes últimos incumbiria, ainda, a responsabilização profissional nas conclusões previstas após o preenchimento do formulário (LBHM, 1947, p.58).

Essas etapas seriam organizadas em duas partes. A primeira era a identificação somática do imigrante, composta pelas informações pessoais, como foto de identificação,

nacionalidade, procedência e profissão, os antecedentes patológicos e uma inspeção geral sobre os sistemas respiratório, genital, digestivo, cardíaco e nervoso, além do estado mental. A segunda parte era o exame neuropsíquico, no qual o imigrante deveria responder sobre seus antecedentes hereditários e pessoais e o médico deveria adicionar informações sobre o estado atual e algumas observações somatoneurológicas.

Entre as perguntas a serem respondidas por escrito pelo próprio imigrante, estavam se os pais e avós gozavam de saúde ou eram acometidos por alguma doença, se tiveram qualquer tipo de enfermidade nervosa ou mental e, em caso de falecimento, quais as causas da morte. A investigação sobre os antecedentes hereditários também incluía perguntas sobre a convivência familiar, se os pais viviam juntos ou eram divorciados e, neste último caso, qual a idade do examinado quando se deu a separação (LBHM, 1947, p.61). A questão do divórcio despertava interesse por dois motivos. Primeiro, havia uma compreensão de que certas desordens psíquicas eram desencadeadas por traumas familiares, reforçando mais uma vez a importância sobre a constituição familiar como indício de estabilidade emocional e mental. Além disso, havia uma relação quase intrínseca entre divórcio e loucura feminina. Muitas mulheres internadas nos hospícios tinham seus diagnósticos atribuídos à transgressão de comportamentos relacionados à maternidade e ao casamento, como o abandono familiar e a separação do marido (Facchinetti, Cupello, 2011; Toledo, 2019).

Já os antecedentes pessoais correspondiam ao grau de instrução do imigrante, suas condições econômicas e seu histórico de saúde; se havia sofrido alguma doença do sistema nervoso ou crises de esgotamento; se teve alguma dificuldade no emprego, inclusive relacionada à bebida alcoólica; se havia histórico de internação em casa de saúde ou hospital. Havia também perguntas específicas sobre a guerra, a fim de extrair algum indício sobre experiências traumáticas relacionadas ao conflito: onde o analisado se encontrava durante a guerra, se esteve em campo de concentração e por quanto tempo e como havia se comportado em caso de ter assistido a algum “ato de guerra”, como fuzilamento, batalha, bombardeiro ou fuga coletiva (LBHM, 1947, p.62).

A terceira e última parte do exame deveria conter informações sobre o estado psíquico do imigrante no ato da inspeção médica. Essa deveria ser preenchida pelo próprio médico, reforçando mais uma vez a autoridade científica como principal agente responsável pela concessão de vistos aos imigrantes. Dentre as informações, destaca-se a necessidade de observar aspectos da vida afetiva do examinado relacionados ao próprio contexto da imigração:

- Mostra-se o examinado alegre ou triste em imigrar?
- Deixa parentes, ou vai ao encontro de parentes aos quais estime?
- Revela sentimento vivo pelos parentes?
- Responde com benevolência ou irritado?
- Que sentimento demonstra ao narrar episódios emocionais da sua vida? (Indiferença? Tristeza? Temor? Ódio?)
- Durante o exame, mostra-se muito emocionado? Chega a revelar-se inibido? Ou, ao contrário, expansivo, desembaraçado?
- Que projetos tem para o país para onde vai?
- Está decidido realmente a partir, ou se mostra hesitante?

- Compreende rapidamente as perguntas?
- Que grau de inteligência lhe atribui o observador? (Superior? Média? Reduzida? Deficiente?)
- Revela qualquer ideia delirante?
- Mostra confiança em si? (Excessiva? Normal? Reduzida? Nula?) (LBHM, 1947, p.63).

Qualquer evidência de desequilíbrio emocional, tanto o excesso quanto a ausência de sentimentos, poderia ser interpretada como uma predisposição a transtornos mentais e deveria ser levada em consideração na inspeção médica. Por fim, o exame era composto por algumas observações somatoneurológicas que comprovariam se o indivíduo estava apto ou não a migrar, em diálogo com as restrições de saúde previstas na legislação imigratória. O médico deveria anotar se o observado possuía algum “estigma físico de degeneração” ou algum defeito físico de caráter ou adquirido, qual o seu tipo constitucional segundo as categorias de Kretschmer,¹² qual o estado de sua coordenação motora e se possuía algum tipo de tremor ou sinal de distúrbio do sistema nervoso (LBHM, 1947, p.62-63).

Em relação às mulheres, também havia perguntas sobre os ciclos menstruais, se eram regulares ou se afetavam “o nervosismo da observada”, e sobre as gestações, se essas haviam transcorrido de forma saudável ou sido interrompidas, quais as causas do aborto (se espontâneo ou provocado), além de detalhes sobre os partos “e suas consequências somatopsíquicas” (LBHM, 1947, p.64). A preocupação com as mulheres, mais uma vez, estava em conformidade com o paradigma científico da época que considerava a própria menstruação uma predisposição feminina à loucura devido a sua natureza “instável”. Qualquer desequilíbrio nesse sentido deveria ser considerado para atestar a saúde e a estabilidade mental das mulheres (Rohden, 2009).

A partir da avaliação dos antecedentes hereditários e pessoais e do estado somático e psíquico do imigrante, o médico deveria chegar a uma conclusão geral sobre suas condições de saúde e, conseqüentemente, sua capacidade de adaptação no Brasil. Caso fosse “parcialmente” saudável, havia ainda outra pergunta: “conclui o médico que seja o examinado adaptável ao novo ambiente e recuperável quer somática como psicicamente?”. Se a resposta fosse positiva, o médico deveria ainda assumir a responsabilidade dessa conclusão (LBHM, 1947, p.64).

A elaboração desse exame pela LBHM se fundamentava na Constituição de 1946, que determinava que os serviços de seleção, entrada, distribuição e fixação do imigrante no Brasil, assim como os processos de naturalização e colonização, deveriam ser realizados por um órgão de competência federal. Tais responsabilidades eram desempenhadas pelo próprio CIC. O encaminhamento do exame pela LBHM ao CIC buscava, portanto, apresentar ao principal órgão responsável pela imigração uma proposta que conferisse maior participação dos psiquiatras no processo de seleção e controle da entrada de estrangeiros no Brasil. Ao enfatizar os aspectos psíquicos dos imigrantes, sobretudo aqueles que migravam com o emocional abalado pela guerra, tal iniciativa não visava colocar a LBHM em papel de preponderância ou mesmo substituir o CIC nessa matéria, mas buscava inseri-la de forma ativa e colaborativa no desenvolvimento das políticas de imigração e na estruturação de parâmetros de seleção, tanto em solo brasileiro quanto nas comissões médicas localizadas nos portos de embarque e desembarque dos imigrantes.

A LBHM concluía que o objetivo de sua proposta seria facilitar a inspeção médica responsável pela concessão ou recusa do visto ao imigrante, ao considerar aspectos psíquicos e emocionais da saúde dos estrangeiros. A publicação do exame na *Revista de Imigração e Colonização* era acompanhada de uma observação do próprio CIC, que sinalizava certo distanciamento dessa perspectiva e ponderava que as sugestões da LBHM eram um tanto “rígidas”, o que poderia impactar no andamento dos serviços. Apesar da posição reticente do CIC e da ausência de referências à aplicação desse tipo de exame, é interessante notar que a proposta da LBHM foi compreendida como “importante colaboração ao estudo do problema da seleção médica dos imigrantes” (LBHM, 1947, p.56) e publicada na íntegra na revista, reforçando o caráter dessa publicação como um espaço aberto de debates e propostas em torno da imigração.

Considerações finais

Como largamente analisado pela historiografia, a imigração, notadamente a europeia, esteve na pauta das autoridades políticas e intelectuais brasileiras como meio de transformação da realidade do país e do “progresso da raça”, sobretudo a partir da segunda metade do século XIX. Ambas as questões projetavam a imigração como solução do atraso civilizacional brasileiro atribuído à miscigenação, definindo os europeus como o “imigrante ideal” que o Brasil buscava atrair. A discussão sobre o “imigrante ideal”, contudo, não se esgotava no debate racial. A preocupação com as doenças, desde o problema sanitário e higiênico do país quanto as possíveis enfermidades que os imigrantes poderiam trazer junto com o sonho de “fazer a América”, também era ponto central no debate imigratório brasileiro, classificando os imigrantes doentes como “indesejáveis”, junto com outros grupos étnicos considerados “inferiores” ou “inassimiláveis” (Koifman, 2012).

Se, no início do século XX, a discussão sobre a saúde dos imigrantes estava mais direcionada para a constituição física, o que buscamos demonstrar ao longo do artigo é que a partir dos anos 1940 o debate ganhou novas nuances, com destaque para a saúde mental dos estrangeiros, uma vez que os fluxos imigratórios do período estavam diretamente ligados aos rearranjos geopolíticos na Europa devastada após a Segunda Guerra Mundial. Apesar dos conflitos mundiais, o ideal de civilização europeia não fora de todo abalado e continuou sendo percebido dessa forma pelos agentes de imigração e pelo governo brasileiro. Porém, havia clivagens dentro da concepção de “imigrante ideal”, podendo ser culturais, laborais, nacionais, políticas e mesmo eugênicas.

Ao enfatizar que a vinda de refugiados e deslocados afetados psicologicamente pela guerra poderia causar um problema ao país, a psiquiatria encontrou nesse cenário a possibilidade de participar ativamente no debate imigratório brasileiro. Ainda que os critérios raciais ou nacionais não tenham desaparecido, acreditava-se que a vinda de europeus traumatizados pela guerra poderia, em certa medida, comprometer os esforços civilizatórios do país, uma vez que os sobreviventes poderiam trazer consigo neuroses, paranoias ou distúrbios psíquicos, o que, na visão dos psiquiatras, contribuiria para o aumento da população de loucos e degenerados do país. Os DPs, portanto, eram considerados “indesejáveis”, a menos que fossem incorporados à seleção critérios que garantissem a estabilidade mental daqueles que migravam nessa condição.

Assim, os psiquiatras se projetavam como autoridades médicas fundamentais ao processo de seleção imigratória, uma vez que as doenças mentais não tinham estigmas físicos e, portanto, poderiam passar despercebidas por médicos de outras especialidades. Para eles, a profilaxia das doenças mentais deveria começar durante a inspeção médica realizada para concessão de vistos, a fim de evitar que essa imigração dirigida para o país pudesse abalar a ordem social, comprometer a capacidade desses imigrantes para o trabalho ou ainda contribuir para o adoecimento das futuras gerações de brasileiros. Ainda que o CIC não tenha incorporado a proposta de exame da LBHM, importa destacar que o órgão era depositário de uma política imigratória restritiva construída durante o Estado Novo e cujas bases legais se mantiveram mesmo após o fim do regime varguista. A legislação sobre imigração e colonização do país só foi revogada na década de 1980, representando uma continuidade longa das políticas imigratórias nacionais.

Embora não se deva perder de vista que mesmo os preceitos científicos que orientavam as tomadas de decisão e controle nos órgãos de imigração não eram isentos de preconceitos e estereótipos sobre os coletivos nacionais, compreendemos que as publicações dos psiquiatras na imprensa especializada, sobretudo a proposta de um exame que seria capaz de garantir a qualidade psíquica dos estrangeiros e diagnosticar o impacto da guerra sobre sua psique, são exemplos da estratégia da psiquiatria em se reafirmar no debate imigratório brasileiro. A publicação do exame elaborado pela LBHM e de outros artigos assinados por psiquiatras na *Revista de Imigração e Colonização*, principal veículo do órgão de imigração do país, demonstra a circularidade desses especialistas entre as autoridades de imigração, bem como a relevância da discussão sobre a saúde mental dos refugiados e deslocados de guerra para o campo imigratório brasileiro no período.

AGRADECIMENTOS

A pesquisa apresentada neste artigo contou com financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj) e faz parte das atividades desenvolvidas pelo Centro de Memória da Imigração da Ilha das Flores, grupo de pesquisa, ensino e extensão vinculado ao Departamento de Ciências Humanas da Faculdade de Formação de Professores da Uerj.

NOTAS

¹ O conceito de *displaced person* caracterizava os deslocados pela Europa em decorrência da Segunda Guerra Mundial e que deveriam regressar aos países de origem após o conflito. Com a criação da Organização Internacional para Refugiados em 1946, o conceito de refugiado se alargou e deu origem ao Estatuto de 1951, etapa importante na definição do estatuto internacional do refugiado (Andrade, 1996).

² A Lei de Cotas de 1934 estipulava o limite anual de 2% para cada nacionalidade, adotando como referência o número total dos membros já fixados no Brasil nos últimos cinquenta anos antes da promulgação da lei. Além disso, proibia a concentração de imigrantes em determinadas partes do território brasileiro (Geraldo, 2012).

³ Os *Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria* também foram editados com outros nomes: *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, entre 1905 e 1907, e depois como *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Mental*, entre 1908 e 1919 (Facchinetti, Cupello, Evangelista, 2010).

⁴ Juliano Moreira (1872-1933) foi médico psiquiatra e neurologista, diretor do Hospital Nacional de Alienados entre 1903 e 1930, professor honorário da Clínica de Doenças Mentais da Faculdade de Medicina da Bahia, sócio fundador da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal (1907) e da seção Rio de

Janeiro da Sociedade Brasileira de Psicanálise (1928), redator dos *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins* (Facchinetti, 2018).

⁵ Agência criada em 1938, por iniciativa do presidente norte-americano Franklin Roosevelt, para administrar esforços internacionais para reassentar refugiados da Alemanha nazista. Em 1943, expandiu sua atuação para todos os refugiados europeus. Funcionou até 1947, quando suas atividades foram assumidas pela Organização Internacional para Refugiados, agência especializada das Nações Unidas. Ver: <https://www.britannica.com/topic/Intergovernmental-Committee-on-Refugees>.

⁶ Formado em farmácia, Mauricio Campos de Medeiros (1885-1966) fez carreira nas áreas de psiquiatra e psicologia. Na década de 1940, foi professor da cátedra de clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e diretor do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. Também foi ministro da Saúde entre 1955 e 1958 (Martins, 2018).

⁷ Artur Hehl Neiva (1909-1967) era engenheiro e foi membro da Comissão Interministerial de reforma da legislação imigratória em 1934. Também participou do Conselho de Imigração e Colonização entre 1938 e 1947, foi chefe da delegação brasileira de seleção de deslocados de guerra na Europa e conselheiro do Comitê Intergovernamental para as Migrações Europeias entre 1952 e 1956.

⁸ Mais do que a integração do imigrante na localidade de destino, o conceito de assimilação aqui mobilizado se refere à completa absorção e incorporação à realidade de recepção, apagando possíveis diferenças que não encontram semelhança na sociedade de acolhida.

⁹ Antônio Gavião Gonzaga, médico cearense, formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1917), chefiou o Serviço na Diretoria de Saneamento Rural e foi prefeito de Campos do Jordão (1931-1938), onde atuou no combate à tuberculose na cidade. Gavião Gonzaga foi responsável pelo zoneamento da área destinada aos saudáveis e dos terrenos destinados à construção de sanatórios.

¹⁰ O decreto-lei de 1945 enfatizava as relações entre saúde e imigração em diversos trechos. A prova de saúde era exigida tanto para a concessão do visto permanente, quando havia interesse de fixação no país, quanto do visto temporário. No que diz respeito à imigração dirigida, o controle e o recrutamento seriam realizados por técnicos do governo ligados à imigração e à saúde (Brasil, 18 set. 1945).

¹¹ Antonio Xavier de Oliveira (1892-1953) foi um médico psiquiatra. Trabalhou como assistente interino da clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina, foi membro da Liga Brasileira de Higiene Mental e da Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal e atuou na transferência do Serviço Nacional de Doenças Mentais para o Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (Silva, 2019). Também participou da Assembleia Constituinte de 1933-1934.

¹² Ernst Kretschmer (1888-1964) foi um médico psiquiatra austríaco reconhecido internacionalmente por seus estudos em biotipologia que mesclavam aspectos de personalidade, temperamento e constituição individual (Muñoz, 2015).

REFERÊNCIAS

ANDRADE, José H. Fischel. *Direito internacional dos refugiados: evolução histórica (1921-1952)*. Rio de Janeiro: Renovar, 1996.

ARAÚJO, Deusdedit. Imigração e eugenia. *Revista de Imigração e Colonização*, ano 7, n.1, p.101-109, 1946.

BRASIL. Decreto-lei n.7.967, de 18 de setembro de 1945. Dispõe sobre a imigração e colonização, e dá outras providências, 18 set. 1945. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/del7967.htm :~:text=Art.,condi%C3%A7%C3%B5es%20estabelecidas%20por%20esta%20lei. Acesso em: 26 jan. 2021.

BRASIL. Decreto-lei n.3.010, de 20 de agosto de 1938. Regulamenta o decreto-lei n.406, de

4 de maio de 1938, que dispõe sobre a entrada de estrangeiros no território nacional, 20 ago. 1938. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d3010.htm:~:text=406%2C%20de%204%20de%20maio,da%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20e%20o%20art. Acesso em: 26 jan. 2021.

CARVALHO, Carolina; MATHIAS, Cátia; MARCONDES, Sérgio. A divulgação da psiquiatria brasileira na imprensa (1930-1940). *Journal of Science Communication*, v.16, n.3, p.1-13, 2017.

CAVALCANTI, Adalberto Lira. O problema da imigração em face da higiene mental. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, anos 16-17, p.52-54, 1945-1946.

COSTA, Jurandir Freire. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

DI LISCIA, María Silvia; REBELO-PINTO, Fernanda. Salud e inmigración: registros y repositorios en Argentina y Brasil, ca. 1890-1930. In: Álvarez, Adriana (org.). *La historia de la salud y la enfermedad: recursos archivísticos y metodológicos de un campo historiográfico en construcción*. v.1. Mar del Plata: Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata, 2018. p.112-122.

ESTUDOS e reportagens: o Brasil precisa de imigrantes? *Revista do Comércio*, n.8, p.2, jul. 1946.

FACCHINETTI, Cristiana. Juliano Moreira. *Biblioteca Virtual em História do Patrimônio Cultural da Saúde*. Médicos que atuaram no Hospital Nacional de Alienados, 2018. Disponível em: <http://hpcs.bvsalud.org/vhl/temas/historia-saberes-psi/medicos/>. Acesso em: 28 nov. 2020.

FACCHINETTI, Cristiana; CUPELLO, Priscila Céspedes. O processo diagnóstico das psicopatias do Hospital Nacional de Alienados: entre a fisiologia e os maus costumes (1903-1930). *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v.11, n.2, p.697-718, 2011.

FACCHINETTI, Cristiana; CUPELLO, Priscila; EVANGELISTA, Danielle Ferreira. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins: uma fonte com muita história. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.17, supl.2, p.527-535, 2010.

GERALDO, Endrica. A “lei de cotas” de 1934: controle de estrangeiros no Brasil. *Cadernos AEL*, v.15, n.27, p.175-210, 2012.

KOIFMAN, Fábio. *Imigrante ideal: o Ministério da Justiça e a entrada de estrangeiros no Brasil (1941-1945)*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

LBHM, Liga Brasileira de Higiene Mental. Seleção imigratória. *Revista de Imigração e Colonização*, ano 8, n.1, p.56-64, 1947.

LOPES, Ignacio Cunha. Aspectos da higiene mental no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, ano 23, n.1-2, p.1-33, 1940.

MARINHO, Maria Gabriela S.M.C.; TARELOW, Gustavo Querodia. Psiquiatria e imigração: Antonio Carlos Pacheco e Silva, o hospital do Juquery e o “despejo da escória”: seletividade e assimetrias no tratamento psiquiátrico de imigrantes em São Paulo, 1923-1937. In: Mota, André; Marinho, Maria Gabriela S.M.C.; Silveira,

Cássio (org.). *Saúde e história de migrantes e imigrantes: direitos, instituições e circularidades*. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP; UFABC; CD.G, 2014. p.59-72.

MARQUES, Guilherme dos Santos Cavotti. *A porta de entrada do Brasil: a recepção dos refugiados no pós-Segunda Guerra na Hospedaria de Imigrantes da Ilha das Flores*. Dissertação (Mestrado em História Social) – Faculdade de Formação de Professores, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, São Gonçalo, 2017.

MARTINS, Ygor. Maurício Campos de Medeiros. *Biblioteca Virtual em História do Patrimônio Cultural da Saúde*. Médicos que atuaram no Hospital Nacional de Alienados, 2018. Disponível em: <http://hpcs.bvsalud.org/vhl/temas/historia-saberes-psi/medicos/>. Acesso em: 28 nov. 2020.

MEDEIROS, Mauricio de. Imigrantes indesejáveis. *Diário Carioca*, n.5857, p.4, 1 ago. 1947.

MEDEIROS, Mauricio de. O problema da imigração. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, ano 18, n.1, p.34-50, 1947.

MOREIRA, Juliano. A seleção individual de imigrantes no programa da higiene mental. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, ano 1, p.109-115, mar. 1925.

MUÑOZ, Pedro Felipe Neves de. *À luz do biológico: psiquiatria, neurologia e eugenia nas relações Brasil-Alemanha (1900-1942)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2015.

NEIVA, Artur Hehl. *Deslocados de guerra: a verdade sobre sua seleção*. Rio de Janeiro: A Noite, 1949.

OLIVEIRA, Xavier de. Da incidência das psicoses nos estrangeiros no Brasil. *Revista de Imigração e Colonização*, ano 9, n.4, p.3-28, 1948.

PAIVA, Odair da Cruz. Migrações internacionais pós-Segunda Guerra Mundial: a influência dos EUA no controle e gestão dos deslocamentos populacionais nas décadas de 1940 a 1960. In: Encontro Regional de História, 19., 2008, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Anpuh-SP; USP, 2008.

PERES, Elena Pájaro. “Proverbial hospitalidade”?: a “Revista de Imigração e Colonização” e o discurso oficial sobre o imigrante, 1945-1955. *Acervo*, v.10, n.2, p.85-98, 1997.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

SALLES, Maria do Rosário Rolfen; PAIVA, Odair; BASTOS, Sênia. Imigração e política migratória no pós-Segunda Guerra Mundial: perfil das entradas e trajetórias. In: Salles, Maria do Rosário Rolfen et al. (org.). *Imigrantes internacionais no Pós-Segunda Guerra Mundial*. Campinas: Núcleo de Estudos de População/ Universidade Estadual de Campinas; Faculdade Anhembi Morumbi, Universidade Federal de São Paulo, 2013. p.11-22.

SCOTTI, Zelinda Rosa. *Que loucura é essa? Loucas e loucos italianos no hospício São Pedro em Porto Alegre/RS, 1900-1925*. Tese (Doutorado em História) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SILVA, Ewerton Luiz. *Do sonho à loucura: hospitais psiquiátricos e imigração portuguesa em São Paulo, 1929-1939*. São Paulo: Alameda, 2017.

SILVA, Neide Verçosa. Antonio Xavier de Oliveira. *Biblioteca Virtual em História do Patrimônio Cultural da Saúde*. Médicos que atuaram no Hospital Nacional de Alienados, 2019. Disponível em: <http://hpcs.bvsalud.org/>

vhl/temas/historia-saberes-psi/medicos/. Acesso em: 28 nov. 2020.

TOLEDO, Eliza Teixeira de. *A circulação e aplicação da psicocirurgia no Hospital Psiquiátrico do Juquery, São Paulo: uma questão de gênero, 1936-1956*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2019.

VENANCIO, Ana Teresa A. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.10, n.3, p.883-900, 2003.

VENANCIO, Ana Teresa A.; FACCHINETTI, Cristiana. “Gentes provindas de outras terras”: ciência psiquiátrica, imigração e nação brasileira. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v.8, n.2, p.356-363, 2005.

VIANNA, Antonio. O valor do exame médico do imigrante em face da política biológica. *Revista de Imigração e Colonização*, ano 8, n.3, p.5-13, 1947.

