

# Das epidemias à saúde mental: uma análise sobre os espaços de recepção de imigrantes (1850-1947)

## *From epidemics to mental health: an analysis of the reception spaces for immigrants (1850-1947)*

**Julianna Carolina Oliveira Costa**

Pesquisadora no Centro de Memória da Imigração da Ilha das Flores (UERJ/FFP). Doutoranda em História Social na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Formação de Professores.

**Carolina da Costa de Carvalho**

Pesquisadora no Centro de Memória da Imigração da Ilha das Flores (UERJ/FFP). Mestra em História das Ciências e da Saúde pela Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz.

**Resumo:** O artigo tem como objetivo analisar as relações entre saúde e imigração a partir dos espaços de recepção de imigrantes construídos pelo governo brasileiro entre a segunda metade do século XIX e início do XX. Tal período histórico é marcado por um intenso deslocamento migratório da Europa para a América, chamado de “Grande Imigração”, que também foi acompanhado por maior circulação de microrganismos causadores de doenças, com destaque para as epidemias de febre amarela e cólera. Posteriormente, a discussão sobre a saúde mental dos estrangeiros somou-se à preocupação do governo, passando a integrar as questões de saúde pública. A partir da análise da legislação, dos relatórios ministeriais e de artigos publicados na imprensa que tratam das estruturas governamentais de recepção, inspeção, acolhimento e encaminhamento de imigrantes, pretende-se demonstrar a importância fundamental que o debate científico sobre o contágio das doenças desempenhou sobre as políticas imigratórias brasileiras.

**Palavras-chave:** Imigração; Epidemias; Estruturas de recepção; Políticas imigratórias.

**Abstract:** The article aims to analyze the relationship between health and immigration from the reception spaces for immigrants built by the Brazilian government between the second half of the 19th century and the beginning of the 20th. This historic period is marked by an intense migratory displacement from Europe to America, called “Great Migration”, which was also accompanied by a greater circulation of microorganisms that cause diseases, with emphasis on the epidemics of yellow fever and cholera. Subsequently, the discussion on the mental health of foreigners was added to the government’s concern, becoming part of public health issues. Based on the analysis of legislation and ministerial reports that deal with government structures for receiving, inspecting, welcoming and referring immigrants, it is intended to demonstrate the fundamental importance that the scientific debate on the contagion of diseases played on Brazilian immigration policies.

**Keywords:** Immigration; Epidemics; Reception structures; Immigration policies

## Introdução

As relações entre saúde e imigração são indissociáveis, especialmente quando consideradas as doenças epidêmicas que assolavam o mundo durante o período de maior fluxo migratório (DI LISCIA; REBELO, 2018). O século XIX foi marcado pelo deslocamento massivo de europeus para outros continentes, sobretudo para as Américas. O intenso deslocamento populacional iniciado no oitocentos se estendeu até as primeiras décadas do século XX, sendo brevemente interrompido devido à Primeira Guerra Mundial. As pesquisas de Gianfausto Rosoli apontam que, entre 1815 e 1914, mais de 50 milhões de indivíduos partiram da Europa em direção ao continente americano (ROSOLI *apud* GONÇALVES, 2012), principalmente para Estados Unidos, Argentina, Canadá e Brasil. O crescente fluxo de pessoas também significou uma maior circulação dos microrganismos causadores de doenças. Conseqüentemente, o século XIX presenciou grandes epidemias como as de cólera e febre amarela. Pouco antes do término da Primeira Guerra Mundial surgiu uma nova e mais brutal epidemia. A gripe espanhola eclodiu quase que concomitantemente com a retomada dos movimentos migratórios e, ainda que esses não tenham atingido as mesmas proporções do período anterior, despertou ainda mais a atenção das autoridades públicas para o problema da propagação de doenças.

A proposta deste artigo é compreender como a internacionalização dessas doenças ensejou a necessidade de estabelecer medidas de proteção à saúde em níveis nacionais e internacionais, dedicando especial atenção às respostas do governo brasileiro frente às questões sanitárias suscitadas pelo movimento imigratório. Em diálogo com a historiografia da saúde e das doenças, consideramos que olhar para as epidemias é olhar também para seus impactos sociais, políticos, demográficos e culturais em um determinado tempo e sociedade (SILVEIRA; NASCIMENTO, 2004). Desta forma, mais do que pensar as epidemias como eventos de desastre ou desagregação social, propomos refletir de que maneira elas impactaram a política imigratória brasileira e a recepção de imigrantes no país, sobretudo no Rio de Janeiro. Estruturas de inspeção, assistência médica e acolhimento de imigrantes foram criados na tentativa de conter o avanço das doenças e, em muitos casos, exigiram o controle dos corpos dos estrangeiros recém-chegados através de medidas profiláticas, como o isolamento e as quarentenas.

As controvérsias científicas em torno do caráter de transmissão das doenças, sobretudo entre contagionistas e anticontagionistas, levou a diferentes respostas das autoridades brasileiras que se refletiam na criação e manutenção de diversos dispositivos de recepção de imigrantes, como hospitais, lazaretos, hospedarias e até mesmo hospícios. Enquanto a restrição a entrada de imigrantes infectados através da inspeção dos navios nos portos incluía o encaminhamento destes para hospitais marítimos, lazaretos ou ainda o “torna-viagem”, as condições do Brasil enquanto foco de doenças, em especial da capital carioca, demandavam a construção de dispositivos próprios para isolar os imigrantes saudáveis do contágio, a exemplo das hospedarias.

Além desses espaços construídos especificamente para acolher os imigrantes, também se admitia que outras instituições de saúde tratassem dos estrangeiros adoecidos, como os hospícios. Ainda que o país não tenha vivenciado uma “epidemia de doenças mentais”, risco este constantemente alertado pelos psiquiatras, essas enfermidades também causavam preocupação

nas autoridades médicas e de imigração, tendo em vista que os imigrantes doentes, acometidos tanto por moléstias físicas quanto mentais, eram enquadrados como “indesejáveis” pela legislação brasileira, sobretudo a partir da década de 1920. Desta forma, os espaços de recepção e acolhimento a imigrantes são primordiais para pensar as interações e influências mútuas entre as políticas de imigração e as políticas de saúde.

## **Entre deslocamentos e epidemias: discussões médicas e científicas**

Na primeira metade do Oitocentos, a cólera propagou-se da Ásia para a Europa até chegar às Américas. A doença possuía um caráter endêmico na Índia, mas campanhas militares, juntamente com as rotas de comércio dos ingleses, possibilitaram a propagação do bacilo *Vibrio comma* do Delta do Ganges até o Reino Unido. No ano de 1832, a moléstia foi transportada para o Canadá e os Estados Unidos através das correntes migratórias que haviam se estabelecido entre esses países. Os movimentos migratórios internacionais ainda não incluíam o Brasil nessa época. Dessa forma, o país manteve-se livre da cólera até maio de 1855, quando o navio *Defensor* aportou em Belém, trazendo 288 imigrantes portugueses vindos da cidade do Porto cujos arredores encontravam-se infectados (CÂNDIDO, 1856).

A febre amarela havia chegado ao país anteriormente, em setembro de 1849, quando o navio *Brazil* aportou em Salvador. A embarcação havia partido de Nova Orleans em meio a uma quadra epidêmica, tendo feito escala em Havana, que também se encontrava infectada. As principais sociedades escravistas da América registravam casos de febre amarela, o que levou a defesa de que a doença era originária da África e que havia se disseminado através do tráfico de escravos. Em dezembro daquele ano, o mal amarílico chegou à cidade do Rio de Janeiro, onde tornou-se endêmico, reaparecendo todo verão com maior ou menor intensidade.

As sucessivas epidemias de cólera e febre amarela e a proliferação dessas doenças em escala mundial, combinada ao intenso fluxo migratório rumo à América, foram determinantes para colocá-las no centro do debate científico. Na tentativa de obter respostas sobre a cólera e de estabelecer medidas de proteção à saúde foi realizada a Primeira Conferência Sanitária Internacional, que reuniu médicos e cientistas de diversas nações na cidade de Paris, no ano de 1851. Na ocasião não houve consenso entre os representantes, pois enquanto liberais defendiam a teoria miasmática e a adoção de práticas higienistas, conservadores optavam pela teoria do contágio e pela manutenção de medidas restritivas (REBELO, 2010). Os debates se estenderam por muitas outras conferências, na tentativa de normatizar e padronizar as práticas de recepção dos navios que transportavam cargas, mercadorias e pessoas pelos mais diferentes portos do mundo.

As nações europeias mostraram-se pouco interessadas em discutir o problema da febre amarela por se tratar de uma doença que atingia principalmente a África e as Américas. Para os países americanos, a febre amarela tornava-se um problema ainda maior com a chegada massiva de imigrantes europeus que, por não possuírem resistência ao mal, acabavam servindo como combustível para a propagação das epidemias. Sob a liderança dos Estados Unidos foram organizados então fóruns e organismos americanos de cooperação em saúde (LIMA, 2002). Além disso, em 1881, realizou-se em Washington a Quinta Conferência Sanitária Internacional, a úni-

ca que ocorreu fora da Europa e que concedeu grande destaque à febre amarela, sobretudo com a divulgação da pesquisa do médico cubano Juan Carlos Finlay sobre a descoberta do *Stegomyia fasciata* como o agente transmissor da febre amarela. No entanto, naquele momento a pesquisa de Finlay não obteve uma boa aceitação entre a comunidade médico-científica (FRANCO, 1969).

Durante as primeiras conferências desconhecia-se as causas da cólera e da febre amarela. As discussões sobre a etiologia e sobre as técnicas de controle que deveriam ser adotadas se apoiavam nas teorias contagionistas e anticontagionistas. Embora ambas buscassem explicar as formas de transmissão das doenças, tais teorias se diferenciavam no que dizia respeito à organização das práticas sanitárias necessárias ao combate e controle das epidemias. Segundo Czeresnia (1997), os anticontagionistas acreditavam que partículas venenosas – conhecidas como miasmas – desprendiam-se das águas estagnadas ou das matérias em decomposição, espalhando-se pelo ar e possibilitando a proliferação de vários males, entre eles a febre amarela e a cólera. Para combater a propagação dessas doenças, defendiam, portanto, procedimentos de controle do ambiente. Já os contagionistas entendiam que as doenças se propagavam diretamente de um indivíduo para outro ou indiretamente através do contato com objetos contaminados e, portanto, defendiam medidas de controle e isolamento dos enfermos, além das impopulares quarentenas. Desta forma, enquanto “os contagionistas enfatizavam a busca de uma causa verdadeira e específica da doença [...], os anticontagionistas enfatizavam a importância de se estudar a predisposição do corpo e do ambiente ao surgimento da doença” (CZERESNIA, 1997: 89).

Vale ressaltar que as duas correntes acreditavam que as doenças poderiam ser transmitidas de um indivíduo para outro. Contudo, para os anticontagionistas esse processo não ocorria por meio do contato direto ou através de roupas e objetos utilizados pelos doentes, mas sobre a capacidade do indivíduo doente em alterar o ar, tornando-o pestilento. Para Czeresnia (1997: 83) a principal diferença entre as teorias não residiu na forma de contrair a doença, pois, “para ambas, a doença origina-se de estímulos provenientes do mundo externo e do contato com outros homens”. O acalorado debate teórico foi motivado por divergências quanto à organização das práticas sanitárias. De acordo com Ackerknecht (1948: 567), “a discussão nunca foi somente sobre contágio, mas sim sobre contágio e quarentena”, pois tais medidas restritivas causavam embaraços às relações comerciais internacionais, trazendo prejuízos econômicos e transtornos políticos às nações ao restringir a circulação de pessoas e mercadorias.

No Brasil, as doenças representavam um obstáculo concreto ao desenvolvimento nacional, tendo em vista que colocavam em risco a vinda de imigrantes para o país e eram mobilizadas por propagandas anti-imigração no cenário internacional. A imigração era vista como uma possibilidade de progresso econômico e civilizatório, uma vez que contribuiria, a um só tempo, para a ocupação dos territórios considerados despovoados, tornando-os produtivos; a substituição da mão de obra escrava pelo trabalho livre; o “embranquecimento” da população predominantemente mestiça e negra. Portanto, tornava-se urgente a criação de estruturas próprias para controlar a propagação de doenças entre os imigrantes em terras brasileiras. Como veremos a seguir, a estruturação de espaços adequados para a recepção e acolhimento aos imigrantes estava fortemente ancorada nas teorias médico-científicas a respeito da circulação das doenças,

principalmente durante os surtos epidêmicos de febre amarela e cólera, que influenciavam na arquitetura e localização geográfica dos espaços que pretendiam ser adequados e salubres para receber os imigrantes. Tais serviços incluíam desde a estrutura de desinfecção dos navios no mar e o encaminhamento dos imigrantes infectados para hospitais marítimos e lazaretos, até a construção de hospedarias de imigrantes que visavam protegê-los das moléstias brasileiras, passando ainda pela admissão de estruturas de saúde já existentes, como os hospitais psiquiátricos, enquanto local de tratamento para imigrantes que adoeciam no país.

## O Hospital Marítimo de Santa Isabel e os lazaretos de observação

Em 1850, diante da gravidade da epidemia de febre amarela que assolou a cidade do Rio de Janeiro, o governo imperial criou a Junta de Higiene Pública. Dentre suas principais atribuições, estavam a proposição junto ao governo de medidas direcionadas a salubridade pública. Para tanto, incorporava em sua estrutura a Inspeção de Saúde do Porto do Rio de Janeiro e o Instituto Vacínico que já existiam anteriormente. Além disso, as Comissões de Higiene Pública e os Provedores de Saúde Pública que atuavam nas províncias passaram a responder diretamente a Junta que, em 1851, passou a ser denominada de Junta Central de Higiene Pública. Com a criação deste órgão, médicos influentes passaram a assumir cargos públicos ligados às questões higiênicas e sanitárias, participando de importantes decisões políticas (BRASIL, 14 set. 1850).

O médico Francisco de Paula Cândido<sup>1</sup> foi o primeiro presidente da Junta e durante sua gestão teve início a estruturação da recepção de imigrantes no Brasil, que seguia um modelo muito semelhante ao norte-americano.<sup>2</sup> No Porto do Rio de Janeiro, as embarcações estrangeiras provenientes de portos sem a ocorrência de epidemias deveriam ser inspecionadas por um funcionário da Junta Central de Higiene Pública, a fim de verificar suas condições sanitárias. Constatando-se casos de cólera, febre amarela e peste a bordo do navio, os doentes deveriam ser conduzidos para o Hospital Marítimo de Santa Isabel. Os demais passageiros deveriam passar por um processo de desinfecção, assim como as suas bagagens (BRASIL, 27 abr. 1859). Após desembarcar no Porto do Rio de Janeiro, os imigrantes eram recolhidos em hospedarias, onde aguardavam até serem encaminhados para um núcleo colonial ou alguma grande fazenda.

1. Francisco de Paula Cândido (1805-1864) se formou em Letras e, posteriormente, em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Paris (Sorbonne). Trabalhou como voluntário da “legião sanitária” francesa durante a epidemia de cólera-morbus que assolou o país durante o século XIX, o que lhe rendeu a Grande Medalha de Ouro. Em 1932, doutorou-se com a tese *Sur l'électricité animale* tanto na Faculdade de Medicina de Paris quanto na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Além de presidente da Junta Central de Higiene Pública, também foi presidente da Academia Nacional de Medicina em três momentos: 1834, 1840-1842 e 1852-1855. Fonte: Academia Nacional de Medicina. Disponível em: <http://www.anm.org.br/francisco-de-paula-candido/>. Acesso em: 26 abr. 2021.

2. Nos Estados Unidos, a recepção dos imigrantes começava no Porto de Nova York, mais especificamente na New York State Quarantine Station. O inspetor de saúde examinava toda a tripulação e todos os passageiros dos navios à procura de doenças infectocontagiosas. Os indivíduos que apresentassem sintomas de cólera, peste e febre amarela ficavam detidos na estação de quarentena, recebendo o tratamento adequado, e os imigrantes supostamente sadios eram encaminhados para Castle Garden, onde eram novamente examinados para verificar se nenhum doente havia passado indevidamente pela inspeção médica do porto (SILVA, 2014). O Castle Garden foi criado em 1855, através de uma parceria entre o estado e a cidade de Nova York, e foi substituído na década de 1890 por Ellis Island devido à política de centralização dos serviços migratórios promovida pelo governo (REZNIK; COSTA, 2019). Compreendemos que a centralização também esteve relacionada com as políticas de saúde, pois o governo federal precisou padronizar as práticas sanitárias para atender a normas da profilaxia internacional.

Os navios procedentes de portos infectados deveriam seguir um protocolo diferenciado. Somente às embarcações com mais de 25 dias de viagem e sem nenhum caso de doença a bordo seria permitida a livre prática, após a desinfecção dos tripulantes, dos passageiros, das bagagens e das cargas do navio. Naquelas suspeitas e infectadas, a tripulação e os passageiros eram submetidos à desinfecção a bordo do navio. Em seguida, eram imediatamente encaminhados para lazaretos de observação a fim de cumprir o período de quarentena. As pessoas com sintomas de doenças infectocontagiosas, no entanto, eram transferidas para o Hospital Marítimo de Santa Isabel (BRASIL, 27 abr. 1859).

Ao longo dos anos o governo imperial instituiu vários lazaretos de observação. Em 1850, para conter a epidemia de febre amarela, foram criados os lazaretos da Ilha do Bom Jesus e o do Saco de Alferes. No ano seguinte, foi estabelecido o Lazareto de Jurujuba que se converteu no Hospital Marítimo de Santa Isabel, em 1853. O hospital era destinado ao tratamento de marinheiros e imigrantes, sendo a maioria dos seus pacientes provenientes da Europa. No ano de 1854, prevendo a chegada da epidemia de cólera ao Brasil, foram criados os lazaretos de Maricá e da Várzea, que funcionaram agregados ao Hospital Marítimo de Santa Isabel.

Em virtude das epidemias formou-se um aparato de assistência à saúde voltado majoritariamente para a população estrangeira, o que demonstra a preocupação do governo não só com as relações comerciais internacionais, mas com a política de embranquecimento da população brasileira.

Em 1867, uma nova epidemia de cólera atingiu o Brasil. De acordo com José Pereira Rego<sup>3</sup>, sucessor de Francisco de Paula Cândido na presidência da Junta Central de Higiene Pública, as autoridades sanitárias encontraram dificuldade de colocar o regulamento do Porto do Rio de Janeiro em prática, pois, não existia um lazareto permanente no país. Nas palavras de Pereira Rego,

[...] se levar em conta a imperfeição com que é feito o trabalho da visita do porto em falta de meios apropriados a um serviço regular [...], por maior que seja o zelo dos empregados da visita no cumprimento de seus deveres, por maior que seja o cuidado com que se proceda a desinfecção dos navios, não se poderá nunca evitar que os elementos de infecção neles permaneçam, não havendo lazaretos para as baldeações da carga, a qual ficará sempre por desinfecção e arejar, condições indispensáveis para destruir [sic] e dispersar os elementos de intoxicação (REGO, 1868: 14).

Os lazaretos, como o de Maricá e da Várzea, eram espécies de “acampamentos sanitários” instituídos em períodos epidêmicos e que permaneciam em funcionamento até o término dos

3. José Pereira Rego (1816-1892), o Barão do Lavradio, formou-se pela Faculdade do Rio de Janeiro e, em 1840, tornou-se membro titular da Academia Imperial de Medicina. Entre as ações empreendidas no campo da saúde, destacam-se a participação na Comissão Central de Saúde Pública, responsável pelo planejamento de medidas sanitárias contra a epidemia de febre amarela. Em diversas publicações, denunciava a precariedade das condições da cidade do Rio de Janeiro, sobretudo os esgotos, e defendia a reorganização dos serviços sanitários do ponto de vista da higiene pública e da polícia sanitária. Também atuou como inspetor de Saúde do Porto (1865), inspetor geral do Instituto Vacínico do Império (1873) e diretor interino do serviço sanitário da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (1883-1884). Fonte: Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/>. Acesso em: 26 abr. 2021.

surtos. Pereira Rego reconhecia a necessidade de um lazareto permanente e da adoção da quarentena aos navios considerados suspeitos e infectados. No entanto, somente em 1884 foi construído um lazareto definitivo na Ilha Grande, em Angra dos Reis.

Apesar da criação do Lazareto da Ilha Grande, em alguns casos extremamente graves, com uma grande quantidade de doentes e mortos a bordo, o “torna-viagem” foi a medida profilática mais adotada pelo governo brasileiro. No ano de 1893, durante a epidemia de cólera que se iniciou na França e rapidamente se espalhou para outros países, quatro navios infectados que chegaram ao Rio de Janeiro foram obrigados a retornar para os seus portos de origem, ancorando no lazareto apenas para reabastecer (REBELO, 2010). Anteriormente, o governo brasileiro já havia fechado os seus portos para navios oriundos de portos infectados pela cólera.

## **Dos miasmas aos micróbios: as hospedarias de imigrantes**

Enquanto os lazaretos eram espaços de quarentena construídos para isolar os estrangeiros infectados, a discussão em torno das hospedarias de imigrantes estava mais relacionada à ideia de proteger os imigrantes das doenças epidêmicas já existentes no Brasil. As epidemias iam de encontro aos interesses do governo em incentivar a vinda de imigrantes para o país, o que também mobilizou iniciativas particulares na manutenção de algumas hospedarias, a exemplo da Hospedaria da Ilha do Bom Jesus (1857-1865) e da Hospedaria do Morro da Saúde (1867-1881). Ambas estavam localizadas na cidade do Rio de Janeiro e eram empreendimentos particulares interessados no uso da mão de obra estrangeira, sobretudo na lavoura, mas contavam com subsídios do governo imperial (SANTOS, 2020). A localização de hospedarias próximas ao porto, como a do Morro da Saúde, não resolvia o problema da contaminação e adoecimento dos imigrantes, principais vítimas das doenças endêmicas que atingiam a cidade. Assim, em 1883, o governo imperial fundou a Hospedaria da Ilha das Flores, localizada no município de São Gonçalo, aos fundos da baía de Guanabara. A Ilha das Flores se manteve como o principal dispositivo de recepção a imigrantes até encerrar suas atividades em 1966, com o decréscimo dos fluxos migratórios para o país (REZNIK; FERNANDES, 2014).

A ideia de construir um espaço fora da capital para acolher, registrar e hospedar os imigrantes que desembarcavam no país estava diretamente relacionada à insalubridade da “cidade febril” do Rio de Janeiro, pois a capital sofria com constantes epidemias de febre amarela durante o período. Na década de 1870, José Pereira Rego presidiu uma comissão encarregada de estudar as causas do desenvolvimento da febre amarela, chegando à conclusão de que a doença era desencadeada pela importação de um veneno específico e que as péssimas condições sanitárias da Corte haviam provocado os surtos posteriores. Pereira Rego atribuiu o desenvolvimento da febre amarela à existência de pântanos malcheirosos, poças d’água estagnada e matérias em decomposição que se encontravam espalhadas por toda parte, visto que a ausência de um sistema de esgoto tornava comum o despejo de dejetos em lugares impróprios, como praias, valas, ruas e terrenos baldios. Os inúmeros cortiços, localizados no centro do Rio de Janeiro, também eram considerados um dos principais responsáveis pela precariedade das condições sanitárias (CHALHOUB, 2001).

Essa compreensão estava fortemente ancorada na teoria anticontagionista dos miasmas, que argumentava que no calor do verão as partículas venenosas se desprendiam das matérias em decomposição ou dos corpos enfermos com maior intensidade, espalhando-se pela cidade e contribuindo para a proliferação de doenças (CHALHOUB, 2001). A comunidade médico-científica desconhecia a verdadeira causa da doença. Porém, com base nas estatísticas coletadas pela Junta Central de Higiene Pública, podia-se afirmar com certeza que, entre os doentes acometidos pela febre amarela, os imigrantes, sobretudo os portugueses, foram os que mais sofreram em termos de perdas de vidas humanas, conforme demonstra a tabela 1.

**Tabela 1: Nacionalidade dos doentes acometidos pela febre amarela na cidade do Rio de Janeiro em 1876**

| Nacionalidades | Doentes      | Mortos       |
|----------------|--------------|--------------|
| Brasileiros    | 420          | 99           |
| Portugueses    | 3.808        | 1.208        |
| Italianos      | 339          | 191          |
| Franceses      | 195          | 93           |
| Espanhóis      | 432          | 138          |
| Outras         | 848          | 244          |
| Não indicadas  | 224          | 77           |
| <b>Total:</b>  | <b>6.266</b> | <b>2.050</b> |

Fonte: Relatório da Junta Central de Saúde Pública, 1876, citado em Taunay (1877, Anexo F, p.50).

As estatísticas indicavam ainda que os indivíduos que estavam sujeitos às condições sanitárias da cidade por um período de tempo maior suportavam a doença melhor do que aqueles que estavam em processo de adaptação a esse meio ambiente (tabela 2).

**Tabela 2: Tempo de permanência dos imigrantes acometidos pela febre amarela na cidade do Rio de Janeiro em 1876**

| Tempo de permanência   | Doentes |
|------------------------|---------|
| De dias até seis meses | 676     |
| Até um ano             | 523     |
| Até dois anos          | 175     |
| Até três anos          | 72      |
| Mais de três anos      | 55      |

Fonte: Relatório da Junta Central de Saúde Pública, 1876, citado em Taunay (1877, Anexo F, p.52).

Diante dessas evidências, a defesa da ideia de aclimação dos imigrantes se tornou a posição oficial do governo imperial. Na década de 1870, graves epidemias de febre amarela assolaram a cidade do Rio de Janeiro, atingindo muitos imigrantes alojados na Hospedaria do Morro



da Saúde. As recomendações da Inspetoria Geral de Terras e Colonização foram para que os imigrantes alojados na hospedaria, bem como todos os outros que chegassem à cidade do Rio de Janeiro, fossem conduzidos diretamente para Mendes, Barra do Piraí e Porto Real, onde ficariam aguardando o encerramento do surto epidêmico.

Foi o que ocorreu com um grupo de 50 famílias italianas que desembarcou no Porto do Rio de Janeiro, em 16 de fevereiro de 1875, para no dia seguinte continuar a viagem em direção à província de Santa Catarina. No entanto, o grupo foi surpreendido por uma epidemia de febre amarela e, ao invés de ser encaminhado para a Hospedaria de Imigrantes do Morro da Saúde, foi direcionado para Porto Real até a epidemia cessar. A doença alterou os planos dos imigrantes que decidiram permanecer de vez em Porto Real onde, em 1876, foi fundado um núcleo colonial (SECCHI, 1998).

Uma nova e mais brutal epidemia irrompeu na cidade do Rio de Janeiro, em 1876. Prestando conta das ações empreendidas pelo seu departamento, José de Cupertino Coelho Cintra<sup>4</sup>, inspetor geral de Terras e Colonização, relatou que as casas arrendadas pelo governo na povoação de Mendes foram organizadas para receber os imigrantes da Hospedaria do Morro da Saúde, ficando esta última fechada durante o período epidêmico. Porém, as casas de Mendes foram insuficientes para abrigar o crescente número de imigrantes, obrigando o governo a recorrer a casas alugadas na Barra do Piraí e a aceitar favores do diretor da Colônia de Porto Real, que passou a receber imigrantes para aclimatação e não apenas os que desejavam se estabelecer na colônia. Coelho Cintra informou, ainda, que encontrar locais adequados para realizar os serviços de hospedagem dos imigrantes não foi o único problema enfrentado durante a sua gestão. Para transportar os recém-chegados da cidade do Rio de Janeiro para a região da serra, foi necessário um verdadeiro esforço em conjunto, envolvendo a Companhia de Bondes a Vapor, o Trapiche da Prainha, a Companhia Locomotora e a Estação de Ferro Pedro II (CINTRA, 1877).

Em julho de 1876, com o fim do surto de febre amarela, os serviços de recepção e hospedagem dos imigrantes voltaram a funcionar normalmente, após a reabertura da Hospedaria do Morro da Saúde. No ano de 1881, as atividades da hospedaria foram definitivamente encerradas sob o argumento de que, em épocas de epidemia, exigiam “conveniências da saúde pública o recolhimento dos imigrantes recém-chegados à localidade” (D’ÁVILA, 1882: 222). O elevado índice de mortalidade entre os imigrantes durante as epidemias de febre amarela garantiu à capital do Império a fama de “túmulo dos estrangeiros”. A imagem dos imigrantes adoecendo após chegar à cidade do Rio de Janeiro e vindo a falecer pouco depois em virtude dessa doença fez com que muitos emigrantes escolhessem se estabelecer em outros países, como Estados Unidos, Argentina e Canadá, ao invés de eleger o Brasil como destino. O sucesso das políticas migratórias dependia, portanto, de promover uma boa imagem do Brasil, especialmente da capital carioca, principal porta de entrada no país.

Diante disso, o governo imperial autorizou a construção de um edifício adequado à re-

---

4. José Cupertino Coelho Cintra (1843-1939) foi engenheiro e deputado federal. Atuou na regulamentação da Inspetoria de Terras e Colonização, órgão subordinado ao Ministério da Agricultura, Comércio e Obras Públicas e criado através do decreto n. 6129, de 23 de fevereiro de 1876. Durante o período em que esteve à frente da Inspetoria, atuou nas províncias de São Paulo, Rio Grande do Sul, onde fundou alguns núcleos urbanos para a ocupação de italianos no estado, e Rio Grande do Norte (LOPES, 2014).

cepção de imigrantes, em condições de comportar o movimento anual de 30.000 indivíduos, e organização de um serviço de informação, locação e venda de terras que habilitasse o colono recém-chegado a colocar-se convenientemente segundo a sua aptidão, e no menor prazo possível (D'ÁVILA, 1882). Para este fim, em 16 de janeiro de 1883, a Inspetoria Geral de Terras e Coloniização adquiriu a Ilha das Flores que se tornou uma opção viável para o estabelecimento de uma Hospedaria de Imigrantes por estar localizada na Baía de Guanabara, a curta distância do Porto do Rio de Janeiro, próxima de águas navegáveis e de estradas férreas. Ademais, por se tratar de uma ilha, a região era adequada para a construção de uma hospedaria capaz de receber os imigrantes recém-chegados, afastando-os do contato com a população da Corte e, principalmente, com as suas constantes epidemias. Buscava, portanto, atuar como uma quarentena “às avessas”, na qual os imigrantes eram direcionados a fim de serem isolados e preservados do contato com as doenças altamente contagiosas que acometiam a capital do país.

A descoberta dos micróbios e a consolidação da bacteriologia ainda durante o século XIX revolucionou não apenas o campo científico, como também a organização dos órgãos públicos de saúde, incluindo o sistema de recepção de imigrantes. A própria arquitetura da Ilha das Flores reflete o diálogo entre as políticas imigratórias e de saúde pública, bem como as mudanças dos paradigmas científicos que influenciavam as intervenções urbanas. Em primeiro lugar, a hospedaria possuía uma arquitetura muito semelhante a dos hospitais e demais edifícios direcionados a atividades assistenciais e de saúde, como a Santa Casa de Misericórdia, atuando a um só tempo na recepção, controle e assistência aos imigrantes (SANTOS, 2020). Como exemplo da influência dos paradigmas científicos, estão as reformas realizadas na Ilha das Flores na primeira década do século XX a fim de ampliar os serviços prestados aos imigrantes devido ao crescimento do fluxo migratório para o Brasil. Os antigos alojamentos construídos em madeira, que poderiam ser rapidamente destruídos em caso de surtos epidêmicos, foram substituídos por estruturas em alvenaria (REZNIK; COSTA, 2019).

Vale ressaltar que os primeiros anos da virada do século foram marcados pelas intervenções urbanísticas na capital que visavam transformar o Rio de Janeiro na “Paris dos trópicos”. Os esforços de modernização incluíam uma arquitetura mais arborizada, com maior circulação do ar e demolição dos cortiços insalubres. A arquitetura das hospedarias seguia essa mesma lógica: os novos alojamentos construídos entre os anos de 1907 a 1909 possuíam o pé direito elevado a fim de ampliar a circulação do ar e, desta forma, evitar a propagação de microrganismos causadores de doenças (SANTOS, 2020).

O ano de 1907 também foi marcado pela erradicação da febre amarela na cidade do Rio de Janeiro através das campanhas sanitárias organizadas por Oswaldo Cruz<sup>5</sup>. À frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz empreendeu uma verdadeira caçada ao *Stegomyia fas-*

---

5. Oswaldo Cruz formou-se médico pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1892, com a tese “A Veiculação microbiana pelas águas”. Em 1901, tornou-se chefe bacteriologista do Instituto Soroterápico Federal, atual Fundação Oswaldo Cruz. No ano seguinte, assumiu a direção geral, cargo em que permaneceu até o seu falecimento, em 1917. Entre 1903 e 1909 esteve à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, empenhando-se no combate à febre amarela, varíola, peste bubônica e tuberculose. Oswaldo Cruz foi ainda presidente da Cruz Vermelha Brasileira (1908), membro da Academia Nacional de Medicina (1899) e da Sociedade Brasileira de Ciências (1916). Fonte: Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/>. Acesso em: 28 abr. 2021.

*ciata*, além de preservar os doentes das picadas do mosquito transmissor da febre amarela. Juntamente com as reformas urbanísticas realizadas por Pereira Passos, as campanhas sanitárias de Oswaldo Cruz contribuíram para melhorar a imagem do Rio de Janeiro (BENCHIMOL, 2001).

Com a chegada da gripe espanhola, entre os anos de 1918 e 1919, a cidade voltou a sofrer com as enfermidades infectocontagiosas, sendo chamada de “vasto hospital”. A epidemia de influenza ocorreu concomitante ao final da Primeira Guerra Mundial e ambos os fatores explicam a queda dos fluxos imigratórios. Conseqüentemente, não há muitos relatos de imigrantes que chegaram infectados ao país. Tanto que as principais hospedarias brasileiras assumiram outras funções durante o período: a Hospedaria da Ilha das Flores funcionou como presídio político para soldados alemães e a Hospedaria do Brás, em São Paulo, se tornou o principal hospital provisório no tratamento aos infectados de gripe espanhola na capital paulista (REZNIK; FERNANDES, 2014; SCHWARCZ; STARLING, 2020). Apesar de ter sido noticiado pela imprensa que a Ilha das Flores recebeu prisioneiros alemães infectados com gripe espanhola, não há indícios de que eles permaneceram na ilha durante o tratamento médico (GAZETA..., 13/10/1918). Uma vez que a dinâmica da hospedaria era encaminhar indivíduos diagnosticados com doenças infectocontagiosas para outros lugares, como a Santa Casa de Misericórdia, no Rio de Janeiro, é muito provável que os prisioneiros não tenham permanecido na Ilha das Flores.

Com o retorno dos fluxos migratórios após a guerra, a preocupação com a saúde dos imigrantes continuava na ordem do dia, tendo em vista que muitos migravam em condições debilitadas devido às circunstâncias do conflito armado na Europa. Entre as medidas implementadas, estavam a inspeção sanitária mais rigorosa e o retorno da quarentena<sup>6</sup> como forma de prevenção, além de uma legislação mais rígida a respeito da proibição da entrada de indivíduos doentes.

A assistência médica e sanitária aos imigrantes se tornou ainda mais rigorosa na década de 1920, período marcado pelo intenso debate sobre a construção de uma série de instrumentos legais que visavam restringir a entrada de imigrantes considerados “indesejáveis”. Além do decreto n. 4.247, de 06 de janeiro de 1921, que regulava a entrada de estrangeiros em território nacional, o decreto n. 16.761, de 31 de dezembro de 1924, estabelecia que a entrada de imigrantes no país deveria estar condicionada à apresentação de documentos que comprovassem boa conduta e plenas condições de saúde. Para tanto, o decreto previa que aqueles que chegassem pelo porto de Rio de Janeiro deveriam obrigatoriamente ser encaminhados até a Hospedaria da Ilha das Flores para uma inspeção do Departamento Nacional de Saúde Pública e da Polícia do Distrito Federal (BRASIL, 31 dez. 1924). Ainda que a passagem obrigatória pela hospedaria não tenha sido levada à risca, essa legislação demonstra mais uma vez a importância da Ilha das Flores no isolamento dos imigrantes como medida de profilaxia. Contudo, após a aceitação da microbiologia, não se tratava mais de isolar o imigrante de uma “cidade febril”, mas de impedir que imigrantes portadores de doenças infectocontagiosas contribuíssem para a disseminação de epidemias.

Tanto o decreto de 1921 quanto o de 1924 determinavam a repatriação de imigrantes portadores de doenças infectocontagiosas, a exemplo de uma notícia publicada no jornal carioca

6. Embora a quarentena tenha sido abolida como forma de prevenção de contágio pela legislação sanitária em 1904, foi retomada em alguns períodos sanitários mais críticos, a exemplo da epidemia de gripe espanhola (REBELO, 2010).

*Gazeta de Notícias* que informa sobre a repatriação de dezenove japoneses diagnosticados com tracoma durante a inspeção médica na Ilha das Flores e que, por isso, foram encaminhados de volta ao Porto de Santos, a fim de retornarem ao país de origem (GAZETA..., 27/02/1929).

Por fim, compete destacar que a questão dos imigrantes doentes também estava relacionada às discussões em torno do imigrante “indesejável”. Desde o século XIX, esse debate estava fortemente ancorado em ideais higiênicos e eugênicos que adotavam critérios raciais como forma de resolver o “problema” da miscigenação e promover o aperfeiçoamento da raça brasileira e o progresso na nação (SOUZA, 2019). Segundo tais teorias, os imigrantes europeus eram os mais desejáveis e, portanto, sua vinda deveria ser incentivada pelo governo brasileiro, enquanto os “amarelos”, isto é, japoneses e chineses, e os negros eram mal vistos e deveriam ser rigorosamente proibidos. As leis enfatizavam, portanto, quais imigrantes não deveriam ser admitidos pelos órgãos responsáveis pela seleção e controle imigratórios. A discussão sobre os imigrantes doentes, no entanto, ultrapassava as clivagens étnico-nacionais: a legislação previa que “todo estrangeiro mutilado, aleijado, cego, louco, mendigo, portador de moléstia incurável ou de moléstia contagiosa grave” deveria ser proibido de entrar no território brasileiro devido a sua condição de incapaz para o trabalho e, portanto, inválido (BRASIL, 06 jan. 1921). O decreto também previa a proibição de estrangeiros com mais de 60 anos e de mulheres prostitutas.

### **Muito além das epidemias: o risco das doenças mentais entre os imigrantes**

Além dos espaços de quarentena e das hospedarias, havia ainda um último lugar que poderia receber os imigrantes, embora não fosse criado exclusivamente para este fim: o hospício. Em um artigo publicado nos *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental* em 1925, o médico baiano Juliano Moreira<sup>7</sup>, então diretor do Hospital Nacional de Alienados, apontava que aproximadamente 31% dos 7.212 pacientes homens internados na instituição entre os anos de 1905 a 1914 eram estrangeiros, o que considerava um índice muito expressivo.

Embora alguns casos de loucura fossem atribuídos à instabilidade mental e emocional desencadeada pela própria experiência da imigração, como a dificuldade de prosperar e “fazer a América”, Moreira mencionava situações de indivíduos que já haviam chegado ao país adoecidos mentalmente e que tiveram seus pedidos de repatriação negados pelas autoridades. Tais exemplos eram mobilizados para denunciar a gravidade da entrada indiscriminada de imigrantes e a ausência de critérios de seleção mais rigorosos que levassem em conta uma investigação mais aprofundada do estado de saúde mental dos estrangeiros durante a inspeção médica para concessão de vistos. O pai da psiquiatria brasileira então alertava que de nada serviria “envidar esforços no sentido de melhorar as condições de saúde física e mental de nossa gente, se tiver-

---

7. Juliano Moreira (1872-1933) foi um médico psiquiatra e é considerado o pai da psiquiatria brasileira. Filho de uma empregada negra e um português, se formou na Faculdade de Medicina da Bahia em 1891, com a tese *Sífilis Maligna Precoce*. Entre os anos de 1903 a 1930, ocupou o cargo de diretor do Hospital Nacional de Alienados. Também foi diretor da Assistência aos Alienados do Distrito Federal (1911-1930), que em 1927 passou a se chamar Serviço de Assistência a Psicopatas, e participou da fundação de diversas sociedades médicas, a exemplo da Sociedade de Medicina Legal na Bahia (1895), da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal (1907) e da Sociedade Brasileira de Ciências (1916), e de sociedades médicas internacionais na França e Alemanha (FACCHINETTI, 2018).

mos sempre a chegar novas levas de tais indesejáveis” (MOREIRA, 1925: 109). A superlotação dos hospícios brasileiros também era atribuída ao aumento das restrições a imigrantes em outros países americanos, sobretudo os Estados Unidos.

Ao apresentar casos de imigrantes internados no Hospital Nacional de Alienados, Moreira (1925: 113) buscava reafirmar a importância dos “manicômios e outros estabelecimentos de assistência a psicopatas [...] na profilaxia das doenças nervosas e mentais”. Na ocasião desta publicação, Juliano Moreira ocupava o cargo de diretor do Hospital Nacional de Alienados, primeira instituição psiquiátrica do país e principal espaço de assistência a doentes mentais no Rio de Janeiro, então distrito federal. Fundado em 1841 e inaugurado em 1852, o hospital inicialmente se chamava Hospício Pedro II e era subordinado à Santa Casa de Misericórdia.<sup>8</sup> Em 1890, já durante o período republicano, passou ao nome de Hospital Nacional de Alienados e foi desanexado da Santa Casa, se tornando uma instituição autônoma e totalmente administrada por médicos. A Assistência Médico-Legal de Alienados era subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores e composta pelo Hospital Nacional de Alienados, pelo Pavilhão de Observação, que era dirigido pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e pelas colônias de São Bento e de Conde de Mesquita, ambas na Ilha do Governador.<sup>9</sup>

A posição ocupada por Moreira na instituição também permite compreender que sua ênfase sobre a relevância do hospício como instituição de saúde capaz de acolher a população imigrante adoecida, ainda que com muitas ressalvas, estava ligada a um esforço da psiquiatria em se legitimar como uma especialidade médica a serviço da nação. O Hospital Nacional de Alienados desempenhou um papel central no processo de “medicalização da loucura” e de institucionalização de dispositivos de assistência a alienados e psicopatas, através dos quais a psiquiatria buscava se consolidar como especialidade médico-científica, sobretudo nas iniciativas de controle da ordem pública através da interdição de loucos, degenerados e indigentes, muitos deles encaminhados ao hospício pela própria polícia (VENANCIO; SAIOL, 2017).

Diferente das epidemias infectocontagiosas, como febre amarela e cólera, que pautavam a discussão das autoridades de saúde e imigração sobre qual o lugar mais adequado para isolar os imigrantes e impedir a disseminação das doenças, a desconfiança da psiquiatria com a imigração trazia à tona outra questão: o caráter hereditário de transmissão das doenças mentais, como alcoolismo, psicoses, paranoias e outras neuroses. Mais do que a hierarquização das raças, que privilegiava a vinda de imigrantes europeus para o Brasil, os psiquiatras compreendiam que os fatores degenerativos causadores das doenças mentais poderiam se manifestar ao longo das gerações familiares. Isso era mobilizado para alertar que mesmo indivíduos aparentemente saudáveis poderiam ter filhos e netos degenerados e alienados, comprometendo desta forma a saúde dos futuros brasileiros.

Embora reconhecessem a importância que a vinda de imigrantes representava para a força de trabalho do país, os psiquiatras denunciavam que o estímulo do Estado em atrair imigrantes,

8. O Hospital Nacional de Alienados teve diversos nomes ao longo de sua história: Hospício Pedro II (1842-1890), Hospício Nacional de Alienados (1890-1911), Hospital Nacional de Alienados (1911-1927) e Hospital Nacional de Psicopatas (1927-1943).

9. Em 1927, o serviço de assistência do Distrito Federal passou a ser composto também pelo Manicômio Judiciário, Hospital Nacional de Psicopatas, Instituto Neurobiológico, Instituto de Fisioterapia e Colônias de Alienados.

ao invés de solucionar o atraso civilizacional atribuído à miscigenação, poderia se tornar um grande “problema” caso fosse direcionado a uma ou outra nacionalidade específica, uma vez a constituição individual, que incluía a investigação dos antecedentes pessoais e familiares, representava uma garantia muito mais eficaz para rastrear qualquer indício de transtorno mental do que as clivagens étnico-raciais (VENANCIO; FACCHINETTI, 2005).

A preocupação com a saúde mental dos imigrantes continuaria a ser alvo de interesse dos psiquiatras ao longo do século XX, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, quando o Brasil assinou acordos com a Organização Internacional para Refugiados (OIR). Entre 1946 a 1954, aproximadamente 29 mil deslocados e refugiados de guerra, vindos sobretudo do Leste Europeu, desembarcaram no Brasil e foram direcionados à Hospedaria da Ilha das Flores (MARQUES, 2017). O contexto específico desta migração caracterizada pela experiência traumática do conflito colocava em cena outro aspecto: a vulnerabilidade destes imigrantes ao desenvolvimento de transtornos mentais causados pela própria guerra, o que na visão do psiquiatra Maurício de Medeiros (1947: 36) poderia levar a uma epidemia de doenças mentais e transformar o Brasil em “um vasto manicômio”. Além disso, muitas vezes tais doenças não possuíam estigmas físicos que pudessem ser identificados no ato da inspeção médica realizada para concessão de vistos permanentes ou temporários aos imigrantes, o que incluía a defesa pelos psiquiatras de exames mais rigorosos na inspeção médica dos imigrantes, a exemplo de uma proposta apresentada em 1947 pela Liga Brasileira de Higiene Mental ao Conselho de Imigração e Colonização, principal órgão do governo na elaboração de políticas migratórias.

Embora a imigração fosse vista como um obstáculo aos esforços empreendidos pela psiquiatria no combate às doenças mentais, os médicos psiquiatras consideravam que, na ausência de medidas mais restritivas, as hospedarias de imigrantes se mantinham como o espaço mais adequado para acolher os imigrantes. A respeito disso, Juliano Moreira pontuava que os estrangeiros desembarcados na Ilha das Flores não eram “dos piores do ponto de vista eugenético, por isso que muitos desses internados logo à chegada, não tiveram tempo de deixar entre nós sucessão perniciososa” (MOREIRA, 1925: 113). Essa opinião permanece no contexto pós-guerra, como também argumentava Maurício de Medeiros: “aqui no país, a Hospedaria de Imigrantes e organizações similares nos Estados deveriam constituir postos de observação médico-psiquiátrica de todos os imigrantes aos quais essa medida se tornasse necessário impor” (MEDEIROS, 1947: 50). Compreendemos que essa perspectiva de tais médicos estava relacionada à dinâmica da própria política imigratória, tendo em vista que a passagem pelas hospedarias era marcada por uma atuação mais direta dos agentes de imigração do Estado brasileiro e, portanto, maior rigor e controle na seleção do que no caso de imigração espontânea. Desta forma, ao enfatizar a importância da saúde mental dos imigrantes e apontar os supostos riscos que a ausência de critérios médicos rigorosos que considerassem o histórico psíquico e familiar dos imigrantes, a psiquiatria também via na imigração uma possibilidade de se projetar enquanto uma das muitas especialidades médico-científicas no debate público e político em torno do tema.

## Considerações finais

A segunda metade do século XIX foi marcada pela relação entre política e medicina (CZERESNIA, 1997). A imigração, em especial, contribuía para tornar esse vínculo ainda mais estreito, uma vez que havia se tornado um problema de saúde pública em nível internacional devido à associação entre as doenças altamente contagiosas e a movimentação de pessoas. Para além das controvérsias científicas relacionadas às teorias de transmissão das doenças, havia ainda outros interesses que atravessavam as questões científicas. Para as nações mais liberais, era necessário proteger a saúde dos portos e das cidades sem prejudicar as liberdades individuais e, sobretudo, o livre comércio. Ao mesmo tempo, os principais destinos de imigrantes na América, como Estados Unidos e Brasil, temiam que os imigrantes trouxessem consigo não apenas a vontade de prosperar e sua força de trabalho, como também as doenças infectocontagiosas.

Se por um lado, a imigração era entendida como um trabalho civilizado capaz de promover o progresso em oposição ao trabalho escravo e “atrasado”, por outro, também era vista como um dos principais vetores de transmissão de doenças vindas da Europa. Para os países americanos, a imigração representava ainda uma ameaça à propagação de endemias locais, como a febre amarela. No caso do Brasil, em especial, a alta incidência e mortalidade de febre amarela entre a população imigrante e as demais epidemias causavam uma má impressão do país no cenário internacional e afastava os estrangeiros, tornando-se um obstáculo aos interesses nacionais em incentivar a imigração. Alguns países, como a Prússia, chegaram a proibir a saída para o Brasil sob o argumento de que o país não era saudável o bastante para acolher os europeus. A saída para garantir que os interesses projetados pelo governo brasileiro sobre a imigração não fossem prejudicados pelas péssimas condições insalubres do país foi a criação e manutenção de espaços próprios para receber os estrangeiros, influenciadas pelas teorias científicas que buscavam explicar, ainda sem encontrar respostas claras, de que maneira se dava a circulação dos vetores das doenças. Assim, as políticas públicas de imigração também refletem as controvérsias entre contagionistas e anticontagionistas, dando origem a respostas diferenciadas e coexistentes: enquanto as quarentenas realizadas nos lazaretos eram fundamentadas em princípios contagionistas que defendiam o isolamento dos infectados, as teorias miasmáticas e a preocupação com a insalubridade das cidades direcionavam a manutenção de hospedarias, como a da Ilha das Flores, em espaços mais afastados, a fim de garantir a saúde dos imigrantes diante das doenças epidêmicas, a exemplo da febre amarela.

As epidemias e as suas respectivas medidas profiláticas trouxeram a questão da saúde para a pauta política do século XIX, tendo os Estados Unidos como um dos principais protagonistas. Além disso, o sistema de recepção de imigrantes montado pelos norte-americanos serviu de modelo para outros países, como o Brasil. A preocupação com a saúde dos imigrantes, portanto, tornava-se aspecto indissociável da formulação de leis e políticas migratórias direcionadas ao controle, recepção e acolhimento (DI LISCIA; REBELO, 2018). Essa ênfase estava presente não apenas na manutenção dos dispositivos de recepção, como também na legislação que enquadrava os imigrantes doentes, tanto do ponto de vista físico quanto mental, como indesejáveis. Isso permitia ainda que outras especialidades médicas, que não tinham muita relação com as doen-

ças epidêmicas, se projetassem no debate público sobre a imigração, a fim de argumentar sua relevância nas estratégias de acolhimento, tratamento ou até mesmo repatriação dos indivíduos doentes, como é o caso da psiquiatria.

Por fim, a relação entre as epidemias e os intensos fluxos imigratórios da Europa para a América entre os séculos XIX e XX permite visualizar como o tema da imigração foi amplamente mobilizado à luz das discussões científicas, trazendo à tona as controvérsias científicas e projetando médicos e demais autoridades científicas no debate público sobre a temática, através da participação em órgãos, conselhos e instituições médicas. Não apenas princípios sanitários e higiênicos diretamente ligados às enfermidades mais graves que acometiam a população de modo geral e os imigrantes, mas também psiquiátricos, a exemplo da atuação de Juliano Moreira e de sua ênfase sobre a presença imigrante nos hospitais psiquiátricos, algo ainda pouco explorado pela historiografia. No que diz respeito à imigração, as diferentes áreas da medicina compartilhavam de um mesmo princípio: a importância da ciência no controle das epidemias, que representava uma fronteira à circulação de pessoas entre os continentes.

## Referências

ACKERKNECHT, Erwin H. Anticontagionism between 1821 and 1867. *The Bulletin of the History of Medicine*, v. 22, p. 562-593, 1948.

BENCHIMOL, Jaime Larry. *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

BRASIL. Decreto n. 598, de 14 de setembro de 1850. Concede ao Ministério do Império um crédito extraordinário de duzentos contos para ser exclusivamente despendido no começo de trabalhos, que tendam a melhorar o estado sanitário da capital e de outras províncias do Império. *Coleção das leis do Império do Brasil*, Rio de Janeiro, parte 1, p. 299-301, 1851.

BRASIL. Decreto n. 1.566, de 13 de outubro de 1893. Regula a entrada de estrangeiros no território nacional e sua expansão durante o Estado de sítio. *Coleção de Leis do Brasil*, 1893.

BRASIL. Decreto n. 2.409, de 27 de abril de 1859. Regula a Inspeção de Saúde dos Portos. *Coleção das Leis do Império do Brasil*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1859, p. 389.

BRASIL. Decreto n. 4.247, de 06 de janeiro de 1921. Regula a entrada de estrangeiros no território nacional. *Diário Oficial da União*. Seção 1. 08 de janeiro de 1921, p. 484.

BRASIL. Decreto n. 16.761 de 31 de dezembro de 1924. Proíbe a entrada no território nacional de imigrantes (passageiros de 2ª e 3ª classe) nos casos e condições previstos nos arts. 1º e 2º da lei n. 4.247, de 6 de janeiro de 1921. *Diário Oficial da União*. Seção 1. 28 de março de 1925, p. 7929.

CÂNDIDO, Francisco de Paula. Relatório da Saúde Pública. In: FERRAZ, Luiz Pedreira do Coutto. *Relatório apresentado à Assembleia Geral Legislativa pelo Ministro e Secretário de Estado*



*dos Negócios do Império*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1856.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

CINTRA, José de Cupertino Coelho. Relatório apresentado ao ministro e secretário de Estado dos Negócios da Agricultura, Comércio e Obras Públicas pelo inspetor geral de Terras e Colonização. In: ALMEIDA, João Thomaz José Coelho de. *Relatório do ministro e secretário de Estado dos Negócios da Agricultura, Comércio e Obras Públicas, apresentado na primeira sessão da décima sexta Assembleia Geral Legislativa*. Rio de Janeiro: Tipografia Perseverança. Anexo A23. 1877.

CZERESNIA, Dina. Do contágio à transmissão: uma mudança na estrutura perceptiva de apreensão da epidemia. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 75-94, 1997.

D'ÁVILA, Henrique Francisco. *Relatório apresentado à Assembleia Geral na terceira sessão da décima oitava legislatura pelo ministro e secretário de Estado dos Negócios da Agricultura, Comércio e Obras Públicas*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1882.

DI LISCIA, María Silvia; REBELO, 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*. Mar del Plata: EUDEM, 2018.

FACCHINETTI, Cristiana. Juliano Moreira. In: *Biblioteca Virtual em História do Patrimônio Cultural da Saúde* [blog], 2018. Disponível em: <http://hpcs.bvsalud.org/vhl/temas/historia-saberes-psi/medicos/>. Acesso em: 26 abr. 2021.

FRANCO, Odair. *História da febre amarela no Brasil*. Rio de Janeiro: GB, 1969.

GAZETA de Notícias, n. 284, 13/10/1918, p. 7.

GAZETA de Notícias, n. 49, 27/02/1929, p. 2.

GONÇALVES, Paulo Cesar. *Mercadores de Braços. Riqueza e acumulação na organização da emigração europeia para o Novo Mundo*. São Paulo: Alameda, 2012.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-americana de Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 24-116.

LOPES, Raimundo Hélio. José Cupertino Coelho Cintra. In: ABREU, Alzira Alves de et al (coords.). *Dicionário histórico-biográfico da Primeira República: 1889-1930*. 2015. Disponível

em: <http://cpdoc.fgv.br>. Acesso em: 26 abr. 2021.

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). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Formação de Professores, São Gonçalo, 2017.

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

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

REBELO, Fernanda. *A travessia: imigração, saúde e profilaxia internacional (1890-1926)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

REZNIK, Luís; COSTA, Julianna. Como manter saudáveis nossos imigrantes: preceitos higienistas na constituição da Hospedaria de Imigrantes da Ilha das Flores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 15-32, jan./mar. 2019.

REZNIK, Luís; FERNANDES, Rui Aniceto Nascimento. Hospedarias de Imigrantes nas Américas: a criação da hospedaria da Ilha das Flores. *História*, São Paulo, v. 33, p. 234-253, 2014.

SANTOS, Victor da Costa. “As ordens necessárias para o agasalho e sustento dessa gente”: Hospedagem e recepção de imigrantes na província e na Corte do Rio de Janeiro da segunda metade do século XIX (1850-1889). Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

SCHWARCZ, Lilia Moritz; STARLING, Heloisa Murgel. *A Bailarina da morte: a gripe espanhola no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

SECCHI, Enrico. *Un sogno: La Merica! I miei 56 anni di Brasile*. *Diario di Enrico Secchi*. Finale Emilia: Baraldini Editore, 1998.

SILVA, Gabriela Ucoski da. *História e aspectos do cotidiano da Hospedaria de Imigrantes do Cristal Porto Alegre (1890-1898)*. Dissertação (Mestrado em História). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres; NASCIMENTO, Dilene R. A doença revelando a história. Uma historiografia das doenças. In: NASCIMENTO, Dilene R.; CARVALHO, Diana Maul (orgs). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília, Paralelo 15, 2004, p. 13-30.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de. *Renato Kehl e a Eugenia no Brasil: ciência, raça e nação no pe-*

*ríodo entreguerras*. Porto Alegre: Unicentro, 2019.

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

VENANCIO, Ana Teresa; SAIOL, José Roberto Silvestre. El Hospicio Nacional de Alienados en la prensa de Río de Janeiro (1903-1911). *Asclepio*, Madrid, v. 69, n. 2, p. 190, jul-dez. 2017.

*Artigo submetido em 10/06/2021*

*Aceito em 30/06/2021*