

## Imigração e eugenia

DEUSDEDIT ARAÚJO

Médico Psiquiatra do Serviço Nacional de Doenças Mentais

**D**ESDE o momento em que Cabral desceu à terra, existe no Brasil o problema da Imigração. Primeiro em ordem cronológica, foi, simultaneamente, o primeiro em ordem de importância, se considerarmos que todos os demais dependiam do povoamento, pelo imigrante português.

País novo, imigrantista por excelência, de solo vasto e de vastos recursos, podendo abrigar, pelo menos, meio bilhão de indivíduos (900 milhões, segundo FISHER), é natural que, tanto tempo depois, ainda tenha a imigração como um dos seus problemas de primeira linha.

Nêle se enquadram aspectos vários, entre os quais o aspecto econômico, o político, o antropológico, o médico-social e por aí além. Todos a merecerem reflexão, capacidade de organização e, particularmente, gosto pelo seu estudo. Entre nós, as pesquisas a êsse respeito são mais de gabinete do que baseadas no compulsamento do material humano e nos fatos sociais daí decorrentes. Ainda não temos o hábito das experiências em massa, como fazem os ingleses na Austrália e na África do Sul, e os americanos no Havá e nas Filipinas. De tudo isso resulta a dificuldade com que lutam os estudiosos na obtenção de dados relativos ao nosso desenvolvimento histórico-social. E, daí, o vemos um GILBERTO FREYRE tendo que recorrer engenhosamente a anúncios do "Diário de Pernambuco" do século passado, a fim de conseguir a reconstituição de fatos sociológicos.

A queima dos arquivos da escravidão, ordenada por RUY, prejudicou irremediavelmente toda uma série de estudos atinentes ao negro. O número de negros entrados com o tráfico é, assim, mera suposição. Para uns — 3 milhões de cabeças (R. SIMONSEN); para outros — 15 milhões (ROCHA POMBO). Jamais saberemos ao certo.

Nossos recenseamentos têm deficiências inexplicáveis. O de 1920 não cogitava do elemento — côr, sem dúvida precário, como atributo isolado de identificação étnica, mas que, em todo caso,

vinha sendo computado nos censos anteriores, até o de 1890.

E se não procedíamos à elementar contagem dos ádvenas, muito menos nos preocupávamos com a sua classificação, localização e outras medidas preliminares. Uma vez no Brasil, ficava o imigrante ao sabor das eventualidades, sem que o acompanhássemos em sua maneira de se adaptar ou de reagir, frente ao novo "habitat", ou ainda negligenciando a observação dos fenômenos recíprocos que habitualmente se operam no indivíduo imigrado e no grupo que o recebe.

Do ponto de vista raciológico, tais estudos são dos mais excitantes. O crisol brasileiro é imenso e não cremos que haja uma experiência de proporções e circunstâncias iguais à nossa. Basta lembrarmos que Portugal é tido como cadinho étnico. Quase tôdas as nações africanas, segundo VARNHAGEN, estão aqui representadas, com mais de 50 raças, povos e grupos, diversos entre si. Por sua vez, o continente autóctone contribuiu com várias tribos, igualmente diversas, em cambiantes e formas corporais, donde os índios louros, pardos, escuros, pequenos, atléticos, etc.

Como se isto não bastasse, continuamos a receber gente de tôdas as raças e latitudes, formando conosco um "melting-pot" que é uma verdadeira Babel étnica, em que a multifariedade morfológica e cromática é infinita. A amalgamação é de tal monta, a ebulição é de tal ordem, que não temos, nem há tempo para têmos sedimentação étnica. Nestas circunstâncias, do ponto de vista antropológico, o homem brasileiro, ou melhor, o representante nacional do futuro é ainda imprevisível.

Mas tudo isso se refere apenas aos caracteres somáticos do homem, sob a influência da genética, no cruzamento racial.

Se levarmos em conta as influências ambientais ou ecológicas, veremos que não só a anatomia, mas também a fisiologia e a própria psicologia do homem se modificam sob a ação do meio cósmico, do clima e até da paisagem. São fenômenos cor-

relatos os verificados no homem transmigrado e no pássaro que muda a plumagem, ao mudar de clima. O que se observa no animal que é tirado da selva para o meio doméstico corresponde, “mutatis mutandis”, ao que se observa na orquídea que é cultivada na estufa, em vez de ficar na liberdade da mata.

Estávamos, porém, na esfera da Geo-psicologia (HELLPACH).

Se passarmos ao estudo das influências sociais e culturais, as cousas se tornam muito mais complexas e interessantes, pois que aqui entram em cena novos fatores, tais como — educação, costumes, língua, alimentação, religião, mítica e até “folk-lore”. Estamos, já aqui, em pleno âmbito da *aculturação*, ou seja, da inter-influência de culturas, no sentido puramente sociológico, resultante do contacto de grupos diversos.

Se, em se tratando de indivíduos em condições normais de saúde, os fatos se passam dessa maneira, é natural e óbvio que todo esse acervo de influências se revista de maior importância quando o indivíduo transplantado é doente, como é o caso de certos imigrantes. Sua imiscuição no seio da nova coletividade ou centro imigratório pode ser das mais funestas. Daí desliza o palpante problema da seleção do imigrante, sob o ponto de vista do seu teor de saúde e de sua capacidade eugênica, ou seja, do imigrante como fator eugenizante ou disgenizante.

\*  
\* \*

Até poucos anos atrás, a imigração no Brasil era feita a granel, sem nenhuma medida seletiva. Diz-se que nos longes da nossa formação houve interferência de degredados, desertores, degenerados e criminosos, enfim — disso a que MALATO chamou de “classe detritária”.

Segundo a carta de PERO VAZ DE CAMINHA, os primeiros neopovoadores do Brasil foram dois degredados, aqui deixados pelos descobridores. De um se sabe bem o nome — era Afonso Ribeiro. O segundo jamais pôde ser identificado.

Como esses, dizem as crônicas, vieram muitos outros, egressos das prisões portuguesas. O queurgia então era povoar o Brasil e garantir a sua posse. Para isso, o meio mais rápido era retirar as bragas dos condenados e despachá-los para a nova colônia.

Mas, ao lado do processo demótico, cuidava-se também do endogênico, promovendo aqui a natalidade. Assim, o Padre NÓBREGA empenhava-se para que o Rei enviasse mulheres, quaisquer que fossem, — “orfãs, jovens transviadas ou mesmo prostitutas das ruas de Lisboa”.

Isto revela a absoluta ausência de seleção dos alienígenas, ou melhor, que o intuito era fazer o contrário. E se entre aqueles elementos havia delinquentes e criminosos, forçoso é reconhecer que eles eram doentes, pois que, à luz da ciência moderna, o delinquente não é senão uma personalidade psicologicamente anormal ou incompleta e, portanto, mórbida.

Entretanto, a interpretação serena dos fatos parece refundir inteiramente o conceito de que, entre os nossos pró-geradores havia a fina flor da delinquência portuguesa. Efetivamente, que eles eram condenados, não se discute. Que estavam doentes, parece também certo, pois não é crível que alguém pudesse ter saúde, sob o regimen dos infectos calabouços europeus do século XVI. Delinquentes é que talvez não o fossem, na grande maioria. E' que naqueles tempos a gênese dos crimes estava menos no criminoso que na intolerância política e religiosa que então dominava. Bastava não ter fé, para que os tribunais da Inquisição punissem o *delito*.

Foram esses “criminosos e tarados” os protagonistas dos “conúbios disgenéticos”, de que fala AZEVEDO AMARAL, referindo-se à união dos mesmos com as índias brasileiras. Entretanto, objeta GILBERTO FREYRE que tudo leva a crer que entre eles devia haver muito rapaz robusto e sadio, — gente nova e aventureira, que, imantada pelo ouro do Brasil, lançava-se à marinhagem. E, “machos vigorosos” que eram, necessariamente escolhiam as melhores índias, realizando assim um processo inconsciente de seleção natural.

De qualquer forma, o certo é que não houve, nem podia haver, naqueles longínquos tempos, a menor veleidade de seleção dos primeiros imigrantes.

Com eles vinham, portanto, as primeiras doenças estranhas. De início, no bôjo das caravelas e dos navios negreiros, e depois, nos transatlânticos e até nos aviões modernos.

Enquanto isso, pode-se quase afirmar que, ao tempo do descobrimento, não havia no Brasil doenças autóctones. O que havia eram afecções

ecumênicas, tais como algumas febres, certas parasitoses e, talvez, o impaludismo.

Os primeiros cronistas são unânimes em louvar a salubridade da terra e a higidez do selvícola. Não só PERO VAZ DE CAMINHA, como LERY, GABRIEL SOARES, CARDIM e outros referem-se com entusiasmo à beleza paradisíaca de terra e à saudabilidade do índio.

Os alógenas é que nos trouxeram não só doenças, como taras e vícios que nós não tínhamos. Quase tôdas as doenças com que ora lutamos foram importadas. Inicialmente herdamos dos brancos a tuberculose, a sífilis, o tifo e a lepra. Importadas, a peste, o cólera e a varíola, discutindo-se apenas se esta última veio da Europa ou da África. Em que pese a opinião de alguns, que consideram a sífilis pré-colombiana, admitem outros, e entre êsses PIRAJÁ DA SILVA e OSCAR DA SILVA ARAÚJO, que ela foi veiculada pelos colonizadores. Opina GILBERTO FREYRE que a sífilis do Brasil se deve a espanhóis, franceses e portugueses, principalmente aos dois últimos, acrescentando que muitas contaminações se deram provavelmente em "fortuitos encontros de praia" entre embarcações em fase contagiante e índias brasileiras.

A contribuição africana foi também pródiga. Já não nos referimos ao banzo, nostalgia que era quase doença, a moer o corpo e a alma oprimida do negro, mas a doenças e mazelas, como a filariose, o alastrim, a disenteria mansoniana, o dracúnculo ou bicho da Costa, o macúlo, o gundú, o ainhum e até o nosso doméstico bicho de pé.

De origem africana é o Necátor, como o Anquilóstomo é de origem européia.

Quanto à febre amarela, não se sabe ao certo se foi trazida pelo branco ou pelo negro.

A enumeração continua se passarmos às enfermidade que continuaram a vir, séculos a fora, com as vagas imigratórias.

Declarou ARTHUR NEIVA, em seu célebre discurso na Constituinte de 34, que os "Marus" japoneses que chegavam a Santos eram verdadeiros hospitais flutuantes e que, pelo menos, 3 doenças novas trouxeram os nipônicos: um *Paragonimus*, o *Schistosomum Japonicum* e um *Trichostrogylus*. Seria porém exaustivo aludir a um sem número de doenças infecciosas, parasitárias, constitucionais e degenerativas que aqui chegaram. Desde as velhas doenças asiáticas, como a peste e o có-

lera, até as chamadas doenças modernas, entre as quais figuram as viroses.

Algumas tornaram-se esporádicas; muitas, endêmicas e inerradicáveis. Outras, como a varíola, o tifo, o cólera e a peste bubônica, causaram epidemias maciças e mortais. Já em 1565, segundo depoimento de SIMÃO DE VASCONCELOS, uma epidemia de bexigas dizimava 30.000 índios na Bahia. A endo-epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro teve tal repercussão internacional que chegamos à singular situação de sermos evitados pelos estrangeiros, — nós, que nunca nos defendêramos de suas doenças...

Outra circunstância curiosa é que algumas delas foram crismadas com o toponímico *americano*, como aconteceu com a febre amarela, que passou a ser para os europeus o tifo americano. Mas, como observa AFRÂNIO PEIXOTO, nós debelamos a febre amarela enquanto êles, os super-civilizados, continuam a morrer do verdadeiro tifo...

Permanecíamos, porém, inertes. E as doenças estranhas aqui ficaram, enriquecendo os nossos quadros nosográficos, onerando os cofres públicos e motivando a frase de MIGUEL PEREIRA — "Brasil, êste vasto hospital".

Dir-se-ia que, para evitá-las, teríamos que nos segregar do resto do mundo. Tal não é verdade. A inexistência de raiva na Inglaterra e o que se fez aqui com a febre amarela e o "Stegomia Gambiae", são exemplos que invalidam aquela alegação.

\*  
\* \*

Negligenciamos demais o problema e costumamos a seguir o exemplo dos Estados Unidos, que há mais de um século repelem o imigrante indesejável.

Só em 1908, recusaram os norte-americanos 7.000 estrangeiros incapazes. Mesmo assim êles ainda se queixam e atribuem muitos dos problemas que os atormentam a erros de sua política imigratória. Erros que seriam responsáveis pelas proporções a que atingiram a delinquência e as psicopatias naquele país, obrigando-os a ter, em seus hospitais, 600 mil leitos para doentes mentais. E' que houve um tempo em que certos países da Europa libertavam seus prisioneiros e os encaminhavam para a América...

Mas, enquanto os americanos se defendiam do mau imigrante, nós legislávamos contra nós mesmos. Com efeito, o Decreto n.º 6.455, de 19-4-907,

estipulava: "Em núcleos destinados a estrangeiros, apenas se pode vender a nacionais um número de lotes inferior a 10% dos que aquêles ocuparem". O objetivo de tal lei, segundo a ironia de ROQUETTE PINTO, seria evitar que os brasileiros ultrajassem com sua presença a boa raça importada. . .

Informa ÁLVARO CARDOSO que só em 1921 adotamos leis no sentido de evitar que o Brasil se tornasse o "refugium peccatorum" de estrangeiros indesejáveis. Realmente o Decreto 4.247, de 6 de janeiro de 1921, projeto de GUSTAVO BARROSO, proibia a entrada de: mutilado, aleijado, cego, louco, mendigo, portador de moléstia incurável ou contagiosa grave, prostituta e maiores de 60 anos. Como observa aquêl autor, essa primeira tentativa de nossa legislação se bem que elogiável, visava quase somente os fisicamente incapazes, omitindo os moral e psiquicamente indesejáveis. Além do que, parece-nos que não foi bem regulamentada nem, tampouco, bem cumprida. Porque sempre fomos de uma excessiva liberalidade para com estrangeiros. E' por demais sabido que até alguns anos atrás só havia dois tabus para as autoridades sanitárias brasileiras — eram o tracoma e as afecções febris. Até a grande guerra não havia, praticamente, exigências nem formalidades para quem se quisesse fixar no Brasil. Nem mesmo de pasaporte!

Somente em 1938 começamos a encarar o problema migratório em seus vários ângulos de importância, com legislação mais séria.

Apenas queremos focalizá-la no que toca à profilaxia do imigrante indesejável.

O Decreto-lei n.º 406, de 4-5-1938, modificado pelo Decreto-lei n.º 639, de 20-8-1938, e regulamentado pelo de número 3.010, de 20-8-1938, dispõe:

Art. 1.º Não será permitida a entrada de estrangeiros de um e outro sexo:

- I — aleijados ou mutilados, inválidos, cegos, surdos-mudos;
- II — indigentes, vagabundos, ciganos e congêneres;
- III — que apresentem afecção nervosa ou mental de qualquer natureza, verificadas na forma do regulamento, alcoolistas ou toxicomanos;
- IV — doentes de moléstias infecto-contagiosas graves, especialmente tuberculose, tracoma, infecção venérea, lepra e outras referidas nos regulamentos de Saúde Pública;
- V — que apresentem lesões orgânicas com insuficiência funcional;
- VI, VII, VIII, IX . . . . .

X — condenados em outro país por crime de natureza que determine sua extradição, segundo a lei brasileira;

XI — que se entreguem à prostituição ou a explorem, ou tenham costumes manifestamente imorais;

§ único — A enumeração acima não exclui o reconhecimento de outras circunstâncias impeditivas, não se aplicando aos estrangeiros que vierem em caráter temporário o disposto nos incisos I, V e VI.

O art. 159, do Decreto n.º 3.010, estabelece:

"Poderá ser repatriado o estrangeiro que dentro do prazo de seis meses, contados da data do seu desembarque, apresentar sintomas ou manifestações de doenças constantes da tabela anexa".

#### TABELA N.º 3

(a que se refere o Art. 159, do Dec. 3.010)

#### I — Doenças mentais:

Epilepsia  
Personalidades psicopáticas (especialmente alcoolistas e outros toxicomanos, perversos, amorais, paranóicos).  
Psicoses agudas e crônicas.

#### II — Doenças nervosas:

Mielopatias sistematizadas — esclerose lateral amiotrófica, pólio-mielite anterior crônica.  
Mielopatias não sistematizadas — siringomielia, esclerose em placa, neuromielite.  
Doenças hereditárias e familiares do sistema nervoso — heredo-ataxias, degeneração lenticular progressiva, coréia crônica, miopatias.  
Doença de Parkinson, parkinsonismo.  
Neuro-lues (especialmente tabes, parálise geral, mielopatias).  
Encefalopatias.

#### III — Doenças de Basedow

Mixedema  
Acromegalia  
Síndrome adiposo-genital  
Diabete grave.

#### IV — Outras doenças:

Lepra.  
Câncer.  
Cárdio-vasculopatias, nefropatias e hepatopatias com insuficiência funcional irreduzível.  
Síndromes hemáticas graves — anemia perniciosa e leucemias.

Nós fizemos parte da Comissão de Inspeção de Saúde de Estrangeiros, designada pela Saúde Pública para proceder aos exames de saúde dos mesmos. Podemos, pois, dar um depoimento de como funcionava essa Comissão.

Compunha-se ela de um internista, um dermatologista, um oftalmo-otorino-laringologista e um neuro-psiquiatra.

Preliminarmente o estrangeiro passava pelo Raio X e pelo Laboratório, fazendo exame radiológico dos aparelhos respiratório e circulatório e exame de urina. Depois passava ao exame ocular — câmara anterior e posterior, reflexos pupilares e agudeza visual — bem como ao exame de nariz, garganta e ouvido, aqui se incluindo a agudeza auditiva. Em seguida vinha o exame dérmato-sifiligráfico — tegumentos, fâneros e aparelho gênito-urinário. Depois passava à Clínica Médica, para a inspeção geral e dos grandes aparelhos, e por fim era submetido a exame neurológico e mental.

Sempre que julgássemos necessário, recorriamos a novas provas semiológicas.

Dessa maneira, e enquanto funcionamos naquela Comissão, foram examinados 2.760 estrangeiros, dos quais 19 foram julgados incapazes. O número relativamente pequeno de recusados nos permite duas conclusões. A primeira é que o estrangeiro doente ou inapto já sabe que não pode entrar impunemente no Brasil e, nestas condições, não se arrisca às despesas e azares de uma vinda aventureira. A segunda conclusão é que a percentagem de impugnados perde de significação se atentarmos que um avultado número de estrangeiros aqui se deixa ficar, protelando o cumprimento das formalidades legais.

Tudo indica que entre êsses retardatários deve estar a maior quota dos incapazes. Há pouco tempo um dos nossos diários noticiava que há no Rio 300 mil estrangeiros sem registro legal, embora a nossa legislação estipule prazos para isso. A ser verdade, mais uma vez teria cabimento a frase de FERREIRA VIANA: "Precisamos de uma lei que nos obrigue a cumprir as outras"...

Não sabemos como é feito nos Estados ou portos de imigração o exame médico de estrangeiros. De qualquer forma, achamos que o serviço médico deve ter íntima articulação com os outros serviços de imigração.

Isto porque, certos casos, embora configurados na esfera médica ou patológica, dependem, antes do mais, de sindicâncias a cargo dos Consulados, da Delegacia de Estrangeiros e da Polícia de Fron-

teiras. A êstes órgãos deve competir a catamnese do imigrante, no que se refere à sua vida progressiva, ao seu comportamento social, etc.

A comissão médica deve ainda estar vigilante contra certos meios de fraude, como sejam — dissimulação de doença, álibis e falsificação de documentos.

Um ponto de nossa legislação que merece reparo é o da aplicação do chamado *espírito da lei*. Assim é que, se a lei manda rejeitar mutilados, naturalmente que isto não deverá se referir a um Einstein, se acaso lhe faltasse um braço. A medida de seleção seria, no caso, não rejeitar o mutilado... Deve-se lembrar, a propósito, que um dos fatores da esplêndida civilização ianque é o aproveitamento inteligente que êles, os americanos, fazem dos valores mentais e artísticos de europeus transmigrados ou escorraçados do seu país de origem.

Do exposto se verifica que o estrangeiro, para permanecer no Brasil, deve corresponder a uns tantos requisitos e passar por um crivo de exames que constituem, por assim dizer, uma prova eliminatória de sua saúde física e mental. A legislação atual nos possibilita o peneiramento preliminar do imigrante.

Resta-nos, entretanto, a longa tarefa de acompanhá-lo em sua adaptação biológica e social. Precisamos saber como êle é absorvido, como se dilui, como se comporta na massa e, sobretudo, quais as conseqüências mutuas que disso resultam.

Quase não temos dados sobre os processos de fusibilidade e miscibilidade das massas venárias. Muito menos sobre natalidade, prolificidade, nupcialidade, mortalidade e doença. Nossas estatísticas nosológicas e demógrafo-sanitárias são ainda incompletas e omissas.

No entanto dispomos de um campo de patologia cosmopolita que é bem interessante, como objeto de estudo e pesquisa e no qual a imigração imprimiu novos aspectos à patologia do homem, no tocante à nosogenia, à étio-patogenia e ao sintoma. Com efeito, se é certo que as doenças guardam, através do tempo e do espaço, certas constâncias que permitem a sua classificação, por outro lado podem elas variar extremamente de indivíduo para indivíduo. Em face do complexo homem-meio-*raça*, ao qual poderíamos acrescentar as influências da civilização e do momento, as enfermidades como que se vestem com outra roupagem, mudam a cronologia, variam os sintomas, se atenuam, se agra-

vam e até desaparecem. Há entre nós vários exemplos dessas mutações e transformações patológicas.

GUILHERME PISO, médico de Nassau e notável naturalista, fêz curiosas observações a êsse respeito. Além de outras cousas, dizia o companheiro de MARGRAFF que a confluência de raças produziu no Brasil novas doenças e modificou as velhas de tal forma, que “elas se tornaram verdadeiras enigmas para os médicos”.

E' por demais conhecido o tributo que o ameríndio pagou à tuberculose, fato que em Imunologia se explica como sendo resultante do terreno virgem e indefeso, exacerbando a virulência do germen.

Ao contrário, o índice de tuberculização relativamente baixo da capital paulista é atribuído à corrente de sangue italiano, imunizado através das gerações.

NINA RODRIGUES fêz na Bahia interessantes estudos sôbre a modificabilidade físió-psicológica dos mestiços e negros brasileiros, em relação aos seus antepassados.

Os pretos quase não contraem a malária artificial, mostrando-se sobremaneira imunes à malária espontânea.

MOURA BRASIL chamava a atenção para a maior incidência do glaucoma no negro. E aos ginecologistas não passam despercebidas certas particularidades da mulher negra, como, por exemplo, sua maior resistência às ruturas do períneo.

CUNHA LOPES consignou, entre nós, a preferência da epilepsia pela raça negra. O mesmo autor e H. PÉRES, num trabalho sôbre esquizofrenia, verificaram que o mulato brasileiro, quando se esquizofreniza, cai muito mais na forma paranóide que nas outras formas desta psicose. Êste fato nos parece demasiado interessante, comportando conjecturas e indagações de ordem psicológica, sociológica e até psico-analítica. O certo é que esta é a forma clínica em que o chamado “mulatismo” encontra melhor terreno para sua expansão em pedantismo mental e em sintomas de hipertrofia, que, por êste mecanismo, mascaram e compensam sentimentos de inferioridade étnica.

Como fato de Patologia Racial, há ainda o caso dos judeus, sujeitos a psicoses endógenas, ao espasmo de torção e a doenças heredo-familiares. Fatos que têm a sua explicação na rebeldia do judeu à comixtão racial e na rotina das endogamias.

Já nos referimos anteriormente a várias doenças que entre nós são frutos da colonização e da civi-

lização. Esta última criou as chamadas doenças do homem civilizado, de CRILE. E a verdade é que, se de um lado o homem combate a doença com os recursos da ciência e da técnica, por outro lado, novas doenças assaltam o homem, donde a sentença de HUCHARD — “o homem civilizado criou a sua própria patologia”. Não só doenças do corpo, como do espírito, pois é justamente o homem civilizado o que mais adoece mentalmente.

Alguns fatos corroboram a opinião de KRAFFT-EBBING, para quem a Paralisia Geral é a soma dos fatores — sifilização + civilização. Assim, certas tribos primitivas, apesar de terem contraído sífilis, não apresentaram, até agora, as formas mentais da lues. O oposto se verifica no Brasil, onde, segundo um cotejo de estatísticas feito por ADAUTO BOTELHO, a Paralisia Geral aumenta na raça negra à proporção que decresce no branco.

Onde, porém, as nossas investigações se mostram muito superficiais é na questão do “marginal man”, dos americanos. Trata-se de imigrados que se mostram refratários às influências culturais da nova sociedade. Não é propriamente uma questão de imiscibilidade étnica, como é o caso do judeu e do japonês, que é “insolúvel como a cânfora”, no dizer de OLIVEIRA VIANA. O que se dá na *marginalidade* é que o indivíduo se mostra psicologicamente infenso a ajustar a sua mentalidade à do novo grupo.

Pôsto entre duas culturas, isto é, entre a originária e a do grupo receptor, não se decide por nenhuma, ficando ambivalente, numa espécie de equilíbrio psicológico instável, situação esta que lhe acarreta um estado de espírito extremamente propício ao desajustamento social, à psicose, ao crime e ao suicídio.

A marginalidade, porém, nem sempre é individual, pois que existe a marginalidade grupal, constituindo mesmo um sintoma específico dos quis raciais e muito encontrado nos descendentes imediatos do imigrante. São êsses indivíduos ou grupos que agem como verdadeiros fermentos de certos climas psicológicos, com tendência a movimentos sectários, ou, ainda, entretendo o que EUCLIDES DA CUNHA chamou de “diáteses das sociedades”.

Tanto a grande guerra como a última revelaram milhares dêsses indivíduos nos Estados Unidos. E nós, aqui, tivemos ocasião de observar albuns autênticos casos de marginalidade, em que a guerra foi o agente desencadeador de reações psicopáticas e tentativas de suicídio.

A marginalidade é, pois, um epifenômeno da Imigração. Seu conteúdo psico-social pode extravasar e invadir a esfera da Psicopatologia. E' portanto um capítulo a merecer atenção, como problema de Patologia Social a resolver.

\*  
\* \*

Mas, se falamos na profilaxia de doenças adventícias, convém acentuar que a ação seletiva será incompleta se não fôr extensiva àqueles que as transmitem, isto é, aos indivíduos que, embora se apresentem sãos, trazem na célula germinativa, ou melhor, no geno, que é eterno, o legado das taras heredo-familiares. Eis aí o objetivo primacial das aspirações eugênicas. Nem seria justo que, em plena época da inseminação artificial e de outros êxitos da Zootecnia e da Eutecnia, descurássemos os problemas eugenísticos do homem brasileiro.

Não basta, por fim, fazer a profilaxia de doenças e joeirar o imigrante, sem lhe prestar assistência educacional, técnica e médico-sanitária.

O caso dos colonos alemães de S. Amaro, que se estirolaram por falta de recursos, é talvez o mais ilustrativo, entre nós, como exemplo do que afirmamos.

Eis porque nos devemos aparelhar para a complexa tarefa de receber as correntes imigratórias que se restabelecerão com o fim da guerra.

Do ponto de vista profilático, devêmo-nos lembrar de que as guerras se acompanham não só de epidemias — como as de gripe, soluço, tifo e encefalite, no após-guerra passado — mas, também, de uma multidão de estigmatizados e enfermiços. E' a coorte dos comocionados e neurosados a guerra, com seus quadros de "cafard", de "trac", de angústias e outras afecções que habitualmente ficam na esteira das guerras.

Nunca nos devemos esquecer de que, após a grande guerra, a Liga das Nações chegou a nos mandar uma legião de apátridas indesejáveis, sobrados dos campos de concentração da Europa.

Devemos nos lembrar de que, embora Mussolini bradasse que a "Itália não tinha filhos para países de tracomatosis", esquecendo-se de que o tracoma que aqui existe veio justamente de lá, certos políticos europeus apontam as "terras devolutas" do Brasil como solução para seus problemas de espaço e, o que é mais, como escoadouro para os "poor white trash" e outros parasitas humanos

que aqui vêm inferiorizar a raça e explorar o homem, em vez de explorarem o solo e dinamizarem as nossas riquezas.

Já que não nos podemos redimir dos erros passados, devemos e podemos escolher o imigrante que bem nos convier. Sem esquecer, porém, que o seu valor econômico e social depende precipuamente de sua capacidade de saúde.

Uma das características dos governos modernos é não prescindirem êles da colaboração dos técnicos. A êstes, portanto, compete a solução dos nossos problemas de povoamento. Pelo que expusemos, são ingentes os encargos que estão reservados aos nossos médicos, educadores, sociólogos, geneticistas e eugenistas.

O Brasil, país imaturo, procurando resolver seus problemas sociais e humanos, faz lembrar, até certo ponto, o adolescente cuja crise pubertária tanto reclama os cuidados do médico e do pedagogo. Nós estaríamos, assim, numa fase existencial de sincretismo, reclamando a assistência daqueles técnicos. Mesmo porque — nunca é demais repetir — o que precisamos principalmente é de saúde e educação.

A imigração originou a mestiçagem e esta, por sua vez, deu margem a muitas injúrias e conceitos errôneos, proferidos em nome da ciência.

A hibridação imputavam-se males que, em verdade, eram oriundos da falta de seleção dos elementos advindos e das condições de vida do homem, isto é, — habitação, alimentação, álcool e doença. Atribuía-se ao genotipo o que era simplesmente fenotípico e paratípico.

Ainda bem que falharam as profecias dos Gobineau, dos Lapouge, dos Bukle e de tantos outros que maldisseram a terra, o clima e o homem. E, apesar dos "fatalismos geográficos", dos etnocentrismos, dos onfalismos e de outras doutrinas obscuras e absurdas, o Brasil caminha e tem um lugar assegurado no futuro.

O que precisamos fazer é condicionar os fatos às nossas necessidades e subordiná-los às nossas deliberações, evitando que êles aconteçam fatalisticamente.

Dizia SOUTHEY que o Brasil foi descoberto por acaso e ao acaso deixado. Se o descobriam por acaso não o sabemos bem; mas, que o deixaram ao acaso por um longo tempo, é absolutamente certo.

Entretanto, se o acaso nos tem favorecido algumas vezes, convém não esquecer a sentença de RIPLEY — “O Acaso não opera por atacado”.

Já é tempo de evitarmos que os nossos problemas sociais se resolvam por *casualidade*, submetendo-os, isto sim, às leis da *causalidade*.

#### REFERÊNCIAS

JULIANO MOREIRA — *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental* — Março 1925.

SIMÃO DE VASCONCELOS — *Crônicas da Companhia de Jesus do Estado do Brasil* — Lisboa, 1865.

FRANZ BÔAS — *Changes in Bodily Form of Descendents of Immigrants* — Washington, 1910.

ARTHUR NEIVA — *Discurso de 3-2-34 na Assembléa Constituinte*.

NELSON DE SENA — *Africanos no Brasil* — 1938.

J. F. DE ALMEIDA PRADO — *Primeiros colonizadores do Brasil*.

ROQUETTE PINTO — *Ensaio Brasileiro* — 1934. — *Rondônia* — 1935.

OLIVEIRA VIANA — *Raça e Assimilação* — 1932.

OSCAR DA SILVA ARAÚJO — *Alguns comentários sobre a sífilis e a lepra no Rio de Janeiro* — 1928.

ÁLVARO CARDOSO — *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental* — 1925.

OTÁVIO DE FREITAS — *Doenças africanas no Brasil* — 1935.

PAULO PRADO — *Retrato do Brasil* — 1931.

NINA RODRIGUES — *Raças humanas e responsabilidade penal no Brasil* — 1894.

ADAUTO BOTELHO — *Dados estatísticos sobre a P. G.* —

“*Arq. Bras. de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*” — 1933.

GILBERTO FREYRE — *Casa Grande & Senzala* — 1938.