

SAÚDE, IMIGRAÇÃO E CIRCULAÇÃO DE CONHECIMENTOS: JAPÃO E BRASIL NAS RELAÇÕES CIENTÍFICAS NO PERÍODO ENTRE-GUERRAS

HEALTH, IMMIGRATION AND CIRCULATION OF KNOWLEDGE: JAPAN AND BRAZIL IN SCIENTIFIC EXCHANGES DURING THE INTERWAR PERIOD

Kaori Kodama

Magali Romero Sá

Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz

Correspondência:

Fundação Oswaldo Cruz - Casa de Oswaldo Cruz - Departamento de Pesquisa.

Av. Brasil, 4036 - Manguinhos

CEP: 21040-361 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil

E-mails: kaori@fiocruz.br / magali@fiocruz.br

Resumo

Este artigo trata de como intercâmbios entre cientistas japoneses e brasileiros, iniciados com as questões referentes à imigração japonesa, repercutiram em algumas políticas internacionais de saúde. A vinda de Mikinosuke Miyajima ao Brasil em 1918 marcou a identificação de uma agenda em comum entre brasileiros e japoneses representantes da Liga das Nações, tornando possível a focalização em alguns dos problemas de saúde pública relativos ao deslocamento de grandes contingentes pelo mundo, em particular, a ancilostomíase.

Palavras-chave: Imigração japonesa; Relações científicas; Ancilostomíase I.

Abstract

This article discusses how the scientific exchanges between Japanese and Brazilian scientists, which started with the problems on the Japanese immigration, repercutated on some international politics on health. The visit of Mikinosuke Miyajima to Brazil in 1918 inaugurated the identification of a common agenda between the Japanese and Brazilian delegates during the League of Nations, helping to direct the discussions on the main health problems related to the displacement of world wide contingent, in particular, the ancyllostomiasis.

Keywords: Japanese immigration; Scientific relations; Ancylostomiasis.

Introdução

A ciência médica em seu caráter tanto universal quanto civilizatório, certamente se configurou como um campo da negociação étnica e política para países como o Japão no alvorecer do século XX. Em meio ao crescimento do fluxo migratório de japoneses após a primeira década da imigração iniciada em 1908 no Brasil, cientistas de ambos os países enfatizaram a necessidade de controle sanitário dos migrantes, em um contexto global em que um número cada vez maior de pessoas circulava pelo mundo em grandes contingentes. As pesquisas de algumas doenças tropicais desenvolvidas tanto por brasileiros como japoneses favoreceram o estabelecimento das primeiras relações científicas entre os dois países, cuja pauta foi o problema migratório. Entre as décadas de 1920 e 1930, brasileiros e japoneses realizaram visitas mútuas para conhecer a situação sanitária e as pesquisas referentes às doenças, e acabaram por estabelecer o esboço das políticas sanitárias posteriormente adotadas pela Liga das Nações.

Um dos principais atores desse movimento foi o parasitologista do Instituto Kitastato, Mikinosuke Miyajima, que veio ao Brasil em 1918, a pedido do governo japonês e da companhia de emigração japonesa Kaigai Kogyo Kabushiki Kaisha, a fim de avaliar quais seriam os principais problemas sanitários que acometiam os imigrantes japoneses neste país. A partir de então, deu-se o estabelecimento dos primeiros contatos científicos com brasileiros de diferentes instituições, possibilitando tanto o intercâmbio de trabalhos e visitas, como a formulação de ações que resultaram nas primeiras políticas internacionais de saúde entre países para as grandes migrações.

Em um contexto brasileiro marcado pela crescente oposição à entrada de japoneses, Miyajima representou uma “ciência nacional” japonesa, exercendo um papel de diplomacia junto a sanitaristas e pesquisadores como Arthur Neiva e Carlos Chagas. Para além dessa atuação, Miyajima pôde confluir interesses de representação nas políticas internacionais quando voltaria a encontrar o brasileiro Carlos Chagas, junto à Comissão de Higiene, nas sessões da Liga das Nações entre 1922 e 1925.¹

Em seu livro de memórias, Miyajima relata que veio à América do Sul por causa da ancilostomíase, considerada como a principal barreira para a entrada de imigrantes japoneses naquele continente.² Em meio às polêmicas sobre os impactos da imigração japonesa no Brasil em seus primeiros fluxos migratórios, representantes japoneses no país (diplomatas, empresários e oficiais) buscaram reafirmar a “amizade entre as nações”, a fim de defender a política emigratória japonesa, que teria o Brasil como destino principal a partir de 1925, em parte como consequência das restrições impostas pelos Estados Unidos à sua entrada em 1924, com o *Immigration Act*.

¹ LIGA DAS NAÇÕES. Comissão de Higiene, sessão 4 (“Comité D’Hygiene”), 14-21 de agosto de 1922. Fundo *Liga das Nações*.

² MIYAJIMA, M. *Katatsumuri no Tsuno* [O Chifre do Caramujo. Trad. Samuel Shoji/Yuchicom], Kioto: Jinbun Shoin, 1938, p. 204.

Miyajima foi um dos principais articuladores dessas relações. Acreditava que no Brasil não havia preconceitos raciais, diferentemente dos Estados Unidos, e que, uma vez resolvido o problema de infestação dos imigrantes, os entraves a sua aceitação no país receptor estariam resolvidos. Veio estudar as condições sanitárias das colônias e atuou diplomaticamente junto ao governo estadual de São Paulo para acertar a vinda e a validação de diplomas de médicos japoneses que pudessem atender os imigrantes.

Na publicação da companhia contratante KKKK, publicada em 1924 e dirigida aos potenciais candidatos à emigração no Japão, Miyajima defende a política emigratória como uma manifestação da própria grandeza nacional nipônica. Evocando um discurso militarizado, a partir das palavras de Sun-Tzu – de que “o exército é representado por seu vigor” – aludia à força que a nação japonesa demonstrava em sua necessidade de expandir-se.³ No mesmo texto, Miyajima apontava quais seriam os mais aptos à viagem e ao estabelecimento em terras estrangeiras, privilegiando entre eles os jovens que tivessem concluído o serviço militar. Listava a partir de um ponto de vista médico, e em consonância com os manuais de higiene ocidental, a importância da observação dos preceitos higiênicos para a preservação dos corpos, sobretudo em regiões de clima tropical. No geral, Miyajima acreditava que os japoneses tendiam a ter uma vida “muito desregrada” – o que a seu ver, significava não respeitar as necessidades de repouso e de abstenção da devassidão. Apontava as principais doenças que acometiam os japoneses nas zonas quentes, como a ancilostomíase, a malária, o beribéri e vários parasitos.

Os discursos em prol da emigração, dessa maneira, se atrelavam ao forte nacionalismo japonês do período entre-guerras, o que torna possível fazermos o contraponto com o pólo oposto – o discurso nacional brasileiro, e as desconfianças quanto à alegada tendência ao enquistamento, e à entrada massiva de japoneses, principalmente a partir de 1925, quando o governo japonês passou a subsidiar o êxodo de seus cidadãos para o Brasil⁴. O fato de os japoneses buscarem perpetuar os costumes de seu país nas colônias brasileiras durante as primeiras décadas da imigração – uma vez que a maioria não intencionava permanecer no estrangeiro – tenderia a ser visto como prova da incapacidade deste povo em se abrigar. Mas, além disso, o expansionismo nipônico e o apoio à emigração de seus súditos – por parte dos médicos, como Miyajima – convergiam com as pesquisas e avanços da Medicina Tropical realizados por diversos países colonizadores.

Miyajima se forma como parasitologista num contexto de forte crescimento da ciência médica japonesa, cujo protagonista mais importante fora Shibasaburo Kitasato. Kitasato (1853-1931) foi um dos mais eminentes bacteriologistas e imunologistas

³ M. MIYAJIMA, “A higiene e saúde nos locais de emigração”. In: Nihon Imin Kyokai [Sociedade japonesa de imigração] (eds). *Kaigai Iju*. Tóquio: Nihon Imin Kyokai Hakko, 1924.

⁴ SAITO, Hiroshi; MAEYAMA, Takashi. *Assimilação e integração dos japoneses no Brasil*. Petrópolis/São Paulo: Vozes/Ed. São Paulo, 1973.

do Japão, e teve papel decisivo na instituição da bacteriologia e soroterapia em seu país em fins dos Oitocentos e no começo do século XX. Tutelado por Robert Koch, Kitasato destacou-se na medicina experimental em trabalhos sobre a cólera, o carbúnculo e o tétano. O estudo realizado com Emil Von Behring, sobre o tétano, rendeu a este último o prêmio Nobel em 1901. Kitasato não foi contemplado, não obstante grande parte do trabalho sobre o tratamento soroterápico de Behring tenha sido desenvolvido com base nas pesquisas do japonês sobre o tétano.⁵ Em Tóquio, Kitasato fundaria, em 1914, o Instituto que levaria o seu nome, e da qual era pesquisador Mikinosuke Miyajima.

O parasitologista recebeu o convite da companhia de Emigração Japonesa (Kaigai Kogyo Kabushiki Kaisha) através de uma solicitação da empresa ao Instituto Kitasato, e desde então se preparou para realizar contatos com pesquisadores na América do Sul. Foi sob os auspícios da instituição que Miyajima também obteve as indicações para encontrar os pesquisadores no Brasil. Através das redes internacionais científicas do Instituto Kitasato, acionou Simon Flexner (primeiro diretor da Fundação Rockefeller) para obter informações sobre a atuação da Fundação Rockefeller no Brasil e a investigação de patologias como a ancilostomíase, acreditando que os métodos profiláticos de combate praticados pela fundação pudessem vir a serem aplicados no seu país.

Talvez não seja preciso lembrar que a doença (o amarelão do Jeca Tatu) foi uma das molas propulsoras da Campanha Sanitarista no Brasil, iniciada com a Liga Pró-Saneamento, em 1918, que teve como protagonistas Belisário Penna e Arthur Neiva. Miyajima também se interessou pela esquistossomose, cuja descoberta do molusco transmissor fora levada a cabo por Adolpho Lutz, um dos responsáveis pela criação do Instituto Butantan. Ele propôs também trocas de trabalhos sobre a esquistossomose japônica, realizados por Akira Fujinami (colega da universidade de Kyoto que viria posteriormente ao Brasil) e um dos principais pesquisadores envolvidos na consolidação da descoberta do agente do *Schistosoma japonicum*. Ao percorrer as colônias no interior de São Paulo, Miyajima buscou estudar os caramujos, identificados pelo pesquisador João Florencio Gomes, os potenciais transmissores da esquistossomose. Dessa forma, foi a partir do interesse científico no estudo das doenças tropicais, que Miyajima estabeleceu contatos com cientistas brasileiros, tais como Vital Brazil, Adolpho Lutz e Pirajá da Silva. Em sua estada no Brasil, passou por Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro. Do porto de Santos seguiu para Montevidéu, participando de um congresso de Pediatria, e permaneceu algum tempo em Buenos Aires, efetivando contatos e pesquisas (Miyajima, 1936).⁶

⁵ BEHRING, Emil von; KITASATO, S. "Ueber das Zustandekommen der Diphtherieimmunität und Tetanusimmunität bei Tieren". 1890. In: *Collected Papers of Shibasaburo Kitasato*. Toquio: Kitasato Institute & Kitasato University, p. 134-138.

⁶ MIYAJIMA, M. *Kaeru no medama* [Olhos de sapo. Trad.: Samuel Shoji/Yuchicom], Tóquio:Soga-bou, 1936.

Miyajima embarcou no navio “Sanuki Maru”, saído de Nagasaki, junto com 1.300 imigrantes, em 6 de setembro de 1918, e aportou em Santos, em 26 de outubro, em meio à pandemia de gripe espanhola. Pouco depois de sua chegada ao Brasil, o japonês buscou fazer seu primeiro contato com o então diretor da Secretaria de Saúde de São Paulo, Arthur Neiva, que padecera da gripe: “É o meu desejo visita-lo pessoalmente, porém meu estado de convalescença do mesmo mal o impede contra minha vontade”, pois ele mesmo adoecera.⁷ A essa altura, Miyajima já teria informações de que Neiva seria “o mais radical defensor da tese segregacionista” procurando assim tratar diplomaticamente seu encontro com um dos principais articuladores de sua missão ao país⁸.

Ao viajar para as colônias japonesas em Iguape (SP), Miyajima descobriu que parte dos imigrantes estava sendo acometidos pela febre tifóide, erradamente diagnosticada como malária. A interpretação equivocada dava-se em grande parte pela não compreensão do português pelos pacientes, examinados por médicos brasileiros. Devido a isso, Miyajima solicitou um acordo com o diretor sanitário do estado, pedindo que fosse considerado o fato. Segundo o pesquisador japonês, Neiva prontamente teria respondido que não havia casos de febre tifóide em seu estado, ao que Miyajima teria apresentado os resultados dos exames laboratoriais por ele realizados. Após este primeiro e ríspido encontro, Neiva constatou que Miyajima tinha razão, ao levar seus agentes sanitários para o interior, e em pouco tempo, foi possível a negociação entre o diretor da Secretaria de Saúde de São Paulo e as autoridades consulares, garantindo a vinda de cinco médicos, cinco parteiras e cinco farmacêuticos japoneses ao Brasil, visando ao atendimento exclusivo dos colonos japoneses.

É possível crer que, por parte de Miyajima havia uma estratégia de se contrapor às idéias das elites ocidentais sobre a “incivilidade” dos japoneses, através da comprovada competência da produção científica japonesa, como no caso do diagnóstico correto sobre a febre tifóide. Afinal, sua visita à América do Sul, muito embora custeada pela companhia de emigração japonesa, ultrapassou seus objetivos iniciais, e as trocas científicas estenderam-se por diferentes instituições de pesquisa, como o Butantan, o Museu Nacional, o Instituto Oswaldo Cruz, em nome do Instituto Kitasato.

No acordo firmado entre o governo de São Paulo e os representantes consulares japoneses, com a mediação de Miyajima, ficou acertada a vinda dos médicos, farmacêuticos e parteiras, que teriam permissão de praticar suas profissões no país. “A partir desse momento – escreve Miyajima – o contato com o Dr. Neiva multiplicou-se e, dois anos mais tarde, em 1920, ele e sua família visitaram o Japão, onde receberam clara a esfuziante demonstração de amizade, transformando-se em grandes simpatizantes do nosso país. Sinto-me realizado, pois a minha viagem ao Brasil não foi em vão.”⁹ Pode-se perceber como a prática científica em alguns momentos subsidiou os

⁷ Carta de Miyajima, São Paulo, 14-11-1918. *Kitasato Insitute Archives*. Kitasato Institute.

⁸ M. Miyajima, *Katatumuri no Tsuno*, op. cit., p. 200.

⁹ Idem, *ibidem*, p. 204.

discursos nacionalistas e étnicos que mobilizavam Brasil e Japão, representados por Miyajima e Neiva¹⁰. É neste sentido que se pode compreender o convite que Miyajima enviou a Neiva logo que regressou ao Japão. Em uma carta, agradecia as facilidades obtidas para suas investigações sobre as “endemias tropicais” do país e apresentou o convite feito por Kitasato, diretor de seu Instituto, para uma visita ao Japão. Logo depois, Neiva seria comissionado pelo governo daquele país para “nele introduzir (...) a medicina e a higiene brasileiras”.¹¹

Miyajima acertou a visita de Neiva com o Ministério dos Negócios Estrangeiros por intermédio do cônsul japonês no Rio de Janeiro. Seriam fornecidas passagens para ele e sua família, além de um intérprete, pago pela Kaigai Kogyo Kabushiki Kaisha.¹² O convite pode ser interpretado como uma linha de defesa dos japoneses: estreitando o contato com personalidades importantes do país receptor (sobretudo com os mais avessos à imigração), imaginava-se mudar a opinião de sua elite intelectual sobre seus emigrantes.¹³ A carta de Kitasato a Neiva parece corroborar este ponto de vista:

É para nós japoneses muito desagradável vermos que os Estados Unidos do Brasil pouco conhecimento tem do Japão (...). Presentemente, os japoneses eruditos estão sentindo a necessidade de obter conhecimentos mais completos sobre o progresso da ciência médica e dos trabalhos sanitários em seu país. V. Ex^a. está nas melhores condições de satisfazer o nosso grande desejo de introduzir a medicina e higiene brasileiras em nosso paiz, por ser V. Ex^a. autor de elaborados trabalhos sobre medicina preventiva, membro do Instituto O. Cruz, de renome mundial, e director-geral dos Serviços Sanitários de S. Paulo; os seus trabalhos são sumamente apreciados pelos círculos médicos do Japão.¹⁴

Parte das impressões anotadas por Neiva sobre o Japão acha-se publicada na revista *Scientia Medica*, em 1923. Neiva chega ao Japão no momento em que se instaurava uma epidemia de cólera em Kobe. De lá, fez diversas visitas a instituições japonesas ligadas à saúde pública. Anotou em seu diário que a cidade portuária de Kobe possuía esgotos e abastecimento de água corrente, tendo sido, por isso, poupada do mal. A organização da cidade tinha condições incomparáveis a qualquer cidade europeia, mesmo Hamburgo, cuja reestruturação urbana conhecida após as ondas epidêmicas de cólera era modelo para os higienistas japoneses. Neiva mostrou-se impressi-

¹⁰ Jeffrey Lesser aponta essa questão em seu livro. LESSER, J. *A negociação da identidade nacional: imigrantes, minorias e a luta pela etnicidade no Brasil*. São Paulo: Editora Unesp, 2000.

¹¹ CPDOC/FGV, AN dp 1909.05.21, ofício n. 99 da Secretaria do Interior a Neiva “Convite para visitar o Japão”.

¹² CPDOC/FGV, AN c 1916.11.27, doc. I53.

¹³ LESSER, J. *Negotiating national identity: immigrants, minorities, and the struggle for ethnicity in Brazil*. Durham: Duke University Press, 1999, p. 94.

¹⁴ CPDOC/FGV, AN dp 1919.05.21, ofício n. 99 da Secretaria do Interior a Neiva. “Convite para visitar o Japão”.

onado com a proeza dos japoneses de modernizar o país em pouco mais de meio século, e registrou principalmente os progressos científicos. Creu que não havia limites para “a organização do povo japonês cujo extraordinário progresso se deve tão somente ao ambiente científico que os detentores do poder público souberam criar e desenvolver”.¹⁵ Neiva não escondeu sua admiração pela “energia e capacidade ilimitadas” dos japoneses, assim como o temor à “desmesurada extensão” daquele povo “tão diferente do nosso”, e a sua crescente presença no cenário mundial.

Para Neiva, no entanto, o progresso da ciência japonesa era tido como a habilidade dos cientistas japoneses em bem assimilar o “espírito científico ocidental”, afirmação que não deixava de colocar como uma questão à parte, porém presente, a etnicidade japonesa – também afirmada no discurso nacionalista de Miyajima.

Talvez Miyajima, diplomaticamente, não quisesse tocar nas convicções de Neiva em relação à imigração nipônica, em nada ou muito pouco mudadas após a viagem, como mostra sua atuação, junto com Miguel Couto, nos debates da década de 1930 contra a entrada de imigrantes japoneses. O fato é que Miyajima viria ainda a atuar conjuntamente com médicos sanitaristas brasileiros em prol da saúde pública internacional, em fóruns mais amplos no contexto da formação da Liga das Nações.

Miyajima e Chagas no Comitê de Higiene da Organização de Saúde da Liga das Nações

Uma das principais preocupações dos especialistas em saúde pública, logo após o fim da Primeira Guerra Mundial, foi o problema de disseminação de doenças entre a população migrante em uma Europa devastada pela guerra e com algumas de suas fronteiras redefinidas, pelas quais órfãos, famintos, indivíduos politicamente perseguidos, minorias religiosas e étnicas, entre outros, vagavam sem rumo. A necessidade urgente de se criar uma organização de saúde que desenvolvesse medicina preventiva sobre uma base institucional estava sendo demandada por especialistas.

Em abril de 1920, durante a conferência internacional de especialistas de saúde promovida pela Liga das Nações¹⁶, organismo internacional criado logo após a Pri-

¹⁵ NEIVA, A. “Recordações médicas do Japão”. *Scientia Medica*, ano I, n.1, 1923, p. 137.

¹⁶ A Liga das Nações surgiu em 28 de junho de 1919. Um comitê, formado por dez representantes das cinco grandes potências – Grã-Bretanha, França, Estados Unidos, Itália e Japão – e cinco representantes de Estados menores (Brasil, Bélgica, Sérvia, Portugal e China), produziu o Pacto da Liga das Nações, que constitui a primeira parte do Tratado de Paz. Esse Pacto entrou em vigor em 10 de janeiro de 1920. Sua estrutura organizacional contemplou a idéia da divisão de poder em três instâncias: Conselho, Assembléia e Secretariado. A Liga das Nações era um organismo complexo, com um número de ramificações técnicas que diferenciavam em natureza, organização e extensão. Além da Organização de Saúde, que nos interessa em particular, os demais órgãos de cooperação funcional da Liga eram: Organização Internacional do Trabalho, Organização para Comunicação e Trânsito, Organização Econômica e Financeira, Instituto Internacional de Cooperação Intelectual, Instituto Internacional Educacional e Cinematográfico, Instituto Internacional para Unificação do Direito Privado, Alto Comissariado para Refugiados, Comitê para Proteção de Crianças e Jovens. Cf. HERZ, Mônica e HOFFMANN, Andrea Ribeiro, *Organizações internacionais: história e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2004, p. 136.

meira Guerra Mundial, ficou acertado a criação de uma Organização de Saúde, seguindo a recomendação do artigo 23, parágrafo *f* do Pacto da Liga das Nações, que declarava que os membros da Liga “esforçar-se-ão por tomar medidas de ordem internacional destinadas a prevenir e combater as enfermidades”.¹⁷ O projeto de estatuto da Organização foi redigido e adotado em 1923, tanto pela Assembléia da Liga como pelo Escritório Internacional de Saúde Pública¹⁸. A Organização de Saúde da Liga das Nações ficou assim composta: um Conselho Consultivo, que nada mais era do que o próprio Escritório Internacional de Saúde Pública, e que teria a função de examinar as questões submetidas a ele pelo Comitê de Higiene; uma Seção de Higiene, que seria o órgão executivo da Organização de Saúde; e um Comitê de Higiene, formado por um grupo de especialistas que cuidava da questão da saúde pública internacional, e cuja agenda de trabalho e pessoal atuaria em resposta ao ambiente externo¹⁹. O Comitê de Higiene não tinha o poder de atuar diretamente nas questões específicas da saúde, e nem mesmo nas respectivas administrações sanitárias. Seu papel era o de mobilizar esforços convidando médicos, realizando estudos e, por fim, indicando caminhos para que fosse possível se chegar à solução dos problemas.²⁰

Inicialmente, foi formado um Comitê de Saúde Provisória (CSP), composto por 13 membros de diferentes países, dentre eles Carlos Chagas, pelo Brasil, e Mikinosuke Miyajima, pelo Japão. Chagas e Miyajima já se conheciam desde 1918, quando o último visitou o Rio de Janeiro, e vieram a se reencontrar anos depois, quando ambos, cada um por seu país, foram indicados para compor o Comitê de Higiene da Liga. Os cientistas cultivaram boa amizade até o falecimento de Chagas, em 1934. O grupo estabeleceu as bases para o comitê permanente da Liga, formado em 1924. Durante seus dois anos e meio de funcionamento, o primeiro reuniu-se seis vezes, deu início ao Serviço de Inteligência Epidemiológica e Estatística de Saúde Pública; coordenou pesquisas científicas sobre câncer, malária e outros temas e o intercâmbio de informações entre especialistas de diversos países.²¹

Desde o início dos trabalhos do Comitê de Saúde Provisório, Miyajima manifestou sua preocupação com as doenças que circulavam ou eram introduzidas no Extremo Oriente. Na segunda sessão do Comitê Provisório, em outubro de 1921, o cientista chamou a atenção de seus membros para a peste pneumônica que grassava na

¹⁷ GARCIA, E. V. *O Brasil e a Liga das Nações (1919-1926): vencer ou não perder...* Porto Alegre: UFRGS, 2005, p. 165.

¹⁸ O Escritório Internacional de Saúde Pública (EISP) foi criado em Roma em 1907, com sede em Paris, e atuou até o final da Segunda Guerra Mundial. Ver BROWN, Theodore M.; CUETO, Marcos; FEE, Elizabeth. A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial da Saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 13, n. 3, p. 623-47, 2006.

¹⁹ As informações sobre a constituição da Organização da Saúde foi tirada do Fundo Liga das Nações, Caixa 15, Livreto “Organização da Saúde da Liga das Nações. Nova edição corrigida – 1927”. DAD/COC/Fiocruz.

²⁰ LIGA DAS NAÇÕES. Fundo Liga das Nações, Caixa 15 Livreto “Organização da Saúde da Liga das Nações. Nova edição corrigida – 1927”. DAD/COC/Fiocruz.

²¹ Relatório anual da Organização de Saúde da Liga das Nações para 1925, p. 3.

Manchúria e na Sibéria, e que poderia se disseminar. Na sessão de maio de 1922, apresentou trabalho relativo às altas taxas de infecção por cólera e peste bubônica naquela região carente de organização sanitária, e alertou para o risco de disseminação do tifo e da febre recorrente devido à movimentação populacional na Sibéria e em territórios vizinhos. Miyajima julgava premente a necessidade de um comitê similar àquele dedicado às epidemias do Leste Europeu, com o objetivo de investigar a situação epidemiológica do Oriente, e de aplicar regulamentos sanitários a seus portos.

Em agosto de 1922, na quarta sessão do Comitê, Miyajima novamente pediu uma comissão para investigar as doenças infecciosas nos maiores portos da Ásia. Sua missão seria também a de estudar os sistemas usados para a notificação de casos e mortes, as medidas preventivas tomadas para controlar as crises epidêmicas, e a possibilidade de introduzir um sistema uniforme de coleta, publicação e disseminação de dados estatísticos vitais na região. O trabalho da comissão incluiria ainda uma campanha educacional sobre questões de higiene no Extremo Oriente.

O controle epidemiológico e a educação sanitária eram necessidades sentidas em outras partes do mundo. Carlos Chagas, assim como Miyajima, na quinta sessão do Comitê de Saúde, defendeu a educação como principal meio de se prevenir a disseminação de doenças, e comprometeu-se a elaborar um documento para servir de base a futuras deliberações sobre o assunto.²²

As relações entre emigração, imigração e disseminação de doenças continuavam na pauta das reuniões do Comitê, e eram também uma das grandes preocupações dos países americanos, que tinham se tornado destino promissor para os destituídos da Europa e do Oriente.

Segundo Eugênio Vargas Garcia, em 1918, logo após o término da guerra, chegaram ao Brasil 19.793 imigrantes, aumentando esse número para 36.027 em 1919, e 69.042 no ano seguinte.²³ Aos portugueses, espanhóis, alemães e italianos, juntaram-se, a partir de 1920, os imigrantes do Leste Europeu. Como mencionado acima, a imigração japonesa aumentaria vertiginosamente nos meados dos anos 1920 até a segunda metade dos anos 1930.

Em 1924 teve início em Roma a Primeira Conferência Internacional de Emigração e Imigração, que contou com a presença de cinquenta e sete países, além da Liga das Nações. Algumas resoluções inscritas na *Ata Final da Conferência* foram direcionadas ao Comitê de Higiene da Liga das Nações. Dentre elas estava a publicação, por cada um dos países, de um compêndio de suas disposições sanitárias aplicáveis à emigração e imigração, que serviriam de base a um código sanitário internacional. Outro ponto levantado foi a necessidade de recenseamentos nacionais para se ter a real dimensão do número, distribuição e composição de imigrantes de diferentes nacionalidades.

²² Relatório Anual da Organização de Saúde para o ano de 1925, p. 40.

²³ GARCIA, Eugênio Vargas. *Entre América e Europa: a política externa brasileira na década de 1920*. Brasília: UnB, 2006, p. 512.

Enquanto se debatiam as medidas acordadas na Conferência de Roma, outras decisões concretas em relação à imigração eram tomadas no Brasil. É nesse momento em que se dá o fechamento da rota norte-americana para a imigração japonesa, em 1924, e o crescimento dos investimentos estatais por parte do Japão na rota brasileira. Em dezembro daquele ano, medidas rigorosas passaram a regular a chegada e o desembarque de imigrantes nos portos nacionais. Os navios que os transportavam deveriam fornecer informações detalhadas sobre os passageiros e suas bagagens. Nenhuma companhia de navegação poderia introduzir imigrantes sem prévia autorização da Diretoria Geral do Serviço de Povoamento. A admissão ficava restrita a certos portos, e sujeita à inspeção sanitária e ao registro pela polícia.²⁴

Como o Japão era, naquele momento, o país com um dos maiores contingentes de imigrantes para o Brasil, os governos do Brasil e do Japão, com o apoio da Liga das Nações, através das ações de Chagas e Miyajima para o Extremo Oriente, fizeram um acordo para o intercâmbio de pesquisadores, com o objetivo de avaliar as condições sanitárias e as medidas preventivas adotada por cada uma das partes envolvidas. Essas visitas, que possibilitaram a circulação de brasileiros e japoneses entre os dois países, foram lembradas por Miyajima anos depois:

Tendo como início a minha viagem para o Brasil, desde então, o intercâmbio de médicos entre esses dois países vem aumentando significativamente. Já lá estiveram o saudoso Dr. Akira Fujinami, catedrático da Universidade de Kioto e o Dr. Boku Nakarai, o Dr. Kikutaro Ishihara, da Universidade de Tóquio e, posteriormente, o Dr. Shozo Toda, da Universidade de Kioto. De lá, visitaram-nos o Dr. Moreira e Dr. Fonseca e, em 1924, aqui chegou o professor Dr. Souza Campos, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com dezenas de estudantes de medicina, intensificando, definitivamente, o intercâmbio da área.²⁵

Como afirmou Miyajima, diversos médicos doutores cruzaram oceanos durante as décadas de 1920 e 1930, multiplicando os contatos. Ernesto de Souza Campos visitaria o Japão em 1933, acompanhado de alunos do curso de Medicina da Universidade de São Paulo, mas já em momento distinto daquele da visita dos primeiros médicos, como trataremos a seguir.

Visitas mútuas: Fonseca Filho e Fujinami (1927-1928)

O Brasil foi o primeiro a enviar um representante ao Japão. Chagas indicou à Liga um pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz, o parasitologista Olympio da Fonseca

²⁴ Idem, *ibid.*, p. 524.

²⁵ MIYAJIMA, *Katatumuri...*, op. cit., p. 204.

Filho (1895-1978).²⁶ Em fins de 1926, Fonseca iniciou a viagem ao Extremo Oriente com a missão de visitar as organizações sanitárias, as principais universidades e as instituições científicas de Tóquio, Keiô, Kobe, Quioto, Hiroshima e outras cidades.²⁷

A escolha de seu nome se deveu, principalmente, aos trabalhos que vinha desenvolvendo sobre a disseminação de parasitos e parasitoses pelas correntes migratórias. Especialista em micologia, Fonseca Filho havia montado o primeiro laboratório especializado nessa área no Instituto Oswaldo Cruz, em 1923, com espécimes recolhidos por ele em instituições médicas e científicas norte-americanas e européias, durante os dois anos que dedicou a estudos de aperfeiçoando no exterior.²⁸

Em 1924, publicou em *Sciencia Medica* trabalho sobre uma dermatose endêmica entre os índios Puruborá do rio São Miguel, atual estado de Rondônia.²⁹ Descreveu, no ano seguinte, o agente etiológico, que denominou *Endodermophyton roquettei*, em homenagem ao antropólogo e médico brasileiro Edgar Roquette Pinto.³⁰

Aquele era, na verdade, o primeiro registro no Brasil da doença conhecida como Toquelau ou *tinea imbricata*.³¹ Fonseca Filho estudou essa dermatose clínica e parasitologicamente, isolando da pele um cogumelo, um típico *Endodermophyton* (atualmente *Trichophyton*). Até aquela época, a doença só havia sido registrada nas ilhas da Oceania e no Sudeste asiático. As lesões cutâneas bem características e de fácil identificação levaram muitos pesquisadores a procurar novas ocorrências em outras regiões

²⁶Médico formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1915, Olympio defendeu tese sobre morfologia e taxonomia de protozoários. Entre 1916/ 17 trabalhou junto à Fundação Rockefeller, na inspeção preliminar sobre infestação por helmintos no Rio de Janeiro. Em 1920, foi contratado como inspetor da Comissão Sanitária Federal para a Febre amarela, na Bahia. Também em 1920 viajou para os Estados Unidos, sob os auspícios da Fundação Rockefeller, para estudar micologia, uma das áreas que Carlos Chagas queria desenvolver na Instituição. Foi diretor do Instituto Oswaldo Cruz de 1949 a 1953, e primeiro diretor do Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia, entre 1954 e 1955.

²⁷ FONSECA FILHO, Olympio Oliveira Ribeiro da. A Escola de Manguinhos: contribuição para o estudo do

desenvolvimento da medicina experimental no Brasil. Separata de: *Oswaldo Cruz Monumenta Historica*. São

Paulo: [s.n.], 1974. t.2, p. 257.

²⁸ FONSECA FILHO, *ibidem*, p. 81.

²⁹ FONSECA FILHO, Olympio Oliveira Ribeiro da. Sobre a etiologia do “chimberê”, dermatose endêmica dos índios do rio São Miguel. *Sciencia Medica*, v.2, n.11: 615-617, 1924.

³⁰ FONSECA FILHO, Olympio Oliveira Ribeiro da. Sur l'étiologie du chimberé, nouveau type de dermatose

endémique des indiens du fleuve S. Miguel. *Endodermophyton roquettei*, n. sp. *Comptes Rendus Société de*

Biologie, v. 92, n. 4: 305-306, 1925.

³¹ A *Tinea imbricata* é uma micose superficial causada pelo fungo *Trichophyton concentricum*. É endêmica em algumas ilhas do sul do Pacífico, sudeste da Ásia, América Central e do Sul e México. É frequentemente encontrada em indivíduos que vivem em condições primitivas e isoladas. As lesões da pele são caracteristicamente concêntricas e com placas de escama lamelar. BONIFAZ, Alexandro, ARCHER-DUBON, Carla. & AMADO, Saul. *Tinea imbricata* or Tokelau. *International Journal of Dermatology*, vol. 43, n. 7, p. 506-510, 2004.

do globo. Durante a viagem ao Extremo Oriente, Fonseca Filho teve a oportunidade de visitar focos clássicos, particularmente em Amoy, onde, por longo tempo, trabalhara Manson; em Saigon, onde Jeanselme realizou suas pesquisas em dermatologia tropical; e em Cingapura e no Ceilão, cenários dos estudos de Aldo Castellani. O pesquisador brasileiro percorreu também o interior de Formosa, até as montanhas onde a *tinea imbricata* era endêmica. Ao voltar ao Brasil, continuou os estudos sobre a distribuição geográfica desse cogumelo e de outros parasitos, com o objetivo de entender a chegada do homem à América e as migrações pré-colombianas³².

Quase um ano durou a viagem do pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz ao Japão, China, Indochina, Malásia e Ceilão. O objetivo mais importante eram as doenças infecciosas ou parasitárias que ocorriam no Japão, e que poderiam ser introduzidas no Brasil. No relato de viagem, publicado posteriormente, distinguiria, no tocante à imigração japonesa, os aspectos biológicos, médicos e eugênicos das questões de ordem psicológica, social e política. Na verdade, é a estas que dedicaria mais atenção. A cultura japonesa, tão diferente da brasileira, obviamente o fascinou.

As visitas planejadas pelo governo japonês incluíram, além do contato com as instituições científicas e sanitárias, uma intensa programação cultural que permitiu o conhecimento dos mais diversos aspectos da vida japonesa.³³ Para acompanhar Fonseca Filho durante sua estada no país, foram convocados o dr. Goro Kashida, delegado do Departamento de Saúde Pública, que falava francês e alemão; o sr. Fumio Miura, diplomata que servira no Rio de Janeiro, fluente em português; e o sr. Takeo Takemoto, versado também nesse idioma, pois trabalhava na Kaigai Kogio Kabushichi Kaisha, o consórcio de companhias de imigração.

As pesquisas do micologista brasileiro foram realizadas nos laboratórios de Makoto Koidzumi, professor na Universidade de Keio, e pesquisador do Instituto Kitasato. Aí, teve a oportunidade de estudar o ciclo evolutivo de helmintos produtores de doenças graves no homem daquela região, como o trematódeo *Schistosoma*, agente da esquistossomose japônica; o trematódeo *Clonorchis sinensis*, causador da clonorchinose sínica, doença associada ao hábito de comer peixe cru;³⁴ a paragonimíase pulmonar, causada por trematódeos do gênero *Paragonimus* (em geral *P. westermani*), adquiridos pelo consumo de caranguejos infectados, comidos crus ou mal cozidos;³⁵ a esparganose, causada por formas larvárias de vermes cestódeos, relacionada também com o hábito de consumo de peixes e crustáceos crus ou mal cozidos.

³² Como resultado de seus estudos, Fonseca publicou relevante trabalho sobre parasitismo e migrações humanas pré-históricas. FONSECA FILHO, Olympio Ribeiro da. *Parasitismo e migrações humanas pré-históricas*. Rio de Janeiro: Mauro Familiar, 1972.

³³ Olympio ressaltou que alguns eventos que estavam acontecendo em Tóquio durante sua estada foram relevantes para a sua compreensão do povo japonês, como o VII Congresso Pan-Pacífico de Ciências, o Campeonato Nacional de Atletismo, e a VII Exposição Nacional de Belas Artes.

³⁴ Doença causada por infestação das vias biliares do fígado pelo trematódeo *C. sinensis*.

³⁵ Além dos países do Extremo Oriente é também encontrada na América do Sul e África.

No Instituto Kitasato, Fonseca Filho conheceu pesquisadores de renome mundial, entre outros Mataro Nagayo³⁶, diretor do Instituto à época, um dos envolvidos no esclarecimento da etiologia da febre fluvial do Japão. Lá se encontravam também o bacteriologista Sahatshiro Hata, colaborador de Ehrlich, inclusive na descoberta do *Salvarsan*, Ryukichi Inada, um dos descobridores da *Leptospira icterohemorrhagiae*, e Yoneji Miyagawa, helmintologista com trabalhos relacionados à esquistossomose.³⁷

Fonseca Filho realizou também pesquisa de campo. Além das helmintíases, registrou, como ocorrências importantes, a peste bubônica, o cólera, a leishmaniose visceral e as rickettsioses orientais, entre as quais a febre fluvial do Japão. O médico brasileiro visitou vários postos de profilaxia rural que combatiam, entre outras parasitoses, a ascaridíase e a ancilostomíase. O tratamento dos indivíduos infestados era obrigatório e, se por acaso não comparecessem nos dias pré-determinados, inspetores iam procurá-los em suas casas. No Japão, as medidas de saúde pública eram compulsórias, e envolviam a cooperação da polícia.

Na província de Yamanashi, Fonseca Filho acompanhou os trabalhos de profilaxia da esquistossomose e surpreendeu-se com a disciplina das crianças nas escolas. Sob a direção dos professores, percorriam áreas predeterminadas à procura dos caramujos que hospedavam o *Schistosoma japonicum*. Com uma bandeira branca de papel, as crianças assinalavam cada foco do molusco, em geral nas valas de irrigação dos campos cultivados. À tarde, vinham os agricultores e tratavam esses focos com cal viva, misturando a substância à água e à terra das margens, com a ajuda de instrumentos de madeira semelhantes a enxadas, mas com cabos de mais de dois metros de comprimento. Fonseca Filho descreveu com admiração o engajamento maciço da população rural, mas o que parecia trabalho cooperativo e comunitário era, na verdade, compulsório.³⁸

Em Quioto, assistiu a uma demonstração dos trabalhos de Akira Fujinami sobre a esquistossomose, e em Kobe, teve por companheiro o professor Fujiro Katusurada (1867-1946), o descobridor da esquistossomose japônica. Nessa cidade, viu de perto os preparativos dos emigrantes em vias de partir para o Brasil, e que incluíam, além do exame médico e do aprendizado do idioma, o treinamento em uma casa especialmente preparada com mobiliário ocidental.³⁹

No começo de 1927, Fonseca Filho rumou para Formosa, então ocupada pelos japoneses, tendo como cicerones os professores e parasitologistas Makoto Koidzumi e S. Yokogawa, e ainda Toru Toda, do Hospital de Marinheiros, da *Nippon Yusen Kaisha*. Visitou também o Instituto Central de Pesquisas, conheceu as coleções zoológica e etnológica do Museu de História Natural, e passeou pelos jardins botânico e

³⁶ Kitasato, no período da visita de Fonseca, já se encontrava ausente do Instituto por estar gravemente enfermo.

³⁷ FONSECA FILHO, *A Escola de Manguinhos*, op. cit., p. 262.

³⁸ *Ibidem*, p. 261-62.

³⁹ *Ibid.*, p. 262.

zoológico. A visita a Formosa teve dois objetivos: conhecer os trabalhos de saneamento realizados desde a ocupação japonesa, em especial a luta antimalárica, e estudar a *tinea imbricata*, que tinha ali um de seus principais focos.

O cientista brasileiro esteve depois em Hong Kong, Macau, Amoy, Cantão, Saigon, Cingapura, Ceilão e África do Sul. Voltou ao Brasil com uma visão muito positiva do Extremo Oriente. Em trabalho apresentado no I Congresso Brasileiro de Eugenia, em 1929, defendeu a imigração japonesa e a capacidade de integração da gente de lá à vida nacional. Para Fonseca Filho, o modelo norte-americano que se tentava adotar, com restrições e segregação aos japoneses, era impensável num país como o Brasil, formado pela miscigenação de portugueses, indígenas, negros, italianos etc. Indagava qual era, afinal, o “grave risco para o futuro do povo brasileiro” alardeado por outros médicos.

Usando o sertanejo como modelo, como fizera Euclides da Cunha anos antes, Fonseca Filho divergiu da tese defendida por muitos participantes do Congresso de Eugenia, de que o mestiço era um tipo “fraco, desequilibrado, desarmônico, privado dos caracteres positivos das duas raças de que se originou”. Em sua opinião, adotar medidas de discriminação seria introduzir na vida do país “graves elementos de discórdia”, que em nada aproveitavam o “progresso eugênico” de seu povo.⁴⁰

Em 11 de abril de 1927, chegou ao Rio de Janeiro a contrapartida nipônica do intercâmbio firmado entre Brasil e Japão que havia possibilitado a viagem de Fonseca Filho ao Extremo Oriente. Akira Fujinami, pesquisador de renome, conhecido internacionalmente como especialista em esquistossomose japônica, chegou ao Brasil a bordo de um navio da Companhia Osaka Shosen Kaisha, acompanhado de seu assistente, Hideo Eguchi, e de um amigo, Sunao Nakarai, ambos professores do Departamento de Medicina da Universidade Imperial de Quioto (este último também era diretor do Hospital Momoyama, na mesma cidade). No Rio de Janeiro foram recepcionados por Carlos Chagas e Olympio da Fonseca Filho.

Fujinami veio com uma tarefa específica: investigar parasitas intestinais que infestavam os japoneses residentes no país, “de modo particular os parasitas que põem ovos no canal intestinal”.⁴¹ O grande problema continuava a ser o *Ancylostoma duodenale*, verme que trouxera Miyajima ao Brasil, e que motivara campanhas sanitárias envolvendo sanitaristas brasileiros e norte-americanos. Apesar das medidas tomadas desde fins dos anos 1910, a doença continuava a ser uma das principais ameaças à saúde do imigrante e de outros trabalhadores rurais. A dificuldade de erradicação do ancilóstomo devia-se, por um lado, a dificuldades na implementação de medidas higiênicas no seio da população rural – tais como a de disseminar o uso de calçados e latrinas, por exemplo – de outro, à eficácia relativa do tratamento, o que levava a fre-

⁴⁰ Ibid., p. 259.

⁴¹ O grupo de vermes o qual Fujinami estava se referindo compreendia principalmente: *Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus*, *Ascaris lumbricoides*, *Taenia saginata*, *Schistosoma mansoni*, *Strongyloides stercoralis*. FUJINAMI, Akira. Uma viagem de investigação médica ao Brasil. *Scientia Medica*. Rio de Janeiro, v.6, n. 10: 483-490, 1928.

quentes reinfestações. O óleo de quenopódio utilizado pelos médicos da Fundação Rockefeller e dos postos nacionais de Profilaxia Rural estava ainda em fase de experimentação. Dependendo da dosagem, diferentes reações podiam aparecer, levando até a morte.⁴²

Já no navio, Fujinami e seu assistente examinaram as fezes dos passageiros e constataram que somente 22,7 % estavam infectados com o *Ancylostoma*, sendo todos tratados com o anti-helmíntico antes de desembarcar. Fujinami permaneceu dez dias no Rio de Janeiro, preparando o material para a excursão que faria aos núcleos de imigrantes com Eguchi e Nakarai. Heráclides César de Sousa Araújo, pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz, acompanhou-os na viagem ao Paraná e a Minas Gerais. Souza Araújo havia recém retornado de viagem ao Japão, onde havia participado do 6º Congresso da Sociedade de Medicina Tropical do Oriente, e durante um mês havia visitado os estabelecimentos sanitários do país em companhia de higienistas asiáticos enviados ao Japão pelo Comitê de Higiene da Liga das Nações.⁴³

Durante os quatro meses que passou no Brasil, Fujinami cumpriu intenso programa de pesquisa de campo. No estado de São Paulo visitou mais de 10 núcleos coloniais, analisando fezes tanto dos imigrantes como de indivíduos de outras nacionalidades. No Paraná, o grupo do qual Souza Araújo fez parte visitou as cidades de Ponta Grossa, Prudentópolis, Ivaí, Antonina, Cacatú e Curitiba. Estiveram no Leprosário Estadual e no Sanatório Estadual de Tuberculosos, ambos na capital paranaense, e nos núcleos coloniais japoneses de Antonina e Cacatu. Em Santa Catarina, visitaram os hospitais de Joinville e, ao retornarem à cidade de São Paulo estiveram no Instituto Butantan, na Faculdade de Medicina e em vários hospitais. Na capital paulista, Fujinami proferiu conferência no Centro de Saúde da Sociedade de Higiene.

A comissão japonesa viajou em seguida para a Bahia. Apesar de não haver colônia de imigrantes japoneses neste estado, Fujinami tinha interesse em estudar os parasitas que ocorriam na região, principalmente os casos de esquistossomose mansônica. Recebidos por Octavio Torres e outros representantes da classe médica, os pesquisadores nipônicos passaram nove dias na capital baiana, onde visitaram o Instituto Oswaldo Cruz e a Faculdade de Medicina. Fizeram excursão para coletar *Schistosoma mansoni* e, em quartéis, colheram material para exame parasitológico.

De volta ao Rio de Janeiro reencontraram Souza Araújo, que os acompanhou na viagem a Minas Gerais. Na capital mineira visitaram a Repartição Sanitária do Estado, a recém-criada Faculdade de Medicina, seu hospital, e o Instituto Ezequiel Dias, então filial do Instituto Oswaldo Cruz. Seguiram para Lassance, onde tiveram

⁴²FARIA, Lina Rodrigues de. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3: 561-590, set./dez. 2002.

⁴³ Souza-Araújo, *Apud* ANDRADE, Márcio Magalhães & CUNHA, Vivian da Silva. As ações com tradições: Japão e Brasil na internacionalização do combate à lepra. In BENCHIMOL, J., SÁ, M. & Kodama, K. (orgs). *Cerejeiras e cafezais: relações médico-científicas entre Brasil e Japão e a saga de Hideyo Noguchi*. Rio de Janeiro: Bom Texto Editora, 2009, p. 26.

contato com enfermos da Doença de Chagas, e coletaram triatomas, o inseto vetor intermediário do *Trypanosoma cruzi*.

Fujinami e seus colaboradores fizeram 959 exames parasitológicos no Brasil, principalmente entre japoneses, sendo que os vermes mais encontrados foram o *Necator americanus* e o *Ancylostoma duodenale*. Verificaram que o grau de infestação dos imigrantes era proporcional ao tempo de permanência no Brasil, o que levou Fujinami a lamentar que certos costumes, como o uso de latrinas e calçados, fossem esquecidos pelos japoneses em sua nova pátria. Em nenhum dos brasileiros examinados ele encontrou parasita proveniente do Japão, como o *Clonorchis sinensis* ou o *Schistosoma japonicum*.⁴⁴ Endêmicos na Ásia, esses dois trematódeos precisavam de hospedeiros específicos para se desenvolver – o peixe comido cru, no primeiro caso, o caramujo, no segundo – que não eram encontrados nas Américas. Dessa forma, mesmo que os imigrantes viessem contaminados por um ou outro parasita, seu ciclo de vida era interrompido.

O estudo de outras enfermidades revelou que a malária era a principal ameaça aos imigrantes japoneses. Em artigo publicado após a viagem ao Brasil, Fujinami analisou a possibilidade de doenças parasitárias comuns no Japão serem levadas pelos imigrantes, caso existissem no Brasil os hospedeiros intermediários necessários. Como não os encontrara, a probabilidade da migração era remota. Além disso, a triagem feita nos navios que transportavam os imigrantes, como ele próprio pôde observar, barrava o embarque ou o desembarque de pessoas com parasitoses ou doenças infecciosas.

Assim como Fonseca Filho havia retornado ao Brasil bem impressionado com o Japão e totalmente favorável à imigração japonesa, Fujinami regressou a seu país com uma impressão positiva do que pudera observar, sobretudo das instituições científicas: “a ciência médica atingiu, tanto no Brasil como no Japão, um grau de adiantamento bastante satisfatório” – registrou em seu relatório. Considerou “dignos de admiração” os esforços feitos pelas autoridades brasileiras para melhorar a saúde do povo. Para Fujinami, não havia razões para ter receio dos parasitas e de que estes pudessem vir a ser obstáculos às relações amistosas entre Japão e Brasil, “desde que não sejam desprezados os mais recentes progressos da medicina científica e haja íntima colaboração em benefício geral da humanidade”.⁴⁵

Como enfatizado por Paul Weindling, a Organização de Saúde da Liga das Nações tentou ser internacionalista e inovadora, buscando envolver as elites da saúde pública do maior número possível de países. Para Weindling a Liga “tornou-se um núcleo de convergência de especialistas em saúde pública com mentalidade internaci-

⁴⁴ O trematódeo *Clonorchis sinensis* tem seu ciclo de vida em um habitat aquático. O primeiro hospedeiro intermediário é o caramujo de água doce da família Bithyniidae *Parafossarulus manhouricus* e algumas espécies do gênero *Bulinus*. O hospedeiro definitivo são peixes de água doce de diversas espécies, muitos dos quais são responsáveis por passarem a doença para os seres humanos. Ver: BRUSCA, Richard C. & BRUSCA, Gary J. *Invertebrates*. Sunderland: Sinauer Associates, 1990.

⁴⁵ FUJINAMI, A. *Uma viagem...* op. cit., p. 490.

onal, que foram capazes de enxergar além dos limites da política nacional para desenvolver políticas inovadoras de saúde pública e de apoio a iniciativas científicas lideradas por especialistas.⁴⁶

Conclusão

Entre 1929 e 1934, a imigração japonesa chegou ao seu auge, devido aos subsídios iniciais do governo japonês desde 1925 e ao efeito da crise econômica mundial, que restringia as trocas com outros mercados para o Brasil. Ao mesmo tempo, cresceram no país as desconfianças sobre a política de emigração japonesa, fortalecendo a Campanha anti-nipônica liderada por Miguel Couto, que chegou a escrever em 1934: “Ninguém escuta ou sente, antes do golpe, o caminhar dos seus pés de lã”⁴⁷, ressaltando assim o “perigo amarelo”.

Com o objetivo de garantir a “integração étnica”, a chamada lei de cotas,⁴⁸ que estabelecia o limite de 2% anuais para a entrada por nacionalidade já fixada no país, o número de japoneses imigrantes caiu drasticamente. No decênio de 1930 a 1939, se a entrada de japoneses só foi superada pela de portugueses, somando um total de 99.222 pessoas, entre 1940 e 1949 ela foi reduzida a 2.828 indivíduos, indicando praticamente a cessação da imigração. A política imigratória do Brasil manteve-se restritiva e discriminatória durante o governo Vargas.⁴⁹ Como resultado das reivindicações dos imigrantes nas primeiras fases da imigração japonesa, em 1935 organizou-se no Brasil a primeira organização de assistência voltada à saúde dos imigrantes japoneses: o hospital de Beneficência Japonesa, o Dōjinkai, cuja história não nos propusemos, nas dimensões deste artigo, a acompanhar e desenvolver.

Encontros científicos sofreram alterações no decorrer dos anos que se seguiriam à Segunda Guerra, principalmente a partir de 1942, quando Brasil e Japão suspendem suas relações diplomáticas. Entretanto, os primeiros contatos científicos demarcaram uma faceta importante e ainda pouco conhecida da história da imigração e dos imigrantes japoneses.

Artigo recebido em 30 de agosto de 2013.

Artigo aprovado para publicação em 16 de novembro de 2013.

⁴⁶ WEINDLING, P.: As origens da participação da América Latina na Organização de Saúde da Liga das Nações, 1920 a 1940. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 13, n. 3, p. 555-70, 2006, p.528.

⁴⁷ COUTO, M. *Seleção social: campanha antinipônica*, Rio de Janeiro: Irmãos Ponghetti, 1942, p.15.

⁴⁸ GERALDO, Endrica. A “lei de cotas” de 1934: controle de estrangeiros no Brasil. *Cad. AEL*, v.15, n.27, 2009, p. 176. Disponível em: http://segall.ifch.unicamp.br/publicacoes_ael/index.php/cadernos_ael/article/viewFile/157/164. Acessado em 08/08/2013.

⁴⁹ PERES, Elena Pájaro. *Acervo*. Rio de Janeiro, v. 10, n° 2, p. 85-98, jul/dez 1997.