Raça como Questão

História, Ciência e Identidades no Brasil

Copyright © 2010 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

ISBN: 978-85-7541-193-3

Capa, projeto gráfico
Carlota Rios

Foto da capa
Ricardo Ventura Santos

Revisão
Irene Ernest Dias

Normalização de referências
Clarissa Bravo

Catalogação na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

M217r Maio, Marcos Chor (org.)
Raça como questão: história, ciência e identidades no Brasil. / organizado por Marcos Chor Maio e Ricardo Ventura Santos. – Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2010.
316 p., il., graf.

1. Civilização-história. 2. Pobreza-história. 3. Saúde Pública-história. 4. Antropologia Física-história. 5. Grupo com Ancestrais do Continente Africano. 6. Brasil. I. Santos, Ricardo Ventura (org.). II. Título.

CDD - 22.ed. – 301.0981

2010
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 – Térreo – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
http://www.fiocruz.br/editora

2 | Raça, Doença e Saúde Pública no Brasil: um debate sobre o pensamento higienista do século XIX*

Marcos Chor Maio

* Originalmente publicado no volume *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*, organizado por Simone Monteiro e Livio Sansone. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

Reflexão sobre as relações entre medicina, saúde pública e racismo no Brasil, baseada na discussão do capítulo "Febre amarela", que faz parte do livro *Cidade Febril*, do historiador Sidney Chalhoub. Chalhoub argumenta que na segunda metade do século XIX emergiram políticas de saúde pública racializadas – como o combate à febre amarela, que atingia mais os imigrantes brancos, em detrimento do controle da tuberculose, que prevalecia entre os negros –, o que denotaria a engenhosidade dos higienistas brasileiros. Estes manteriam o discurso iluminista da perfectibilidade humana com base na noção de meio ambiente, mas, no plano da ação, sustentariam uma perspectiva calcada na naturalização das assimetrias raciais. Assume-se aqui posição distinta daquela de Chalhoub, sugerindo-se que entre a segunda metade do século XIX e as duas primeiras décadas do século XX prevaleceu, inclusive após a entrada em cena dos princípios da bacteriologia e da microbiologia, o ideário ambientalista, inspirado em parte na matriz neo-hipocrática, particularmente no que tange à recusa a chaves explicativas de natureza racial. Trata-se de um debate historiográfico que envolve raça, natureza, história, escravidão, doenças e políticas de saúde.

Estudos sobre as três primeiras décadas da era republicana estabelecem estreitos vínculos entre políticas de saúde pública e desenvolvimento do capitalismo no Brasil. Subordinadas aos interesses das classes dominantes, as ações dos sanitaristas – concernentes ao controle de determinadas epidemias – estariam voltadas para a reprodução da força de trabalho. De acordo com esse ponto de vista, intelectuais médicos, subsumidos à lógica das elites econômicas e políticas, teriam privilegiado o combate à febre amarela, doença que incidia sobremaneira entre os imigrantes, mão de obra estratégica na expansão econômica da virada do século XIX para o século XX, em vez de enfrentar o problema da tuberculose que atingiria a população pobre das grandes cidades (Costa, 1985).[1] Na mesma linha de raciocínio, Bodstein (1984) acrescenta o aspecto racial da luta contra a febre amarela. Sua evidência mais importante é a conferência de Rui Barbosa, proferida no Teatro Municipal do Rio de Janeiro em maio de 1917, em homenagem a Oswaldo Cruz. Nela, o senador afirma:

> É um mal, de que só a raça negra logra imunidade, raro desmentida apenas no curso das mais violentas epidemias, e em cujo obituário, nos centros onde avultava a imigração européia, a contribuição das colônias estrangeiras subia a 92 por cento sobre o total de mortos. Conservadora do elemento africano, exterminadora do elemento europeu, a praga amarela, negreira e xenófoba, atacava a existência da nação na sua medula, na seiva regeneratriz do bom sangue africano, com que a corrente

[1] Para uma crítica a esses estudos, ver Carvalho & Lima (1992), Edler (1996) e Hochman (1998).

> imigratória nos vem depurar as veias da mestiçagem primitiva, e nos dava, aos olhos do mundo civilizado, os ares de um matadouro da raça branca. (*apud* Bodstein, 1984: 24)[2]

A utopia purificadora da sociedade mestiça brasileira, apresentada por Rui Barbosa e salientada por Bodstein (1984), se converteria em fonte inspiradora da ação sanitária da Primeira República.[3] A aparente fragilidade da raça branca – suscitada pelos escravos negros transmissores da doença ("negreira") e avessos aos estrangeiros – seria superada pelo controle da febre amarela. O novo plano da 'luta de raças' terminaria com a vitória da miscigenação biológica regeneradora capitaneada pelos brancos.

Chalhoub (1996) retoma a questão exposta por Bodstein e a amplia, partindo da hipótese da emergência de um pensamento higienista de corte racista no processo de transição do trabalho escravo para o regime de mão de obra livre. Nesse contexto, paulatinamente se configuraria um quadro racializado, dicotomizado, na definição das ações em saúde pública, ou seja: combate à febre amarela ("doença dos imigrantes brancos") *versus* indiferença em relação à tuberculose ("doença dos negros").

Os pontos de referência do historiador são a ideologia higienista, substrato da "era das demolições"[4] dos cortiços na virada do século XIX, e, em especial, o discurso de Rui Barbosa, de 1917.[5] Ao investigar a febre amarela, o autor procurou analisar "a possibilidade histórica de semelhante aberração [o racismo de Rui Barbosa]" (Chalhoub, 1996: 57). Ele localiza tal 'distorção' na segunda

[2] A conferência de Rui Barbosa foi publicada na *Revista do Brasil*, 5(19), jul. 1917. A citação de Bodstein (1984) foi extraída de *Oswaldo Cruz no Julgamento dos Contemporâneos*. Rio de Janeiro: FGV/Serviço de Publicações, 1972. Chalhoub retirou a citação de Rui Barbosa do artigo de Regina C. de A. Bodstein, "Práticas sanitárias e classes populares do Rio de Janeiro", publicado na *Revista do Rio de Janeiro*, 1(4): 42-43, 1986.

[3] Bodstein (1984: 25), com base na fala de Rui Barbosa, afirma: "O discurso higiênico revelava um entendimento muito particular sobre o que e como se daria o saneamento. Sanear, sob tal perspectiva, era tornar viável o fluxo de imigrantes europeus, 'depurador do sangue mestiço', e, ainda, elemento necessário para o desenvolvimento das relações comerciais e diplomáticas do país com o resto do mundo civilizado".

[4] Refiro-me ao livro de Oswaldo Porto Rocha *A Era das Demolições: cidade do Rio de Janeiro, 1870-1920*, publicado em 1986 pela Secretaria Municipal de Cultura do Rio de Janeiro. O título desse livro dá uma boa ideia do que Chalhoub expõe no primeiro capítulo ("Cortiços") do seu livro *Cidade Febril*, em que discorre sobre a importância do discurso higienista oitocentista para as transformações urbanas realizadas nos primeiros tempos da República, tomando como exemplo a destruição do famoso cortiço Cabeça de Porco, em 1893.

[5] A importância do trecho racista do discurso de Rui Barbosa para o argumento de Chalhoub pode ser avaliada pela citação nos dois primeiros capítulos do seu livro (Chalhoub, 1996: 57, 95).

metade do século XIX, ainda durante o Império. Sob o manto protetor da teoria ambientalista da doença oitocentista, reiterada até, pelo menos, o fim do século XIX, se ocultariam interesses inomináveis, traduzidos pela política de embranquecimento da população brasileira, mediante a vinda de imigrantes europeus e a miscigenação. Essas ações culminariam na eliminação da raça negra (Chalhoub, 1996).

Para Chalhoub, a definição de políticas de saúde pública racializadas[6] – como o combate à febre amarela, que atingia mais os imigrantes brancos, em detrimento do controle da tuberculose, que prevalecia entre os negros – denotaria a engenhosidade dos higienistas brasileiros. Estes manteriam um discurso sustentado na noção de meio ambiente, mas, no plano da ação, revelariam um ignominioso racismo, à semelhança das matrizes de pensamento norte-americanas e europeias (Chalhoub, 1996).

De fato, a solução imigratória e o ideal de embranquecimento eram pontos importantes da agenda civilizadora nos trópicos defendida por segmentos das elites econômica, intelectual e política, inclusive de membros da categoria médica nas últimas décadas do século XIX. Sem quaisquer sutilezas, desde o final dos anos 1860 havia produção de conhecimento de "médicos-antropólogos"[7] sobre os perigos da miscigenação com a potencial presença de "imigrantes indesejáveis" ou acerca da inferioridade de povos indígenas. Contudo, no campo da saúde pública, a questão racial me parece distinta nesse período. Chalhoub (1996) concebe retrospectivamente o discurso de Rui Barbosa de 1917, pronunciado três meses após a morte de Oswaldo Cruz, como ideologia racial dominante entre os médicos em matéria de combate à febre amarela, ideologia essa – sob o verniz de pressupostos da medicina ambientalista – detectada desde os anos 1870. Diferentemente de Chalhoub, sugiro que nas duas primeiras décadas do século XX, momento em que explode o debate sobre a saúde pública, o higienismo – assentado em princípios da bacteriologia e da microbiologia – manteve elos de continuidade com o ideário neo-hipocrático do século XIX no Brasil, particularmente no que tange à recusa a chaves explicativas de natureza racial.

[6] Chalhoub denomina "malconfessadas políticas específicas de saúde pública" (1996: 62). Estas, para o autor, seriam consideradas em chave negativa. As políticas públicas racializadas vêm sendo concebidas como a formulação e implementação de políticas focais, particularistas, que, em face do tema em questão, atingem determinados grupos étnico-raciais. Em período recente, as políticas de ação afirmativa são vistas por alguns segmentos sociais e políticos positivamente como um meio legítimo de redução das desigualdades raciais no Brasil.

[7] Denominação criada por Corrêa (1998) para qualificar esses intelectuais médicos.

Neste capítulo desenvolvo esse argumento tomando como base a discussão das relações propostas por Chalhoub, em seu estudo "Febre amarela",[8] entre pensamento médico, interesses de grupos e classes sociais, ideologias raciais e políticas de saúde pública. Estabeleço inicialmente um diálogo com sua análise das interfaces entre saúde, raça e meio ambiente na segunda metade do século XIX. Em seguida, examino o 'higienismo racializado' apontado pelo historiador para, finalmente, refletir sobre o pensamento médico e a importância do papel exercido pela vertente contrária ao determinismo racial nos primeiros decênios da República.

SAÚDE, RAÇA E MEIO AMBIENTE

Desde o final do século XVIII, delineia-se um programa higienista apoiado nas preocupações de administradores e médicos com o estado sanitário da cidade do Rio de Janeiro.[9] O pensamento médico ainda no período colonial apresentava duas ordens de questões ligadas ao grave quadro de saúde pública: o clima, quente e úmido, e a topografia da cidade facilitariam a emanação de miasmas; os problemas urbanos advindos da ausência de tratamento de esgoto e lixo, da poluição de rios e praias, da estagnação das águas das chuvas e das habitações precárias, úmidas e sem ventilação contribuíam para a ocorrência de diversas enfermidades. A plataforma dos higienistas para enfrentar a situação calamitosa da cidade incluía limpeza urbana, dessecamento de pântanos, demolição de morros, remodelação das casas e conservação das matas que circundavam a cidade (Ferreira, 1996).

Os debates sobre as "febres intermitentes", que mobilizaram os médicos da Corte, associados às apreensões desde os anos 1830 com a possível chegada de doenças mais graves,[10] não reduziram o otimismo da agenda higienista de transformar o Rio de Janeiro em uma cidade tropical civilizada. Essas apreciações ambivalentes dos médicos guardavam relação com o conhecimento

[8] Trata-se do segundo capítulo do livro *Cidade Febril* (Chalhoub, 1996).

[9] Esse material só veio a público em 1813 por meio do jornal *O Patriota* (Ferreira, 1996: 120).

[10] Xavier Sigaud, em artigo no *Diário de Saúde* (1835, n. 1), propõe as seguintes questões para reflexão: "1o – as moléstias que se deve recear importadas de países estrangeiros, sobretudo da Índia, dos Estados Unidos, da Europa e da África; 2o – as causas que em certas localidades desenvolvem febres pestilenciais por modo espontâneo; 3o – as causas que até o momento têm obstado que a febre amarela e a cólera-morbo tenham passado para este hemisfério do sul, além da linha do Equador; 4o – as medidas quarentenárias que são possíveis estabelecer-se entre as nações do mesmo continente sem prejuízo de seu comércio" (*apud* Ferreira, 1996: 137).

da propagação de determinadas epidemias que grassavam na Europa e nos Estados Unidos no mesmo período (Ferreira, 1999).[11]

Na virada dos anos 1840, a ocorrência súbita e impetuosa dos surtos de febre amarela e cólera não deixou margem a ambiguidades no pensamento médico no que concerne à gravidade do novo cenário. Chalhoub mapeia as diversas controvérsias e disputas entre religiosos e higienistas, entre contagionistas e infeccionistas, entre médicos alopatas e homeopatas que surgem do amplo leque de explicações sobre as possíveis causas da epidemia de febre amarela, a melhor terapêutica para combatê-la e, principalmente, as políticas sanitárias a serem implementadas a fim de debelá-la. Todavia, as tímidas respostas do Estado quanto ao controle da peste não poderiam ser explicadas apenas pelas incertezas da ciência naquele contexto (Chalhoub, 1996).

Chalhoub discorre sobre diversas hipóteses discutidas na época a respeito dos vínculos entre febre amarela e escravidão. Haveria um certo consenso entre os médicos da Corte, com base na teoria contagionista, de que os negros seriam responsáveis pela transmissão da doença, mas dificilmente contraíam a moléstia que se alastrava entre os imigrantes europeus. A população negra teria maior capacidade de adaptação.[12] Em face da abundância de mão de obra escrava no ocaso do tráfico negreiro no Brasil, tal diagnóstico da resistência imunológica dos africanos justificaria a negligência dos dirigentes imperiais no enfrentamento da febre amarela. Naquele momento, as "vítimas brancas", especificamente os imigrantes, tinham importância residual na economia escravocrata (Chalhoub, 1996). Teria se estabelecido uma sintonia fina entre conhecimento médico e interesses da classe senhorial.

No entanto, o tema parecia mais complexo. O historiador faz uma incursão pelo pensamento médico oitocentista no Brasil – privilegiando as relações entre raça, meio ambiente e aclimatação – e o coteja, de início, com algumas concepções produzidas alhures. Médicos do sul dos Estados Unidos, perante as epidemias de febre amarela que assolaram a região nos anos 1850, teriam

[11] Outro aspecto dilemático enfrentado pelos médicos dizia respeito à possibilidade de haver um processo civilizatório nos trópicos quando, ao mesmo tempo, se mirava a Europa, com condições climáticas distintas, como exemplo a ser seguido (Kury, 1994).

[12] Em termos gerais, a ideia não é simples. Como relata Chalhoub (1996: 75), "Na verdade, como os africanos e seus descendentes sofriam a doença com menor gravidade, e considerando que a maioria dos escravos da capital havia nascido na África, os doutores logo chegaram à hipótese de que os africanos resistiam melhor ao flagelo por terem se aclimatado a ele em suas regiões de origem. Em outras palavras, os africanos poderiam ser excelentes portadores e transmissores da febre amarela, estando, contudo, protegidos de achaques mais sérios por possuírem alguma experiência prévia com a doença".

concluído "que os negros norte-americanos eram seres de uma espécie diferente, um tanto aquém dos atributos atinentes à humanidade, e expressamente concebidos pela natureza para suportar a doença e o trabalho sob o escaldante calor tropical" (Chalhoub, 1996: 78). Haveria uma espécie de poligenismo atrelado à essencialização biológica.

O caso do médico inglês Robert Dundas, que residiu em Salvador entre 1814 e 1842 (Peard, 1999), é representativo da mudança do discurso médico-climático europeu.[13] O otimismo reinante em torno da aclimatação, indicador da capacidade de o homem racional se adaptar a novos ambientes, crença que está no cerne do iluminismo do século XVIII, cede gradativamente espaço, nos primeiros decênios do século XIX, para um enfoque determinista baseado primordialmente na irredutibilidade das diferenças raciais (Harrison, 1996). O médico inglês considerava a aclimatação uma concepção sem sentido, na medida em que os europeus expostos ao clima tropical durante um longo período entravam prematuramente em decadência. Por seu turno, o brasileiro, de ascendência europeia, fora corrompido pela miscigenação com índios e negros, transformando-se em seres "indolente[s] por natureza, e pouco disposto[s] para a indústria ou o trabalho ativo" (Dundas, 1852 *apud* Chalhoub, 1996: 79).

Dundas atesta que climas insalubres desencadeiam processos de degeneração em corpos supostamente saudáveis ou geram simplesmente raças degeneradas. A condenação da miscigenação é mais um elemento a confirmar a importância das doutrinas climatológicas na configuração de hierarquias raciais. Os europeus teriam uma natureza, uma constituição biológica distinta daquela dos brasileiros e, por isso, seriam incapazes de se aclimatar. Isso fica bem evidente na análise de Dundas das "febres dos climas quentes" em que os negros, por uma série de mecanismos fisiológicos incitados pelos trópicos, desenvolveriam mecanismos de defesa contra as oscilações atmosféricas. Daí derivaria a maior capacidade de resistência deles em comparação com os brancos (Chalhoub, 1996). Os brasileiros, mestiços ou negros, seriam inferiores, mas adaptados ao seu meio.

A guinada pessimista, informada pela hierarquia e fixidez das raças sob a chancela de fatores climáticos, está intimamente associada à forma como os médicos europeus – e, no caso em tela, os ingleses – observaram os percalços do processo de expansão colonial e seus efeitos sobre os colonizadores. A experiência da Jamaica poderia, em princípio, lembrar o exemplo brasileiro, na medida em que foi também uma sociedade escravocrata e colonial. Harrison (1996) sugere que até o final do século XVIII, mesmo com certas ambiguidades, prevalecia no Caribe a crença de que a aclimatação, apesar de alguns custos próprios à adaptação – incidência de certas doenças, mudanças de costumes alimentares e outros –, não limitaria a colonização dos trópicos. Todavia, as contendas em torno do fim do tráfico negreiro e da abolição da escravidão, ocorridas nas primeiras décadas do século XIX, ampliaram o debate médico sobre as qualidades distintas e assimétricas das raças.

[13] Chalhoub (1996: 230) refere-se ao livro *Sketches of Brazil: including new views on tropical and European fever, with remarks on a premature decay of the system incident to Europeans on their return from hot climates*, publicado em Londres em 1852.

Porém, o determinismo climático-racial de Dundas não encontrou contrapartida entre seus colegas brasileiros, que mantiveram a crença no paradigma médico-ambientalista até o fim do século XIX, como veremos adiante. Continuaram a creditar a 'imunidade relativa' dos negros à febre amarela ao meio ambiente, à aclimatação. Eles estavam mais atentos às péssimas condições sanitárias nos principais centros urbanos.

Para uma abordagem mais pormenorizada do higienismo à brasileira, Chalhoub atém-se às reflexões de três médicos da Corte. O professor da Faculdade de Medicina Thomaz Gomes dos Santos, em seu curso de história da medicina,[14] interpelava Montesquieu e Gobineau. Este, em chave poligenista, considerava que, *grosso modo*, desde os primeiros tempos foram gestados centros independentes e desiguais de criação da humanidade. Para ele, as raças superiores seriam movidas pela razão, enquanto as inferiores, pela emoção. As assimetrias originalmente reinantes, na perspectiva de Gobineau, de acordo com Gomes dos Santos, não ofereciam quaisquer possibilidades de intervenção humana, afora o desprezo pela história desses povos. A visão monogenista do médico brasileiro se insurgia contra a crença de Gobineau de que os negros seriam naturalmente inferiores. Ele estava convencido de que a dimensão racial apresentava pouco rendimento analítico para o entendimento da capacidade de aperfeiçoamento dos homens. Quanto a Montesquieu, Gomes dos Santos criticava-o pela leitura reducionista e fatalista de Hipócrates ao atribuir aos fatores climáticos os

[14] As ideias de Gomes dos Santos encontram-se, conforme Chalhoub (1996: 202), no Relatório do Ministério do Império, ano de 1858, anexo D, intitulado "Memórias Históricas das Faculdades de Medicina e Direito". Thomaz Gomes dos Santos (1803-1874) fez doutorado em medicina pela Universidade de Montpellier (1833) e foi lente em higiene na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, jornalista, deputado da Assembléia Provincial do Rio de Janeiro, diretor da Instrução Primária e da Academia de Belas-Artes (Magalhães, 1932; Blake, 1893; Santos Filho, 1991).

limites culturais, sociais e políticos dos povos que habitavam os trópicos. No que tange à ocorrência de febre amarela, tratava-se sobretudo de um problema de aclimatação. Ele acreditava que – pelas afinidades históricas, culturais, religiosas – a "raça latina" seria a mais adaptável à zona intertropical (Chalhoub, 1996). Os médicos Torres Homem[15] e Pereira Rego[16] estavam afinados com as ideias de Gomes dos Santos. Consideravam o sucesso do ajustamento dos europeus ao meio ambiente brasileiro um aspecto fundamental para as possibilidades de se construir uma nação próspera nos trópicos (Chalhoub, 1996). Na verdade, os três médicos da Corte alinhavam-se à tradição neo-hipocrática, referência central do pensamento médico da primeira metade do século XIX no Brasil. Esse saber científico estava ancorado na hipótese da relação intrínseca entre doença, natureza e cultura (Ferreira, 1996).

O médico francês Xavier Sigaud,[17] um dos principais expoentes do neo-hipocratismo no Brasil, não se opunha à noção de que o clima úmido fosse um empecilho natural à vida humana em algumas regiões brasileiras, por ocasionar problemas para o corpo (especificamente no aparelho respiratório e digestivo) e para o ambiente (acelerando a emanação de miasmas crônicos em decorrência de o clima ser favorável à putrefação da matéria orgânica) (Edler, 2002). Ele reconhecia, ainda, a existência de patologias específicas que se manifestavam de modo diferenciado em brancos, negros e índios. Não aceitava, por outro lado, a ideia de que os problemas patogênicos do país resultassem de sua composição racial. Com base em pesquisas realizadas em diversas regiões do império, o médico francês se contrapunha à crença corrente na Europa

[15] João Vicente Torres Homem (1837-1887) foi médico clínico formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde foi lente em clínica médica. Em 1876, por ordem do governo imperial, foi nomeado para a comissão encarregada de estudar as causas da persistência e do desenvolvimento da febre amarela nos últimos anos, indicando os meios mais eficazes para erradicá-la (Magalhães, 1932; Blake, 1893; Santos Filho, 1991).

[16] José Pereira Rego (1816-1892), barão do Lavradio, formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1838. Foi presidente da Junta Central de Higiene Pública, inspetor de saúde do Porto do Rio de Janeiro e do Instituto Vacínico do Império (1873). Foi membro do Partido Conservador e vereador da Câmara Municipal do Rio de Janeiro (Magalhães, 1932; Blake, 1893; Santos Filho, 1991).

[17] José Francisco Xavier Sigaud (1796-1856), médico francês formado pela Faculdade de Medicina de Estrasburgo. Em função de problemas políticos, imigrou para o Brasil em 1823. Envolveu-se em atividades jornalísticas e especialmente na formação do periodismo médico brasileiro da primeira metade do século XIX. Participou da criação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, futura Academia Imperial de Medicina. A obra de Sigaud (*Du Climat et des Maladies du Brésil: statistique médicale de cet empire*. Paris: Chez Fortin, Masson et Cie, Librairies, 1844) é, na visão de Ferreira (2001: 215), "a obra síntese do pensamento higienista brasileiro da primeira metade do século XIX". Sobre Xavier Sigaud, ver Ferreira (2001).

de que a miscigenação pudesse gerar novas doenças ou se constituir em um obstáculo à implantação de um modelo civilizatório.[18] Para o higienista, os segredos da patologia no Brasil residiriam antes na "natureza das localidades" e no "regime das populações" (Ferreira, 1996: 218). Para um ajuste saudável aos trópicos, Xavier Sigaud concebia as adversidades climáticas como passíveis de serem enfrentadas se os europeus obedecessem a um receituário higiênico, incluindo mudanças de costumes no vestuário, tratamentos médicos circunstanciais ou periódicos (aplicação de sangrias, administração de purgativos) e adaptação a certas regras dietéticas (Edler, 1996, 2002).

Em suma, a elite médica da Corte se engajou na tradução dos princípios higienistas europeus para o contexto social brasileiro, redefinindo o papel da climatologia e da crescente importância da variável raça como elementos causadores das enfermidades. Ofereceram, assim, soluções originais para a compreensão das epidemias que devastavam os trópicos. Esse movimento visava a conferir legitimidade ao saber e às instituições médicas brasileiras e, ao mesmo tempo, estava imbuído de uma perspectiva otimista em face dos desafios da inserção do país no concerto das nações modernas (Ferreira, 2001; Edler, 2002).

Ao longo da década de 1870, momento em que, segundo Chalhoub, aparecem os primeiros sinais de um acento racista entre os higienistas, alguns dos princípios epistemológicos da tradição neo-hipocrática passaram a ser questionados. Proliferaram as etiologias parasitárias, permeadas pelo novo ideal cientificista fundamentado na medicina experimental pasteuriana. Foi um tempo de intensas controvérsias, gerando uma polissemia no pensamento médico de fins do Oitocentos (Edler, 1996).

Esse cenário de afirmação da medicina nacional e da viabilidade dos trópicos não se restringiu à Corte. Em meados dos anos 1860, médicos pesqui-

[18] É interessante observar posição distinta daquela compartilhada por Sigaud sobre a miscigenação, como a do médico francês e professor da Escola de Anatomia dos Hospitais de Paris, Alphonse Rendu (*Études Topographiques, Médicales e Agronomiques sur le Brésil*, 1848). Ele viajou ao Brasil em 1844, mesmo ano da publicação do livro *Du Climat et Des Maladies*, de Xavier Sigaud, em missão do governo francês para estudar as enfermidades que atingiam com mais frequência os habitantes locais e os imigrantes europeus recém-chegados. Segundo Edler (2001: 935), Rendu afirmava, horrorizado, que "a mistura muito freqüente do sangue branco com o sangue negro (...) resultaria numa pele amarelada" – aspecto físico para ele distintivo do brasileiro. Em seguida descreve os hábitos da nossa população da capital, sobre a qual ele observa que, *grosso modo*, pecaria contra as leis de higiene, o que lhe confere "um aspecto doentio".

sadores se organizaram em torno do periódico *Gazeta Médica da Bahia*.[19] Esse grupo, que *a posteriori* foi denominado Escola Tropicalista Baiana, empenhou-se em diagnosticar as chamadas doenças tropicais que assolavam grande parte da população brasileira. Os "tropicalistas" tinham um claro projeto de transformar a saúde em projeto nacional (Peard, 1999).

Adeptos da parasitologia, Otto Wucherer, Silva Lima, John Paterson, entre outros, relutaram, no entanto, em abandonar a medicina dos miasmas. Procuraram conciliar o pensamento ambientalista tropical com a medicina de laboratório em suas investigações sobre a febre amarela, o beribéri, a filariose e a ancilostomose. A noção de maleabilidade dos seres humanos e a possibilidade da intervenção médica levaram os "tropicalistas" a refutar as formulações pessimistas em voga na Europa e nos Estados Unidos. As doenças tropicais eram vistas como ligadas não apenas a fatores climatológicos e topográficos, mas também a causas de natureza social e política, tais como pobreza, subnutrição, falta de serviços de saúde pública e escravidão. Raça, por exemplo, emergia no amplo e variado capítulo das predisposições a determinadas doenças, sem se constituir em uma variável privilegiada de análise. Embora não negasse a possibilidade de que os negros fossem mais resistentes à febre amarela do que os brancos de origem europeia, Otto Wucherer, em consonância com seus colegas do Rio de Janeiro, associava tal grau de imunização à maior capacidade de aclimatação, e não a supostas diferenças raciais (Peard, 1999).

Apesar da reiterada contraposição entre as teorias miasmáticas e a moderna ciência dos micróbios, ocorreu no último quartel do século XIX, segundo Benchimol em seu estudo sobre a febre amarela, inspirada em Bruno Latour, uma "retificação do curso de ação dos velhos atores [higienistas] à luz da estratégia proposta pelos novos [pasteurianos], realizando-se uma 'tradução' recíproca de interesses vantajosa para as metas que uns e outros perseguiam" (Benchimol, 1999: 440).

Os higienistas, no afã de debelar as doenças, buscavam atacá-las por vários flancos, a saber: as forças da natureza, a topografia das cidades e os diversos componentes da vida urbana. Os pasteurianos, por sua vez, em função do conhecimento específico dos micróbios que agiam no desenvolvimento de

[19] Na trilha de Edler (2002) e diferentemente de Peard (1999), não confiro excepcionalidade aos achados da experiência da denominada Escola Tropicalista Bahia. Os "tropicalistas" estão sendo mobilizados neste artigo para demonstrar a existência de uma espécie de domínio comum de temas e problemas presentes no pensamento médico da época. Schwarcz (1993) observa que houve intensas trocas intelectuais e científicas entre os médicos cariocas e baianos por meio dos periódicos científicos *Brazil-Medico* e *Gazeta Médica da Bahia*.

cada moléstia, elegiam prioridades no confronto com a epidemia, oferecendo, portanto, o mapa por meio do qual os higienistas poderiam obter suas almejadas vitórias. Assim, o combate à febre amarela, fundado no modelo pasteuriano, não eliminou a natureza plural das estratégias de combate à doença (Benchimol, 1999). Em suma, muitos desses saberes se amalgamaram, e médicos vinculados à tradição higienista se apropriaram dos novos métodos, na busca de adaptá-los aos desafios do mundo tropical.

Esses arranjos entre o higienismo tradicional e os pasteurianos quiçá possam tornar inteligível o predomínio de conteúdos contrários a determinismos raciais no campo da saúde pública. Antes, entretanto, será examinado o alegado viés racista dos médicos apontado por Chalhoub, que estaria associado à esfera do trabalho, à política imigratória e à ideologia do branqueamento.

O Higienismo Racista em Questão

No final dos anos 1860, quando se inaugurou uma nova temporada de surtos de febre amarela que assolou a cidade do Rio de Janeiro até o início do século XX, o discurso médico, na opinião de Chalhoub (1996), mudou de tom, com a defesa da necessidade de se intervir no meio ambiente. Após a aprovação da Lei do Ventre Livre, em 1871, e a percepção, por parte dos fazendeiros, do colapso da escravidão, a febre amarela se tornaria a principal questão de saúde pública por atingir prioritariamente os imigrantes brancos, mão de obra alternativa no processo de reordenamento do sistema econômico do país. O projeto do suposto higienismo racista não contemplaria outras doenças como, por exemplo, a tuberculose e a varíola, males que acometiam principalmente a população negra. Das medidas sanitárias propostas, encontravam-se a remoção dos cortiços, como principais focos da febre amarela, e a mudança de hábitos alimentares, para facilitar a aclimatação dos estrangeiros recém-chegados. Se os imigrantes seguissem costumes e tradições mais afeitos aos trópicos, acabariam conquistando o mesmo equilíbrio fisiológico dos 'nativos'.

Torres Homem e Pereira Rego estariam sintonizados com as mudanças então em curso, investidos, nesse contexto, da condição de aliados, porta-vozes, a partir de então em chave racista, da utopia do embranquecimento da sociedade brasileira (Chalhoub, 1996). O conhecimento médico, para Chalhoub, torna-se epifenômeno dos interesses da classe dominante.

Torres Homem descreve as relações entre higiene e condições de trabalho e seus efeitos na incidência de "moléstias agudas e crônicas dos aparelhos

respiratório e digestivo" (1865 *apud* Chalhoub, 1996: 90) entre os portugueses – imigrantes pobres, submetidos a baixos salários e a jornadas de trabalho extenuantes.[20] O médico da Corte apresenta um quadro social sombrio. Ressalta a necessidade de mudança de hábitos e costumes dos imigrantes, incluindo a melhoria nas condições de habitação.[21] Em suas palavras,

> se o governo, compreendendo bem a sua missão, consultasse sempre os profissionais nas importantes questões de colonização, a agricultura entre nós não estaria tão atrasada como infelizmente a vemos. *É preciso que se substituam por homens livres os escravos que de dia em dia escasseiam, depois que cessou o imoral comércio negreiro.* (Torres Homem, 1865 *apud* Chalhoub, 1996: 91-92, grifos de Chalhoub)

É oportuno atentar, em princípio, para o fato de que o tema da aclimatação, objeto da tese de Torres Homem, em meados dos anos 1860, foi o único tópico para todos os candidatos que se submeteram ao exame à cátedra de Higiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (Ferreira, 1994). Caso não se infira que o pensamento médico seja a simples tradução de interesses imediatos da classe senhorial, interesses esses que estariam no cerne da consciência dos esculápios, pode-se afirmar que o estudo da aclimatação era um problema relevante do saber médico nacional, condicionado pelos padrões de cientificidade vigentes nos centros de excelência (Edler, 2002). Não me parece, portanto, que o aclimamento fosse mera questão de "posição 'oficial' do governo imperial" (Chalhoub, 1996: 84). Afinal, era uma "questão obrigatória".[22]

Torres Homem,[23] em sua trajetória estritamente médica – nunca desdobrada em carreira política (Ferreira, 1994) –, queixa-se em sua tese da limitada influência dos médicos sobre o governo imperial, o que colocaria em questão

[20] A tuberculose certamente grassava entre os imigrantes portugueses.

[21] Chalhoub atenta para o antilusitanismo de Torres Homem. Cabe ressaltar no entanto que, independentemente da mentalidade gananciosa, possessiva, atribuída ao português em seu esforço de "fazer a América", Torres Homem não tem uma visão essencializada, tampouco credita a algum tipo de atavismo a conduta dos portugueses. Em outras palavras, eles não estariam naturalmente vocacionados para maximizar interesses supostamente perversos.

[22] Utilizo aqui a noção de questão obrigatória no sentido proposto por Bourdieu (1987: 207): "Embora os homens cultivados de uma determinada época possam discordar a respeito das questões que discutem, pelo menos estão de acordo para discutir certas questões (...). Assim como os lingüistas recorrem ao critério da intercompreensão para o fim de determinar as áreas lingüísticas, também poder-se-ia determinar áreas e gerações intelectuais através do levantamento do conjunto de questões obrigatórias que definem o campo cultural de uma época".

[23] Com a tese *Do Aclimatamento* (1865), Torres Homem foi malsucedido no concurso para a cátedra de Higiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (Ferreira, 1994).

o "poder higienista" alegado por Chalhoub. Igualmente interessantes são a sua condenação da escravidão e a utilização da categoria "homens livres", que poderia contemplar pessoas de cor, ainda que pareça estar mais associada aos imigrantes.

A outra passagem que dá sustentação à tese de Chalhoub sobre a existência de um pensamento médico de natureza racista no campo da saúde pública encontra-se em *Memória Histórica...*, de Pereira Rego, dos anos 1870, sobre as epidemias de cólera e febre amarela.[24] A incidência da cólera seria maior entre os aclimatados das classes subalternas[25] que viviam em precárias condições de higiene, contribuindo, assim, para o declínio das atividades agrícolas. A febre amarela, por seu turno, atingia os trabalhadores nacionais procedentes do interior e os imigrantes estrangeiros recém-chegados. A moléstia, dessa forma, prejudicaria o comércio e, em particular, a vinda de imigrantes, força de trabalho indispensável para o incremento da produção agrícola e industrial do país (Chalhoub, 1996).

Embora não caiba aqui uma discussão sobre as polarizações e/ou ambivalências dos julgamentos morais dos médicos relativos à escravidão, vale lembrar que o regime escravocrata era um ponto de tensão, visto como um cancro, uma doença que impedia a missão civilizatória que os higienistas se imputavam. Assim, a proposta imigrantista apoiada por membros da categoria médica pode ser interpretada por meio de constructos raciais, como quer Chalhoub, ou de uma visada sociológica, na qual se concederia mais atenção às marcas que a escravidão, como configuração social, imprimiu nas condições econômicas, culturais e sanitárias da sociedade brasileira. Em outras palavras, pesariam mais para os médicos os limites sociais do que os raciais do legado escravista. Parece-me que Torres Homem e Pereira Rego propõem um projeto de modernidade a ser levado a cabo por "homens livres", imigrantes, presumidamente brancos, antes como seres supostamente afeitos à racionalidade capitalista do que como agentes de um pretenso fortalecimento da "raça".[26]

Chalhoub (1996) argumenta que o racismo dos higienistas estaria incrustado em seus juízos normativos, calcados na crença em uma superioridade

[24] Ela se intitula *Memória Histórica das Epidemias da Febre Amarela e Cólera-morbo que Têm Reinado no Brasil*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1873 (Chalhoub, 1996: 231).

[25] Pereira Rego utiliza os termos "indivíduos de ordem inferior" e "as classes inferiores da sociedade" (Chalhoub, 1996: 93). Creio que Pereira Rego oscila entre conteúdos afeitos à hierarquia racial e outros atinentes à estratificação social.

[26] O discurso de Pereira Rego não se limita a afirmar que a febre amarela atingiria apenas os imigrantes. Há uma outra categoria: "brasileiros vindos do interior" (Pereira Rego, 1873 *apud* Chalhoub, 1996: 93). Ora, qual seria a composição étnico-racial dessa população?

branca a ser preservada em função do seu papel estratégico no mundo do trabalho. As teorias médicas, nessa perspectiva, não passariam de interpretações a dissimular a perversa hierarquia racial. O historiador nos alerta que cabe ao pesquisador atento perseguir os conteúdos raciais mesmo onde eles aparentemente não existem.

É importante, aqui, destacar algumas questões. O polifônico campo médico da segunda metade do século XIX não estava imune a argumentos embasados no determinismo racial, fosse em estudos craniológicos sobre a inferioridade dos indígenas,[27] fosse no debate sobre a imigração. No fim dos anos 1860, momento em que Chalhoub observa a existência de sutis preconceitos raciais no campo da saúde pública, à sombra da matriz ambientalista, verifica-se a presença de análises, de corte poligenista, nas quais a miscigenação de brancos com asiáticos e africanos era sinônimo de degeneração. O debate sobre a imigração chinesa é exemplar.[28] Desse modo, não me parece, como acredita Chalhoub (1996), que no diverso pensamento médico houvesse a suposta "ausência de uma terminologia racial" a ser capturada em seus "significados raciais" por diligentes pesquisadores.

A despeito de o paradigma higienista vigente nos anos 1870 ser alçado pelo historiador à condição de ideologia da classe dominante, ele não comportava hipóteses atreladas ao determinismo biológico. Indo além, esse saber a-racialista persistiu nas décadas seguintes a ponto de se tornar um parâmetro para aqueles que se opunham a visões deterministas, fatalistas da sociedade

[27] Os trabalhos do 'médico-antropólogo' Batista Lacerda e seus auxiliares no Museu Nacional dos anos 1870 e 1880 são bastante representativos da visão negativa sobre as características físicas dos índios (Monteiro, 1996; Santos, 2002; ver também o capítulo 3 deste volume).

[28] O primeiro grande debate sobre a imigração na segunda metade do século XIX tratou da vinda de chineses para serem mão de obra nas lavouras. Ainda no final dos anos 1860, o médico Nicolau Joaquim Moreira, que tinha um projeto de modernização do campo, abordava o tema da imigração com base em argumentos raciais que estabeleciam uma hierarquização de povos e culturas. Moreira não se contrapunha à miscigenação de povos no âmbito da raça branca, que mesmo em graus diversos de civilização, como no caso dos anglo-saxões e latinos, resultaria em uma "boa mistura". Os chineses, por sua vez, pertencentes à raça asiática, seriam dotados de qualidades negativas ("degenerados e imorais"). Nesse caso, a mestiçagem prejudicaria o alegado progresso do Brasil. A partir de estudos e experimentos no campo da zootecnia (aprimoramento dos cruzamentos de rebanhos e plantações), Moreira chega ao projeto de aperfeiçoamento dos "cruzamentos" entre seres humanos, cruzamento entre raças. Raça, nesse projeto intelectual e político, aparece como uma categoria analítica essencial para o entendimento do progresso ou da decadência da sociedade (Lima, 2002). Essa vertente permanecerá no debate sobre a imigração e no âmbito da medicina legal de Nina Rodrigues, a partir dos anos 1880, com a Abolição e o advento da República (Corrêa, 1998; Schwarcz, 1993). Sobre as controvérsias acerca da imigração chinesa e africana no século XIX, ver Lesser (1999), Seyferth (1991), Skidmore ([1974] 1993).

brasileira. Creio que, ao invés de se examinar o pensamento médico higienista como 'falsa consciência', talvez atingisse maior rendimento analítico focalizar as relações entre a medicina neo-hipocrática e a então nova ciência dos micróbios (pasteuriana) – no intervalo entre o fim do período oitocentista e os primeiros decênios do século XX – situando-as no contexto sociopolítico nacional. Chega-se à conclusão de que não prevaleciam assertivas de origem racial.[29]

Mesmo admitindo a hipótese de que os médicos estivessem mancomunados com o projeto de branqueamento da sociedade brasileira, Chalhoub aborda tal ideal como uma combinação "natural" entre estímulo à imigração branca europeia e miscigenação. No entanto, há que se diferençar uma política de alteração do quadro demográfico brasileiro, com a gradual prevalência dos brancos sobre a população negra, de um projeto influenciado por teorias evolucionistas com viés racista, em que a miscigenação seletiva e a imigração seriam os parâmetros da via brasileira para a criação de uma sociedade branca, civilizada e europeia, com a eliminação da raça negra. Aliás, Chalhoub não revela evidências de darwinismo social em seus personagens neo-hipocráticos, a não ser mediante um olhar retrospectivo, quando estabelece vínculos entre o racismo de Rui Barbosa e o higienismo do século XIX.

Não menos importante é trazer uma abordagem mais matizada sobre o suposto racismo dos higienistas, levando em consideração os variados sentidos do combate à febre amarela. Não se trata de subestimar os evidentes interesses econômicos em jogo, tampouco as afinidades conjunturais entre membros da elite médica e a classe senhorial. É indispensável, entretanto, uma compreensão mais ampla das repercussões de uma epidemia sobre a sociedade e o seu enfrentamento como uma questão de saúde pública. O estudo das epidemias permite uma reflexão não instrumental do Estado.[30] A epidemia de febre amarela é um bom exemplo, por ter apresentado

[29] É interessante observar que Batista Lacerda, ao se deslocar para o campo da bacteriologia, mediante as suas pesquisas no Laboratório de Fisiologia Experimental do Museu Nacional, criado em 1880, abandona por um longo período seus estudos em antropologia física para se dedicar às investigações sobre doenças, como a febre amarela (Benchimol, 1999). Nesse campo, voltado para a saúde pública, o pausteriano não se ateve a questões de ordem racial. Elas só vieram a ser novamente objeto de reflexão de Batista Lacerda no início da segunda década do século XX, como veremos adiante.

[30] As epidemias, como observa Brito (1997: 13), "são eventos sociais que envolvem o conhecimento médico-científico, a organização institucional dos sistemas públicos de saúde, a esfera econômica e as relações comerciais e diplomáticas entre as nações. Sobretudo, trazem consigo a ameaça de dizimação coletiva. Por todos esses efeitos, em especial o último, as epidemias mobilizam o imaginário social, ensejando um conjunto de representações através das quais os indivíduos procuram conferir sentido ao mal que lhes (*sic*) acomete".

importantes reflexos socioculturais e políticos. Convém uma breve digressão a esse respeito.

As descrições da época sobre o impacto da febre amarela evidenciam a dramaticidade da moléstia, os receios da sociedade em face das epidemias, as imprevisibilidades suscitadas pela irradiação de uma doença em larga escala e de maneira súbita. Esses eventos levaram à percepção da doença como um mal público, ao conhecimento do seu caráter transmissível, o que interligava diferentes segmentos sociais e, por conseguinte, envolvia toda a comunidade. O fenômeno da interdependência social provocou gradativamente a tomada de consciência, por parte das elites políticas nas últimas décadas do século XIX, de que os problemas de saúde não poderiam mais ser tratados de maneira individualizada, tópica, pois teriam atingido uma dimensão coletiva, exigindo, assim, a crescente participação do Estado. Esse processo obteve maior visibilidade no fim dos anos 1910. A epidemia da gripe espanhola de 1918, apenas para citar um exemplo, levou determinados segmentos da elite a enfrentar os problemas de saúde pública como uma questão nacional, que demandava políticas estatais centralizadas, por dizer respeito ao conjunto da população brasileira (Hochman, 1998; Brito, 1997).

Desse modo, não me parece que a mobilização do Estado tenha se baseado apenas no diagnóstico de uma doença que causava uma série de vicissitudes à economia nacional. Por mais que recaísse preferencialmente sobre os imigrantes, a febre amarela colocava também em discussão a crescente preocupação em se constituir autoridade sanitária diante das numerosas e graves epidemias que grassavam em solo brasileiro. Além disso, havia a premência de afirmar uma imagem positiva do país e da sua inserção no concerto das regiões modernas, na medida em que os trópicos eram vistos como sinônimo de barbárie.[31]

[31] Não sem razão, os médicos da denominada Escola Tropicalista Baiana, que não estavam identificados com políticas sanitárias em prol de interesses hegemônicos vinculados ao mundo da produção na Bahia, compartilhavam do mesmo ideário da elite médica da Corte – defendiam a construção de um projeto nacional sob a égide da saúde pública.

Essas ponderações quanto às dimensões sociopolíticas das epidemias permitem repensar uma questão fundamental do argumento de Chalhoub, ou seja: o privilégio atribuído à febre amarela em prejuízo da tuberculose,[32] moléstia que atingia altas taxas de mortalidade – por vezes maiores que aquelas advindas da febre amarela. Chalhoub julga que "as razões para esse fato são complexas" (1996: 94), sem penetrar nos meandros da questão. Vale a pena uma rápida incursão pelo tema.

A tuberculose era entendida como uma doença de longa duração. Seu caráter crônico não impedia por muito tempo as atividades da força de trabalho. Segundo médicos demógrafos da virada do século XIX, essa moléstia era resultante da combinação de miséria com civilização moderna, que afetava brancos e pretos, brasileiros e estrangeiros. Acreditavam ainda que as precárias condições de habitação eram um dos principais fatores da proliferação da doença (Bodstein, 1984).[33] Ademais, pode-se indagar sobre a natureza endêmica da tuberculose, aspecto que torna sua visibilidade bastante reduzida se comparada à de uma epidemia como a

[32] No capítulo sobre a febre amarela, Chalhoub cita ocasionalmente o exemplo da varíola, ao lado da tuberculose, como mais uma doença de grande incidência entre os negros. Seria outra evidência do descaso do governo imperial com a 'saúde da população negra'. Ele aborda a varíola no capítulo 3 ("Varíola, vacina e 'vacinophobia'") do seu livro. Quem lê apenas o artigo sobre a febre amarela pensa que as ações governamentais nos dois casos (tuberculose e varíola) estariam no mesmo patamar. Chalhoub demonstra sobejamente que a despeito de ações governamentais de alcance limitado, permeadas de contradições e 'acometidas', em diversos momentos, de paralisia decisória, o Estado, a categoria médica e a população foram mobilizados em graus variados pelos surtos variólicos. Sobre a história da vacina antivariólica no Brasil, ver Fernandes (1999).

[33] O caráter 'democrático' da tuberculose é visto por Chalhoub (1996: 57) como desculpa do governo para não estabelecer qualquer política de combate à doença. É interessante observar que na tese de Adamo (1983), utilizada por Chalhoub para consubstanciar o argumento da tuberculose como doença prevalecente entre os negros, o autor oferece dados bastante interessantes, a saber: em 1904, da mortalidade por tuberculose em um universo de cem mil habitantes, 322 eram brancos, 394 eram mulatos e 498 eram negros. Embora haja diferenças entre os três grupos, o que sobressai nos dados, a meu ver, é o alto nível de letalidade da população por tuberculose. Em outra tese, citada por Chalhoub, Kiple (1987) mostra que os médicos não foram tão indiferentes à tuberculose como Chalhoub procura nos convencer. Eles apenas insistem em não considerar a variável raça relevante para o entendimento dos males sociais da doença. Nas palavras de Kiple (1987: 130), "Na virada do século [XIX], então, os médicos brasileiros não consideravam a raça como um fator em suas explicações da elevada mortalidade dos negros de tuberculose. (...) A descoberta do bacilo da tuberculose por Koch levou à [publicação de] uma série de trinta e três artigos na *Gazeta Médica* [da Bahia] sobre a devastação da tuberculose na Bahia, durante a década de 1880 e 1890. Em todos os casos, os artigos ou discutiam a etiologia ou sugeriam um tratamento para a tuberculose".

da febre amarela.[34] Por sinal, o relato de Chalhoub opera uma transformação da tuberculose: de doença dos setores populares para "doença da população negra". A título de ilustração, o perfil demográfico dos cortiços – foco de inúmeras doenças, inclusive a tuberculose – descrito pelo próprio Chalhoub (1996: 89) permite relativizar o recorte racial da moléstia:

> Imigrantes portugueses e negros – crioulos ou africanos; escravos vivendo 'sobre si',[35] libertos e livres – dividiam democraticamente, mesmo que nem sempre de forma pacífica, os cortiços que, a despeito dos esforços dos higienistas, continuavam a proliferar na cidade.

Assim, a população atingida pela tuberculose se caracterizava por uma diversidade étnico-racial e parecia não se restringir a uma "doença dos negros".[36]

Ainda sobre o debate febre amarela *versus* tuberculose, tem-se a impressão de que Chalhoub atribui uma certa excepcionalidade ao Brasil, não levando em consideração que, no contexto da segunda metade do século XIX até os primeiros decênios do século XX, diversos países (centrais ou periféricos) revelaram os limites do Estado e das elites políticas em enfrentar moléstias resultantes da pobreza. Igualmente, era uma espécie de senso comum entre os médicos que o modo mais eficiente de combater a tuberculose seria a elevação do nível socioeconômico das classes subalternas. O Estado, nesse tempo, exercia um papel tímido. Na realidade, as experiências que obtiveram êxito na época estavam orientadas para a notificação compulsória, o isolamento dos doentes e as desinfecções, que geravam elevados custos econômicos, sociais e políticos para as agências e os agentes governamentais (Stepan, 1998). Não por acaso,

[34] Quando uma doença se torna objeto de política pública? Um interessante exemplo contemporâneo é o da Aids. Nos anos 1980, as resistências à adoção de uma política nacional de combate à Aids estavam embasadas no argumento de que "algumas centenas de casos de Aids pareciam inconsequentes em comparação com os milhares de casos da doença de Chagas, malária, tuberculose, meningite e outras" (Parker, 1994: 40). Na década de 1990, a Aids torna-se objeto de política pública de amplo alcance e competência. A notoriedade adquirida pelo Programa Nacional de Combate à Aids, inclusive servindo de exemplo para outros países, é uma demonstração da complexidade das questões que envolvem a definição de políticas na área da saúde. O alastramento da epidemia, o engajamento de organizações da sociedade civil, a mobilização de instituições internacionais, as disputas científicas em torno da descoberta da doença são alguns dos componentes da rede de agências e agentes que fizeram a pandemia do HIV/Aids adquirir tamanha visibilidade.

[35] Era uma categoria de escravos que gozava de certa autonomia em relação ao senhor e vivia em cortiços na cidade do Rio de Janeiro (Chalhoub, 1996).

[36] Embora Chalhoub elabore sua hipótese com base no modelo bipolar, a exemplo da experiência norte-americana (febre amarela/brancos *versus* tuberculose/negros), ao longo do artigo ele oscila na definição do perfil sociorracial da população acometida pelo "mal do peito": ora são pobres, ora são mestiços, ora são negros.

foram movimentos oriundos da sociedade civil que transformaram, em alguns países, a tuberculose em questão de saúde pública.[37]

Por último, o historiador superestima o 'poder higienista' e não faz as devidas distinções entre profissão médica, autoridades de saúde pública e ações governamentais. Lembra, por isso, estudos estruturalistas e foucaultianos realizados no Brasil na virada dos anos 1970. Talvez por esse motivo os alegados juízos racistas de dois ilustres médicos da Corte assumam tamanha importância. Apesar de a Academia Imperial de Medicina e a Junta Central de Higiene Pública terem ambições de formular e implementar políticas de saúde, de "medicalizar a sociedade", as duas instituições tinham importância lateral na burocracia estatal. Os recursos irrisórios destinados à saúde pública no Império são um indicador preciso do tal 'poder médico' (Coelho, 1999)[38] – ver Tabela 1 e Gráfico 1.

Enfim, é possível relativizar a perspectiva monocausal de Chalhoub de que no âmbito da saúde pública médicos racistas, conscientes dos problemas macroeconômicos, tornaram-se intelectuais submetidos aos interesses dos grupos dominantes em função do plano de criação de uma supremacia branca.

[37] No início do século XX, lembrando a experiência de outros países, foi fundada no Rio de Janeiro a Liga Brasileira Contra a Tuberculose, entidade da sociedade civil, de natureza filantrópica, que procurou preencher uma lacuna deixada pelo Estado. Em 1907, na era Oswaldo Cruz, houve tentativas de se transformar a peste branca em problema de saúde pública sem maiores consequências. Só nos anos 1920, no bojo do processo de centralização das ações em saúde pública, criou-se a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose (Bodstein, 1984; Hochman, 1998; Nascimento, 2002).

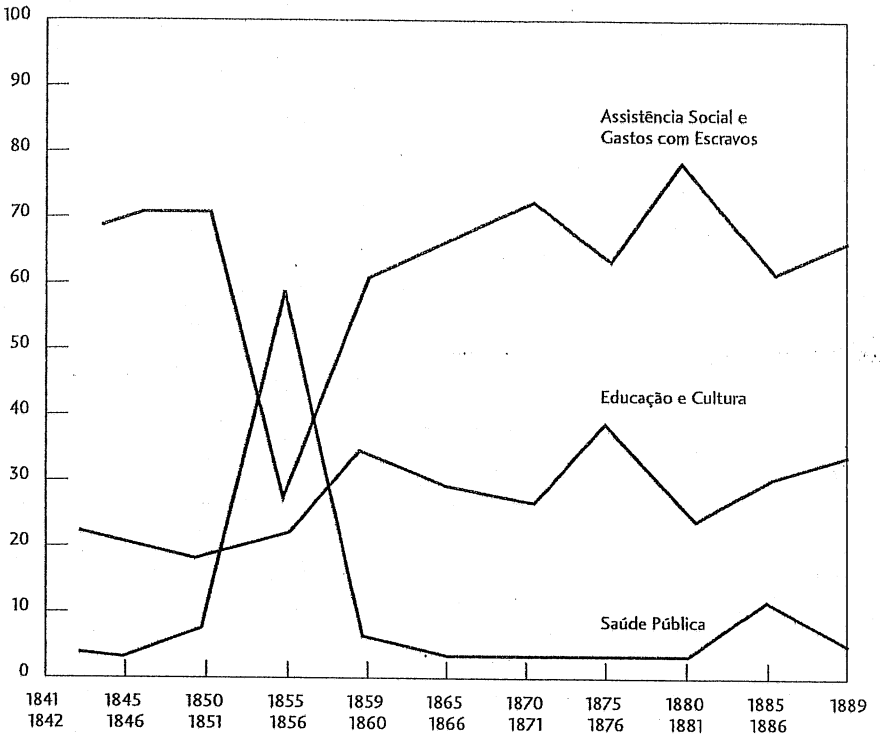
[38] Mesmo em momentos agudos das epidemias de febre amarela, como aconteceu em 1873 e 1876, os recursos do orçamento do Império alocados para a saúde pública foram baixos e estáveis (ver Carvalho, 1996). Nas palavras de Coelho (1999: 144), "Se os gastos governamentais constituem um razoável indicador, a saúde pública ocupou o último lugar nas prioridades do governo central: excetuado o ano de 1889, quando o dispêndio com a rubrica representou aproximadamente 11,3% da despesa global, o percentual ficou por volta de 1,4% em média no período 1880-1888".

Tabela 1 – Despesas sociais, por itens. Brasil – 1841-1889 (%)

Anos	Educação e cultura	Saúde pública	Assistência social	Escravos	Total
1841-42	23,49	3,08	73,43	–	100,00
1845-46	21,00	2,63	76,20	0,17	100,00
1850-51	16,71	7,59	70,56	5,14	100,00
1855-56	17,57	53,97	27,22	1,24	100,00
1859-60	34,10	5,51	58,61	1,78	100,00
1865-66	26,90	1,70	69,14	2,26	100,00
1870-71	24,15	0,95	74,90	–	100,00
1875-76	32,86	1,20	56,77	9,17	100,00
1880-81	19,94	0,67	49,84	29,55	100,00
1885-86	26,26	10,69	48,15	14,90	100,00
1889	29,93	4,25	65,82	–	100,00

Fonte: Balanços da Receita e Despesas do Império, anos indicados.
Tabela extraída de Carvalho (1996: 401).

Gráfico 1 – Porcentagem de despesa social, por itens. Brasil – 1841-1889



Fonte: Balanços da Receita e Despesas do Império, anos indicados.
Gráfico extraído de Carvalho (1996: 257).

O Legado Médico-higienista A-racialista

Apesar de o controle da febre amarela ser interpretado por Chalhoub como obscuro objeto do desejo de higienistas racistas a mando do capital, o pensamento médico ambientalista do século XIX mantém, a meu ver, afinidades com o ideário sanitarista da Primeira República, especialmente no que concerne à perspectiva a-racialista. O higienismo das duas primeiras décadas do século XX era ainda antioligárquico e incluía propostas de políticas de saúde pública abrangentes, voltadas para a construção da nacionalidade (Castro-Santos, 1985).

A partir dos anos 1870, quando segundo o historiador se tornaria explícita a relação entre o projeto higienista e o mundo dos interesses, o conhecimento científico no âmbito da saúde pública converte-se em "proselitismo teórico" (Chalhoub 1996: 86). Não ao acaso, Chalhoub percebe a existência de afinidades entre a persistente identificação dos higienistas do século XIX com a tradição neo-hipocrática e a influência do darwinismo social dos anos 1910. Afinal, Torres Homem e Rui Barbosa, como "ideólogos", estariam comprometidos com "malconfessadas políticas específicas de saúde pública" (Chalhoub, 1996: 62).

Publicado em julho de 1917, o discurso de Rui Barbosa lembra a memória apresentada no 1º Congresso Universal das Raças, realizado em 1911 em Londres, pelo médico Batista Lacerda, então diretor do Museu Nacional. Este, em tom otimista, previa que através da miscigenação o Brasil se tornaria um país de população predominantemente branca até 2012. Em contraposição à ideia de que a mestiçagem levaria à degeneração, em sua tese o branqueamento comportaria dois movimentos. O primeiro seria um processo biossocial de miscigenação seletiva, no qual mestiços e negros são considerados inferiores e fadados à marcha gradual para a extinção. No que se refere aos mestiços, há visões ambíguas. Diante da mobilidade social restrita dos mulatos observada no Império – fruto da 'boa vontade' da elite senhorial –, Batista Lacerda os veria como biologicamente inferiores aos negros, moralmente inconstantes, não obstante serem dotados de algumas qualidades intelectuais que os aproximariam dos brancos. Prevaleceria, então, quer pela "seleção intelectual", quer pela "seleção sexual", o domínio gradativo da raça branca. O segundo movimento seria o incentivo à imigração europeia, como forma de alterar o quadro demográfico, reduzindo o contingente de negros e mestiços. Ao longo do seu estudo, Lacerda concebe a dinâmica do branqueamento como produto da "luta pela vida" ou da "sobrevivência dos mais aptos" (Seyferth, 1985: 87-93).[39]

Rui Barbosa ([1917] 1999: 36-37), lembrando Lacerda, proclama que "a corrente imigratória nos vem depurar as veias da mestiçagem primitiva". A "raça branca" haveria de vencer "o sangue africano" em nome do processo civilizatório brasileiro. Sua fala veio a público no momento em que o tema

[39] Foi Ricardo Ventura Santos quem me chamou a atenção para as possíveis afinidades entre o pensamento de Rui Barbosa e o de Batista Lacerda. Banton (1977: 115) considera que "talvez o elemento mais característico na concepção das relações raciais do darwinismo social seja a sua reivindicação de que essas relações eram caracterizadas por um antagonismo que devia ser entendido em termos de sua função evolutiva".

da saúde pública assumia papel de relevo no cenário político da Primeira República.

Os conturbados anos 1910, que presenciam a 1ª Guerra Mundial e o surgimento de movimentos nacionalistas, redefiniram as imagens sobre o país, a sociedade e o papel do Estado. Galvanizando intelectuais, médicos e políticos com a máxima do Brasil como "imenso hospital" – famosa expressão síntese de Miguel Pereira sobre o quadro sanitário brasileiro –, a descoberta do Brasil doente e as propostas políticas de superação dos problemas sociais divulgadas pelo movimento sanitarista em clave antideterminista (Hochman, 1998; Lima, 1999) vão de encontro aos estigmas raciais reforçados pela retórica de Rui Barbosa.[40]

Nos primeiros decênios da República, observa-se a disputa entre projetos de nação ancorados de formas variadas no conhecimento médico e sanitário da época. Em face do fim da escravidão e do advento do regime republicano, elites políticas e intelectuais assumem o desafio de repensar a nação e suas possibilidades de adentrar o mundo moderno. Pode-se dividir, *grosso modo*, esse momento em duas vertentes: a primeira delas atribui ao conceito de raça papel demiúrgico no processo de compreensão e intervenção na dinâmica societária. Opera com uma visão determinista biológica e mantém vínculos estreitos com a antropologia física do século XIX. Essa corrente teve forte ascendência sobre o campo da medicina legal, particularmente nos trabalhos do "médico antropólogo" Nina Rodrigues e seus discípulos. Sua produção intelectual exerceu significativa influência nas críticas ao liberalismo da Primeira República, na modernização do aparato policial, especialmente nos processos de controle e identificação das "classes perigosas", e, não menos relevante, nos estudos sobre o negro (Corrêa, 1998).

A segunda vertente, de matriz ambientalista, alicerçada na tradição médico-higienista, alcançou maior proeminência durante a 1ª Guerra Mundial, quando o otimismo nacionalista, somado aos avanços da bacteriologia e da microbiologia, teve importante papel na elaboração de um diagnóstico segundo o qual grande parte da população pobre atingida por doenças infectocontagiosas, localizada principalmente no interior do país, "não era assim, estava assim", lembrando a autocrítica de Monteiro Lobato na famosa análise

[40] No caso da febre amarela no Panamá, o preconceito racial de Rui Barbosa ([1917] 1999: 47-48) retoma a ideia de 'luta de raças': "havia quatro séculos que o istmo de Panamá se reputava o túmulo dos brancos. A terrível coveira, complacente amiga dos negros e mestiços, lá estava de atalaia, com o vômito preto e o impaludismo. Espanhóis, franceses, ingleses, atraídos pela gigantesca empresa de Lesseps, morriam como moscas".

do seu personagem Jeca Tatu. Era o tempo dos sanitaristas, representados pela Liga Pró-Saneamento, criada em 1918. Seus temas eram expansão do aparato estatal; incorporação social de populações marginalizadas; centralização das políticas de saúde pública e perspectiva crítica em relação aos reducionismos climático e racial (Lima & Hochman, 1996).

De um lado, verifica-se a proposta liberal e racista enunciada pelo discurso de Rui Barbosa em defesa da substituição do povo brasileiro, constituído em grande parte por mestiços e negros, por significativas levas de imigrantes europeus. De outro, intelectuais médicos antiliberais, como Belisário Pena, críticos contundentes da Primeira República, antirracistas, afirmavam que a superação das doenças endêmicas que grassavam entre a população seria a precondição para a construção da nação.

A vertente sanitarista exerceu papel central no processo de inflexão de interpretações raciais para argumentos sociológicos e culturalistas. [41] O impacto do sanitarismo se fez notar na obra de Gilberto Freyre. Por ocasião da 2ª Guerra Mundial, em plena mobilização da máquina genocida nazista, o sociólogo resgatava a visão crítica do antropólogo Roquette-Pinto a respeito da crença na existência de uma "patologia da miscigenação" em contraposição ao determinismo racial postulado por Nina Rodrigues (Freyre, 1942: 4). Não era a primeira vez que Freyre acionava Roquette-Pinto para se antepor aos racistas.[42] Em seu famoso prefácio ao livro *Casa-Grande & Senzala* (1933),[43] Freyre revelava a ascendência do antropólogo do Museu Nacional sobre o seu pensamento racial. A princípio, miscigenação se confundia com degeneração. Adiante, ele lembrava que o problema não era a mestiçagem, como já havia chamado a atenção Roquette-Pinto no 1º Congresso Brasileiro de Eugenia, de 1929. O evento reuniu médicos, educadores, antropólogos, políticos, destacando a corrente eugênica hegemônica no Brasil nesse período, que, diferentemente

[41] Um bom exemplo dessa guinada é o caso da sífilis. Conforme Carrara (1996: 128), "a partir dos anos [19]20, os sifilógrafos brasileiros irão enfatizar sobretudo as influências sociomorais como moduladoras da 'necessidade sexual' no sentido do excesso, apontando como suas causas precípuas a ignorância, a pobreza, a imoralidade do meio social, a herança escravocrata etc. (...) Seriam tais influências que determinariam em última instância o ritmo de difusão da sífilis. (...) Diferentemente dos fatores biofísicos como a raça e o clima, elas podiam ser, através de uma intervenção esclarecida, alteradas mais rápida e facilmente, franqueando ao país o desenvolvimento em direção às tais 'formas mais elevadas de civilização'".

[42] Uma análise sobre o trabalho de Roquette-Pinto acerca da questão racial no Brasil, incluindo sua participação no 1º Congresso Brasileiro de Eugenia, é desenvolvida no capítulo 3 deste volume.

[43] Esse prefácio está reproduzido no início do capítulo 3 deste livro. Para uma análise das relações entre raça e cultura em Freyre, ver o capítulo 5 também deste volume.

daquelas alinhadas com a tradição determinista, como a anglo-saxã, atribuía ao saneamento, à higiene e à educação as melhores alternativas para a superação dos problemas de saúde da sociedade brasileira (Stepan, 1991).

Ao ressaltar a importância de Roquette-Pinto, Freyre, em seu artigo dos anos 1940, o associa ao paradigma higienista, que remonta ao século XIX, no qual inclui os esculápios da Corte: Cruz Jobim, Xavier Sigaud e Paula Candido, os dois últimos mencionados por Chalhoub. Essa tradição médica rejeitava a ideia de que, nas palavras de Freyre, "mestiçagem ou clima resultassem, no Brasil, em 'doenças especiais'" (1942: 4). O neo-hipocratismo exerceu significativa influência na análise desenvolvida por Freyre em *Casa-Grande & Senzala* (Ferreira, 2001). A seu ver, os males brasileiros não seriam devidos a características inatas, mas a fatores ambientais. Em suas reflexões sobressaem aspectos relacionados à alimentação, à ecologia, às influências geográficas, às condições sanitárias, aos costumes e às tradições, enfim, a um conjunto diversificado de hábitos que marcaram o passado colonial do país e tinham no sistema da escravidão um elemento estrutural de suma importância.[44]

Ao assumir o desafio de transformar o discurso de Rui Barbosa em "testemunho histórico a ser desvendado", Chalhoub (1996: 95) acaba por não atentar, como vimos, para o rico e complexo contexto em que a questão racial é discutida na Primeira República, na perspectiva do controle das doenças epidêmicas e endêmicas que arruinavam o país. Rui Barbosa, com um olhar retrospectivo sobre a febre amarela do período pré-Oswaldo Cruz, fez em pleno Teatro Municipal sua profissão de fé no ideal do embranquecimento da população brasileira, quando já se encontravam na cena pública propostas alternativas a esse projeto.

Esse debate se acirra na década de 1930. Gilberto Freyre elege Oliveira Vianna como importante opositor, uma espécie de Batista Lacerda atualizado em matéria de ideologia do branqueamento. Apesar da insistente e infundada acusação de ter escrito um tratado sobre o "paraíso racial brasileiro", Freyre termina *Casa-Grande & Senzala* de modo surpreendente, aparentemente inconcluso, desvelando a dramaticidade da condição do negro sob o domínio da escravidão. Sustenta, mais uma vez, que as condições socioeconômicas incidem sobre o cenário de permanentes mazelas a que os negros estavam submetidos. Inspirando-se no médico do Império Cruz Jobim, Freyre afirma:

[44] Lendo Ferreira (2001), fiquei com a impressão de que a filiação de Gilberto Freyre ao neolamarckismo, revelada em *Casa-Grande & Senzala*, é, em larga medida, tributária do neo-hipocratismo do século XIX.

> Mas não foram poucas as doenças de brancos que os negros domésticos adquiriram; e as que se apoderaram deles em consequência da má higiene no transporte da África para a América ou das novas condições de habitação e de trabalho forçado. Trabalho forçado que nas cidades foi quase sempre 'em desproporção com a nutrição'; diz-nos [José Maria da Cruz] Jobim que, em 1835, anotou as seguintes moléstias, como predominando entre os operários e escravos domésticos do Rio de Janeiro: sífilis, hipertrofia do coração, reumatismo, bronquites, afecções das vias aéreas, pneumonias, pleurises, pericardites, irritações e inflamações encefálicas, tétano, hepatites, erisipelas, ordinariamente nos membros inferiores e nos escrotos e aí determinando hipertrofia e degenerescência fibrolardácea do tecido celular subcutâneo, extravasões nas diversas cavidades sonoras, raras vezes nas articulações e frequentemente no abdômen, na pleura, no pericárdio, na sorosa testicular, nos ventrículos cerebrais determinando paralisia; e ainda tubérculos pulmonares, febres intermitentes, opilação. 'Os vermes e particularmente a toenia, e as ascarides lombricoides abundão muito', acrescenta Jobim. (Freyre, 1933: 517)[45]

Freyre, influenciado pelo estudo do neo-hipocrático Cruz Jobim, lembra os sanitaristas da Primeira República quando insiste na metáfora da doença para denunciar os males do Brasil em chave antirracista,[46] valorizando, assim, o legado higienista.

REFERÊNCIAS

ADAMO, S. C. *The Broken Promise: race, health, and justice in Rio de Janeiro*, 1983. Ph.D. Dissertation, New Mexico: The University of New Mexico.

BANTON, M. A. *Idéia de Raça*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARBOSA, R. *Oswaldo Cruz* [1917]. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, 1999.

BENCHIMOL, J. L. *Dos Micróbios aos Mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Editora UFRJ, 1999.

BLAKE, A. V. A. S. *Diccionario Bibliographico Brazileiro*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1893. v. 4.

[45] Gilberto Freyre informa na nota 1, à pág. 517 da primeira edição de *Casa-Grande & Senzala* (1933), que esse trecho de Jobim foi extraído de José Martins da Cruz Jobim, "Discurso sobre as moléstias que mais afligem a classe pobre do Rio de Janeiro (lido na sessão pública da Sociedade de Medicina a 30 de junho de 1835)", Rio de Janeiro, 1835.

[46] Lima e Hochman (1996) e Teixeira (1997) chamam a atenção para a importância do movimento sanitarista na inflexão do debate racial no Brasil entre os anos 1910 e 1930. A obra de Gilberto Freyre é bastante representativa dos deslocamentos conceituais ocorridos naquele contexto.

BODSTEIN, R. C. A. *Condições de Saúde e Prática Sanitária no Rio de Janeiro: 1890-1934*, 1984. Dissertação de Mestrado, Niterói: Departamento de História, Universidade Federal Fluminense.

BODSTEIN, R. C. A. Práticas sanitárias e classes populares do Rio de Janeiro. *Revista do Rio de Janeiro*, 1(4): 33-43, 1986.

BOURDIEU, P. *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1987.

BRITO, N. A. *La dansarina*: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, IV(1): 11-30, 1997.

CARRARA, S. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

CARVALHO, J. M. *A Construção da Ordem: teatro de sombras*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, Relume Dumará, 1996.

CARVALHO, M. A. R. de & LIMA, N. V. T. O argumento histórico nas análises de saúde coletiva. *In*: FLEURY, S. (Org.). *Saúde Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

CASTRO SANTOS, L. A. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, 28(2): 193-210, 1985.

CHALHOUB, S. Febre amarela. *In*: CHALHOUB, S. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

COELHO, E. C. *As Profissões Imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro: 1822-1930*. Rio de Janeiro, São Paulo: Record, 1999.

CORRÊA, M. *As Ilusões da Liberdade: a Escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil*. São Paulo: Fapesp, CDAPH/Universidade São Francisco, 1998.

COSTA, N. S. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985.

EDLER, F. C. O debate em torno da medicina experimental no Segundo Reinado. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, III(2): 284-299, 1996.

EDLER, F. C. De olho no Brasil: a geografia médica e a viagem de Alphonse Rendu. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, VIII, supl.: 925-943, 2001.

EDLER, F. C. A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem na medicina tropical no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, IX(2): 357-385, 2002.

FERNANDES, T. M. *Vacina Antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens (1808-1920)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FERREIRA, L. O. João Vicente Torres Homem: descrição da carreira médica no século XIX. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 4(1): 57-76, 1994.

FERREIRA, L. O. *O Nascimento de uma Instituição Científica: o periódico médico brasileiro da primeira metade do século XIX*, 1996. Tese de Doutorado, São Paulo: Departamento de História, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

FERREIRA, L. O. Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-1843). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, VI(2): 331-351, 1999.

FERREIRA, L. O. Uma interpretação higienista do Brasil imperial. *In*: HEIZER, A. & PASSOS VIDEIRA, A. A. (Orgs.). *Ciência, Civilização e Império nos Trópicos*. Rio de Janeiro: Access, 2001.

FREYRE, G. *Casa-Grande & Senzala*. Rio de Janeiro: Maia & Schmidt, 1933.

FREYRE, G. Precursores esquecidos. *O Jornal*, Rio de Janeiro, 21 jul. 1942.

HARRISON, M. The tender frame of man: disease, climate and racial difference in India and the West Indies, 1760-1860. *Bulletin of the History of Medicine*, 70: 68-93, 1996.

HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento*. São Paulo: Hucitec, Anpocs, 1998.

KIPLE, D. S. *Darwin and the Medical Perceptions of the Black: a comparative study of the United States and Brazil, 1871-1918*, 1987. Ph.D. Dissertation, Bowling Green: Bowling Green State University.

KURY, L. B. Entre nature et civilisation: les médecins Brésiliens et l'identité nationale (1830-1850). *Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, 12: 159-172, 1994.

LESSER, J. H. *Negotiating National Identities: immigrants, minorities, and the struggle for ethnicity in Brazil*. Durham: Duke University Press, 1999.

LIMA, N. T. *Um Sertão Chamado Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, Iuperj, 1999.

LIMA, N. T. & HOCHMAN, G. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. *In*: MAIO, M. C. & SANTOS, R. V. (Orgs.). *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, CCBB, 1996.

LIMA, S. C. S. *O Embrutecido, o Imoral e o Civilizado: raça e identidade nacional no pensamento de Nicolau Joaquim Moreira (1824-1894)*, 2002. Monografia de Bacharelado, Rio de Janeiro: Faculdade de História, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. (Mimeo.)

MAGALHÃES, F. *Centenário da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Typ. A. P. Barthel, 1932.

MONTEIRO, J. M. As raças indígenas no pensamento brasileiro do Império. *In*: MAIO, M. C. & SANTOS, R. V. (Orgs.). *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, CCBB, 1996.

NASCIMENTO, D. *Fundação Ataulpho de Paiva – Liga Brasileira Contra a Tuberculose: um século de luta*. Rio de Janeiro: Quadratim, 2002.

PARKER, R. *A Construção da Solidariedade: Aids, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Abia, IMS, Relume Dumará, 1994.

PEARD, J. G. *Race, Place, and Medicine: the idea of the tropics in Nineteenth-century Brazilian medicine*. Durham, London: Duke University Press, 1999.

ROQUETTE-PINTO, E. Notas sobre os tipos antropológicos do Brasil. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE EUGENIA, 1, 1929, Rio de Janeiro, s. n.

SANTOS FILHO, L. de C. *História Geral da Medicina Brasileira*. São Paulo: Hucitec, Edusp, 1991. v. 2.

SCHWARCZ, L. M. *O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SEYFERTH, G. A antropologia e a teoria do branqueamento da raça no Brasil: a tese de João Batista de Lacerda. *Revista do Museu Paulista*, XXX: 81-98, 1985.

SEYFERTH, G. Os paradoxos da miscigenação: observações sobre o tema imigração e raça no Brasil. *Estudos Afro-Asiáticos*, 20: 165-185, 1991.

SKIDMORE, T. E. *Black into White: race and nationality in Brazilian thought* [1974]. Durham: Duke University Press, 1993.

STEPAN, N. L. *The Hour of Eugenics: race, gender, and nation in Latin America*. Ithaca: Cornell University Press, 1991.

STEPAN, N. L. Medicina tropical e saúde pública no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, IV(3): 598-608, 1998.

TEIXEIRA, L. A. Da raça à doença em *Casa-Grande & Senzala*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, IV(2): 231-243, 1997.