

Males do coração, ameaças ao trabalhador: o debate sobre a importância social das doenças cardíacas no Estado Novo*

SIMONE PETRAGLIA KROPP

O objetivo deste trabalho, que apresenta resultados iniciais de pesquisa, é analisar o discurso médico sobre as doenças cardíacas como questão social no Brasil durante as décadas de 1930 e 1940, em especial durante o período do Estado Novo (1937-1945). Meu argumento é o de que a afirmação da importância destas doenças – e da cardiologia como especialidade médica – esteve diretamente relacionada ao processo político-social mais amplo relativo às transformações promovidas pelo governo de Getúlio Vargas no mundo do trabalho. Este processo foi marcado pela criação de estruturas de proteção social para os trabalhadores urbanos, mediante as legislações trabalhista e previdenciária, e pela veiculação de uma ideologia política segundo a qual a modernização do país dependia, fundamentalmente, da conformação de um “novo trabalhador brasileiro”, forte, saudável e produtivo, esteio econômico e moral de uma nova nação. As doenças do coração emergiram na agenda da saúde e do Estado justamente porque foram vistas como um problema para o trabalhador.

Em novembro de 1939, na solenidade de inauguração do Congresso de Interventores, reunido no Rio de Janeiro, o presidente Getúlio Vargas proferiu um discurso em que enfatizou as realizações de seu governo no campo da saúde.¹ A primeira frase de seu discurso explicitou a convicção de que, também neste terreno, o país estaria vivendo um “novo tempo”, de horizontes alvissareiros quanto aos esforços empenhados na construção de uma “nova nação”. Disse Vargas:

O Estado Novo quer destruir o conceito pejorativo, invocado freqüentemente para nos diminuir, segundo o qual o Brasil é um vasto hospital. Para consegui-lo, não medirá esforços, conforme o tem demonstrado com as medidas postas em prática, visando todas elevar o índice sanitário das populações e completar o aparelhamento de combate aos males endêmicos, do norte ao sul do país (Brasil-Médico, 1939: 1073).

* Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. Doutora em História Social pela Universidade Federal Fluminense (2006).

¹ O discurso foi transcrito na revista Brasil-Médico (1939: 1073-1074).

A solenidade comemorava o segundo aniversário do Estado Novo, regime político ditatorial que fechou o Congresso, extinguiu os partidos políticos e intensificou o processo de centralização do Estado e de sua capacidade de intervenção na vida social, iniciado com o golpe de Estado que levou Vargas ao poder em 1930. Personificado na figura do presidente, visto como principal artífice da construção de uma nova ordem e uma nova nação, o Estado assumia o dever de conduzir o país, com mãos de ferro, no processo de modernização econômica que deveria transformar o Brasil rural, agrário-exportador, em uma nação urbano-industrial.²

A referência ao Brasil como “vasto hospital” é bastante significativa da visão que o novo Estado afirmava quanto à importância da saúde, em termos políticos e ideológicos, como elemento de seu projeto de criação de uma nova identidade nacional. A imagem – cunhada em 1916 pelo médico Miguel Pereira – havia sido a grande bandeira do movimento médico-higienista que, na década de 1910, denunciou as péssimas condições sanitárias das populações do interior do país, assoladas por endemias, como a malária, a doença de Chagas, a ancilostomose. Formalizado na Liga Pró-Saneamento do Brasil (1918-1920), o movimento reivindicou uma maior intervenção do Estado na saúde como fator decisivo para o progresso da nação e produziu resultados concretos ao conduzir a uma importante reforma sanitária, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920. Os serviços e as diretrizes do novo órgão federal, como as ações de combate às endemias do interior do país, seriam ampliados com a criação do Ministério da Educação e Saúde por Vargas em 1930.³ A metáfora, no entanto, sobreviveu ao próprio movimento sanitário e teve vida longa como imagem de um país “doente” e, principalmente, abandonado pelo poder público. Ao se contrapor a ela, Vargas deixava claro: o Estado que ele comandava já tinha marcado sua presença no “vasto hospital”, impondo-se como responsável pela “cura” da nação. Como exemplo, o presidente salientou os avanços das campanhas empreendidas pelo Ministério da Educação e Saúde contra a lepra, a febre amarela e a malária, entre outras.

Se a luta contra as doenças infecciosas endêmicas já podia contabilizar vitórias, ou pelo menos ações rotinizadas para este fim, começava a surgir, no discurso médico da época, a preocupação com uma outra categoria de doenças bastante diferente, as doenças

² Sobre o Estado Novo, ver, entre outros: Lippi, Velloso e Gomes (1982), Gomes (1988), Pandolfi (1999), Ferreira e Delgado (2003). Sobre a questão do trabalho neste período, ver Gomes (1988, 1999).

³ Sobre o movimento sanitário da Primeira República, ver: Castro-Santos (1985), Lima e Hochman (1996), Hochman (1998), Lima (1999). Sobre a saúde no governo Vargas, ver Fonseca (2007).

cardiovasculares. Elas se faziam presentes e demandavam ações do poder público não nos sertões (vistos como espaços do “atraso” ou do “arcaico”), mas justamente no espaço que constituía o foco das políticas e do discurso varguista em prol da construção de uma “nova” e “moderna” nova nação: o mundo do trabalho, nos grandes centros urbanos. As doenças cardíacas eram vistas como doenças da “civilização”, associadas à fadiga, ao estresse, ao ritmo acelerado da vida nas grandes cidades. No contexto da política social do Estado Novo, elas ganhavam visibilidade por serem uma das principais causas de morte e invalidez entre os trabalhadores, sobretudo nas fábricas e em outras atividades profissionais que demandavam grande esforço físico.

Acompanhando as publicações em *Brasil-Médico*, uma das mais renomadas revistas médicas brasileiras da época, criada em 1887 e editada semanalmente com grande distribuição nacional, identificamos alguns elementos importantes deste processo.

Um primeiro aspecto a ser destacado é que as próprias estruturas criadas pelo Estado na década de 1930, tanto no campo da saúde quanto no campo da proteção social aos trabalhadores, forneceram condições de materialidade utilizadas pelos médicos para chamar a atenção para tais enfermidades. É o caso das estatísticas que, via de regra, acompanhavam os estudos sobre a questão.

Um exemplo significativo foi o extenso trabalho publicado em várias edições da revista, entre dezembro de 1940 e janeiro de 1941, sobre “o problema das afecções cardiovasculares em nosso meio”, por J. P. Lopes Pontes e Roberto Segadas, professores da Faculdade Nacional de Medicina, no Rio de Janeiro, que eram também médicos da Secretaria de Saúde e Assistência da cidade (Pontes e Segadas, 1940, 1941).

Neste artigo, os autores apresentam um conjunto detalhado de dados produzidos pela Secretaria de Saúde e Assistência do Rio de Janeiro, da prefeitura da capital federal. Sob a chefia de Clementino Fraga, esta secretaria empreendeu um recenseamento torácico entre funcionários da prefeitura aparentemente sãos, mediante a aplicação do método radiológico desenvolvido por Manoel de Abreu (conhecido como “abreugrafia” e amplamente usado para diagnóstico da tuberculose).

Do grupo inicialmente examinado, que totalizava 5.091 indivíduos pertencentes à própria Secretaria de Saúde municipal, 17,7% revelaram anormalidades cardiovasculares e 6,76% apresentaram lesões radiológicas pulmonares (Pontes e Segadas, 1940: 824). Deste grupo que apresentou anormalidades no exame, 671 indivíduos foram encaminhados a uma

comissão médica especial, que se incumbiu de realizar exames mais detalhados a fim de elucidar a natureza clínica destas alterações e avaliar suas consequências face à atividade profissional exercida. Do total de 671, 160 (23,8%) apresentaram lesões pulmonares e 481 (71,6%) apresentaram alterações do coração, dos quais 4,97% apresentavam-se “em condições de manifesto desequilíbrio circulatório, impondo o repouso e abandono transitório ou definitivo do cargo” (idem). Segundo os autores, os dados obtidos permitiam “avaliar a elevada proporção de indivíduos inadaptados, padecendo das circunstâncias desfavoráveis representadas pelo trabalho em desacordo com o estado de seu aparelho circulatório” (Pontes e Segadas, 1940: 824-5).

Pontes e Segadas analisam a natureza clínica das diversas afecções cardiovasculares identificadas, correlacionando-as com a idade, com o sexo e com a atividade profissional dos funcionários, e indicando os sintomas apresentados, os métodos de diagnóstico utilizados no estudo, e as perspectivas de tratamento. Sobre os fatores etiológicos envolvidos, destacam, além das cardiopatias de natureza infecciosa (como aquela associada à sífilis) ou tóxica, as cardiopatias causadas (ou agravadas) por múltiplos fatores associados aos “males da vida trepidante atual nos centros urbanos” (Pontes e Segadas, 1941: 38), como a hipertensão.

Aos dados deste levantamento, os autores acrescentaram os dados relativos às licenças concedidas, pelo Serviço de Perícia Médica da Divisão de Inspeção e Proteção à Saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro, a todo funcionalismo municipal entre 1939 e 1940. Eles destacam a “nítida predominância das afecções cardiovasculares e da tuberculose entre todas as causas de licença para tratamento de saúde” (Pontes e Segadas, 1940: 825), sendo que, nesta coletividade, a frequência das alterações cardíacas chegou a ultrapassar a da própria tuberculose.

Pontes e Segadas citam também informações fornecidas pelo Serviço de Bioestatística do Departamento Nacional de Saúde, segundo as quais que as doenças do aparelho circulatório, no período de 1934-1939, constituíam a segunda causa de mortalidade geral no Rio de Janeiro, não muito distanciadas da principal causa, que era a tuberculose (1940: 825-826). Um quarto conjunto de dados foi fornecido por Genival Londres, chefe do Serviço de Clínica Médica do Hospital do Pronto Socorro, no Rio de Janeiro: entre 1.016 homens e 430 mulheres internados naquele serviço, entre 1937 e 1939, 33,7% das causas de internação eram devidas a problemas cardiovasculares (idem: 826). Munidos destes números, detalhadamente organizados e expressos em tabelas, os autores advertem:

Esses números exprimem eloquentemente a elevada incidência das afecções cardiovasculares entre nós e sua considerável importância médico-social. Dominam, como fator de morbidade, todas as demais e entre as causas de morte só cedem a dianteira à tuberculose pulmonar, sobrepondo-se às doenças infectuosas e afecções digestivas da primeira infância que reconhecidamente pesam de maneira assustadora nas estatísticas do obituário geral em nosso país (idem: 826).

Citando exemplos da França e dos Estados Unidos, os autores salientam que este índice estava em conformidade com o que “se vem observando em quase todos os países civilizados”, onde as doenças infecciosas foram “vencidas pelos modernos progressos da higiene e da terapêutica” e também em função do aumento na expectativa de vida, que tornava o coração “exposto às usuras inevitáveis da vida longa” (idem: 826).

Em sua conclusão, Pontes e Segadas enfatizam a necessidade imperiosa de criação, em todo o país, de serviços destinados à assistência médico-social ao cardíaco, e apresentam um conjunto de medidas que deveriam ser adotadas neste plano.

Este é o segundo elemento a destacar no discurso médico da época sobre as doenças cardíacas: tais enfermidades mereciam atenção por parte do Estado não apenas do ponto de vista da prestação de serviços médicos de tratamento, mas também e sobretudo no que se referia ao acompanhamento sistemático destes doentes, de modo a que eles pudessem retomar suas atividades profissionais. Se o Estado brasileiro havia criado mecanismos formais para a incorporação dos indivíduos ao mundo do trabalho, os médicos que lidavam com as doenças cardíacas advogavam para si a responsabilidade por regular as condições físicas e fisiológicas necessárias para que tais trabalhadores pudessem se manter (ou retornar) neste mundo e nele cumprir suas funções com o máximo de produtividade, sem prejuízo para sua saúde, para o Estado e a sociedade. Medicina e Estado se associavam na missão de preservar a saúde do cidadão-trabalhador, visto como “célula-vital do organismo pátrio”, para usar a expressão utilizada em artigo sobre “a valorização do homem brasileiro” publicado em 1943 na revista *Cultura Política*, um dos principais órgãos de veiculação da ideologia política do Estado Novo (apud Gomes, 1999: 59).

Em agosto de 1938, em sessão comemorativa dos 109 anos da Academia Nacional de Medicina, na presença do Ministro da Educação e Saúde Gustavo Capanema, o renomado médico Aloysio de Castro proferiu um discurso sobre “o aumento das doenças do coração no

Rio de Janeiro e a assistência social ao cardíaco” . Referindo-se às doenças cardiovasculares como problemas médicos “criados pelas transformações da vida social nos últimos tempos”, pelas “condições da vida moderna [que], em todos os grandes centros, favorecem a constituição das cardiopatias” (Castro, 1938: 792-3), Castro enfatiza sua importância quanto às elevados índices de mortalidade. Também aqui os números foram acionados como “sinal de alarme”: segundo dados produzidos, a pedido de Castro, pelo médico Orlando Rangel, do Departamento Nacional de Saúde, principal órgão do Ministério, a percentagem da mortalidade por doenças cardíacas no Rio de Janeiro havia se elevado, de 1928 a 1937, em 68% (idem: 793). É interessante notar a comparação com as doenças infecciosas, que, segundo ressaltou o presidente da Academia, já contavam com redução expressiva em sua frequência, enquanto o contrário estava acontecendo em relação às cardiopatias, em processo semelhante ao que ocorria em outros países, entre os quais os Estados Unidos e a Argentina, recorrentemente citados pelos médicos brasileiros como referências importantes no campo da cardiologia e da assistência médica e social aos cardíacos.

A assistência a estes doentes, segundo Castro, seria imprescindível sobretudo no caso dos operários, desprovidos de recursos, que, depois de terem se internado nos hospitais e assim “debelado transitoriamente o estado de debilidade cardíaca”, retomavam o trabalho sem condições para isso, o que levava a novas crises. Em suas palavras: “o esforço corporal não tarda a romper o equilíbrio estabelecido e determinar o reaparecimento da fadiga do músculo cardíaco”. Trata-se, assim, de casos que necessitam de “permanente vigilância medica” (idem: 793). Daí a necessidade de intervenção direta do Estado, por meio, por exemplo, da criação de “consultórios gratuitos, especializados no domínio da cardiopatologia”, de “serviços de visitação domiciliar, por pessoal de enfermagem especializada”, ou de “hospitais-asilos para cardíacos” (idem: 794).

Explicitando a lógica econômica presente na noção, cada vez mais recorrente na época, de “capital humano”, o médico sentenciava:

O cardíaco desprovido de recursos acaba onerando o Estado num leito de hospital. Quando submetido à ação médica permanente, que estabelece cientificamente, para cada caso individual, a profissão em que o paciente pode empregar atividade sem prejuízo da saúde, e avalia, em cada caso, a capacidade de trabalho proveitoso que pode ser obtido, esse mesmo cardíaco [...] pode tornar-se útil, e até por longo prazo, à família e à sociedade (idem: 794).

A saúde do trabalhador (compreendida enquanto mais um elemento a conformar a associação ideológica entre a idéia de trabalho e a idéia de riqueza) não era apenas seu patrimônio individual: era um patrimônio coletivo, de toda a nação. Esta noção era veiculada também pelos representantes do governo Vargas. Em discurso como paraninfo da turma de diplomados pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o médico e interventor de São Paulo Adhemar de Barros discorreu sobre as realizações de seu governo na área da saúde:

Quando assumi a Interventoria, minha orientação administrativa tinha de se voltar, desde logo, em virtude de minha condição de médico, para o lado do armamento de defesa social do Estado, índice seguro do grau de civilização de um povo. Procurei então imprimir novo rumo à administração paulista, qual o da valorização do homem, principal fator de progresso econômico de qualquer país” (Brasil-Médico, 1940 a: 202).

Referindo-se à importância da medicina para a legislação social implementada pelo presidente Getúlio Vargas, Barros sintetiza a associação entre benefício individual e benefício coletivo como um “postulado”: “a liberdade individual tem por limite a saúde e o bem-estar da comunhão social” (idem: 206).

Em 8 de setembro de 1940, a ANM elaboraria uma moção de aplauso ao Secretario Geral de Saude e Assistencia da Prefeitura do Rio de Janeiro, pela criação de um serviço de assistencia às moléstias cardiovasculares, evocando, diretamente o compromisso do Estado Novo com “a solução dos problemas sociais que entravam o progresso do país e perturbam o bem estar do nosso povo” (Brasil-Médico, 1940 b: 659). Em 1944, tendo com origem o ambulatório de cardiologia de Genival Londres no Hospital do Pronto Socorro, seria criado, também como órgão da prefeitura, o Instituto de Cardiologia do Rio de Janeiro, origem do atual Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro.⁴

Em 1945, quando foi criada uma associação de assistência do cardíaco na Bahia, filiada à Associação Brasileira de Assistencia ao Cardíaco (que já possuía filiais no Rio e em São Paulo, o médico Eutychio Leal, um dos redatores do *Brasil-Médico*, afirmou que a questão do cardíaco deveria ser vista não apenas pelo aspecto da patologia, mas sob o “prisma

⁴ Sobre a história da cardiologia no Brasil, ver Leme (1981) e Reis (1986).

social” (Leal, 1945: 51). Também aqui a associação com as diretrizes e os interesses do Estado Novo foram evocadas, em passagem marcada pela utilização de metáforas bélicas, tão comuns naquele período:

O governo há de aceitar, sem dubiedade, os encargos que lhe tocarem, nesta campanha, pois nenhuma entidade sofrerá mais que o Estado, considerado como empregador, os claros, as baixas, as defecções verificadas a todo instante no quadro geral do funcionalismo publico pelas afecções cardio-vasculares, cujas taxas de mortalidade e letalidade estão por toda a parte a crescer de foz em fora (idem: 52).

Se a fala dos médicos cobrava do Estado políticas públicas direcionadas aos cardíacos, o próprio Estado, nos espaços criados para a proteção social dos trabalhadores, propiciava aos médicos condições específicas para que eles entrassem em contato com as doenças cardíacas, inclusive como tema para estudos especializados.

Este é o terceiro elemento que vale ressaltar: a convergência entre a visibilidade social e política que as doenças cardíacas assumiam como “doenças do trabalho” e as condições para a institucionalização e profissionalização da própria cardiologia. Vejamos o exemplo do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), que, juntamente com os marítimos, bancários e comerciários, formavam uma categoria profissional considerada estratégica à modernização econômica, e que passou a contar com um instituto de previdência próprio.⁵ A importância do Instituto dos Industriários, criado em 1936, na institucionalização da cardiologia no Rio de Janeiro foi enfatizada em depoimento de Francisco Laranja (1986), importante cardiologista brasileiro que ali recebeu seu primeiro treinamento na especialidade.

Em 1938, ainda estudante de medicina, Laranja ingressou no IAPI, por concurso, como auxiliar administrativo e logo passou a auxiliar o médico Edgard Magalhães Gomes, professor da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, contratado, também por concurso, como cardiologista do Instituto, para realizar as perícias nos industriários

⁵ Sobre a história da previdência social no Brasil, ver: Malloy, 1986. Um aspecto importante a ser considerado no desenvolvimento posterior da presente pesquisa é examinar as relações de negociação/conflito entre, por um lado, os médicos e agentes destas políticas estatais de bem-estar social e, por outro lado, os próprios trabalhadores, no sentido do reconhecimento e/ou resistência às ações preconizadas no que diz respeito às doenças relacionadas ao mundo do trabalho. A atuação dos sindicatos e do movimento operário e a constituição de um campo específico relacionado à ‘medicina do trabalho’ merecem ser analisadas como aspectos importantes deste processo.

segurados que requeriam aposentadoria ou licença por problemas médicos. Magalhães Gomes havia participado da primeira diretoria da Sociedade de Hematologia e Cardiologia do Rio de Janeiro, criada em 1937, mas que teve duração efêmera. Segundo Laranja, a própria realização deste concurso específico para a área de cardiologia foi um importante passo para o reconhecimento oficial da especialidade (Laranja, 1986).

A principal causa de incapacitação para o trabalho entre os industriários eram as doenças cardiovasculares, especialmente a hipertensão arterial e a arteriosclerose, seguidas da cardiopatia reumática e da cardiopatia derivada da sífilis. O universo dos doentes examinados no IAPI, assinalou Laranja (1986), era essencialmente de trabalhadores urbanos: os operários eram, em sua maioria, nascidos no Rio de Janeiro ou vinham de cidades próximas; havia pouca gente do interior.

O serviço de cardiologia do IAPI, segundo Laranja (1986), era o melhor do Rio de Janeiro. Tinha o mais moderno eletrocardiógrafo e a maior estatística de cardiologia da cidade. Os cardiologistas do IAPI atuavam diretamente no processo de formação de outros médicos na nascente especialidade da cardiologia, que, na época, era ensinada nas faculdades como parte da cadeira de clínica médica, sendo exercida, na prática profissional, pelo clínico geral. Eles ofereceriam cursos de especialização e muitas teses médicas seriam realizadas com o material clínico e o equipamento do IAPI.

Laranja enfatiza que a experiência clínica proporcionada no IAPI era totalmente diferente do treinamento oferecido pelo curso médico. Enquanto nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia (hospital associado à Faculdade Nacional de Medicina), o estudante examinava e acompanhava diariamente um grupo pequeno de doentes, no IAPI o médico via o paciente apenas uma vez, mas atendia a um número bem maior de indivíduos. Era como se fosse um ambulatório específico de cardiologia, o que proporcionava o acesso a um universo amplo e diversificado de patologias cardíacas e, conseqüentemente, um treinamento intensivo nos métodos específicos para diagnosticá-las. Entre estes, estava a moderna eletrocardiografia, técnica que, como assinalou Laranja, era na época “um negócio que pouca gente sabia” (Laranja, 1986).

Desde sua invenção, por Willem Einthoven, nos primeiros anos do século XX, o eletrocardiógrafo passaria por substantivos aperfeiçoamentos técnicos com vistas a possibilitar seu uso na prática clínica, o que ocorreria especialmente na década de 1920, momento decisivo na institucionalização da cardiologia como especialidade em alguns países

como Estados Unidos e Inglaterra (Bynum, Lawrence, Nutton, 1985). Em 1928, a companhia Frank Sanborn produziu uma versão portátil do aparelho, que se aperfeiçoou bastante em relação ao galvanômetro de corda de Einthoven ao funcionar com válvulas. Isso representava um avanço substantivo na possibilidade de sua difusão entre os médicos. Do ponto de vista da qualidade e alcance dos registros, uma contribuição decisiva foi dada pelo norte-americano Frank Wilson, que, em 1934, desenvolveu procedimentos técnicos (as derivações precordiais múltiplas) que, aumentando o número de pontos em que se colocavam os eletrodos no corpo, conferiam maior precisão à capacidade de localizar e qualificar os distúrbios elétricos do coração (Burnett, 1985).

Em 1941, em livro intitulado “temas atuais da cardiologia”, Luiz Capriglione (catedrático da Faculdade de Ciências Médicas e livre-docente da Universidade do Brasil) e Aarão Benchimol (assistente da mesma faculdade e cardiologista da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Serviços Telefônicos) destacaram a grande visibilidade que a eletrocardiografia conferiu à cardiologia:

[...] os métodos propedêuticos se têm aperfeiçoado sensivelmente nestes últimos tempos, permitindo penetrar em detalhes que escapavam à observação e rever conceitos e teorias clássicas, que os fatos melhor observados hoje à luz desses novos métodos não podem confirmar [...]. Há 30 anos, por exemplo, a eletrocardiografia era mais uma curiosidade de laboratório de Fisiologia, do que um meio de indagação diagnóstica. [...]. Os anos foram se passando. As observações se foram acumulando. Hoje há toda uma ciência de Eletrocardiografia, de preciosa utilidade para o cardiologista. E, embora me pareça ainda uma ciência vacilante e incerta, nos seus detalhes, grandes linhas gerais de aquisições já foram por ela estabelecidas de tal forma que o próprio clínico não especializado precisa estar ao corrente de tais aquisições” (Capriglione & Benchimol, 1941: 2-3).

A difusão da eletrocardiografia no Brasil se beneficiou diretamente do estreitamento das relações entre Brasil e Estados Unidos, por ocasião da Segunda Guerra Mundial, quando muitos médicos brasileiros realizaram cursos ou estágios em instituições norte-americanas. Em 1942, o médico paulista Dante Pazzanese, que havia feito estágio com Frank Wilson na Universidade de Michigan, trouxe-o ao Brasil para ministrar um curso na Escola Paulista de Medicina, no qual tomaram parte médicos de várias regiões do país, entre os quais Magalhães Gomes e Francisco Laranja (Reis, 1986).

O uso da eletrocardiografia reforçava, por sua vez, uma ideia já bastante utilizada para caracterizar as doenças crônico-degenerativas, como o câncer e as doenças cardiovasculares: a de que era fundamental realizar o diagnóstico precoce, de modo a surpreender, mesmo em indivíduos aparentemente sãos, distúrbios iniciais, ou mesmo o risco deles acontecerem. A noção de “cardíaco potencial” era recorrentemente usada para justificar a incorporação, nos serviços de saúde, de métodos de diagnóstico específicos como a radiologia e a eletrocardiografia. Nas palavras de Eutychio Leal:

Seria sumamente útil dizer ao povo que há doenças subreptícias. Quanto menos pressentidas, tanto mais, por isso mesmo de temer. [...] É assim no câncer. Em muitas outras doenças, é assim também. E mas do que em quaisquer outras nas afecções do coração. O coração resiste longo tempo às causas de subversão. Um dois, três, quatro anos chegam a passar sem que nos ele declare, por sintomas expressivos, que está sofrendo. Quanto grita e pede socorro é porque já não pode lutar sozinho. Há, pois, tempo sobejo para lhe rastrear, mercê dos modernos meios de pesquisa, os primeiros discretos sinais de sofrimento iminente (Leal, 1945: 103).

Ou seja, a eletrocardiografia fornecia aos médicos mais um argumento para a ideia de que a atuação dos especialistas era imprescindível para descobrir estas doenças “silenciosas” que tanto predjudicavam o trabalhador. Leal justificou o uso da nova tecnologia recorrendo diretamente à lógica do mundo do trabalho, tal como regulado sob o Estado varguista:

Se a eletrocardiografia [...] é meio de exploração privativo dos modernos centros de estudo, só em alguns hospitais e raros consultórios particulares praticada, tornar-se -á , certamente, a breve trecho, prova de rotina [...] Nas relações entre o empregador e o empregado poderão surgir, e com assaz de frequência vão surgindo sob a forma de pedidos de licença, transferência de emprego ou de função, avaliações de capacidade, situações importantes, quer à luz de sua natureza vistas, quer consideradas do ângulo social, situações muitas vezes difíceis, a qualquer critério, de se enquadrarem na moldura geral da nossa avançadíssima legislação trabalhista, se os médicos convidados a decidir tais casos não dispusessem do auxílio preciosíssimo da eletrocardiografia e de outros recursos semiotécnicos (Leal, 1945: 85).

Ou seja, somente os especialistas em cardiologia poderiam indicar os cardíacos capazes de viver e trabalhar normalmente (desde que devidamente acompanhados), aqueles cuja situação precária exigia mudanças de hábitos e mesmo de atividade profissional, e aqueles para os quais não havia mais chances de integração ao mundo do trabalho, – “infelizes chegados ao desespero de assistolias indomáveis” para os quais não havia chances de regeneração (Leal, 1945: 103).

Em tempos de ditadura estadonovista e de forte ideologia anticomunista, as doenças cardíacas eram tratadas como um verdadeiro elemento de subversão à ordem. Elas corrompiam a ordem física e social do trabalho. Segundo Leal, a assistência ao cardíaco deveria não apenas dominar a “revolução assistólica”, mas prevenir novas crises, colocando o paciente ao abrigo “de novas tempestades” (Leal, 1945: 103).

Desta forma, a “denúncia” sobre a ameaça que as doenças cardíacas representavam à saúde do trabalhador e da nação trazia, como consequência imediata, a afirmação de que tais problemas exigiam técnicas, serviços, instituições e profissionais especializados. Como resumiu o médico Eutychio Leal (1945: 68): “Há um mundo de cousas a realizar em favor do cardíaco – a mais importante de todas, porém, reside na formação de cardiologistas”.

Em 1945, ano em que o Estado Novo chegou ao fim com a deposição de Vargas, a cardiologia brasileira já contabilizava importantes marcos de sua institucionalização na capital federal e em São Paulo, principal núcleo industrial do país (Reis, 1986). Em 1940, o Departamento Nacional de Saúde passou a oferecer cursos anuais de especialização em cardiologia, do qual participava ativamente Magalhães Gomes (Brasil-Médico, 1944). No mesmo ano, o cardiologista do IAPI criou um serviço especializado em cardiologia na Santa Casa de Misericórdia e em 1943 este hospital criou um Centro de Estudos onde eram oferecidos, anualmente, cursos de especialização (a exemplo dos cursos pós-graduados nos Estados Unidos), entre os quais um de cardiologia, ministrado por Magalhães Gomes (Brasil-Médico, 1943: 279).

Em São Paulo, a liderança coube ao médico Dante Pazzanese, que havia criado, em 1930, o Instituto Municipal de Cardiologia e desde então ministrava cursos intensivos de cardiologia, nos quais difundia as novas técnicas da eletrocardiografia. Em 1943, ele fundou, juntamente com outros médicos (entre os quais Magalhães Gomes), a Sociedade Brasileira de Cardiologia, cuja primeira reunião anual ocorreu em 1944, na cidade de Campinas. Em 1948,

a Sociedade daria início à sua publicação, os Arquivos Brasileiros de Cardiologia (Reis, 1986).

Em suma, o país que havia sido definido, nos anos de 1910, como “vasto hospital”, por causa de doenças tropicais endêmicas que assolavam populações sertanejas excluídas da ordem política e social, veria surgir em sua agenda pública, nas décadas de 1930 e 1940, uma nova questão médica e social, desta vez associada aos processos de incorporação do povo à nova ordem gestada pelo Estado Novo: o mercado de trabalho urbano.

Eram enfermidades que, ao afetarem o coração do trabalhador, inviabilizavam-no de cumprir as funções que dele esperavam o Estado e a sociedade, afetando assim o âmago da nação, ela própria vista como um organismo. Todas as metáforas que tradicionalmente evocavam a centralidade do coração como órgão vital serviam para reforçar esta associação: coração do trabalho, coração do Brasil. A ideologia de valorização do cidadão-trabalhador pelo Estado Novo, e as novas estruturas de saúde pública e de proteção social criadas com a expansão do aparato estatal neste período, não só conferiram visibilidade médica e social às doenças cardíacas, mas também possibilitaram meios efetivos para a criação de espaços institucionais específicos a elas relacionados.

Este é, portanto, um caso que evidencia as estreitas relações entre medicina e sociedade e entre os vários atores sociais envolvidos na produção e na disseminação de conhecimentos e práticas médicas, sociais e políticas sobre as doenças, em distintos momentos históricos.

Referências:

Brasil-Médico. “Hygiene publica e assistencia medico-sanitaria”. *Brasil-Médico*, n.48, 25 de novembro de 1939, pp. 1073-1074.

Brasil-Médico. “A collação de gráo dos novos médicos diplomados pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O notável discurso do interventor Adhemar de Barros, paranypho da turma”. *Brasil-Médico*, N. 13, 30 de março de 1940 (a), pp. 202-208.

Brasil-Médico. “Academia Nacional de Medicina. Sessão em 8 de setembro de 1940”. *Brasil-Médico*, N. 39, 28 de setembro de 1940 (b), pp. 658-659.

XXVII SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA

Conhecimento histórico e diálogo social

Natal - RN • 22 a 26 de julho 2013

ANPUH
BRASIL

Brasil-Médico. “Cursos de aperfeiçoamento técnico”. *Brasil-Médico*, Ns. 25/26, 19 e 26 de junho de 1943, p. 279.

Brasil-Médico. “Cursos do Departamento Nacional de Saúde Pública”. *Brasil-Médico*, Ns. 43/44, 21 e 28 de outubro de 1944, pp. 397-398.

Burnett, John. “The origins of the eletrocardiography as a clinical instrument”, in: Bynum, W. F.; Lawrence, C.; Nutton, V. (eds.). *The emergence of modern cardiology*. London, Wellcome Institute for the History of Medicine, 1985 (*Medical History*, suppl.5), pp. 53-76.

Bynum, W.F.; Lawrence, C.; Nutton, V. (eds.). *The emergence of modern cardiology*. London, Wellcome Institute for the History of Medicine, 1985 (*Medical History*, supplement n.5).

Capriglione, Luiz A.; Benchimol, Aarão B. *Temas atuais de cardiologia*. Rio de Janeiro, 1941.

Castro, Aloysio de. “O augmento das doenças do coração no Rio de Janeiro e a assistência social ao cardíaco”. *Brasil-Médico*, N. 35, pp. 792-795, 27 de agosto de 1938.

Castro-Santos, Luiz Antonio de. O pensamento sanitaria na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.193-210. 1985.

Ferreira, Jorge; Delgado, Lucilia de Almeida Neves (eds.). *O tempo do nacional-estatismo. Do início da década de 1930 ao apogeu do Estado Novo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003 (Coleção *O Brasil Republicano*, livro 2).

Fonseca, Cristina. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

Gomes, Ângela Maria de Castro. “Ideologia e trabalho no Estado Novo”, in: Pandolfi, Dulci (org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Editora Getúlio Vargas, 1999, pp. 53-72.

XXVII SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA

Conhecimento histórico e diálogo social

Natal - RN • 22 a 26 de julho 2013

ANPUH
BRASIL

Gomes, Ângela Maria de Castro. *A invenção do trabalhismo*. Rio de Janeiro/São Paulo: IUPERJ/Vertice, 1988.

Hochman, Gilberto. “A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações”, in: Bomeny, Helena (org.). *Constelação Capanema: intelectuais e políticas*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001, pp. 127-51.

Hochman, Gilberto. *A era do saneamento. As bases da política de Saúde Pública no Brasil*, São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998.

Laranja, Francisco. *Depoimento à Casa de Oswaldo Cruz. Projeto Memória de Manguinhos*. Rio de Janeiro: Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, 1986.

Leal, Eutychio. “A cardiologia de ontem e de hoje”. *Brasil-Médico*. Ns. 9/10, de 3 e 10 de março de 1945, pp. 84-85.

Leal, Eutychio. “Associação Bahiana de Assistência ao Cardíaco”. *Brasil-Médico*, Ns. 5 e 6, 3 e 10 de fevereiro de 1945, pp. 51-52.

Leal, Eutychio. “Formação de cardiologistas”. *Brasil-Médico*, Ns. 7/8, de 17 e 24 de fevereiro de 1945, pp. 67-68.

Leal, Eutychio. “O problema do cardiac”. *Brasil-Médico*, Ns. 11/ 12/13, 17, 24 e 31 de março de 1945, pp. 102-104.

Leme, Cid de Abreu. “História da eletrocardiografia no Brasil”, *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo*, 36 (4): 179-83, 1981.

Lima, Nísia Trindade. *Um sertão chamado Brasil: Intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*, Rio de Janeiro: Revan/IUPERJ, 1999.

XXVII SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA

Conhecimento histórico e diálogo social

Natal - RN • 22 a 26 de julho 2013

ANPUH
BRASIL

Lima, Nísia Trindade; Hochman, Gilberto. “Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República”, in: Maio, Marcos Chor; Santos, Ricardo Ventura (orgs.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Centro Cultural Banco do Brasil, 1996, pp. 23-40.

Malloy, James M. *A política de previdência social no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

Oliveira, Lúcia Lippi; Velloso, Mônica Pimenta; Gomes, Ângela Maria de Castro. *Estado Novo: Ideologia e poder*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

Pandolfi, Dulci (org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Editora Getúlio Vargas, 1999.

Pontes, J. P. Lopes; Segadas, Roberto. “O problema médico-social das afecções cardiovasculares em nosso meio”, *Brasil-Médico*, N.s 50, 51, 52, pp. 823-31; 842-47; 861-63; 14, 21 e 28 de dezembro, 1940.

Pontes, J. P. Lopes; Segadas, Roberto. “O problema médico-social das afecções cardiovasculares em nosso meio”, *Brasil-Médico*, N.s 1, 2, 3, pp. 11-13; 27-30, 38-43, 4, 11 e 18 de janeiro de 1941.

Reis, Nelson Botelho. “Evolução da cardiologia no Brasil”, in: Queiroz, Julio Sanderson (ed.). *Memória da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro num século de vida*, Rio de Janeiro: Rioarte/MEC, v. 1, 1986, pp.197-215.