

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

RODRIGO OTÁVIO PAIM DE SOUZA

**HISTÓRIA DA CARDIOLOGIA NO BRASIL: A CONSTRUÇÃO DE UMA
ESPECIALIDADE MÉDICA (1937-1958).**

Rio de Janeiro

2017

RODRIGO OTÁVIO PAIM DE SOUZA

**HISTÓRIA DA CARDIOLOGIA NO BRASIL: A CONSTRUÇÃO DE UMA
ESPECIALIDADE MÉDICA (1937-1958).**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Profa. Dra. Simone Petraglia Kropf

Rio de Janeiro

2017

RODRIGO OTÁVIO PAIM DE SOUZA

**HISTÓRIA DA CARDIOLOGIA NO BRASIL: A CONSTRUÇÃO DE UMA
ESPECIALIDADE MÉDICA (1937-1958).**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Simone Petraglia Kropf

Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde/Fiocruz – Orientador

Prof. Dr. Flávio Coelho Edler

Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde/Fiocruz

Profa. Dra. Diana Maul de Carvalho

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/Universidade Federal do Rio de Janeiro

Suplentes:

Prof. Dr. Luiz Augusto Feijó

Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Luiz Antonio da Silva Teixeira

Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde/Fiocruz

Rio de Janeiro

2017

S729h Souza, Rodrigo Otávio Paim de

História da cardiologia no Brasil: a construção de uma especialidade médica (1937-1958) / Rodrigo Otávio Paim de Souza – Rio de Janeiro: s.n., 2017.

158 f.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2017.

Bibliografia: 137-158f.

1. Cardiologia. 2. Eletrocardiografia. 3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 4. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 5. História da Medicina.

CDD 616.1200981

**Aos meus pais, Eliezer de Souza (*in memorian*) e Ediléa Paim de Souza (*in memorian*):
Obrigado por, de todas as formas, me guiarem e me permitirem chegar até aqui.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de ter desenvolvido este trabalho. Agradeço pela vida, pelas minhas escolhas e pela minha trajetória.

Agradeço a minha irmã, Elisângela Paim de Souza, que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos. Sou grato pelo seu incentivo e afeto!

Agradeço à minha orientadora, Profa. Simone Petraglia Kropf, pela orientação e por ter me permitido aprimorar o meu pensar sobre a medicina e a saúde a partir de novos ângulos. Muitas vezes, a nossa comunicação esbarrou em uma diferença de linguagem que refletia nossas formações muito distintas. Porém, em todos os momentos, ela sempre compreendeu que eu estava navegando em novos mares e, sem dúvida, me guiou com segurança nesta minha empreitada.

Agradeço à família que escolhi, meus eternos amigos de longa data: Ana Cláudia Almeida, Ana Cristina Barbosa Pantoja, Bruno Franco Cecchetti, Carla Purcino, Caroline Hannickel, Flávia Renata Marchon Pereira Vianna, Flávia Willi Sarmiento, Guilherme Augusto Hannickel e Loren de Souza Almeida. Já passamos por tantas coisas! Vocês estiveram sempre ao meu lado em tantos momentos bons e ruins. Não poderia deixar de compartilhar com vocês esta vitória. Sem vocês, ela não teria sentido!

A minha família astrológica, o meu eterno agradecimento por todo o apoio! Andrea Muyaert, Lenice Soares, Isabel Cristina Tinoco, João José Tinoco, Marcela Lages e Nelma Guerra. Vocês acompanharam de perto todo este caminho, sempre torcendo pelo meu sucesso. Agradeço aos astros que nos uniram!

Aos meus amigos do Colégio São Vicente de Paulo que fazem nossos encontros serem um eterno recreio! Vocês foram a leveza que eu precisava nesta jornada!

Às minhas companheiras de mestrado Anne Thereza de Almeida Proença e Katherine Nunes de Azevedo, agradeço por estarem ao meu lado. Por tantas vezes pensei em desistir no meio de tantas dificuldades neste novo mundo que era a História. Mas vocês foram incansáveis no estímulo e carinho. Foram, de fato, o melhor presente neste árduo caminho. Estaremos sempre

juntos!

Aos meus colegas de trabalho dos Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ, Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF, Hospital São Paulo/UNIFESP e Hospital Federal Cardoso Fontes/MS. Divido com vocês esta grande conquista.

Aos membros da banca de qualificação, o meu agradecimento pelas avaliações, comentários e sugestões ao trabalho. Tenho a certeza de que pude aprimorar o trabalho final com a incorporação destas críticas.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Histórias das Ciências e da Saúde, o meu grande agradecimento.

Por fim, agradeço aos meus afilhados Filipe e Luísa, que me mostram, a cada momento, que a vida deve ser plenamente vivida.

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo a certeza do seu destino.”

(Leonardo da Vinci)

RESUMO

Este estudo visa analisar o processo de construção e institucionalização da cardiologia como especialidade médica no Brasil no período que se estende de meados da década de 1930 a fins da década de 1950. Usando como fontes alguns periódicos médicos de ampla circulação no período, examinarei os debates que antecederam a criação da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), em 1943, buscando indicar que a defesa da especialidade e a criação dos primeiros espaços institucionais a ela associados estiveram diretamente relacionados aos debates quanto à importância médica e social das doenças cardiovasculares como obstáculos à produtividade dos trabalhadores e, conseqüentemente, como tema de relevância para o projeto de modernização econômica e de construção de uma “nova nação” formulado durante o Estado Novo. Analisarei ainda o papel fundamental da nova tecnologia da eletrocardiografia como argumento central a sustentar as reivindicações quanto à importância da figura dos “especialistas”, num movimento que se beneficiou diretamente dos intercâmbios estabelecidos com cardiologistas estadunidenses, especialmente no contexto da Segunda Guerra Mundial. A partir da criação da SBC, analisarei como este processo de afirmação da especialidade expressou-se no âmbito de seu próprio periódico, criado em 1948, os *Archivos Brasileiros de Cardiologia*. Este é um objeto que evidencia as relações entre o debate interno ao campo médico e questões mais amplas que mobilizavam a sociedade na época. A discussão sobre a importância médico-social das doenças cardíacas e sobre a figura do cardiologista como especialista envolveu estratégias de persuasão no interior da própria comunidade médica mas também em outros espaços sociais, sendo a tecnologia, representada pela eletrocardiografia, elemento chave neste processo de legitimação científica e social da especialidade.

Palavras-chave: cardiologia; eletrocardiografia; especialidades médicas; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Arquivos Brasileiros de Cardiologia; história da medicina.

ABSTRACT

This study intends to analyze the process of construction and institutionalization of cardiology as a medical specialty in Brazil during the period that goes from middle 1930s until late 1950s. Using as sources some medical journals of wide circulation in this period, I will examine the debates that preceded the creation of the Brazilian Society of Cardiology in 1943, arguing that the defense of the specialty and the creation of the first institutional spaces associated to it were directly related to the debates about the medical and social importance of cardiovascular diseases, seen as obstacles to the productivity of the workers and thus as a relevant topic to the project of economic modernization and the construction of a “new nation” formulated during the *Estado Novo* period. I will still analyze the fundamental role of the new electrocardiographic technology as a central argument to sustain the claims about the importance of the figure of the “medical specialist”, in a movement that benefited from the interchange programs established with American cardiologists during the Second World War. From the creation of the Brazilian Society of Cardiology, I will study how the establishment of the specialty was conducted in its own journal, the *Brazilian Archives of Cardiology*, founded in 1948. This historical case evidences the relations between the internal debate within the medical field and broader questions that mobilized Brazilian society at that time. The discussion on the social and medical importance of the cardiac diseases and on the figure of the cardiologist as a medical specialist involved persuasion strategies within the medical community and other social settings. From this perspective, technology (represented by electrocardiography) was a key element of the scientific and social legitimation of cardiology as a medical specialty.

Key Words: cardiology; electrocardiography; medical specialties; Brazilian Society of Cardiology; Brazilian Archives of Cardiology; history of medicine.

SUMÁRIO

Introdução	página 1
Capítulo 1 - TRANSFORMAÇÕES NO PENSAMENTO MÉDICO E NA PRÁTICA CLÍNICA: A CARDIOLOGIA NO CENÁRIO INTERNACIONAL E AS PRIMEIRAS INICIATIVAS NO BRASIL	página 9
1.1 - O paradigma da fisiologia e a “nova cardiologia” na Inglaterra nas primeiras décadas do século XX	página 9
1.2 - A cardiologia como especialidade nos Estados Unidos	página 15
1.3 – Novas ferramentas na prática clínica: a eletrocardiografia	página 24
1.4 – Especialização e tecnologia médica: a construção social da cardiologia	página 29
1.5 – A emergência da cardiologia no Brasil: os primeiros cursos de especialização	página 36
Capítulo 2 - O DEBATE SOBRE A IMPORTÂNCIA MÉDICO-SOCIAL DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES NAS REVISTAS MÉDICAS	página 52
2.1 - As doenças do coração como ameaças aos trabalhadores	página 52
2.2 - A questão da assistência médico-social aos cardíacos	página 63
2.3 - Temas de cardiologia nas revistas <i>Brasil-Médico</i> e <i>O Hospital</i>	página 75
CAPÍTULO 3 - FORMALIZANDO A ESPECIALIDADE: A SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA E SUA REVISTA	página 86
3.1 - A criação da Sociedade e suas reuniões anuais	página 86
3.2 - Os Archivos Brasileiros de Cardiologia: um panorama geral	página 98
3.3 - A eletrocardiografia nos <i>Archivos Brasileiros de Cardiologia</i>	página 114
3.4-Outros temas da cardiologia presentes nos <i>Archivos Brasileiros de Cardiologia</i>	página 126
Considerações finais	página 132
Referências Bibliográficas	página 137
Bibliografia	página 137
Fontes	página 142

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo analisar o processo de construção e institucionalização da cardiologia como especialidade médica no Brasil, com foco em dois marcos fundamentais: a criação da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), em 1943, e a fundação do primeiro periódico especializado da área, os *Archivos Brasileiros de Cardiologia* (ABC, órgão da SBC). Relacionaremos este processo ao movimento de afirmação das doenças cardiovasculares como questão médica e social no país, que se intensifica e ganha visibilidade na década de 1930 no contexto dos debates em torno das doenças que comprometeriam a saúde e a produtividade dos trabalhadores, e, por outro lado, ao cenário internacional de desenvolvimento da cardiologia, em particular no que se refere à consolidação da eletrocardiografia como elemento fundamental da prática e da identidade sócio-profissional dos cardiologistas enquanto especialistas.

O tema das doenças cardiovasculares apresenta particular relevância no cenário atual. Nos últimos anos, vários autores e instituições ligadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças têm recomendado aos países que se preparem cada vez mais para o tratamento de doenças crônicas, cuja carga sobre a população provavelmente deverá aumentar nas próximas décadas.¹ Atualmente, um número crescente de países já enfrenta um grande problema de saúde pública, à medida que aumenta a prevalência de fatores de risco para doenças crônicas, como a diabetes, as doenças cardiovasculares e o câncer. Segundo dados da OPAS/OMS, estas doenças são a principal causa de mortalidade no mundo, devido ao envelhecimento da população e à propagação de fatores de risco associados à globalização e à urbanização. Estima-se que, em 2012, 17,5 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares, representando 31% de todos os óbitos.²

No Brasil, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade. Dados do DATASUS revelam que, em 2012, aproximadamente 28% das mortes ocorrem devido a este grupo de patologias, seguido por neoplasias (16%), causas externas (13%) e causas infecciosas (4%).³ Além disto, as doenças cardiovasculares são também responsáveis por um alto volume de

¹ AZAMBUJA, Maria Inês Reinert *et al.* Impacto Econômico dos Casos de Doença Cardiovascular Grave no Brasil: Uma Estimativa Baseada em Dados Secundários. *Archivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 91, n. 3, set. 2008, p. 163-171, p.164.

² Organização Pan-Americana de Saúde / Organização Mundial de Saúde – Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas não transmissíveis e Saúde Mental (www.paho.org/bra).

³ Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância Sanitária/Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (www.datasus.gov.br/DATASUS)

custos monetários, decorrentes do tratamento medicamentoso, internações hospitalares, reabilitação e indenizações previdenciárias. Estima-se que no ano de 2004, os casos de doenças cardiovasculares graves representaram uma despesa de R\$ 11.2 bilhões para o sistema de saúde e de R\$ 2.57 bilhões para o seguro social. Isto representa aproximadamente 0,64% e 0,16%, respectivamente, do Produto Interno Bruto (de 1.766 bilhões). Além disso, uma perda potencial adicional de 0,97% do PIB foi atribuída à queda na renda decorrente destas doenças.⁴ Estes números não são desprezíveis. Sendo assim, campanhas de prevenção e debates sobre estas doenças têm sido difundidos por toda a população, com vistas a diminuir a incidência e a prevalência destas patologias e, conseqüentemente, reduzir a mortalidade.⁵

Porém, o reconhecimento da importância das doenças cardíacas como problemas de saúde pública – e a própria conformação da cardiologia como especialidade – se deram mediante um processo histórico que envolveu muitos atores e dinâmicas da vida social brasileira. Entre outros fatores, tal processo esteve relacionado às transformações ocorridas no mundo do trabalho durante o primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945). Como indica Kropf⁶, este período foi marcado pela criação de estruturas previdenciárias e de proteção social ao trabalhador que criariam um ambiente institucional (e ideológico) particularmente favorável ao debate em torno das doenças cardiovasculares e, conseqüentemente, da cardiologia e dos médicos que buscavam afirmar-se cardiologistas. Por outro lado, a constituição da cardiologia como especialidade no Brasil também esteve diretamente relacionada ao movimento mais amplo da própria cardiologia internacional, sobretudo no que diz respeito às trocas estabelecidas entre médicos brasileiros e estadunidenses envolvidos no estudo e na clínica cardiológica, em particular no uso de novos recursos diagnósticos como a eletrocardiografia. Estas trocas ocorreram no contexto da aproximação entre os dois países em decorrência da Política da Boa Vizinhança e, em particular, durante a Segunda Guerra Mundial.⁷

⁴ AZAMBUJA *et al.* Impacto Econômico dos Casos de Doença Cardiovascular Grave no Brasil: Uma Estimativa Baseada em Dados Secundários. *op. cit.*, p.167.

⁵ Sobre a definição atual do grupo de patologias compreendidas como doenças cardiovasculares, ver: BRAUNWALD, Eugene *et al.* *Harrison's Principles of Internal Medicine*. New York: McGraw Hill Press, 2005.

⁶ KROPF, Simone P. “O Coração do Trabalhador: Cardiologia e Projeto Nacional no Estado Novo”. In ANDRADE, Marta Mega de; SEDREZ, Lise Fernanda; MARTINS, William de Souza (Orgs.). *Corpo: Sujeito e Objeto*. Rio de Janeiro: Ponteio, 2012. pp. 221-245.

⁷ Ver KROPF, Simone P.; HOWELL, Joel D. War, medicine and cultural diplomacy in the Americas: Frank Wilson and Brazilian cardiology. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 2017, v. 72, n. 4, pp. 422–447.

O estudo aqui proposto apresenta como marco inicial o ano de 1937, quando os esforços pela construção da especialidade se expressaram na criação da Sociedade de Cardiologia e Hematologia (que, no entanto, teria vida efêmera) e no início de um intenso debate nos periódicos médicos sobre a importância social das doenças cardíacas e da assistência médica e social aos seus portadores. Nossa análise se estenderá até o ano de 1958, quando se completa a primeira década de funcionamento dos *Archivos Brasileiros de Cardiologia*, e que, além disso, constitui um marco do surgimento da cardiologia intervencionista, que abriria uma nova fase da especialidade em termos de procedimentos diagnósticos e terapêuticos.⁸ Em termos de delimitação espacial, nosso foco serão as comunidades médicas do Rio de Janeiro e São Paulo, visto serem estes os principais centros urbanos em que a especialidade se estabeleceu no período que antecedeu a criação da SBC.

A análise deste objeto busca refletir sobre uma série de questões pertinentes ao campo da história da medicina, das ciências e da saúde. Como se deu o processo de construção e reconhecimento das doenças cardiovasculares como problema médico-social no Brasil? Em que medida a eletrocardiografia, como tecnologia para um diagnóstico específico, foi utilizada para a definição destas enfermidades e para a legitimação da figura do cardiologista como especialista? Como este processo específico de demarcação de uma especialidade médica esteve relacionado a um debate social e político mais amplo, no contexto brasileiro, sobre a dimensão social e econômica das doenças crônicas? Como este processo se articulou com o cenário internacional da cardiologia, tendo em vista particularmente o intercâmbio médico entre Brasil e EUA?

Para buscar responder a estas questões, pretendo utilizar como referenciais teórico-metodológicos as formulações de George Weisz sobre a construção das especialidades médicas, as reflexões de Joel Howell sobre a dimensão social da tecnologia médica, e as perspectivas adotadas por alguns historiadores da medicina, como Christopher Lawrence, Joel Howell e W. Bruce Fye, que analisaram como a institucionalização da cardiologia constitui um processo histórico que envolve tanto fatores cognitivos, relativos à produção de novos conhecimentos, como

⁸ A cardiologia intervencionista – área de atuação da cardiologia que utiliza cateteres (sondas) no interior do sistema cardiovascular para diagnóstico e tratamento de doenças que acometem as artérias coronárias, as válvulas cardíacas, o miocárdio, a aorta e os vasos pulmonares – trouxe novas bases para a compreensão da história natural de uma importante doença cardiovascular, a doença coronariana, bem como novas bases para o tratamento e diagnóstico desta entidade clínica. O ano de 1958 é considerado um marco importante em virtude da realização, pela primeira vez, da cateterização das artérias coronárias, por Mason Sones, na Cleveland Clinic. Ver: BRAUNWALD, Eugene *et al.* *Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine*. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005.

fatores sociais, em determinados contextos históricos.⁹

Para Weisz, alguns fatores podem ser considerados decisivos para a emergência das especialidades médicas, entre eles, a unificação da medicina com a cirurgia e a reunião da comunidade acadêmica em torno da pesquisa científica. Um ponto importante destacado pelo autor é a ideia da racionalidade administrativa. Com o desenvolvimento da economia e a explosão demográfica vivenciada pelos grandes centros europeus no século XIX, considerou-se que uma melhor maneira de controlar grandes populações seria através de seus agrupamentos e classificações. Neste sentido, indivíduos que pertenciam a mesma categoria seriam agrupados e diferenciados dos indivíduos que pertencessem a outras categorias, ideia que se seria a base da divisão dos saberes médicos e, conseqüentemente, das especialidades médicas. Neste sentido Weisz defende a ideia de que não foi, somente, a rápida expansão do conhecimento médico que levou os médicos a se especializarem, mas sim um conjunto de fatores relacionados à organização da sociedade. A observação empírica realizada pelos médicos acadêmicos não foi a causa do surgimento das especialidades médicas, mas sua consequência. Ou seja, o desenvolvimento das especialidades propiciou esta observação empírica realizada pelos especialistas em grupos específicos de pacientes, agrupados em torno de um saber médico específico, baseado na pesquisa científica.¹⁰

Joel Howell, em seu livro sobre o uso da tecnologia nos hospitais, destaca que a tecnologia médica não dita por si só os “avanços do conhecimento”, mas ganha sentido como parte do processo de produção social destes conhecimentos, como um sistema de convenções socialmente

⁹ WEISZ, George. The Emergence of Medical Specialization in the Nineteenth Century. *Bull. Hist. Med.*, v. 77, n. 3, 2003, pp. 536-575. WEISZ, George. *Divide and Conquer: A Comparative History of Medical Specialization*. Oxford: Oxford University Press, 2006. LAWRENCE, Christopher. “Definite and Material”: Coronary Thrombosis and Cardiologists in the 1920s. In: ROSENBERG, Charles Ernest; GOLDEN, Janet (Org.). *Framing Disease - Studies in Cultural History*. Brunswick: Rutgers University Press, 1997. pp. 51-81. FYE, W. Bruce. *American Cardiology – The History of a Specialty and Its College*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1996. LAWRENCE, Christopher. “Moderns and Ancients: The ‘New Cardiology’ In Britain 1880-1930”. In BYNUM, William F.; LAWRENCE, Christopher; NUTTON, Vivian (Org.). *The Emergence of Modern Cardiology. Medical History*, Londres, suplemento n. 5, 1985. pp. 1-33. HOWELL, Joel D. “‘Soldier’s Heart’: The Redefinition of Heart Disease and Specialty Formation in Early Twentieth-Century Great Britain”. In BYNUM, William F.; LAWRENCE, Christopher; NUTTON, Vivian (Org.). *The Emergence of Modern Cardiology. Medical History*, Londres, suplemento n. 5, 1985. pp. 34-52. HOWELL, Joel. *Technology in the Hospital. Transforming Patient Care in the Early Twentieth Century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1995.

¹⁰ WEISZ. The Emergence of Medical Specialization in the Nineteenth Century. *op. cit.* WEISZ. *Divide and Conquer: A Comparative History of Medical Specialization. op. cit.*

aceitos.¹¹ Esta é uma perspectiva que procuraremos seguir neste trabalho. Outro trabalho de Howell que nos interessa particularmente, como veremos mais adiante, diz respeito à análise de como as doenças cardíacas e a eletrocardiografia ganharam visibilidade no contexto da I Guerra Mundial, quando foram vistas como importantes obstáculos à saúde dos soldados ingleses, o que propiciou um ambiente favorável à sua institucionalização como especialidade na Inglaterra.¹²

Christopher Lawrence, por sua vez, operacionaliza, no caso da cardiologia, um importante conceito desenvolvido pelo historiador da medicina Charles Rosenberg, o “enquadramento” das doenças.¹³ Para Rosenberg, as doenças são entidades “enquadradas” a partir de classificações e interpretações histórica e socialmente situadas, e, ao mesmo tempo, este processo de enquadramento gera ações específicas sobre a vida social, tornando as doenças elas próprias uma “moldura” para a sociedade. Lawrence utiliza a ideia do “enquadramento” proposta por Rosenberg no caso da cardiologia ao defender que o processo de construção da trombose coronariana não foi um processo “natural” de “avanço” no conhecimento sobre as doenças cardíacas, mas envolveu acordos e negociações entre os que se apresentavam como “cardiologistas” e a comunidade médica da época.¹⁴ Lawrence salienta que, neste processo, a “nomeação” da doença coronariana com base em critérios eletrocardiográficos foi uma estratégia central para o convencimento dos médicos e sua conseqüente aceitação e legitimação, em um processo que esteve associado à própria construção da legitimidade da figura do cardiologista e, conseqüentemente, da cardiologia. Como veremos no capítulo 1, também nos valeremos dos trabalhos de Lawrence sobre o processo histórico-social de surgimento do que ele chama de “nova cardiologia” na Inglaterra, nas primeiras décadas do século XX, diretamente associada à afirmação da fisiologia como novo paradigma para o entendimento das doenças do coração.¹⁵

Por fim, o trabalho de W. Bruce Fye se mostra relevante face ao nosso objeto na medida em que ele discute os diferentes cenários, atores e iniciativas pelas quais a cardiologia ganhou importância e reconhecimento médico e social, e espaços institucionais demarcados, nos Estados

¹¹ HOWELL. *Technology in the Hospital. Transforming Patient Care in the Early Twentieth Century. op. cit.*

¹² HOWELL. “Soldier’s Heart”: The Redefinition of Heart Disease and Specialty Formation in Early Twentieth-Century Great Britain. *op. cit.*

¹³ ROSENBERG, Charles Ernest. “Framing disease: Illness, society and history”. In ROSENBERG, Charles Ernest; GOLDEN, Janet (Org.). *Framing Disease - Studies in Cultural History*. Brunswick: Rutgers University Press, 1997. pp. 13-26.

¹⁴ LAWRENCE. “Definite and Material”: Coronary Thrombosis and Cardiologists in the 1920s. *op. cit.*

¹⁵ LAWRENCE. *Moderns and Ancients: The ‘New Cardiology’ In Britain 1880-1930. op. cit.*

Unidos, mostrando como este processo envolveu diferentes grupos situados tanto no âmbito acadêmico da medicina, enquanto espaço de produção de novos conhecimentos, quando no âmbito da prática médica, em termos de sua atuação clínica e de saúde pública.¹⁶

A história da cardiologia no Brasil, até o momento, foi escrita majoritariamente por médicos, mediante narrativas caracterizadas basicamente pelo estilo memorialista e pela descrição (muitas vezes em tom hagiográfico) dos principais marcos que, segundo eles, teriam constituído a “evolução” deste campo do saber e da prática médicas.¹⁷ No que diz respeito a trabalhos acadêmicos no âmbito da história, destaca-se o estudo de Simone Kropf sobre a caracterização da importância médico-social das doenças cardíacas enquanto doenças associadas aos mundos do trabalho e a afirmação da especialidade no contexto do Estado Novo.¹⁸ Em parceria com Joel D. Howell, a autora analisou também como os intercâmbios entre médicos brasileiros e estadunidenses (mais particularmente o cardiologista Frank Norman Wilson, da Universidade de Michigan), no contexto da diplomacia cultural da “Boa Vizinhança” e da Segunda Guerra Mundial, foram decisivos para a construção da cardiologia brasileira.¹⁹ Nosso trabalho pretende trazer novos elementos a corroborar os principais argumentos apresentados pela autora nestes trabalhos.

O presente estudo pretende contribuir para esta linha de investigação histórica, trazendo novas fontes e questões para mostrar que este é um objeto que evidencia as conexões entre o debate interno ao campo médico brasileiro e questões mais gerais que mobilizavam a sociedade na época, como o desenvolvimento da nação e a saúde do trabalhador. A discussão sobre as doenças cardíacas e as iniciativas para a criação da cardiologia como especialidade médica se inserem, portanto, em um contexto social mais amplo e se associam a outros interesses e grupos sociais.

¹⁶ FYE. *American Cardiology – The History of a Specialty and Its College*. *op. cit.*

¹⁷ Ver: REIS, Nelson Botelho. *Evolução Histórica da Cardiologia no Brasil*. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 46, n. 6, junho 1986, pp.371-386. LEME, Cid de Abreu. *História da eletrocardiografia no Brasil*. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo*, v. 36, n.4, 1981, pp. 179-183. Outros trabalhos escritos por médicos estiveram diretamente relacionados à comemoração de efemérides das sociedades de cardiologia, como por exemplo: ALBINESI FILHO, Francisco Manes. *50 anos da história da cardiologia do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: SOCERJ, 2005. LUNA, Rafael Leite. *Sociedade Brasileira de Cardiologia. Cinquenta Anos de História*. Belo Horizonte: SBC, 1993. TOSCANO-BARBOSA, Ely. *Sociedade Brasileira de Cardiologia. 50 Anos de Congressos 1944-1994*. Rio de Janeiro: SBC, 1995. ANDRADE, Jadelson; QUEIROZ, Luiz Roberto de Souza. *Sociedade Brasileira de Cardiologia 70 anos. Uma História de Sucesso – 1943/2013*. São Paulo: SBC, 2013.

¹⁸ KROPF. *O Coração do Trabalhador: Cardiologia e Projeto Nacional no Estado Novo*. *op. cit.*

¹⁹ KROPF & HOWEL. *War, medicine and cultural diplomacy in the Americas: Frank Wilson and Brazilian cardiology*. *op. cit.*

Sendo assim, pretendemos examinar como o debate médico sobre as doenças cardiovasculares e os esforços pela demarcação da especialidade foram conduzidos mediante estratégias de persuasão no interior da própria comunidade médica e em outros espaços sociais, sendo a tecnologia, representada pela eletrocardiografia, um elemento chave neste processo de busca de convencimento sobre a importância destas enfermidades e dos profissionais que reivindicavam a expertise para se ocuparem delas.

Nossas fontes foram majoritariamente os periódicos médicos. Em *O Hospital e Brasil-Médico*, revistas de grande circulação e voltadas para uma audiência médica ampla, procuramos mapear as discussões sobre a cardiologia e as doenças cardiovasculares antes e após a criação da SBC. Nos *Archivos Brasileiros de Cardiologia*, primeira revista especializada da área, nos dez primeiros anos de sua veiculação (1948-1958), buscamos examinar quais os assuntos de maior relevância na cardiologia brasileira no momento de sua estruturação. Infelizmente, apesar de reiterados esforços, não nos foi concedido o acesso à documentação primária da SBC. Sendo assim, recorreremos a fontes secundárias que utilizaram esta documentação, sob a guarda da SBC.²⁰

A dissertação se encontra dividida em três capítulos. O capítulo 1 tem por objetivo apresentar algumas contribuições da historiografia que analisou como certas mudanças no pensamento e na prática médica levaram à emergência da cardiologia como especialidade na Inglaterra e nos Estados Unidos, indicando alguns dos principais marcos institucionais e sociais deste processo. Buscaremos, também, apresentar algumas reflexões da literatura sobre o papel da tecnologia médica (representada pela eletrocardiografia) neste processo. Por fim, examinaremos alguns marcos na história da cardiologia brasileira, nas décadas de 1930 e 1940, especialmente no que diz respeito aos espaços de formação constituídos pelos cursos de especialização na área, que foram fundamentais para congregar os profissionais que criaram a Sociedade Brasileira de Cardiologia em 1943. Indicaremos ainda a importância da cooperação com os Estados Unidos para a construção da especialidade no Brasil na década de 1940.

No capítulo 2, será abordado o discurso sobre o impacto das doenças cardiovasculares no mundo do trabalho e como este debate, divulgado em algumas importantes revistas médicas,

²⁰ Além destas fontes secundárias, a partir de 1948, com a circulação dos *Archivos Brasileiros de Cardiologia*, as atas das Assembleias (ou um resumo delas) eram publicadas neste periódico. Porém, algumas atas de grande interesse, como a da fundação da SBC, não foram possíveis de serem diretamente examinadas.

mobilizou argumentos em prol da necessidade de práticas e espaços especializados para a cardiologia. Entre tais argumentos, podemos destacar a apresentação de dados epidemiológicos sobre o aumento da incidência das doenças cardíacas nos centros urbanos, a afirmação do valor da eletrocardiografia como tecnologia diagnóstica “superior” aos tradicionais métodos do diagnóstico clínico e a defesa da criação serviços especializados de assistência médico-social aos cardíacos. Além disto, buscaremos indicar como, além da difusão destes argumentos e dados usados pelos próprios médicos para reivindicarem a identidade de “especialistas”, estas revistas foram importantes veículos para a propagação de informações a respeito dos cursos de especialização em cardiologia, fator decisivo no processo de construção da especialidade médica antes mesmo da criação da SBC.

O capítulo 3 tem por objetivo examinar os principais elementos subjacentes à organização da cardiologia no âmbito de seu espaço de representação institucional específico, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), em seus primeiros anos de funcionamento (1943-1958). Analisaremos as primeiras reuniões anuais da sociedade e, sobretudo, o seu periódico oficial, os *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, cujo primeiro número foi lançado em 1948. Buscaremos com isso identificar os principais indivíduos, grupos e temáticas que construíram a cardiologia brasileira neste espaço fundamental para sua construção e afirmação institucional como especialidade, com particular interesse nos trabalhos epidemiológicos e nos artigos sobre a eletrocardiografia, vista como elemento fundamental da prática e da identidade sócio-profissional dos cardiologistas. Mostraremos como estes artigos expressam a filiação dos cardiologistas brasileiros à eletrocardiografia praticada por Frank Wilson, importante nome da cardiologia estadunidense, evidenciando assim a sintonia da cardiologia brasileira com os debates a nível internacional .

CAPÍTULO 1 – TRANSFORMAÇÕES NO PENSAMENTO MÉDICO E NA PRÁTICA CLÍNICA: A CARDIOLOGIA NO CENÁRIO INTERNACIONAL E AS PRIMEIRAS INICIATIVAS NO BRASIL

1.1 – O paradigma da fisiologia e a “nova cardiologia” na Inglaterra nas primeiras décadas do século XX

A história da cardiologia tem sido objeto de estudo de vários historiadores europeus e norte-americanos principalmente a partir da década de 1980. Em 1985, por exemplo, foi publicado um suplemento especial do periódico *Medical History* dedicado ao tema.²¹

Dentre as contribuições deste volume, destaca-se o trabalho de Christopher Lawrence, que analisou as transformações no pensamento médico que culminaram no que ele chama de um “novo olhar” e uma “nova cardiologia”.²² Até meados do século XIX, o conhecimento médico se baseava em uma associação direta entre a observação clínica e a dissecação anatômica, ou seja, os médicos tentavam relacionar os sinais e sintomas clínicos aos achados patológicos visualizados *post mortem*. Este era o paradigma da anatomia-patológica, que buscava o diagnóstico das doenças a partir de seus sinais e sintomas, porém sem maiores preocupações com a etiologia e seus mecanismos de causalidade.²³ A partir desta visão, o diagnóstico consistia em categorizar o paciente em alguma classificação patológica pré-existente, que se associava ao achado das lesões anatomopatológicas. No caso das enfermidades do coração, o diagnóstico consistia somente em doença valvar e não valvar, visto que as alterações anatomopatológicas das válvulas cardíacas eram os principais achados nas autópsias. Além disto, a cardiologia era exercida por clínicos e não havia a figura do cardiologista como especialista.²⁴

Já a partir de meados do século XIX, a fisiologia experimental teve grande desenvolvimento, em paralelo ao conhecimento anatomopatológico.²⁵ Neste momento, houve uma

²¹ BYNUM, William F.; LAWRENCE, Christopher; NUTTON, Vivian (Org.). *The Emergence of Modern Cardiology. Medical History*, Londres, suplemento n. 5, 1985.

²² LAWRENCE. *Moderns and Ancients: The ‘New Cardiology’ In Britain 1880-1930. op. cit.*

²³ FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1977.

²⁴ LAWRENCE. “Moderns and Ancients: The ‘New Cardiology’ In Britain 1880-1930”. *op. cit.*

²⁵ Ver, entre outros: PORTER, Roy. “Scientific Medicine in the Nineteenth Century”. In PORTER, Roy. *The Greatest Benefit to Mankind – A Medical History of Humanity*, New York: W.W. Norton & Company, 1997, pp. 304-347. KOHLER, Robert E. “Physiology and British biochemists, 1890-1920”. In KOHLER, Robert E. *From Medical Chemistry to Biochemistry: The Making of a Biomedical Discipline*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982, pp. 40-72. LENOIR, Timothy. “Interesses Sociais e a Física Orgânica de 1847”. In LENOIR, Timothy. *Instituindo*

mudança de olhar sobre os processos de adoecimento. A fisiologia pretendia estabelecer a compreensão do funcionamento dos órgãos e sistemas, sendo buscada, posteriormente, sua aplicação clínica. A busca por desvendar os mecanismos fisiopatológicos das doenças se contrapunha ao paradigma da anatomia patológica. A partir de então, não bastava somente identificar uma lesão anatômica. Era necessário elucidar os processos que geravam as lesões e as doenças. Neste sentido, este novo entendimento sobre os mecanismos das doenças permitiu o desenvolvimento, também, de uma “nova” forma de olhar as doenças cardiológicas, não mais restrita às estruturas físicas do órgão.²⁶

No período de 1880-1930, alguns médicos começaram a trazer para a prática clínica conhecimentos e práticas produzidas nos laboratórios de fisiologia experimental. Buscavam não somente uma avaliação das alterações anatômicas do coração, mas os sintomas e sinais clínicos que denotassem alteração da função cardíaca. Além desta nova forma de olhar as doenças do coração, introduziram um instrumental derivado dos procedimentos utilizados nos laboratórios de fisiologia, como as técnicas de registro gráfico da atividade elétrica do coração. Surgia, então, uma "nova" cardiologia, formada por médicos que buscavam se especializar nos conhecimentos e métodos relacionados à fisiologia cardiovascular, aplicando-os à prática clínica.²⁷

Um importante exemplo desta mudança de olhar sobre as doenças cardiovasculares foi discutido por Joel Howell, em artigo publicado neste mesmo suplemento especial do periódico *Medical History*.²⁸ O autor analisa como as discussões relativas ao acometimento de soldados por afecções cardíacas, que causava sérios prejuízos à força militar inglesa durante a I Guerra Mundial, foram decisivas para impulsionar a constituição da cardiologia como especialidade médica na Inglaterra. No século XIX, a medicina britânica já reconhecia e estudava uma entidade clínica cardiológica que afetava os soldados. Esta patologia era denominada DAH (*disordered action of the heart*) e tinha, como principais sintomas clínicos, a palpitação e a dispnéia. Em 1864, foi criado um comitê que visava estudar as condições cardiológicas que afetavam os soldados no exército. Este comitê, já em 1868, assinalava que o grande peso das vestimentas utilizadas pelos soldados

a Ciência: A Produção Cultural das Disciplinas Científicas. São Leopoldo: Editora da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2003, pp. 99-124.

²⁶ LAWRENCE. Moderns and Ancients: The ‘New Cardiology’ In Britain 1880-1930. *op. cit.*, p.5.

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ HOWELL. ‘Soldier’s Heart’: The Redefinition of Heart Disease and Specialty Formation in Early Twentieth-Century Great Britain. *op. cit.*

era o principal fator desencadeador desta doença, visto que estes trajes não permitiam uma expansão pulmonar e um funcionamento cardíaco adequados, causando os achados de hipertrofia ventricular, dilatação aórtica e degeneração valvar encontrados nos estudos de *post-mortem* realizados. Em 1870, além do peso das roupas, os treinamentos extenuantes com rifles também eram considerados responsáveis pelos achados anatômicos associados à doença cardíaca dos soldados. Defendia-se a ideia de que estes acometimentos mecânicos do coração tinham, também, uma causa mecânica. Apesar de conhecida a causa, pouco se podia oferecer em termos de tratamento, pois no momento em que o diagnóstico era realizado, estas condições de hipertrofia ventricular, dilatação aórtica e degeneração valvar seriam irreversíveis.²⁹

Um momento de grande importância para a redefinição desta enfermidade cardíaca associada ao “coração dos soldados” foi a I Guerra Mundial. As doenças do coração eram a terceira causa de baixa dos soldados do Exército Britânico durante o conflito, despertando a atenção dos médicos militares, que passaram a buscar soluções para resolver este problema. Foi neste contexto que os médicos identificados com o paradigma da fisiologia e da “nova “cardiologia” tiveram condições favoráveis para atuar e afirmarem seus conhecimentos e práticas. Joel Howell salienta, nesse sentido, como a experiência da guerra impulsionou a legitimação da cardiologia como especialidade e a transformação no próprio conceito de doença cardíaca, que deixou de se basear essencialmente em elementos anatômicos e passou a se referir aos processos fisiológicos.³⁰

James Mackenzie (1853-1925), médico britânico, teve papel de destaque na redefinição da patologia cardiovascular atribuída aos soldados. Mackenzie percebeu que esta mesma doença era também encontrada em outros indivíduos que realizavam esforço muscular excessivo, além de estar relacionada ao uso de álcool e obesidade. Mackenzie rejeitou a ideia defendida no século XIX de que os fatores desencadeadores das doenças cardíacas dos soldados eram encontrados exclusivamente no meio militar. A atenção agora era voltada para o recrutamento dos soldados, que deveriam ter suas condições físicas cardiovasculares analisadas. O exame físico cardiovascular, que englobava a ausculta e a análise do ritmo cardíaco, tinha um papel importante; porém, neste momento, buscava-se analisar com maior atenção o comportamento funcional do coração do soldado. Ou seja, houve uma mudança no foco de estudo: deixava-se de olhar uma

²⁹ Ibidem.

³⁰ Ibidem.

determinada lesão anatômica do coração para privilegiar uma análise do funcionamento global do órgão e a sua resposta ao esforço. Os “novos cardiologistas” tinham uma visão clínica distinta, conflitante com a visão que prevalecia na época e segundo a qual o exame físico estático do paciente era o único caminho para encontrar dados que poderiam remeter a uma lesão valvar do coração, considerada responsável pelo desencadeamento do processo patológico. Estes “novos cardiologistas” defendiam o estudo dinâmico do coração, não relacionando o processo patológico somente a uma determinada lesão valvar cardíaca, pois acreditavam que muitas das causas destas patologias que acometiam os soldados eram não-cardíacas, podendo ser causas infecciosas, hormonais, entre outras.³¹

Dado o grande número de soldados com comprometimento cardiovascular durante a guerra, o que naturalmente gerava prejuízos aos interesses militares, Mackenzie sugeriu a transferência dos soldados com este quadro clínico para um único local: o Mount Vernon Hospital, em Hampstead. Outro importante médico britânico, que também realizava pesquisas sobre o acometimento cardiovascular dos soldados, foi transferido para este hospital. Seu nome era Thomas Lewis (1881-1945), e ele desenvolvia estudos numa nova área que nascia: a eletrocardiografia. O objetivo do trabalho no Mount Vernon Hospital era promover a rápida recuperação dos soldados acometidos pela patologia cardíaca, para que eles pudessem retornar ao *front* de batalha, além de identificar aqueles que deveriam ser afastados definitivamente de suas atividades por total incapacidade. O hospital recebia grande número de soldados e, em virtude de sua importância estratégica aos interesses militares, era dotado de corpo técnico capacitado e recursos econômicos para realizar suas atividades. Ou seja, o fato de a patologia cardiovascular dos soldados ser vista como causa de prejuízos a estes interesses foi um fator primordial para se impulsionar os estudos sobre as doenças cardiovasculares. Sendo um hospital exclusivamente voltado para a recuperação e reabilitação dos soldados com este acometimento clínico, o Mount Vernon Hospital permitia que estes pacientes tivessem uma internação hospitalar menos prolongada, diminuindo os gastos com sua recuperação. Além disto, a volta dos soldados ao *front* de batalha significava menos gastos com aposentadorias e pensões por parte do Estado.³²

O pilar da recuperação dos soldados enviados ao Mount Vernon Hospital se baseava na

³¹ Ibidem.

³² Ibidem.

avaliação funcional do aparelho cardiovascular, por meio da exposição do paciente ao esforço físico gradativo e ascendente. Neste sentido, buscava-se um estudo da função cardíaca ao esforço e, mais do que isso, tinha-se um dado de avaliação prognóstica do paciente. A patologia, agora denominada “Síndrome do Esforço”, não se baseava somente em um possível achado valvular anatômico detectado através do exame físico, mas tinha um componente que era avaliado pela análise da capacidade global de funcionamento cardíaco. Qualquer que fosse a causa (infecciosa, hormonal ou outra), o quadro final desta patologia se manifestava por uma insuficiência cardíaca em que a análise da resposta ao esforço se constituía como o principal fator prognóstico.³³

O Mount Vernon Hospital se tornou assim um novo e importante espaço institucional não apenas para o tratamento destes soldados, mas para desenvolver pesquisas sobre a fisiologia cardíaca, que seriam importantes não apenas sob as circunstâncias da guerra mas também após o conflito, quando o Ministério das Pensões (*Ministry of Pensions*) teve que arcar com os custos do pagamento de pensões aos ex-combatentes que estivessem incapacitados para o trabalho. Neste contexto, que passava a envolver expressivos custos econômicos, a avaliação cardiológica detalhada dos ex-combatentes cujo quadro de incapacitação era atribuído à “Síndrome do Esforço” assumia importância fundamental e, conseqüentemente, a figura do “especialista” dotado dos conhecimentos específicos e das técnicas necessárias para realizar tal avaliação.³⁴ Em suma: as circunstâncias específicas da guerra – quando as doenças do coração assumiram relevância pelos prejuízos que acarretavam em termos militares e econômicos – geravam novas condições de legitimidade e institucionais para os “novos cardiologistas” e os estudos fisiológicos. Thomas Lewis foi o responsável por supervisionar todo este complexo sistema de avaliação de pacientes sob responsabilidade de um “especialista em cardiologia”. Conforme declaração do Ministério das Pensões a respeito do trabalho desenvolvido por Lewis com os ex-combatentes de guerra:

It has been estimated that the annual saving upon cardiovascular assessments in the London region alone already amounts approximately to £ 46,000, and it is understood that the Ministry, acting upon Dr. Lewis's recommendations, have now appointed honorary consultants in diseases of the heart to supervise the work in other regions of the country.³⁵

³³ Ibidem.

³⁴ Ibidem.

³⁵ Ibidem, p. 46. “É estimado que a economia anual com avaliações cardiovasculares, somente na região de Londres, seja de aproximadamente £ 46,000, e é compreensível que o Ministro, agindo de acordo com as recomendações do

Um primeiro marco fundamental da construção institucional da cardiologia britânica neste contexto – a evidenciar a relação direta com os interesses econômicos em jogo – foi o fato de que tais “especialistas” se reuniram, em 1921, sob o estímulo do Ministério de Pensões, para formar o *Cardiac Club*. Este grupo tinha por objetivo discutir os meios para lidar com os problemas cardiológicos apresentados pelos ex-combatentes da guerra. Ele constituiu-se num primeiro passo para o estabelecimento institucional dos cardiologistas ingleses. Em 1937, o “club” se transformaria na *Cardiac Society* que, em 1939, lançaria o periódico *British Heart Journal*, principal veículo de comunicação da nova sociedade.³⁶ Thomas Lewis, que era uma grande liderança dos estudos em eletrocardiografia, foi convidado a escrever a introdução do primeiro volume desta revista.³⁷

O estudo de Howell apresenta, para o contexto específico da cardiologia inglesa durante e após a I Guerra Mundial, alguns elementos fundamentais para a constituição de uma especialidade médica conforme indicado por George Weisz, como: o reconhecimento da importância social das doenças e a organização de espaços institucionais de representação, como sociedades e revistas especializadas.³⁸ Também podemos identificar neste caso alguns aspectos indicados por George Rosen (e mencionados por Weisz) quanto à formação das especialidades médicas, tais como a existência de grande número de pacientes aos quais se atribuem determinadas doenças específicas (no caso, a doença cardíaca dos soldados), de hospitais especializados (no caso, o Mount Vernon Hospital) e a disponibilidade de recursos econômicos para sustentar e legitimar este novo grupo de especialistas (no caso, recursos provenientes do Ministério das Pensões).³⁹ Voltaremos às ideias destes autores mais adiante.

Dr. Lewis, tenha designado consultores honorários em doenças do coração para supervisionar um trabalho semelhante em outras regiões do país.”. Tradução livre do autor.

³⁶ Ibidem.

³⁷ A eletrocardiografia era utilizada por Lewis fundamentalmente para o estudo e registro das arritmias cardíacas, e, segundo ele, não implicava necessariamente em uma alternativa aos métodos até então praticados para o diagnóstico, baseado no exame físico do paciente (ausculta cardíaca, palpação de pulsos). A integração da eletrocardiografia como parte fundamental do estudo clínico dos pacientes cardiológicos seria alcançada, sobretudo, a partir dos trabalhos de Frank Wilson, como veremos mais adiante.

³⁸ WEISZ. *Divide and Conquer: A Comparative History of Medical Specialization*. *op. cit.*

³⁹ ROSEN, George. *The Specialization of Medicine with Particular Reference to Ophthalmology*. 1944, reprinted New York: Arno Press, 1972.

1.2 - A cardiologia como especialidade nos Estados Unidos

Até o início do século XX, os próprios médicos generalistas se encarregavam de tratar as doenças cardiológicas conhecidas. O diagnóstico se baseava, naquele momento, na história clínica do paciente e no exame físico realizado com o auxílio do estetoscópio. Normalmente, o tratamento recomendado era repouso e algumas poucas opções medicamentosas. Um pouco antes da I Guerra Mundial, principalmente nos grandes centros urbanos norte-americanos, alguns médicos começaram a focar sua prática clínica em pacientes com problemas cardiológicos. Neste mesmo momento, impulsionados por uma economia crescente, grandes centros europeus e norte-americanos estimularam o desenvolvimento de novas tecnologias médicas, sendo a eletrocardiografia a mais importante representante das tecnologias médicas na área da cardiologia. Sendo assim, estes médicos que buscavam se especializar na área da cardiologia começaram a incorporar estas tecnologias em suas práticas clínicas e a oferecê-las a seus pacientes. Esta questão da oferta da tecnologia aos pacientes se tornou um pilar para a medicina.

Em sua análise sobre a construção da cardiologia nos Estados Unidos, Fye argumenta que o grupo médico que passou a se reconhecer em torno da especialidade era muito diverso, sendo constituído por sub-grupos, cada qual com uma atuação específica neste processo.⁴⁰ O autor destaca quatro grupos distintos de médicos que se apresentavam como cardiologistas: os “cardiologistas fisiológicos” (*physiological cardiologists*), os “cardiologistas clínicos” (*practitioner cardiologists*), os “cardiologistas acadêmicos” (*academic cardiologists*) e os “cardiologistas da saúde pública” (*public health cardiologists*). A análise de Fye se faz relevante para nossos objetivos por mostrar como o processo de afirmação de especialidades e de especialistas é complexo e envolve interesses, relações e atuações diversificadas na vida social em um determinado contexto histórico.

Segundo Fye, os cardiologistas fisiológicos possuíam a pesquisa cardiovascular como foco principal, desenvolvendo atividades de pesquisa laboratorial e investigações clínicas. Eles

⁴⁰ FYE. American Cardiology. The History of a Specialty and Its College. *op. cit.*, p. 13.

desempenharam um papel central para a difusão da tecnologia médica desenvolvida nos laboratórios de fisiologia – como a eletrocardiografia – para a prática clínica.⁴¹

Os cardiologistas clínicos eram os profissionais médicos que especializavam a sua prática clínica na área da cardiologia. Durante a primeira metade do século XX, eram chamados de “especialistas parciais”⁴² pois ainda praticavam, também, a clínica médica em sua dimensão mais generalista. Eles tinham o papel de aplicar e difundir os métodos especializados de diagnóstico, desenvolvidos pelos cardiologistas fisiológicos, no âmbito da prática clínica. Atuavam, principalmente, em setores não acadêmicos (prática médica privada).⁴³

Os cardiologistas acadêmicos tinham uma prática semelhante à dos cardiologistas clínicos, porém atuavam nos hospitais escolas. Eram responsáveis por participar da formação e treinamento dos futuros cardiologistas clínicos, no ambiente universitário.⁴⁴

Já o grupo dos cardiologistas da saúde pública era o menor e mais heterogêneo dos grupos, mas o impacto de sua atuação foi substancial. Compartilhavam de um interesse comum, que era a problemática relacionada às implicações sócio-econômicas das doenças cardíacas. Enquanto os cardiologistas clínicos tinham a saúde individual como foco principal, os cardiologistas da saúde pública voltavam-se para a saúde pública, buscando implementar estratégias para a melhoria dos cuidados dos pacientes cardiológicos, vistos como um grupo particular de pacientes. Entre as principais frentes de atuação desenvolvidas por este grupo estava a implementação de programas e instituições para a reabilitação dos trabalhadores acometidos por doenças cardiológicas e para a prevenção e detecção precoce destas doenças.⁴⁵

Fye destaca que estes grupos não possuíam fronteiras rigidamente definidas entre si, e que alguns indivíduos poderiam fazer parte de mais de um grupo simultaneamente ou migrar entre os grupos. Importante, também, ressaltar que possuíam algumas visões complementares e algumas antagônicas, no que dizia respeito à cardiologia.

⁴¹ Ibidem.

⁴² Ibidem. p. 14

⁴³ Ibidem.

⁴⁴ Ibidem.

⁴⁵ Ibidem.

No caso dos cardiologistas fisiológicos, seus estudos com vistas a compreender os mecanismos fisiopatológicos do sistema cardíaco eram feitos com base em diversos aparelhos de medição e registro de variáveis orgânicas, como os mecanismos de condução elétrica do coração, da sua função contrátil e da sua circulação coronariana. Os estudos e métodos desenvolvidos nos laboratórios de fisiologia cardiovascular eram realizados, primeiramente, em um modelo animal, para em seguida serem adaptados e transferidos para a prática clínica. Um grande centro de desenvolvimento dos estudos fisiológicos foi a Alemanha, que recebeu diversos médicos norte-americanos que, após um período de intercâmbio, retornavam para os Estados Unidos e desenvolviam seus trabalhos, principalmente, nos hospitais escolas. Uma grande parte destas pesquisas estava voltada para os distúrbios do ritmo cardíaco e para a ação dos fármacos sobre este ritmo. Muitos instrumentos laboratoriais foram adaptados e passaram a fazer parte do *hall* de ferramentas diagnósticas disponíveis aos cardiologistas. A mais importante ferramenta oriunda dos laboratórios de fisiologia na virada do século XX foi, sem dúvida, a eletrocardiografia.⁴⁶

Fye destaca, também, a importância do grupo dos cardiologistas clínicos. No início da década de 1910, os médicos clínicos buscavam, cada vez mais, utilizar as ferramentas e métodos derivados dos estudos fisiológicos em sua prática clínica. Com isso, buscavam afirmar que estas ferramentas haviam se tornado indispensáveis para uma boa prática clínica e para a caracterização da medicina como prática científica e do médico como um cientista, em contraposição a práticas médicas tidas como não científicas, como a homeopatia e a osteopatia. No caso da cardiologia, o recurso à eletrocardiografia era o pilar desta visão.

Já os cardiologistas acadêmicos se diferenciavam dos cardiologistas clínicos pelo fato de que parte de suas atividades profissionais se davam em um hospital escola. Como estavam inseridos no ambiente acadêmico, também realizavam pesquisas. Porém, diferente das pesquisas de natureza básica, realizadas pelos cardiologistas fisiológicos, este grupo publicava trabalhos sobre determinadas observações ou investigações clínicas. Muitos utilizavam a eletrocardiografia como ferramenta básica de pesquisa e eram considerados referências neste método. A importância deste grupo de cardiologistas acadêmicos no desenvolvimento da cardiologia se deu a partir da participação destes profissionais na formação de novos profissionais médicos identificados com a

⁴⁶ Ibidem. p. 16.

especialidade, na organização das clínicas cardíacas e de associações cardiológicas locais (que serão discutidas posteriormente).⁴⁷

Ao analisar os cardiologistas da saúde pública, Fye destaca que este grupo, cuja identidade se dava em torno de ideias e ações relativas à dimensão sócio-econômica das doenças cardíacas, era constituído por pessoas com diferentes formações, mas que partilhavam um mesmo objetivo: prover assistência médica e social aos indivíduos cardiopatas. Este grupo se preocupava com as implicações financeiras das doenças cardíacas, atuando sobretudo junto aos pacientes cardiopatas provenientes da classe trabalhadora e pobre.⁴⁸

Naquele momento, as doenças cardiovasculares apresentavam grande incidência e prevalência nos centros urbanos, porém com opções terapêuticas limitadas. Sendo duramente atingida por estas patologias, a classe trabalhadora ia, gradativamente, diminuindo a sua força motriz e sua produtividade. Os pacientes acometidos de alguma doença cardíaca, passado o período de descompensação clínica produzida por esta enfermidade, eram obrigados a reassumir os seus postos de trabalhos originais. Porém, tais descompensações clínicas se tornavam cada vez mais frequentes e com duração cada vez maior, até que o trabalhador era definitivamente afastado de sua atividade laborativa visto o grau avançado de sua doença. Ou seja, não se realizava a readaptação do trabalhador a uma nova função compatível com a sua limitação e não eram oferecidas estruturas de acompanhamento médico a estes trabalhadores. Foi com o objetivo de corrigir tal situação que os cardiologistas sanitaristas criaram as chamadas “clínicas cardíacas” (*cardiac clinics*).⁴⁹

As clínicas cardíacas se constituíam como espaços destinados a promover tanto a reabilitação clínica do trabalhador acometido por uma doença cardíaca quanto a assistência a estes indivíduos na busca por uma atividade laborativa compatível com seu comprometimento cardíaco. Os organizadores das clínicas cardiológicas acreditavam que o trabalho adequado preveniria novas descompensações clínicas, hospitalizações repetidas e conseqüentemente a perda do emprego.⁵⁰

⁴⁷ Ibidem. p. 33-34.

⁴⁸ Ibidem. p. 37.

⁴⁹ Ibidem. p. 38.

⁵⁰ Ibidem. p. 41.

Já se tinha o conhecimento de que os pacientes afetados por doenças cardíacas necessitavam de um acompanhamento rigoroso após um período de hospitalização. Porém, as clínicas cardíacas inovaram por treinarem assistentes sociais para realizarem esta vigilância pós-hospitalização. As assistentes sociais realizavam uma avaliação clínica dos pacientes, com visitas às suas residências e educação continuada do paciente e seus familiares a respeito da sua doença e limitações. Elas também iam aos locais de trabalho destes pacientes e investigavam as atividades realizadas por eles e traziam-nos às clínicas para avaliações médicas regulares.⁵¹ Estes foram um espaço institucional decisivo para a afirmação da especialidade nos Estados Unidos, e seriam uma referência importante para a organização da cardiologia brasileira, como veremos no capítulo 2.

O modelo das clínicas cardíacas nasceu na cidade de Nova York, em 1915, e floresceu rapidamente. Já em 1917, cresceu de 4 para 24 clínicas. Segundo Fye, os cardiologistas voltados para a saúde pública de NY, percebendo o sucesso deste modelo, buscaram se organizar e arrecadar fundos para a sua difusão por toda a cidade. Sendo assim, ainda em 1915, fundaram a *Association for the Prevention and Relief of Heart Disease*. Esta nova organização promoveu a aproximação entre tais cardiologistas e os leigos, que também se preocupavam com as consequências sociais das doenças cardíacas. Além disto, esta nova organização destacava o compromisso destes cardiologistas com uma nova dimensão que passou a ser particularmente afirmada sobre no discurso médico sobre a doença cardíaca: a prevenção. A agenda desta associação refletia a disposição dos cardiologistas fundadores em afirmar que algumas formas de doenças cardíacas poderiam ser evitadas, desde que algumas se seguissem a orientação dos “especialistas”, como por exemplo por meio de exames médicos periódicos com vistas a detectar possíveis sinais precoces de acometimento cardiovascular. As clínicas cardíacas que a associação ajudaria a organizar seriam responsáveis por prover estes cuidados médicos e o suporte social ao paciente cardíaco.⁵²

Fye destaca, também, a I Guerra Mundial como importante fator para a consolidação da cardiologia como especialidade nos Estados Unidos. Isto se deu porque a necessidade de cuidar dos feridos de guerra ofereceu uma oportunidade sem precedentes para o estudo e os cuidados de pacientes cardíacos. A Divisão Médica do Exército Americano selecionou diversos médicos interessados nas doenças cardíacas e os enviou para o *Military Heart Hospital*, na Inglaterra. Além

⁵¹ Ibidem.

⁵² Ibidem. p. 43.

desta oportunidade, alguns destes profissionais médicos tiveram a oportunidade de estar próximos a Thomas Lewis, que supervisionava um dos quatro serviços do Hospital.⁵³

Durante a década de 1920, a *Association for the Prevention and Relief of Heart Disease* buscou mobilizar a sociedade e chamar a atenção para a agenda de saúde pública dos cardiologistas. A estratégia utilizada pelos cardiologistas da saúde pública para convencer médicos e leigos norte-americanos sobre a importância social das doenças cardíacas foi o uso de dados estatísticos sobre a incidência destas doenças e os seus impactos e implicações socioeconômicas. Eles passaram a produzir e divulgar levantamentos estatísticos sobre a crescente incidência das doenças do coração, afirmando que estas doenças eram mais comuns do que se imaginava. Este foi um caminho importante para se defender o valor dos novos métodos e tecnologias de diagnóstico. Eles mostravam que muitos pacientes submetidos a exames cardiovasculares especializados (como o eletrocardiograma) apresentavam algum tipo de patologia não detectada no exame clínico geral. Os resultados destas investigações eram apresentados em escolas, com vistas a demonstrar a alta incidência de cardiopatias em crianças. Tendo em vista as implicações econômicas das doenças cardíacas avançadas, os cardiologistas da saúde pública enfatizavam que só existia uma ação a ser tomada: a prevenção. E isto era, afirmavam eles, algo a ser promovido sob a orientação de especialistas.⁵⁴

Incentivados pelos cardiologistas da saúde pública, aproximadamente 50 médicos se reuniram, em 1922, durante a reunião anual da *American Medical Association*, em St. Louis, e lançaram a proposta de criação da *National Association for the Prevention and Relief of Heart Disease*. O propósito desta organização seria a coordenação de esforços, o desenvolvimento de pesquisas, a coleta e distribuição de dados e informações, e a promoção da educação sanitária e industrial para desenvolver uma conscientização coletiva a respeito da importância e da gravidade do problema das doenças cardíacas. Após dois anos de planejamento e discussões, foi fundada a *American Heart Association*, em 14 de março de 1924.⁵⁵

Fye destaca a importância da substituição do nome *National Association for the Prevention and Relief of Heart Disease* por *American Heart Association*, pois os fundadores acreditavam ser

⁵³ Ibidem. p. 44.

⁵⁴ Ibidem. p. 46.

⁵⁵ Ibidem. p. 54.

o segundo nome mais inclusivo. Além disto, o primeiro nome havia sido criado por um grupo de médicos que destacava a cardiologia por sua importância sócio-econômica. Porém, a demarcação da especialidade precisava, também, do apoio dos outros grupos de médicos cardiologistas para a institucionalização dos seus conceitos, métodos e práticas. Havia, portanto, um processo dinâmico de negociação e produção de consenso para as definições e contornos da nova especialidade médica. A nova organização, cuja iniciativa coube ao grupo de cardiologistas da saúde pública, precisava incorporar programas de interesse dos outros grupos, quais sejam os fisiologistas, os acadêmicos e os clínicos. Ainda assim, porém, a AHA manteve uma agenda que enfatizava as questões de saúde pública, o que permitia associar a dimensão relativa à produção de novos conhecimentos e práticas médicas sobre as doenças cardiovasculares à dimensão de seu reconhecimento público como temas importantes da agenda social.⁵⁶

Após a criação da AHA, um segundo passo muito importante foi a criação do *American Heart Journal*, em 1925. Este periódico tinha como objetivo a disseminação dos conhecimentos cardiológicos por todo o país, visto que a maioria dos pacientes cardiopatas ainda era atendida por clínicos generalistas. Além deste objetivo educacional, de modo a “recrutar” novos interessados na especialidade, este periódico atendia aos interesses dos cardiologistas fisiológicos e acadêmicos, pois funcionava como um meio de divulgação e espaço de reconhecimento de suas pesquisas. A revista expressava ainda a agenda da AHA voltada para as políticas públicas. Dentre os artigos publicados, havia trabalhos sobre a epidemiologia das doenças cardíacas, as questões relacionadas à saúde ocupacional e o impacto econômico deste grupo de doenças.⁵⁷

Neste cenário, em que o diagnóstico e o tratamento das doenças cardiológicas ganhavam importância, os cardiologistas da saúde pública, através da AHA, difundiam a importância das ações de prevenção, por meio da publicação de dados estatísticos sobre a incidência e as consequências econômicas das doenças cardíacas. Dados publicados pela *Metropolitan Life Insurance Company*, em 1926, eram alarmantes no que se relacionavam às doenças do coração. Neste sentido, iniciou-se uma campanha para encorajar todos os cidadãos a realizarem uma avaliação médica anual, visto que certamente existiam pacientes cardiopatas em potencial, e o diagnóstico e o acompanhamento clínico precoce eram as principais estratégias para o combate a

⁵⁶ Ibidem. p. 55.

⁵⁷ Ibidem. p. 56.

estas patologias. As companhias de seguro também apoiaram este movimento, que ganhava mais adeptos a cada dia. Inicialmente, a AHA tinha como objetivo principal a prevenção e o diagnóstico precoce da cardiopatia reumática. Porém, gradativamente, este escopo foi se expandindo, agregando também a prevenção da arteriosclerose e da doença arterial coronariana. Isto se deu porque os novos estudos mostravam a prevalência superior da doença arteriosclerótica em relação à doença reumática. Neste sentido, a demanda por avaliações cardiológicas (com o eletrocardiograma associado) crescia cada vez mais, o que encorajava que mais médicos buscassem especializar-se no tratamento das doenças do coração.⁵⁸

Com o aperfeiçoamento da eletrocardiografia ao longo das décadas de 1920 e 1930, os argumentos utilizados pelos cardiologistas que defendiam esta agenda em torno da prevenção e da assistência social ao cardíaco se fortaleceram, e o número de cardiologistas norte-americanos cresceu vertiginosamente. Crescia, também, o número de pacientes à procura dos cardiologistas, incluindo desde pacientes efetivamente cardiopatas até os assintomáticos que buscavam uma avaliação cardiológica.

Porém, segundo Fye, problemas entre os diversos grupos de cardiologistas começaram a surgir. Em primeiro lugar, houve tensões entre os cardiologistas clínicos e os acadêmicos. Os cardiologistas acadêmicos gozavam de uma posição privilegiada e se utilizavam desta posição nos hospitais-escola como forma de prestígio social e afirmação de seu status como especialistas, alcançando assim um grupo de instituições e pacientes considerados mais prestigiosos. Já os cardiologistas clínicos não eram aceitos nas instituições de ensino e não tinham acesso a todas as oportunidades no mercado privado. Os cardiologistas acadêmicos, assim como os fisiológicos, tinham pouco interesse no paciente individual pois estavam mais preocupados em expandir as fronteiras do conhecimento cardiológico. Tratar dos pacientes individualmente era, para os cardiologistas acadêmicos, a mera execução prática da missão estabelecida pelas instituições de ensino e pesquisa médica. Já os cardiologistas da saúde pública também não olhavam para a questão individual, mas sim para a questão coletiva. Neste sentido, os cardiologistas clínicos eram os que lidavam efetivamente com cada questão patológica de cada paciente cardiopata. Associado a isto, nem a própria diretoria da AHA e a sua agenda representavam estes cardiologistas clínicos.

⁵⁸ Ibidem. pp. 59-62.

O elitismo atribuído a esta associação acabou por afastar os cardiologistas clínicos, dando início a um processo alternativo de busca por espaços de representação.⁵⁹

Um primeiro movimento realizado por este grupo foi a fundação da *Sir James Mackenzie Cardiological Society*, em Nova York, em 1926. Esta associação tinha como objetivo estudar exclusivamente as patologias cardiovasculares e seus tratamentos. Não havia a pretensão de se discutir os aspectos socioeconômicos das doenças do coração, somente os aspectos clínicos das doenças, seus métodos de diagnóstico e tratamentos. Faziam parte deste grupo médicos de diversas cidades norte-americanas, e que já se identificavam como cardiologistas, conforme indicado no nome da organização. Esta associação serviria como um espaço para a apresentação e discussão de casos clínicos e traçados eletrocardiográficos. Estes médicos se dedicariam exclusivamente ao atendimento e tratamento de pacientes com doenças cardíacas, não sendo discutidos os aspectos socioeconômicos destas doenças, como defendido pelos cardiologistas da saúde pública.⁶⁰

Em 1934, houve uma reorganização deste grupo (os cardiologistas acadêmicos reunidos na *Sir James Mackenzie Cardiological Society*), com a criação da *New York Cardiological Society*. Fye destaca que a mudança do nome ocorreu, entre outras causas, por uma busca de afirmação. Diversas outras organizações médicas denominadas James Mackenzie foram criadas, fazendo com que a *Sir James Mackenzie Cardiological Society* de Nova York estivesse perdendo a sua identidade. Além disto, o novo nome fazia um forte contraponto à *New York Heart Association* (novo nome da *New York Association for the Prevention and Relief of Heart Disease*, embrião da AHA), deixando clara a insatisfação deste grupo com a AHA. A *New York Cardiological Society* difundiu esta mesma ideia para outras cidades norte-americanas, sendo estimulada a ampla cooperação entre estes grupos, que em 1949 se unificariam, formando o *American College of Cardiology*. A partir de então, os cardiologistas clínicos encontrariam um espaço onde poderiam discutir, com os seus pares, as inovações diagnósticas e terapêuticas das doenças do coração.⁶¹

No caso americano analisado por Fye encontramos, portanto, um estudo exemplar de como a criação da cardiologia envolveu processos e grupos heterogêneos que se uniram, sob perspectivas e com objetivos distintos, em torno da importância médica (e científica), social e econômica das

⁵⁹ Ibidem. pp. 67-70.

⁶⁰ Ibidem. p. 72.

⁶¹ Ibidem. p. 75.

doenças cardiovasculares, e da mobilização em prol da criação de espaços institucionais demarcados para a especialidade, que atendessem e representassem os diversos interesses destes grupos. A criação da AHA representou, em um primeiro momento, este processo de unidade, sendo um marco fundamental da institucionalização da cardiologia norte-americana, assim como o lançamento do periódico especializado *American Heart Journal*.

Como veremos no Capítulo 2, alguns elementos deste modelo americano de afirmação da importância médico-social das doenças cardiovasculares e de criação de espaços específicos para o tratamento e acompanhamento clínico dos pacientes cardiopatas serão norteadores do movimento pela demarcação da cardiologia brasileira a partir de meados da década de 1930.

1.3 – Novas ferramentas na prática clínica: a eletrocardiografia

A história do eletrocardiograma (ECG) remonta ao século XIX, período de grande desenvolvimento da eletrofisiologia. W. Bruce Fye, em seu artigo *A History of the Origin, Evolution, and Impact of Electrocardiography*, apresenta o processo de desenvolvimento do registro eletrocardiográfico e, conseqüentemente, sua crescente aplicação médica.⁶² Em 1842, o físico italiano Carlo Matteucci (1811-1868) demonstrou que uma corrente elétrica acompanhava cada contração cardíaca. Nasceram, neste momento, as bases da eletrocardiografia. O primeiro registro de eletrocardiograma em humanos foi realizado em 1887, por Augustus D. Waller (1856-1922). Neste experimento, demonstrou-se que cada batimento cardíaco era acompanhado por uma oscilação elétrica, provando-se assim que a atividade elétrica precedia a contração cardíaca. Interessante notar que Waller demonstrou, em seus estudos, um grande interesse pelos aspectos teóricos da eletrocardiografia, em contrapartida ao seu pouco interesse pela aplicação clínica do método. Um marco decisivo ocorreu quando Willem Einthoven (1860-1927), fisiologista holandês, inventou, em 1901, um sistema mais sensível e prático para registrar a atividade elétrica cardíaca, o galvanômetro de corda. Mesmo sendo fisiologista, Einthoven reconheceu o potencial do uso clínico de sua invenção.⁶³

⁶² FYE, W. Bruce. A History of the Origin, Evolution, and Impact of Electrocardiography. *The American Journal of Cardiology*, v. 73, n. 13, 1994. pp. 937-949.

⁶³ *Ibidem*. p. 939

Importante notar que o desenvolvimento do galvanômetro de corda esteve inserido em um contexto de desenvolvimento científico e tecnológico que envolvia áreas distintas da medicina. Como indica John Burnett, em seu artigo *The Origins of the Electrocardiograph as a Clinical Instrument*, a criação do galvanômetro de corda se fez possível graças ao aperfeiçoamento de áreas como a engenharia elétrica e a fabricação de lentes, entre outras.⁶⁴ Peças e conceitos provenientes destas áreas do conhecimento seriam componentes do futuro galvanômetro de corda e, posteriormente, do eletrocardiógrafo.

Sobre o eletrocardiógrafo, diz Burnett:

It was the combination in one instrument of so many different and new ideas. Twenty years before, so many of its components remained to be invented that the instrument, taken as a whole, was almost unthinkable.⁶⁵

Estas tecnologias, quando utilizadas em conjunto no galvanômetro de corda, assumiram uma característica bem distinta de suas aplicações originais. Além disto, é importante ressaltar que, em um primeiro momento, todo este instrumental estava sendo utilizado no campo da fisiologia. Foi a partir dos trabalhos de Einthoven e outros pesquisadores, nos primeiros anos do século XX, que todo este conhecimento que estava sendo desenvolvido com a ajuda destes equipamentos, nos laboratórios de fisiologia, passou a ser visto como tendo aplicabilidade na prática clínica. Neste momento, então, estes instrumentos ganhavam uma função diagnóstica. Como nos diz Burnett:

It [electrophysiology] arrived in clinical medicine only when the electrocardiograph moved from being a physiological instrument to being a diagnostic one, a consequence of the work of Einthoven himself, Thomas Lewis, and others, during the first dozen years of the twentieth century.⁶⁶

Foi após visitar o laboratório de Einthoven em 1909 que o médico britânico Thomas Lewis (1881-1945), que como vimos daria grande visibilidade à cardiologia inglesa durante a I Guerra

⁶⁴ BURNETT, J. "The Origins of the Electrocardiograph as a Clinical Instrument". In BYNUM, William F.; LAWRENCE, Christopher; NUTTON, Vivian (Org.). *The Emergence of Modern Cardiology. Medical History*, Londres, suplemento n. 5, 1985. pp. 53-76.

⁶⁵ Ibidem. p. 54. "Foi uma combinação, em um único instrumento, de muitas novas e diferentes idéias. Vinte anos antes, muitos dos seus componentes necessitavam ainda ser inventados e o aparelho, visto como um todo, era praticamente impensável" Tradução livre do autor.

⁶⁶ Ibidem. p. 55. "A eletrofisiologia surgiu na clínica médica somente quando a eletrocardiógrafo deixou de ser um aparelho utilizado na fisiologia para ser um aparelho com utilização diagnóstica, consequência do trabalho do próprio Einthoven, Thomas Lewis e outros, durante os primeiros doze anos do século XX." Tradução livre do autor.

Mundial, passou utilizar o galvanômetro de corda para estudar as arritmias cardíacas. Suas inúmeras publicações sobre a técnica foram responsáveis por catalisar o interesse pela eletrocardiografia na Europa e EUA, permitindo também o aperfeiçoamento do equipamento.⁶⁷

É importante ressaltar, todavia, que a eletrocardiografia foi utilizada, inicialmente, para o estudo e registro das arritmias cardíacas, sem que se pretendesse substituir os métodos tradicionais até então praticados para o diagnóstico, que continuava a ser realizado através do exame físico do paciente (ausculta cardíaca, palpação de pulsos), e para o tratamento clínico, visto que a quinidina e os digitálicos permaneceram como principal recurso terapêutico. Ou seja, a ideia de que o ECG permitia um diagnóstico especializado que não seria possível pelos meios clássicos do exame físico não foi aceita de modo imediato ao desenvolvimento da tecnologia. O próprio Lewis tinha dúvidas quanto a esta perspectiva, que viria a ser paulatinamente aceita ao longo da década de 1930 e principalmente da década de 1940.

Uma contribuição decisiva nesse sentido foi produzida pelo médico norte-americano Frank Norman Wilson (1890 – 1952). Wilson graduou-se em medicina pela Universidade de Michigan, em 1913, ingressando neste mesmo ano no Departamento de Medicina Interna desta mesma universidade como professor assistente. Wilson foi designado como encarregado de operar o aparelho de eletrocardiograma que havia sido adquirido pela Universidade também em 1913. Naquele momento, havia pouco interesse da classe médica pelo novo método e, conseqüentemente, poucas pesquisas eram realizadas utilizando-se os traçados obtidos pelo eletrocardiograma.⁶⁸

Em 1916, Wilson se transferiu para a Universidade de Washington, onde teve contato com alguns outros médicos e pesquisadores que trabalhavam com eletrocardiografia, encontrando, então, um ambiente favorável para o desenvolvimento dos seus estudos nessa área. Em 1917, foi requisitado a apresentar-se junto a um grupo de médicos militares norte-americanos na Inglaterra, num momento em que, como vimos acima, as doenças do coração assumiam particular importância por serem consideradas uma das principais causas de afastamento de soldados do *front* de

⁶⁷ FYE. A History of the Origin, Evolution, and Impact of Electrocardiography. *op. cit.*, pp. 939.

⁶⁸ HOWELL, Joel D. “Frank Norman Wilson: Theory, Technology, and Electrocardiography”. In HOWELL, Joel D. (Org.). *Medical Lives and Scientific Medicine at Michigan, 1891-1969*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1993. pp. 101-127.

batalha.⁶⁹ Wilson teve a oportunidade de conhecer e se relacionar com Thomas Lewis, o principal nome da eletrocardiografia no momento, aprofundando ainda mais seus conhecimentos sobre a tecnologia. Wilson permaneceu na Inglaterra até 1919, quando retornou aos Estados Unidos.⁷⁰

Em 1920, Wilson reassumiu suas funções na Universidade de Michigan, que, naquele momento, iniciava a construção de um novo hospital, inaugurado em 1925. Neste mesmo ano, criou-se ali a *Heart Station*, dedicada à assistência médica mas também à pesquisa e ao ensino da cardiologia. Sua direção coube a Wilson, que, num primeiro momento, dedicou suas pesquisas aos distúrbios de ritmo, publicando diversos artigos sobre o tema. Porém, Wilson promoveria uma importante reorientação nos estudos eletrocardiográficos quando passou a estudar a forma das ondas eletrocardiográficas.⁷¹ Para dar seguimento a estes estudos, Wilson necessitava de um aparelho que pudesse registrar mais de uma derivação eletrocardiográfica simultaneamente. Ele conseguiu arrecadar fundos para a aquisição do novo equipamento como parte das pesquisas e estudos das doenças cardiovasculares. Além disto, conseguiu que o novo hospital universitário tivesse todo um sistema de cabeamento que se conectava à *Heart Station*, permitindo que os registros eletrocardiográficos dos pacientes pudessem ser feitos diretamente nos leitos das enfermarias, não sendo necessário transportar os pacientes até a sala em que se encontrava o eletrocardiógrafo.⁷² A *Heart Station* cumpria um importante papel no sentido de agregar os estudiosos na área, promovendo uma integração das atividades clínicas e científicas na área da eletrocardiografia.

A medida que suas pesquisas avançavam, Wilson investia fortemente nos conhecimentos teóricos sobre a eletrocardiografia, chegando inclusive a estudar matemática por entender ser esta uma ferramenta chave para a compreensão da técnica eletrocardiográfica. Após o registro de duas derivações bipolares, Wilson realizou uma outra importante descoberta: os bloqueios de ramo. Ele estudou o registro eletrocardiográfico desta entidade clínica que se caracteriza pela falha do funcionamento do sistema de condução elétrica do coração. Ao estudar o padrão de registro dos

⁶⁹ HOWELL. 'Soldier's Heart': The Redefinition of Heart Disease and Specialty Formation in Early Twentieth-Century Great Britain. *op. cit.*

⁷⁰ HOWELL. Frank Norman Wilson: Theory, Technology, and Electrocardiography. *op. cit.*, p. 106.

⁷¹ *Ibidem.* p. 108.

⁷² *Ibidem.* p. 111.

bloqueios de ramo, reforçava seu interesse no estudo morfológico das ondas eletrocardiográficas.⁷³

Até então, os estudos das derivações eletrocardiográficas (em 1 ou 2 canais) era realizado de forma bipolar, ou seja, estas derivações mostravam o registro dos fenômenos elétricos cardíacos entre dois pontos previamente estipulados do corpo. Sendo assim, não se conseguia registrar estes fenômenos elétricos a partir de um único ponto, o que possibilitaria olhar e registrar as ondas elétricas cardíacas sob diversos aspectos. Até aquele momento, eram utilizadas as derivações bipolares de extremidades, que analisavam os fenômenos elétricos cardíacos ocorridos entre os pontos braço direito, braço esquerdo e perna esquerda, agrupados dois a dois (3 derivações – Triângulo de Einthoven). Estas derivações bipolares, também chamadas de derivações periféricas, forneciam somente dados eletrocardiográficos do plano frontal, não proporcionando dados sobre potenciais elétricos dirigidos para frente ou para trás do coração. Em 1931, Frank Wilson desenvolveu a derivação unipolar, provando matematicamente a possibilidade do registro da atividade elétrica do coração em qualquer parte do corpo⁷⁴. Para isso, Wilson desenvolveu o chamado “terminal central”. Este terminal apresentava um potencial elétrico praticamente zero. Logo, o eletrodo conectado a este terminal, ao ser disposto sobre qualquer ponto do coração, conseguiria avaliar a corrente elétrica daquele ponto, visto que a diferença de potencial entre o eletrodo explorador e o terminal central seria a própria corrente elétrica verificada pelo eletrodo explorador (o terminal central apresentava potencial elétrico de praticamente zero). Consequentemente, este eletrodo precordial estaria captando os potenciais elétricos absolutos do local onde ele estivesse colocado, ao invés da diferença de potencial, permitindo a visualização dos fenômenos elétricos cardíacos em outras regiões que não somente a do plano frontal. Estes conhecimentos abririam então novas perspectivas para o reconhecimento e a valorização da eletrocardiografia como ferramenta clínica importante, pois permitia estudar não apenas as arritmias, mas os distúrbios de condução do estímulo elétrico, associados a patologias importantes como o infarto do miocárdio. Além disto, Frank Wilson foi responsável por contribuir para a padronização da disposição dos eletrodos nas derivações unipolares (ou precordiais). Seus

⁷³ Ibidem. pp. 113-116.

⁷⁴ HOWELL. Frank Norman Wilson: Theory, Technology, and Electrocardiography. *op. cit.*; GIFFONI, Rodrigo Tobias; TORRES, Rosália Moraes. A Breve História da Eletrocardiografia. *Rev. Med. Minas Gerais*, v. 20, n. 2. 2010. pp.263-270.; FYE. A History of the Origin, Evolution, and Impact of Eletrocardiography. *op. cit.*

trabalhos seriam decisivos para a produção de um consenso sobre as formas de ver e interpretar as alterações expressas no eletrocardiograma como critérios de diagnóstico especializado para muitas patologias cardiovasculares, entre elas o infarto do miocárdio.

O uso das derivações unipolares disseminou-se a partir da década de 1930 e foi um elemento fundamental para que os médicos que reivindicavam a identidade de “cardiologistas” defendessem a utilidade clínica da nova tecnologia e, ao fazerem isso, reforçassem seus argumentos em prol de uma diferenciação, enquanto especialistas, em relação aos clínicos generalistas.

1.4 – Especialização e tecnologia médica: a construção social da cardiologia

Os estudos acima referidos, bem como o presente estudo sobre a história da cardiologia no Brasil, nos remetem a dois temas importantes no âmbito da historiografia da medicina: a criação das especialidades médicas e o papel da tecnologia neste processo. Uma referência fundamental neste campo é o trabalho de George Weisz. Segundo o autor, quatro perspectivas nortearam o surgimento das especialidades. Em primeiro lugar, o desenvolvimento do paradigma anatomo-clínico, que se baseava na observação de casos em correlação com achados anatomopatológicos. Isto permitiu o desenvolvimento de um saber e uma prática médica baseada nos órgãos do corpo humano. Consequentemente, iniciou-se a criação de algumas especialidades médicas que se referiam a alguns destes órgãos estudados na anatomia patológica. Segundo Weisz: “... organic localism both stimulated the emergence and helped shape the form of many of the specialties that appeared.”⁷⁵

⁷⁵ WEISZ. *The Emergence of Medical Specialization in the Nineteenth Century*. *op. cit.*, p. 545. “... o localismo orgânico tanto estimulou o surgimento quanto ajudou a dar forma a muitas especialidades médicas que apareceram.” Tradução livre do autor. Quanto à condição do localismo orgânico, Weisz indica que este foi um fator importante, porém não determinante, no desenvolvimento das especialidades médicas. Este desenvolvimento do saber e da prática clínica relacionado a determinados órgãos estimulou algumas especialidades. Porém, nem todas as especialidades encontravam o substrato do localismo orgânico como ponto de apoio. Weisz analisa que algumas especialidades se organizaram a partir de grupos específicos (parturientes, crianças, doentes mentais); outras a partir das técnicas terapêuticas (cirurgia de hérnia); e outras a partir das necessidades do Estado (saúde pública, pediatria e medicina forense)

Em segundo lugar, houve o surgimento de uma condição fundamental, segundo Weisz: a unificação da medicina com a cirurgia, tanto em termos de prática profissional como em termos de pesquisa e treinamento institucional. Para o autor, somente com a compreensão da medicina como um conhecimento unificado, a subdivisão em áreas de conhecimento poderia ocorrer.⁷⁶

Em terceiro lugar, a partir do século XIX, a medicina passou a estar inserida em uma complexa rede institucional na qual a pesquisa científica passou a ser vista (e valorizada) como componente fundamental da produção dos conhecimentos médicos e da prática médica. Este foi um período de intenso desenvolvimento de tecnologias médicas. Estas forneceram elementos para o surgimento das especialidades médicas, a partir do desenvolvimento de aparelhos como o eletrocardiógrafo, no caso da cardiologia. A circulação de ideias no âmbito desta rede organizada permitia a difusão e a expansão das novas temáticas médicas relacionadas a cada órgão e sistema orgânico específicos. Além disto, o surgimento desta rede institucional fez aumentar a quantidade de informações que circulavam entre os médicos, que começaram então a considerar impossível dominar todo o conhecimento médico e a afirmar a necessidade de “fragmentar” seu aprendizado e prática. Weisz, em seu livro *Divide and Conquer – A Comparative History of Medical Specialization*, afirma:

Furthermore, rapidly expanding networks of institutions dramatically augmented the sum of medical and scientific knowledge that could be taught and mastered. Medical schools in every nation faced major difficulties in organizing and imparting the mounting glut of potentially relevant information and skills. For perhaps the first time, specialists could plausibly argue not only that it was more effective to specialize than to learn everything, but also that there was no longer an alternative, since it was impossible to learn everything.⁷⁷

Em quarto lugar, aponta Weisz, tudo isto ocorria em um cenário de racionalidade administrativa do Estado-nação que surgia no século XIX. O crescimento demográfico e das atividades econômicas estimularam a necessidade de controle e gestão destas cidades que se expandiam, devendo tal controle ser exercido e administrado de forma regulamentada e “racional”. Este pensamento defendia a ideia de que a melhor maneira de controlar uma grande população era

⁷⁶ Ibidem. p. 539.

⁷⁷ WEISZ, George. *Divide and Conquer – A Comparative History of Medical Specialization*. *op. cit.*, p. xxiv. “Além disto, uma rápida expansão das redes de instituições aumentou dramaticamente o volume de conhecimento médico e científico que poderia ser ensinado e dominado. Escolas médicas em todas as nações enfrentaram uma grande dificuldade na organização e transmissão do excesso de informações potencialmente relevantes e habilidades. Pela primeira vez, especialistas poderiam argumentar plausivamente que não era somente mais efetivo se especializar do que aprender tudo, mas também não havia outra saída pois era impossível aprender tudo.” Tradução livre do autor..

por meio de uma classificação adequada, que permitiria o agrupamento de indivíduos de uma mesma classe, separando-os de outros pertencentes a outras classes. Esta noção de racionalidade administrativa foi, então, aplicada aos campos da educação, medicina e ciência.⁷⁸

Segundo Weisz, estas condições – novas concepções sobre as doenças (referidas ao paradigma anátomo-clínico), a unificação da medicina com a cirurgia, uma comunidade acadêmica que se estruturava sob uma ótica “científica” e instituições que se organizavam com a noção de racionalidade administrativa – foram os pilares do processo de emergência das especialidades médica, iniciado no século XIX, primeiramente em Paris.

Sendo assim, o surgimento das especialidades médicas não ocorreu como consequência “natural ” do acúmulo de conhecimento, mas envolveu uma série de fatores relacionados ao contexto histórico da própria medicina em sua relação com a sociedade. Um importante fator foi a mudança do paradigma médico, onde a anatomia-patológica foi responsável por reestruturar os fundamentos teóricos e práticos da medicina acadêmica. Esta medicina acadêmica, por sua vez, passou a se estruturar sobre um organizado sistema de instituições médico-científicas, conforme discutido anteriormente. Estes fatores, que se expressaram de forma diferente de acordo com cada contexto histórico, foram pilares fundamentais neste processo de formação das especialidades médicas.⁷⁹

Este período das últimas décadas do século XIX foi marcado por intenso desenvolvimento tecnológico na área médica. Tal expansão não ficou restrita a este setor, mas marcou também o desenvolvimento de outros campos da ciência, com a produção de inovações que interferiam diretamente na vida da população. Neste sentido, passou a existir uma crescente valorização social do que era considerado o “progresso” científico. Um efeito disso foi que os pacientes passaram a associar o médico especialista com este progresso da ciência. Consequentemente, os médicos especialistas passaram a ter uma maior projeção social e a reivindicar melhor remuneração do que os não-especialistas.⁸⁰

Howell também destaca o importante papel da tecnologia no desenvolvimento da medicina. Em seu livro *Technology in the Hospital – Transforming Patient Care in the Early Twentieth*

⁷⁸ Ibidem. p. xix.

⁷⁹ Ibidem. p. 544.

⁸⁰ WEISZ. Divide and Conquer – A Comparative History of Medical Specialization. *op. cit.*

Century, o autor problematiza a ideia tradicional de que as “inovações tecnológicas” são uma causa “natural” e “automática” dos “progressos” da medicina e argumenta que a tecnologia médica não dita “por si” só os “avanços do conhecimento”, mas ganha sentido e efetividade como parte do processo histórico e social de produção e reconhecimento destes conhecimentos por parte de determinados grupos e em determinados contextos.⁸¹ O autor nos mostra que é o próprio grupo de profissionais médicos que determina como esta tecnologia será utilizada e qual o significado a ser apreendido dos resultados apresentados pelo uso desta tecnologia, mediante um longo e complexo processo de convencimento que envolve não apenas os atores do campo médico, mas a sociedade de modo geral. Ou seja, a tecnologia não é um tipo de “força autônoma” que interfere sobre a sociedade que, então, “passivamente” se adapta e responde à intervenção causada por esta tecnologia. A ciência e a tecnologia, entre elas a tecnologia médica, não existem fora de um contexto histórico e social. Segundo o autor: “... technology does not arrive at the bedside with its meanings already determined but, rather, ideas about how tests and tools can be used reflect a social context as well as a technical function”.⁸²

As máquinas e aparelhos utilizados na medicina, que materializam o desenvolvimento técnico da área, não criam em si os valores sociais, mas expressam e veiculam os sentidos que a eles são dados. Howell afirma que o processo de introdução de uma nova tecnologia no meio médico não deve ser visto como um evento, mas sim como um processo. Quando uma nova tecnologia é introduzida ela desafia, de certa forma, o *status quo*, por promover o deslocamento do poder e prestígio entre grupos. Logo, implementar uma tecnologia envolve, certamente, um processo de persuasão e negociação entre os grupos envolvidos. Diz Howell:

If technology use is defined by individual choices that are social and contextual, to understand the use of technologies one might best look at their introduction not as a single event but, rather, as a process of negotiation. Within that process voices are raised in support of and in opposition to the use of a new tool. New technologies are not immediately adopted and used.⁸³

⁸¹ HOWELL. *Technology in the Hospital. Transforming Patient Care in the Early Twentieth Century. op. cit.*

⁸² *Ibidem.* p. 229. “... a tecnologia não chega a beira do leito com os seus significados já determinados mas, ao invés disso, as idéias sobre como os testes e ferramentas podem ser utilizados refletem um contexto social assim como uma função técnica”. Tradução livre do autor.

⁸³ *Ibidem.* p. 232. “ Se o uso da tecnologia é definido por escolhas individuais que são sociais e contextuais, para se compreender o uso de tecnologias, deveria-se olhar para a sua introdução não como um evento único mas, ao invés disso, como um processo de negociação. Dentro deste processo, vozes se erguem para apoiar e se opor ao uso desta nova ferramenta. Novas tecnologias não são imediatamente adotadas e utilizadas”. Tradução livre do autor.

Esta discussão remete à ideia, presente na historiografia sobre a história da cardiologia acima referida, segundo a qual a atividade médico-científica é um processo histórica e socialmente situado e construído, constituído por acordos entre diversos grupos sociais, não apenas nos espaços estritos da ciência e da medicina. No caso da cardiologia inglesa, por exemplo, o estudo de Howell acima referido mostra como o contexto da I Guerra Mundial, mais particularmente os interesses militares e econômicos do Exército inglês, foram decisivos para criar condições favoráveis à produção de novos conhecimentos sobre as doenças cardíacas e espaços especializados para a prática da chamada “nova cardiologia”.

Um outro estudo que discute como circunstâncias históricas e sociais específicas foram determinantes na constituição da cardiologia como especialidade, com especial destaque para o papel da tecnologia médica da eletrocardiografia, é o de Christopher Lawrence sobre a “construção social” da trombose coronariana. Este é um trabalho referido ao debate em torno do conceito de “*framing disease*” proposto por Charles Rosenberg. Segundo Rosenberg, a doença “não existe como fenômeno social até ela ser nomeada”⁸⁴. A doença é um produto social não somente por produzir respostas, sentidos e valores, mas a sua própria definição como entidade “objetiva” e “fato médico” é um processo social. Sendo assim, o diagnóstico é apresentado como central neste processo de construção.⁸⁵ O autor, porém, evita o termo “construção social”, adotando a ideia de “enquadramento”, definida pelo mesmo como “a metáfora menos programaticamente cobrada (...) para descrever a confecção de esquemas explicativos e classificatórios de doenças específicas”.⁸⁶ Este enquadramento diz respeito ao processo pelo qual uma doença é definida, enquanto entidade específica, a partir de classificações e interpretações histórica e socialmente situadas. Ao mesmo tempo, segundo Rosenberg, este processo de enquadramento gera ações específicas sobre a vida social, tornando a própria doença um *frame* para a sociedade. Ou seja:

os esquemas pelos quais a doença é compreendida e explicada, bem como o papel que desempenha como força social, implicam, ao mesmo tempo, maneiras socialmente partilhadas de se conceber as características do

⁸⁴ ROSENBERG. Introduction: Framing disease: Illness, society and history. *op. cit.*, p. 13.

⁸⁵ ROSENBERG, Charles. “The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience”. In ROSENBERG, Charles. *Our Present Complaint: American Medicine, Then and Now*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

⁸⁶ *Ibidem*. p. 15.

evento biológico ao qual ela é referida, bem como certas formas e esforços coletivos de se lidar com este evento.⁸⁷

O processo de enquadramento social das doenças, afirma Rosenberg, está circunscrito a determinado tempo e espaço, além de constituir um amplo processo de negociação entre os elementos da comunidade médica, e também destes com outros grupos sociais. O adoecimento não é algo estritamente biológico, mas sim um processo que reflete as relações culturais e sociais de um determinado grupo. O autor considera a questão da doença, sua definição enquanto entidade específica, sua interação na sociedade, assim como a complexidade de respostas a mesma como processos inseridos em determinados contextos, ressaltando os acordos e negociações empreendidos tendo em vista a criação de um consenso sobre uma determinada doença. O historiador conclui chamando a atenção para a necessidade de se entender a doença como sendo “tanto um problema substantivo fundamental como uma ferramenta analítica, não só na história da medicina, mas nas ciências sociais em geral”⁸⁸, isso porque esta perspectiva permite ao historiador, ou a outros pesquisadores do assunto, entender as relações políticas, sociais e científicas que permeiam a questão da doença como uma construção histórica.

Ao estudar a definição da trombose coronariana sob tal perspectiva, Lawrence busca operacionalizar a idéia do “enquadramento” proposta por Rosenberg no caso da cardiologia. Em seu texto *Definite and Material: Coronary Thrombosis and Cardiologists in the 1920s*, defende que o processo de construção da trombose coronariana envolveu acordos e negociações entre os que se apresentavam como “cardiologistas” e a comunidade médica da época. Pelo fato de a trombose coronariana não apresentar um único padrão de manifestação clínica, não havia um consenso sobre a patologia em si e nem sobre os seus mecanismos. Importante salientar, também, o processo de “nomeação” da doença coronariana com base em critérios clínicos e eletrocardiográficos bem definidos para a sua aceitação e consolidação, como processo indissociado da própria construção da legitimidade da figura do cardiologista. Ou seja, este ato de “nomeação” e as “evidências” e “critérios” utilizados para tanto foram fruto de um processo social de convencimento e produção de consenso fundamental para a própria criação da cardiologia como especialidade. Esta discussão trazida por Lawrence se mostra em consonância ao discutido por

⁸⁷ KROPF, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, Doença do Brasil. Ciência, Saúde e Nação, 1909-1962*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p. 32.

⁸⁸ ROSENBERG. Introduction: Framing disease: Illness, society and history. *op. cit.*, p. 23.

Rosenberg, revelando que o processo de diagnóstico (e o papel da tecnologia nesse processo) é central para a aceitação de uma determinada doença pela comunidade médica e pela sociedade.⁸⁹

Em relação ao objeto de estudo aqui analisado, pode-se perceber que a construção e a definição das doenças cardiovasculares foi uma das dimensões fundamentais para a construção da cardiologia enquanto especialidade médica no Brasil. Este processo envolveu relações e negociações entre diversos grupos sociais, referidos ao contexto de afirmação das doenças cardíacas como problemas de importância médico-social relacionados à força de trabalho nos centros urbanos. Sendo assim, observa-se que uma nova forma de olhar estas patologias surgiu no âmbito de uma comunidade médica específica (que, assim como nos casos inglês e norte-americano, partilhava dos novos conceitos e práticas da chamada “nova cardiologia”), que partilhava determinados acordos teóricos e cognitivos, além de interesses profissionais e sociais.

Neste sentido, uma determinada comunidade médica, no Rio de Janeiro e em São Paulo, nas décadas de 1930, 1940 e 1950, se apresentava socialmente e publicamente como especialistas em cardiologia, e partilhava um determinado olhar sobre a cardiologia, referido tanto aos preceitos da fisiologia experimental, quanto à concepção – por eles formulada e que pretendiam difundir junto à sociedade – sobre a importância médico-social das doenças cardíacas como “ameaças” aos trabalhadores e conseqüentemente sobre a necessidade de práticas e métodos especializados para diagnosticá-las, como a eletrocardiografia, e de profissionais devidamente “autorizados” e especializados para assistir os pacientes acometidos por estas enfermidades. Ou seja, nesta dinâmica da construção social do conhecimento médico, foram centrais a organização e a afirmação deste grupo de médicos, cuja identidade estava fortemente associada ao uso de uma nova tecnologia, e que atuou fortemente para produzir o reconhecimento de que a demarcação da especialidade se fazia necessária no contexto amplo de discussões sobre como garantir a saúde do trabalhador brasileiro.

⁸⁹ LAWRENCE. “Definite and Material”: Coronary Thrombosis and Cardiologists in the 1920s. *op. cit.*

1.5 – A emergência da cardiologia no Brasil: os primeiros cursos de especialização

O processo de institucionalização da cardiologia enquanto especialidade médica no Brasil esteve inserido em um contexto político, social e econômico que envolvia a discussão sobre a importância das doenças relacionadas ao trabalho, como veremos de modo mais detalhado no capítulo 2. Nesse contexto, foram determinantes os esforços para a construção de uma identidade e reconhecimento profissional por parte de um determinado grupo de médicos que se intitulavam cardiologistas. O conhecimento das teorias de fisiopatologia das doenças cardiovasculares, associado ao domínio da eletrocardiografia, eram considerados os pré-requisitos para a autoridade e o reconhecimento profissionais como especialistas. Este grupo profissional médico era heterogêneo e, pelo domínio de saberes e técnicas específicos, buscava ser reconhecido como cardiologistas pela própria comunidade médica e, também, pela sociedade.

Traçando-se um paralelo entre o processo de especialização médica e a consolidação das profissões no mundo do trabalho, pode-se entender estes dois processos como semelhantes. Nas palavras de Maria de Lurdes Rodrigues, na obra *Sociologia das Profissões*, ela nos diz:

...as profissões estão longe de ser blocos homogêneos, comunidades cujos membros partilham identidades, valores e interesses por força dos processos de socialização sofridos nas instituições de formação. Dentro das profissões existem segmentos ou grupos constituídos a partir da diversidade das instituições de formação, de recrutamento e das actividades desenvolvidas por membros do mesmo grupo ocupacional, pelo uso de diferentes técnicas e metodologias, pelo tipo de clientes e pela diversidade de sentido de missão, sendo que tais diferenças podem até corporizar diferentes associações de interesse no interior do próprio grupo. Tais segmentos tendem a tomar o carácter de movimento social, desenvolvem identidades distintivas, um sentido de passado e futuro específicos, organizam as suas actividades e desenvolvem interacções, que assumem por forma a garantir uma posição institucional. Com estas interacções, que assumem a maior parte das vezes a forma de conflitos, ocorrem mudanças, avanços, redefinindo-se novas posições e relações dentro do grupo e fora dele, que são parte fundamental nos processos de profissionalização.⁹⁰

No caso aqui estudado, como veremos mais adiante, havia os cardiologistas que atuavam mais diretamente no campo dos debates e ações que envolviam a natureza social das doenças cardíacas, e que, inspirados pelo modelo norte-americano, mobilizavam-se pela criação de espaços institucionais especializados para a assistência social ao cardíaco. Havia, ainda, um outro grupo fundamental de cardiologistas que atuavam nos espaços acadêmicos do ensino médico, oferecendo

⁹⁰ RODRIGUES, Maria de Lurdes. *Sociologia das Profissões*. Oeiras: Celta Editora, 2002, p. 18.

curso especializados para a formação de cardiologistas e usando a eletrocardiografia como elemento distintivo de sua identidade como especialistas. Veremos nesta seção os principais cursos de especialização que, ao longo da década de 1940, constituíram espaços para a formação de cardiologistas.

A legitimação destes médicos que se identificava como “cardiologistas” foi um processo social que envolveu vários cenários, entre os espaços de treinamento. Uma dimensão importante da configuração deste processo de formação especializada foi a busca de aperfeiçoamento/treinamento no exterior através de intercâmbios e/ou estágios. Até meados da década de 1930, a medicina brasileira era predominantemente de origem francesa e alemã. Porém, com o início da II Guerra Mundial, dificultou-se o acesso às fontes e às instituições de aperfeiçoamento médico que os profissionais brasileiros tradicionalmente buscavam na Europa. A partir de então, intensificaram-se os intercâmbios entre médicos brasileiros e norte-americanos, impulsionados com a oferta de bolsas para que médicos brasileiros estudassem nos Estados Unidos. Como afirma Nelson Botelho Reis, em seu artigo *Evolução Histórica da Cardiologia no Brasil*:

De 1939 até o fim da 2ª Grande Guerra (1945) e mesmo antes dessa data as relações entre o Brasil e os Estados Unidos da América do Norte tornaram-se muito estreitas, vindo para cá grande número de norte-americanos. (...) Logicamente, criou-se uma grande rede de interesses recíprocos e uma de suas malhas se traduziu por facilidades para o estágio de médicos brasileiros nos hospitais americanos.⁹¹

Antes mesmo da década de 1930, a relação com os Estados Unidos vinha se afirmando sobretudo em virtude da presença da Fundação Rockefeller no Brasil. Fundada em 1913, esta organização filantrópica implementou campanhas sanitárias visando principalmente o combate a doenças infecciosas, e apoiou o desenvolvimento da ciência e do ensino médico em vários países da América Latina, entre eles o Brasil.⁹²

Na década de 1930, este intercâmbio com os Estados Unidos estava diretamente alinhado

⁹¹ REIS. *Evolução Histórica da Cardiologia no Brasil*. *op. cit.*, p. 376.

⁹² CUETO, Marcos; PALMER, Steven. *Medicina e Saúde Pública na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

com as ações da Política de Boa Vizinhança (*Good Neighbor Policy*), proposta pela presidência de Franklin Delano Roosevelt, eleito em 1933, e que buscava promover a aproximação econômica, política e cultural entre os EUA e a América Latina. A principal característica desta política foi o abandono da prática intervencionista que prevalecera nas relações entre os Estados Unidos e a América Latina em prol de uma perspectiva de negociação diplomática e de colaboração econômica, militar e cultural com o objetivo de combater a ascensão do nazi-fascismo na região, manter a estabilidade política no continente e assegurar a liderança estadunidense no “hemisfério ocidental”.

Os médicos que escreveram sobre a história da cardiologia no Brasil convergem no sentido de ressaltar o impacto deste intercâmbio com os Estados Unidos como o ponto crucial para a institucionalização da especialidade, que culminou com a fundação da Sociedade Brasileira de Cardiologia em 1943.

A eclosão da Segunda Guerra Mundial levou o Brasil a perder repentinamente o contato com a Europa, onde a Medicina brasileira se pautava e de onde advinha grande parte da literatura científica que propiciava o aperfeiçoamento médico à época, através das publicações lideradas por Inglaterra, França e Alemanha.

A transformação deste panorama voltou o interesse para a atividade científica produzida nos Estados Unidos, através da concessão de bolsas de estudos para jovens médicos em busca de aperfeiçoamento científico e aí estão as raízes da fundação da Sociedade Brasileira de Cardiologia.⁹³

Uma importante instituição norte-americana que, neste movimento de intercâmbios, recebeu diversos médicos brasileiros – vários dos quais viriam a ser membros fundadores e membros da diretoria da Sociedade Brasileira de Cardiologia – foi a *Heart Station* da Universidade de Michigan, chefiada por Frank Wilson.⁹⁴ Como vimos, este pesquisador era uma liderança nos estudos sobre eletrocardiografia e seus trabalhos foram decisivos para a produção de um consenso sobre as formas de ver e interpretar as alterações expressas no eletrocardiograma como critérios de diagnóstico das doenças cardíacas, em especial o infarto do miocárdio.⁹⁵ No capítulo 3, veremos

⁹³ ANDRADE & QUEIROZ. Sociedade Brasileira de Cardiologia 70 anos. Uma História de Sucesso – 1943/2013. *op. cit.*, p. 15.

⁹⁴ Ver KROPF & HOWELL. War, medicine and cultural diplomacy in the Americas: Frank Wilson and Brazilian cardiology. *op. cit.*

⁹⁵ HOWELL. Frank Norman Wilson: Theory, Technology, and Electrocardiography. *op. cit.*

como as ideias de Wilson foram importantes para os trabalhos dos cardiologistas brasileiros que publicavam seus estudos na revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Ao longo da década de 1930, houve diversos marcos importantes para a afirmação da cardiologia no meio médico brasileiro. Um deles foi a realização do 1º Simpósio Brasileiro sobre Insuficiência Coronariana, em 1938, coordenado por Edgard Magalhães Gomes, e que se deu na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.⁹⁶ Este evento permitiu grande visibilidade e discussão do tema, visto ser Magalhães Gomes uma liderança da cardiologia no Rio de Janeiro, servindo também como espaço de formação de outros novos profissionais cardiologistas.⁹⁷

Cursos, simpósios e reuniões eram espaços destinados a discussões técnicas sobre os diversos temas da cardiologia, mas funcionavam também como importantes espaços para a formação e recrutamento de profissionais, bem como para conferir visibilidade à área.

A cardiologia e a eletrocardiografia passaram a ganhar crescente projeção e importância ao longo da década de 1930, sobretudo nos cursos de especialização oferecidos no Rio de Janeiro e, principalmente, em São Paulo, onde a liderança na área era Dante Pazzanese. Formado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro em 1925⁹⁸, Pazzanese era assistente voluntário no Serviço do Professor Ovídio Pires de Campos (médico da 3ª enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e professor catedrático de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de São Paulo) quando organizou e ministrou em 1930, neste Serviço, o primeiro curso de eletrocardiografia de São Paulo.⁹⁹ Em 1937, com a fundação do Hospital Municipal de São Paulo, Pazzanese, a convite do prefeito Fábio Prado, Pazzanese criou o Serviço de Cardiologia deste hospital, que era equipado com eletrocardiógrafos e fonocardiógrafos.¹⁰⁰ Em 1939, viajou

⁹⁶ REIS. Evolução Histórica da Cardiologia no Brasil. *op. cit.*, p. 376.

⁹⁷ Edgard Magalhães Gomes nasceu Petrópolis, no estado do Rio de Janeiro, em 1901. Doutorou-se em medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro em 1926. Foi livre docente em Clínica Médica e Clínica Propedêutica Médica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil e de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, chefe da 22ª Enfermaria do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, professor catedrático de Fisiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e professor catedrático e depois emérito de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Magalhães Gomes foi também cardiologista do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários. Ver KROPP. O Coração do Trabalhador: Cardiologia e Projeto Nacional no Estado Novo. *op. cit.* ; ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. Edgard Magalhães Gomes (www.anm.org.br).

⁹⁸ ACADEMIA DE MEDICINA DE SÃO PAULO. Dante Pazzanese. (www.academiamedicinasaopaulo.org.br).

⁹⁹ LEME. História da Eletrocardiografia no Brasil. *op. cit.*, p. 181.

¹⁰⁰ ANDRADE e QUEIROZ. Sociedade Brasileira de Cardiologia 70 anos. Uma História de Sucesso – 1943/2013. *op. cit.*, p. 15.

para os Estados Unidos a fim de realizar um estágio na Universidade de Michigan, na *Heart Station*, iniciando com Frank Wilson uma relação de forte vínculo.

Após retornar ao Brasil, Pazzanese ministrou, em janeiro de 1941, o primeiro curso anual de cardiologia patrocinado pelo Serviço de Cardiologia do Hospital Municipal de São Paulo. Este curso congregou alunos de diversas regiões do Brasil, gerando “os vínculos nos quais se alicerçaria a futura Sociedade, de que não se cogitava ainda”.¹⁰¹ Este curso passou, então, a fazer parte da agenda de atividades do hospital, existindo até os dias de hoje. A primeira edição foi anunciada na imprensa diária, que qualificou a iniciativa como importante expressão do movimento de criação das especialidades médicas:

S. PAULO 2 (Da Sucursal de A NOITE). Tamanha é a rapidez com que vem evoluindo a medicina contemporânea que se tornou difícil, ao médico geral, manter-se inteiramente ao par de suas novas aquisições e da renovação constante de suas doutrinas. Têm-se multiplicado, nos últimos tempos, os cursos de aperfeiçoamento, em que especialistas se incumbem de condensar e resumir, para o médico geral, os progressos dos vários ramos da medicina, habilitando-o tirar assim, em benefício dos seus doentes, o melhor partido dos esforços dos investigadores científicos.

O Serviço de Cardiologia do Hospital Municipal tomou a iniciativa, sob o patrocínio do prefeito de São Paulo, Sr. Prestes Maia, de promover a realização regular de cursos dessa natureza. Para maior eficiência, tais cursos serão anuais e intensivos, condições essas indispensáveis para a sua acessibilidade aos médicos do interior. (...)

O Curso de Cardiologia ficará a cargo dos elementos do Serviço de Cardiologia do Hospital Municipal, que trabalham sob a orientação do Dr. Dante Pazzanese, tendo sido para ele especialmente convidados os professores Benedicto Montenegro e Cunha Motta. Constará de 40 aulas teórico-práticas, dadas em 12 dias, com demonstração em alto-falantes, estetoscópios elétricos coletivos, discos, tomada e análise de traçados eletrocardiográficos e fonocardiográficos nos vários tipos de aparelhos, exames radiológicos, quimográfico e roentgenfotográfico, etc.¹⁰²

Por ocasião de seu encerramento, o curso novamente mereceu destaque no Jornal *A Noite*. A reportagem salientou o sucesso do evento e a presença de grande número de médicos de quase todos os estados do país. Mais uma vez destacou-se sua relevância como espaço de divulgação dos

¹⁰¹ LUNA. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Cinquenta Anos de História. *op. cit.*, p. 5.

¹⁰² A NOITE. Um curso de aperfeiçoamento para médicos em São Paulo. *A Noite*, Rio de Janeiro, 2 de Outubro de 1940, Edição 10290, p. 4.

novos conceitos de cardiologia, salientando a importância epidemiológica atribuída às doenças cardiovasculares.

S. PAULO – Encerrou-se o curso de aperfeiçoamento de cardiologia levado a efeito pelo Serviço de Cardiologia do Hospital Municipal desta capital organizado pelo Dr. Dante Pazzanese, diretor do Serviço e no qual se inscreveram médicos de quase todos os estados da Federação. (...) O curso em questão teve por finalidade difundir entre a classe médica de todo o Brasil, reunida aqui, os novos conceitos sobre a cardiologia, pois as moléstias do coração encabeçam a lista das doenças que mais matam e além disso é necessária, periodicamente, uma revisão nos conhecimentos gerais dos clínicos sobre o assunto, dados os contínuos e vertiginosos progressos científicos nesse setor.¹⁰³

O curso coordenado por Pazzanese também seria sistematicamente divulgado na imprensa médica. Por ocasião de sua segunda edição, por exemplo, a revista *O Hospital* comentou que a grande demanda pelo curso havia tornado necessário estendê-lo de 12 para 21 dias de duração: “O interesse despertado em todo o Brasil pela continuação de tais cursos intensivos mostrou-nos a necessidade de torná-los regulares e anuais.”¹⁰⁴

Quintiliano H. de Mesquita, chefe do serviço de cardiologia do Hospital Nossa Senhora de Aparecida e das Casas de Saúde Matarazzo e professor do curso, enfatizou sua relevância, chegando a atribuir a esta iniciativa o marco fundador da própria especialidade, com ênfase para a importância assumida pela eletrocardiografia e sua aplicação na clínica:

No Brasil, a Cardiologia foi lançada como especialidade a partir de 1941, no primeiro curso intensivo de cardiologia do Serviço de Cardiologia, do Hospital Municipal de São Paulo, por seu fundador e chefe Dr. Dante Pazzanese, o primeiro cardiologista brasileiro com dedicação exclusiva à Cardiologia, com a participação de Dr. Leovigildo Mendonça de Barros e o radiologista Dr. Olavo Pazzanese. Na época, era o Serviço melhor aparelhado e disposto para a iniciação de novos cardiologistas que desejassem seguir seu fundador e mestre maior na dedicação à cardiologia e, principalmente na Eletrocardiografia, que engatinhava e era assim lançada, ensinando ao Brasil como fazer na prática o diagnóstico eletrocardiográfico do enfarte agudo do miocárdio, como de maior importância na Clínica. E, por extensão, o de bloqueios de ramo, hipertrofias ventriculares e o sedutor campo das arritmias cardíacas, onde a Eletrocardiografia continua soberana.¹⁰⁵

¹⁰³ A NOITE. Encerrado o Curso de Cardiologia do Hospital Municipal de São Paulo. *A Noite*, Rio de Janeiro, 23 de março de 1941, p. 6.

¹⁰⁴ O HOSPITAL. Anotações, livros, revistas e análises. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 21, n.3, 1942, pp. 493-495, p. 493.

¹⁰⁵ MESQUITA, Quintiliano H. *Como escapar da ponte de safena e do enfarte do miocárdio só com remédios*. São Paulo: Ed. Ícone, 1991. p. 21.

O curso era constituído por aulas teóricas e práticas. O conteúdo era amplo e abordava desde aspectos anatômicos e fisiológicos do sistema cardiovascular até a discussão das principais patologias cardíacas da época, como, por exemplo, a cardiopatia reumática, a cardiopatia sifilítica, a insuficiência coronariana e o infarto do miocárdio.¹⁰⁶ Como registrado por Mesquita, a eletrocardiografia era um dos pilares do curso, sendo discutidos os seus princípios e as modificações da forma do eletrocardiograma, em conformidade com os conhecimentos produzidos por Frank Wilson na *Heart Station*, onde Pazzanese havia estudado. O conteúdo das aulas do II Curso Intensivo de Cardiologia, realizado em abril 1942, foi divulgado na revista *O Hospital*.¹⁰⁷

Foram professores da 2ª edição do curso, entre outros: Dante Pazzanese, Olavo Pazzanese, Silvio Bertacchi e Leovigildo Mendonça de Barros (assistentes de Dante Pazzanese no Serviço de Cardiologia do Hospital Municipal de São Paulo), Walter Buengeler (professor de Anatomia Patológica da Escola Paulista de Medicina), Quintiliano Mesquita e Bernardo Magalhães (médicos especializados do Serviço de Cardiologia do Hospital Municipal de São Paulo), Rubens Mário Garcia Maciel (docente livre de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre).¹⁰⁸

¹⁰⁶ O HOSPITAL. Anotações, livros, revistas e análises. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 21, n.3, 1942, pp. 493-495, p. 493.

¹⁰⁷ O HOSPITAL. Anotações, livros, revistas e análises, *O Hospital*. Rio de Janeiro, v. 21, n.3, 1942, pp. 493-495, p. 494-495.

¹⁰⁸ *Ibidem*.



Participantes do I Curso de Cardiologia do Hospital Municipal de São Paulo, realizado em 15/03/1941

Participantes do I Curso de Cardiologia do Hospital Municipal de São Paulo, realizado em 15/03/1941. FONTE: LUNA, Rafael Leite. *Sociedade Brasileira de Cardiologia. Cinquenta Anos de História*. Belo Horizonte: SBC, 1993, p. 7.



Participantes do II Curso de Cardiologia do Hospital Municipal de São Paulo, realizado em 1942. Na foto vê-se ao centro o Dr. Dante Pazzanese, com o Dr. Olavo Pazzanese à sua esquerda e ao lado deste o Dr. Quintiliano de Mesquita.

Participantes do II curso de Cardiologia do Hospital Municipal de São Paulo, realizado em 1942. FONTE: www.infarctcombat.org/anos40/qhm.html.

Em meados de 1942, a convite de Álvaro Lemos Torres (diretor da Escola Paulista de Medicina,¹⁰⁹ que havia estagiado com Frank Wilson na *Heart Station* da Universidade de Michigan em 1923, com uma bolsa da Fundação Rockefeller), este médico norte-americano veio ao Brasil ministrar um curso de eletrocardiografia.¹¹⁰ A presença de Wilson foi fundamental para reunir as principais lideranças da cardiologia no país e jovens interessados na área, criando uma identidade de grupo e abrindo caminho para que outros médicos brasileiros tivessem a oportunidade de estagiar com este pesquisador norte-americano na Universidade de Michigan.¹¹¹

Em 1942 durante a Segunda Guerra, organizou [Dante Pazzanese] no Hospital Municipal, um Curso de Eletrocardiografia proferido pelo Prof. Frank Norman Wilson, grande mestre americano, pioneiro do Período Moderno da Eletrocardiografia. Dele participaram muitos mestres da Cardiologia Brasileira.¹¹²

O vínculo com este pesquisador norte-americano se tornou um elemento fundamental no processo de formação e difusão da cardiologia no Brasil. Logo após a estadia de Pazzanese na *Heart Station*, outro brasileiro, Nelson Cotrim (assistente da 1ª Cadeira de Clínica Médica da Faculdade Fluminense de Medicina), realizou pesquisas junto a Wilson, entre 1940 e 1941. O periódico *O Hospital*, em 1943, publicou a aula que ele proferiu na Universidade de Michigan, por ocasião do início das atividades letivas do curso médico daquela Universidade, na qual Cotrim

¹⁰⁹ A criação da EPM, em 1933, se deu a partir de dois pilares: a insuficiência de vagas no ensino superior de medicina, visto ser a Faculdade de Medicina de São Paulo a única escola de medicina do estado, e um grande número de professores descontentes com a dificuldade de ascensão ao cargo vitalício de professor catedrático. Um grupo de médicos passou a defender que somente a abertura de uma nova escola médica ampliaria o número de vagas para suprir a crescente demanda de alunos e, também, ampliaria as possibilidades dos professores de ingressarem na carreira acadêmica. Além disto, este grupo de médicos fundadores da EPM trazia consigo a ideia de um hospital-escola como espaço de excelência na formação de médicos, onde, além da prestação de serviços de ensino e assistência, fossem realizadas pesquisas voltadas ao desenvolvimento técnico e científico da medicina, com especial ênfase nas especialidades médicas. Álvaro Lemos Torres, segundo diretor da EPM a partir de 1938, foi um grande incentivador deste projeto, sendo inaugurado durante a sua gestão o hospital de clínicas da EPM, o Hospital São Paulo. SILVA, Marcia Regina Barros. O ensino médico em São Paulo e a criação da Escola Paulista de Medicina. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, out.-dez. 2001, pp.541-565.

¹¹⁰ Lemos Torres faleceu repentinamente poucos meses antes da chegada de Frank Wilson ao Brasil, tendo Pazzanese, então, assumido a responsabilidade por articular a estadia de Wilson em São Paulo. Sobre a viagem de Wilson ao Brasil, patrocinada pelo Departamento de Estado dos Estados Unidos no âmbito da diplomacia cultural da “Boa Vizinhaça”, e seus impactos na construção da cardiologia brasileira e na legitimação das ideias do próprio Wilson. Ver KROPF & HOWELL. War, medicine and cultural diplomacy in the Americas: Frank Wilson and Brazilian cardiology. *op. cit.*

¹¹¹ LUNA. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Cinquenta Anos de História. *op. cit.*, p. 5.

¹¹² LEME. História da Eletrocardiografia no Brasil. *op. cit.*, p. 181.

ressaltava a importância das ideias de Wilson sobre as derivações precordiais.¹¹³ A presença de Nelson Cotrim, como a de diversos médicos brasileiros que iriam depois dele, na *Heart Station* da Universidade de Michigan expressou a importante participação deste pesquisador norte-americano na formação dos futuros cardiologistas brasileiros, que seriam os veiculadores de suas ideias aqui no Brasil.¹¹⁴

Segundo Nelson Botelho Reis, que participou do curso de Wilson em São Paulo (e viria a estagiar com ele na *Heart Station* em 1946), logo em seguida a este evento, um grupo de cardiologistas liderados por Pazzanese e estimulados pelo próprio Wilson resolveu criar a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), no dia 14 agosto de 1943.¹¹⁵ A associação vinha formalizar de modo decisivo a existência da especialidade, o que levaria por sua vez a que o interesse pela cardiologia fosse intensificado e ampliado. No capítulo 3, analisaremos os principais elementos no processo de construção da SBC em seus primeiros anos de funcionamento.



Participantes do Curso de Eletrocardiografia dado por Frank Norman Wilson em 1942 assistido pelos Drs. Dante Pazzanese, Quintiliano Mesquita, Celestino Bourroul, Magalhães Gomez, Jairo Ramos, Barbosa Correia, Antonio Villela, Paulo de Almeida Toledo, Alberto Ferreira, Olavo Pazzanese, Bernardo Magalhães, Mendouça Barros, Costa Carvalho e outros

Participantes do Curso de Eletrocardiografia dado por Frank Wilson, em 1942. FONTE: www.infarctcombat.org/anos40/qhm.html.

¹¹³ COTRIM, Nelson. Derivações Precordiais Normais. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, 1943, pp. 683–692.

¹¹⁴ KROPF & HOWELL. War, medicine and cultural diplomacy in the Americas: Frank Wilson and Brazilian cardiology. *op. cit.*

¹¹⁵ REIS. Evolução Histórica da Cardiologia no Brasil. *op. cit.*, p. 377.

O Curso de Cardiologia Intensiva do Hospital Municipal de São Paulo, coordenado por Dante Pazzanese desde 1941, continuaria fazendo parte do calendário de cursos ministrados em cardiologia, sendo amplamente divulgado na imprensa médica. A finalidade deste curso era “manter o clínico geral ao par do progresso constante da cardiologia e servir de introdução a um conhecimento mais íntimo dessa importante especialidade.”¹¹⁶ Porém, outras iniciativas surgiram em diversos outros locais e instituições do país.

Em 1941, o *Jornal do Commercio* divulgou os cursos de especialização promovidos pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, em outubro daquele ano, entre os quais um curso de especialização em cardiologia sob a coordenação de Magalhães Gomes, e que ocorreu na 22ª enfermaria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, com aulas diárias.¹¹⁷

Já 1943, novamente na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, ocorreram dois cursos em Cardiologia, e que também foram divulgados em *O Hospital*. O primeiro, a cargo de Magalhães Gomes, foi realizado no período de 10 de agosto a 17 de setembro de 1943 e era composto por três partes: aulas teóricas sobre diversos temas da cardiologia, uma parte prática e uma parte de estudo clínico, eletrocardiográfico e fonocardiográfico. Participaram do curso os seguintes professores, vários deles vindos de São Paulo e que atuavam também no curso coordenado por Pazzanese no Hospital Municipal de São Paulo: Magalhães Gomes, Helion Povoá (professor catedrático de Patologia Geral da Faculdade Nacional de Medicina), Francisco Laranja (cardiologista do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, IAPI/RJ), R. Laclete, Aloysio de Castro (professor emérito da Faculdade Nacional de Medicina e Presidente da Academia Nacional de Medicina), Dante Pazzanese, W. Berardinelli, L. Lages, L. Mendonça de Barros, Luis Feijó (docente-livre da Faculdade Fluminense de Medicina e da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro), Hugo Alquéres, Deolindo Couto, Luis Capriglione (professor catedrático de Clínica Médica da Faculdade Nacional de Medicina), Jairo Ramos (professor catedrático de Clínica Propedêutica da EPM), Abreu Fialho, Emiliano Gomes, Cruz Lima, Nelson Botelho Reis (docente-livre da Faculdade Nacional de Medicina), Olavo Pazzanese, Thalino Botelho, F. Paulino, Paulo Niemeyer, B. Couto, Jair S. Carmo, Antonio Araújo Villela (professor assistente da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, atuando na 9ª Enfermaria da

¹¹⁶ BRASIL-MÉDICO. Notas e Informações. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, n. 44, 45 e 46 (1, 8 e 15 de novembro), 1947, p. 30.

¹¹⁷JORNAL DO COMMERCIO. Cursos. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 29 e 30 de Setembro de 1941, p. 5.

Santa Casa), W. Pimenta Bueno, Aarão Benchimol (livre docente de Clínica Médica da Faculdade Nacional de Medicina), Robinson Roubach e Arthur Carvalho Azevedo, mostrando uma ampla interação entre os centros cardiológicos de São Paulo e Rio de Janeiro.¹¹⁸ A aula proferida por Dante Pazzanese e Ovídio Montenegro, sobre doença coronariana, foi publicada nesta mesma revista, sob forma de artigo, no ano de 1944.¹¹⁹

O segundo curso de especialização que ocorreu em 1943 na Santa Casa de Misericórdia foi um curso de atualização em hipertensão arterial, sob coordenação de Genival Londres, diretor do Serviço de Moléstias Cardiovasculares e liderança dos debates em torno da assistência social ao cardíaco. Composto de 10 aulas, contou com a participação dos seguintes profissionais: Genival Londres, Roberto Segadas (docente-livre da Faculdade Nacional de Medicina), F. Marques dos Reis, Nelson Cotrim, J. Pulchério Filho e Joaquim Brito (cirurgião da Santa Casa e do Pronto Socorro).¹²⁰

Um curso específico sobre doença coronariana foi ministrado em maio de 1945, sob a forma de Curso de Extensão Universitária da Universidade do Brasil. Denominado “Síndromes Coronárias (Angor Pectoris, Infarto do Miocárdio, Insuficiências Coronárias)”, foi coordenado por Nelson Botelho Reis (Docente-Livre da Faculdade Nacional de Medicina) e Roberto Menezes de Oliveira (Docente-Livre da Faculdade Nacional de Medicina) e, assim como os acima mencionados, foi realizado na Santa Casa de Misericórdia. Como convidados do curso, estiveram presente Magalhães Gomes, Cândido de Oliveira, Antônio Melo e Paulo Niemeyer.¹²¹

Um espaço importante para cardiologia no então capital federal era a Policlínica Geral do Rio de Janeiro. Em 1948, foi criado ali um Serviço de Cardiologia, sob coordenação de Antonio Araújo Villela, um dos sócios fundadores da Sociedade Brasileira de Cardiologia e Hematologia e, depois, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, e que havia estagiado em 1945 com Frank Wilson na Universidade de Michigan.¹²² Neste mesmo ano de 1948, foi oferecido um curso de

¹¹⁸ O HOSPITAL. Noticiário. *O Hospital*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 1943, pp. 487-489.

¹¹⁹ PAZZANESE, Dante; MONTENEGRO, Ovídio. A angina pré e pós-enfarte. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, 1944, pp. 753-760.

¹²⁰ O HOSPITAL. Noticiário. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, 1943, pp. 635.

¹²¹ O HOSPITAL. Noticiário. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 27, n.5, 1945, p. 873.

¹²² Antonio Araújo Villela nasceu em 1902, graduando-se em medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1927. Em 1930, estabeleceu-se, inicialmente, em Uberlândia, mudando-se depois para Araguari, onde fundou o Hospital Santa Marta. Retornou para o Rio de Janeiro em 1943, trabalhando inicialmente com Magalhães Gomes na

cardiologia constituído por 17 aulas e coordenado pelos Profs. Fernando Paulino e Roberto Menezes de Oliveira.¹²³ Os cursos oferecidos pela Policlínica Geral do Rio de Janeiro tinham grande publicidade e divulgação anual nos periódicos *O Hospital* e *Brasil-Médico*, consolidando-se como um importante evento na agenda de cursos médicos da cidade do Rio de Janeiro e um importante espaço de afirmação e reprodução da especialidade.¹²⁴

Além dos cursos no Rio de Janeiro e em São Paulo, em 1945 a revista *O Hospital* divulgava o curso de Cardiologia Clínica oferecido pela Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia e coordenado pelo Prof. Adriano Pondé.¹²⁵ Este fato reflete a presença de especialistas em cardiologia fora do eixo Rio-São Paulo, divulgando esta especialidade médica e formando novos especialistas em outras regiões.

Na década de 1940, além destes cursos gerais de cardiologia, passaram a ser oferecidos também cursos especificamente voltados para a eletrocardiografia. Em São Paulo, o curso de eletrocardiografia do Hospital Nossa Senhora Aparecida e das Casas de Saúde Matarazzo, coordenado por Quintiliano H. Mesquita, ganhou grande destaque na imprensa médica. Nas revistas *O Hospital* e *Brasil-Médico*, houve divulgação a partir da 2ª edição do curso, ocorrida no período de 24 de fevereiro a 31 de março de 1947, e cuja aula inaugural foi ministrada por Dante Pazzanese.¹²⁶

No Rio de Janeiro, também no ano de 1947, foram divulgados dois cursos de eletrocardiografia, realizados na Faculdade Nacional de Medicina. O curso de Eletrocardiografia

9ª Enfermaria do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia. Em 1955, fundou a Sociedade de Cardiologia do Distrito Federal. (ALBINESI FILHO. 50 anos da história da cardiologia do Estado do Rio de Janeiro. *op. cit.*, p. 39)

¹²³ BRASIL-MÉDICO. Notas e Informações. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, n. 51 e 52 (20 e 27 de Dezembro), 1947, p. 32.

¹²⁴ A partir de 1953, a Escola de Aperfeiçoamento Médico da Policlínica Geral do Rio de Janeiro passou a oferecer, anualmente, cursos de aperfeiçoamento em diversas especialidades médicas, entre elas a cardiologia. Neste ano, o Departamento de Clínica Cardiológica da Policlínica ofereceu cursos que abrangeram diversos temas da cardiologia, tais como: Curso de Introdução ao Estudo da Cardiologia, Curso Elementar de Eletrocardiografia Clínica, Curso de Radiologia Clínica Cardiovascular, Curso de Terapêutica Cardiovascular, Clínica das Cardiopatias Congênitas, Clínica da Cardiopatia Reumatismal, Clínica da Cardiopatia Arteriosclerótica, Clínica da Doença Cardiovascular Hipertensiva Incluindo o Fundo de Olho na Hipertensão. O HOSPITAL. Noticiário. *O Hospital*, v. 43, n. 3, 1953, p. 423-425. O curso de Introdução ao Estudo da Cardiologia ficou sob coordenação do Professor Antônio Araújo Villela, sendo constituído por 10 aulas, que abordavam a fisiopatologia cardiovascular, a semiologia cardiovascular e as principais patologias. BRASIL-MÉDICO. Escola de Aperfeiçoamento Médico da Policlínica Geral do Rio de Janeiro. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, n. 6 e 7 (8 e 15 de fevereiro), 1953, p. 106.

¹²⁵ O HOSPITAL. Noticiário. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, 1945, p. 517.

¹²⁶ O HOSPITAL. Noticiário. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, 1947, pp. 342-343; BRASIL-MÉDICO. Ensino Médico. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, n. 1 e 2 (4 e 11 de janeiro), 1947, p. 10.

Clínica, no Serviço do Prof. Luiz Capriglione (professor catedrático de clínica médica desta escola), teve a orientação de Aarão Burlamaqui Benchimol e contou com a colaboração de Paulo Schlesinger (que estagiou com Wilson em 1946) e Murilo Cotrim, sendo as aulas ministradas no Hospital Moncorvo Filho.¹²⁷ O curso de Extensão Universitária de Eletrocardiografia Clínica, coordenado por Oscar Ferreira Jr., teve a colaboração de Waldemar Deccache.¹²⁸

Além dos cursos de especialização, outro importante evento para a construção da cardiologia brasileira eram os congressos médicos especializados. Além dos encontros anuais da SBC, que ocorreram a partir de 1944 e que seriam divulgados nas revistas médicas, um marco importante foi a participação dos cardiologistas brasileiros no 2º Congresso Internacional de Cardiologia, realizado entre os dias 6 e 12 de outubro de 1946, na capital do México. A delegação brasileira era constituída por Luiz Capriglione, W. Berardinelli, Edgard Magalhães Gomes, Aarão Benchimol, Emmanuel Dias (Diretor do Centro de Estudos e Profilaxia da Moléstia de Chagas do Instituto Oswaldo Cruz) e Francisco Laranja. Neste evento, o tema oficial da delegação brasileira foi “cardiopatia na doença de Chagas”.¹²⁹ Isto revela um primeiro momento de visibilidade da cardiologia brasileira no cenário médico internacional.

O fato de a doença de Chagas ter sido escolhido como tema oficial da delegação brasileira neste importante evento expressa a relevância que este tema tinha para a cardiologia brasileira. Antes mesmo da década de 1930, Carlos Chagas, pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz e responsável pela descrição desta enfermidade parasitária em 1909, havia sido pioneiro no uso da eletrocardiografia no Brasil, utilizando a nova tecnologia desde 1910 para realizar seus estudos sobre o que caracterizou como a “forma cardíaca” da doença. Os estudos sobre a doença de Chagas ganharam grande projeção como expressão da excelência da ciência e da medicina tropical

¹²⁷ BRASIL-MÉDICO. Ensino Médico. *Brasil-Médico*, n. 27 e 28 (5 e 12 de julho), 1947, p. 256.

¹²⁸ BRASIL-MÉDICO. Ensino Médico. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, n. 29 e 30 (19 e 26 de julho), 1947, p. 280. Em homenagem ao 10º aniversário da 5ª Cadeira de Clínica Médica da Faculdade Nacional de Medicina, foi oferecido, em julho de 1954, um curso de Extensão Universitária, denominado “Eletrocardiografia Clínica”. Composto por doze aulas, o curso foi ministrado por Paulo Schlesinger, Nelson Botelho Reis e Aarão Benchimol. (BRASIL-MÉDICO. “Noticiário”. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, n. 10 a 13 (7 a 28 de março), 1954, p. 129.) Em maio, já como parte destas comemorações, havia sido oferecido um curso de Extensão Universitária, denominado “Temas de Cardiologia”. Este curso, ministrado ao longo de doze aulas, tinha como organizadores Nelson Botelho Reis e Paulo Schlesinger, com a colaboração de Jose Schermann (Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil), O. Fontes e J. Augusto Aguiar. (BRASIL-MÉDICO. Noticiário. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, n. 10 a 13 (7 a 28 de março), 1954, p. 129.)

¹²⁹ BRASIL-MÉDICO. Congressos e Conferências. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, n. 40 e 41 (5 e 12 de outubro), 1946, p. 331.

brasileiras, nacional e internacionalmente reconhecidas, e a doença foi considerada um grande problema de saúde pública nacional. No entanto, sua caracterização clínica (especialmente a correlação com distúrbios tireoidianos) e epidemiológica foi duramente questionada na década de 1920 e o tema ficou sujeito a dúvidas até o início da década de 1940, quando discípulos de Carlos Chagas (falecido em 1934), sob a liderança de Emmanuel Dias, criaram o Centro de Estudos e Profilaxia da Moléstia de Chagas, posto de pesquisas do IOC na cidade mineira de Bambuí, com o objetivo de desenvolver novos estudos clínicos sobre a doença, com foco nos seus aspectos cardíacos. A atuação de Francisco Laranja (assistente de Magalhães Gomes no IAPI e que participou do curso de Wilson em 1942, praticando a eletrocardiografia segundo seus métodos) foi decisiva para a caracterização e reconhecimento da cardiopatia chagásica crônica como principal expressão clínica da doença de Chagas.¹³⁰ Como veremos, este foi um tema bastante presente nos encontros e na revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Podemos destacar três importantes marcos iniciais no processo de formação de profissionais na área da cardiologia no Brasil no período que antecede à criação da SBC: o Curso Intensivo de Cardiologia do Hospital Municipal de São Paulo, em 1941, o Curso de Eletrocardiografia ministrado por Frank Wilson em São Paulo em 1942 e o Curso de Cardiologia da Santa Casa do Rio de Janeiro, ministrado por Magalhães Gomes, em 1943. A partir da existência da SBC, multiplicaram-se os cursos que abordavam os diversos aspectos da nova especialidade médica. O fato de terem ampla divulgação nos veículos de comunicação médica geral, como as revistas *O Hospital* e *Brasil-Médico*, garantiu sua capacidade de atrair novos profissionais para a nascente especialidade.

Estes cursos eram importantes face às resistências que havia em relação ao ensino da cardiologia como uma cadeira própria no currículo regular das escolas médicas. Os primeiros médicos estudiosos da área de cardiologia eram os clínicos. Sendo a cardiologia uma área do conhecimento médico que crescia em importância, estes professores de clínica médica (vários deles catedráticos) não “desejavam ver as suas disciplinas esvaziadas de tão importante conteúdo clínico”.¹³¹ Ou seja, o ensino da cardiologia como disciplina autonomizada face à clínica médica sofria restrições por parte de alguns professores, mesmo os que se destacavam como lideranças da

¹³⁰ Sobre a história da doença de Chagas, ver KROPF. *Doença de Chagas, Doença do Brasil. Ciência, Saúde e Nação, 1909-1962. op. cit.*

¹³¹ ALBANESI FILHO. 50 anos de história da cardiologia do Estado do Rio de Janeiro. *op. cit.*, p. 43.

cardiologia mas que gozavam de grande prestígio como catedráticos de clínica médica. Somente no final da década de 1950 se concretizaria a primeira cátedra de cardiologia do país, assumida, mediante concurso, por Aarão Burlamaqui Benchimol na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado da Guanabara.¹³²

A presença destes cursos especializados de cardiologia – que como vimos ocorriam tanto nas escolas médicas quanto nos hospitais – foram, portanto, importantes marcos para a construção e institucionalização da especialidade, visto que a formação acadêmica de novos cardiologistas era um fator vital para a legitimação da cardiologia. Sendo assim, estes cursos funcionavam não apenas como espaços de divulgação dos novos conhecimentos e tecnologias que constituíam a especialidade, mas também um meio fundamental para atrair novos profissionais que, em sua prática como clínicos, passariam a se identificar como “cardiologistas”. Este foi um processo de ocorreu num contexto de grandes debates sobre a importância médica e social das doenças cardiovasculares, tema que passamos a analisar a seguir.

¹³² O concurso teve início em 23/03/1959 e, além de Aarão Benchimol, contava com outro candidato, Roberto Segadas Vianna. O resultado final do concurso foi divulgado em 26/03/1959. (Ibidem. pp. 44-46)

CAPÍTULO 2 - O DEBATE SOBRE A IMPORTÂNCIA MÉDICO-SOCIAL DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES NAS REVISTAS MÉDICAS

2.1 - As doenças do coração como ameaças aos trabalhadores

Os anos de 1930 e 1940 marcaram uma expressiva modificação na organização e valorização do trabalho no Brasil. O país vinha de uma experiência escravocrata de três séculos, onde o trabalhador – o escravo – não possuía qualquer reconhecimento social. A pobreza, durante muito tempo, foi reconhecida como elemento fundamental para o estímulo ao trabalho. Diz Ângela de Castro Gomes:

Durante muitos séculos, no Brasil e no mundo, a pobreza fora entendida como um fato inevitável e até útil, uma vez que consistia em estímulo ao trabalho. Os “pobres” tornavam-se operosos por força da necessidade, enquanto cabia aos “homens bons” a responsabilidade social por sua existência e pelo progresso da nação.¹³³

Com a abolição da escravatura, a pobreza passou a ser pensada como um obstáculo ao desenvolvimento social. Durante o início do período republicano, ainda imperava uma intensa política liberal. Neste sentido, havia limites à intervenção estatal em áreas estratégicas para o desenvolvimento da nação, como educação, saúde e trabalho. O trabalho nos centros urbanos era marcado por movimentos grevistas considerados ameaçadores à ordem social, e o trabalho rural estava desorganizado e abandonado.¹³⁴

Nos anos 1930, com o governo Vargas, o Estado brasileiro passou a regulamentar este mercado de trabalho, com o objetivo de promover o desenvolvimento econômico e social da nação a partir da valorização do indivíduo trabalhador. A ideia de trabalho passava a se relacionar com valores morais e a ser visto como pilar da cidadania, capaz de impulsionar o país em direção ao progresso.

Os anos 30 inauguraram-se sob esse legado, e as medidas que então se implementam são bem uma demonstração da intensidade e atualidade do problema que se enfrentava. É a partir desse momento, demarcado pela Revolução de 30, que podemos identificar de forma incisiva toda uma política de ordenação do mercado de trabalho, materializada na legislação trabalhista, previdenciária, sindical e também na instituição da Justiça do Trabalho. É a partir

¹³³ GOMES, Ângela Castro. “Ideologia e trabalho no Estado Novo”. In PAUDOLFI, Dulce Chaves. *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999, pp. 53-72, p. 53.

¹³⁴ *Ibidem*.

daí que podemos igualmente detectar — em especial durante o Estado Novo (1937-45) — toda uma estratégia político-ideológica de combate à “pobreza”, que estaria centrada justamente na promoção do valor do trabalho. O meio por excelência de superação dos graves problemas sócioeconômicos do país, cujas causas mais profundas radicavam-se no abandono da população, seria justamente o de assegurar a essa população uma forma digna de vida. Promover o homem brasileiro, defender o desenvolvimento econômico e a paz social do país eram objetivos que se unificavam em uma mesma e grande meta: transformar o homem em cidadão/trabalhador, responsável por sua riqueza individual e também pela riqueza do conjunto da nação.¹³⁵

Para resguardar a saúde do trabalhador, foram criadas as estruturas de proteção social para os trabalhadores urbanos, através das legislações trabalhistas e previdenciárias. Naquele momento, a valorização do “novo trabalhador brasileiro” era essencial para o projeto de construção de uma nova nação. O “corpo” e a saúde do trabalhador eram a representação da capacidade produtiva e do grau de prosperidade nacional. Neste contexto, intensificou-se o debate sobre a importância das patologias que pudessem interferir neste processo, causando conseqüente perda de rendimento e produtividade. Questões como doenças relativas ao trabalho e acidentes de trabalho ganharam visibilidade, na medida em que atingiam diretamente a principal “engrenagem” da produção: o trabalho, representado pelo “corpo” do trabalhador.¹³⁶

As questões de saúde pública e do trabalho já vinham ganhando destaque desde a década de 1910 e 1920, onde se discutia a percepção de que o adoecimento não era um processo exclusivamente “natural”, mas que se relacionava a diversas variáveis sociais, entre elas as condições de trabalho.¹³⁷ Foram discutidos diversos mecanismos de proteção da saúde do trabalhador nesta época, resultando em várias ações, sendo as mais significativas a aprovação da Lei n. 3.724, de 15 de janeiro de 1919 (a primeira lei de acidentes de trabalho do país), a criação da Inspetoria de Higiene Industrial e Profissional do Departamento Nacional de Saúde Pública, regulamentada em 1923, e a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, em 1930. Estas ações refletiam a importância do tema do trabalho como mola propulsora do desenvolvimento nacional. Assim, fortalecia-se a ideia de que “cuidar da saúde do trabalhador

¹³⁵ Ibidem. p. 55.

¹³⁶ Ibidem. Sobre a história da saúde pública durante a era Vargas, ver FONSECA, Cristina Maria Oliveira. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): Dualidade Institucional de Um Bem Público*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

¹³⁷ ALMEIDA, Anna Beatriz de Sá. As doenças “do trabalho” no Brasil no contexto das políticas públicas voltadas ao trabalhador (1920-1950). *Revista Mundos do Trabalho*, v. 7, n. 13, janeiro-junho, 2015, pp.65-84.

nacional, e por extensão da sua família, [era] cuidar da nação, do conjunto da nacionalidade”.¹³⁸

Com o destaque deste tema na agenda política e social do Estado, era fundamental a organização de um corpo técnico especializado nestas questões de saúde e trabalho. Profissionais das mais diversas áreas (médicos, juristas e economistas, entre outros) assumiam a responsabilidade de implementar medidas de regulamentação do mundo do trabalho que estivessem alinhadas com o ideal de desenvolvimento econômico nacional. Neste sentido, defendia-se o fiel cumprimento das leis relativas à regulamentação, higiene e segurança do trabalho, uma busca ativa sobre as condições gerais de trabalho e a realização de estudos e pesquisas sobre as doenças do trabalho.¹³⁹

A medicina do trabalho ainda era, porém, um campo vasto e em construção, com muitas disputas internas. As definições a respeito dos temas das doenças do trabalho eram muito restritas, visto que somente os acidentes no ambiente de trabalho e as doenças adquiridas *exclusivamente* pelo exercício do trabalho eram considerados na definição de acidentes de trabalho, pela Lei n. 3.724 de 1919. Não eram consideradas as doenças *decorrentes* das condições de trabalho, aspecto que somente foi, inicialmente, abordado na Lei de Acidentes de Trabalho de 1934, que substituiu a lei de 1919. A partir desta última lei, era, porém, necessário provar uma relação causal entre determinadas patologias e relacioná-las com as condições de exercício do trabalho para que pudessem ser encaradas como doenças do trabalho.¹⁴⁰

A organização do campo da chamada medicina do trabalho e os debates sobre as “doenças do trabalho” foram uma dimensão importante do contexto no qual as doenças cardiovasculares ganhariam projeção no debate médico. Mesmo não consideradas “doenças do trabalho” no sentido estrito da legislação, estas enfermidades ganhavam projeção no debate médico da época por serem vistas como doenças que afetavam o trabalhador.

Como analisado por Kropf, as doenças cardiovasculares ganharam importância na medida em que passaram a ser caracterizadas, pelos próprios médicos que buscavam afirmar-se como cardiologistas, como enfermidades que atingiam diretamente esta força motriz. Os dados

¹³⁸ Ibidem. p.70.

¹³⁹ Ibidem.

¹⁴⁰ Ibidem.

estatísticos produzidos na época indicavam que se tratava de uma das principais causas de morte e invalidez entre os trabalhadores urbanos. Este grupo de patologias estava associada ao estresse e às condições de vida e de trabalho no ambiente urbano e industrial, visto que o trabalho nas fábricas demandava grande esforço físico. Consequentemente, passou-se a afirmar o interesse e a importância de preveni-las e tratá-las, de modo a conter as incapacidades laborativas por elas causadas. Este debate esteve presente de modo expressivo nas principais revistas médicas de grande circulação nacional da época.¹⁴¹

Os médicos que lidavam com tais enfermidades passaram a defender a criação de espaços institucionais específicos para o estudo e tratamento destas doenças. Ou seja, passaram a afirmar a importância da cardiologia como especialidade médica. Tais espaços também eram vistos como imprescindíveis no sentido de promover a reabilitação dos pacientes cardiopatas, com possível readaptação destes ao mercado de trabalho, ou seja, como capazes de manter uma determinada capacidade produtiva.¹⁴²

Neste contexto de discussão sobre as doenças que afetavam os trabalhadores, houve então, na década de 1930 e 1940, iniciativas importantes para a organização da especialidade. Os médicos que atuavam como cardiologistas buscaram congregar os profissionais que se identificavam com a especialidade em entidades que “permitiram maior aprofundamento e proporcionaram maior divulgação dos temas estudados”.¹⁴³ Como uma primeira iniciativa de demarcar a especialidade, fundou-se, em 22 de abril de 1937, a Sociedade de Cardiologia e Hematologia do Rio de Janeiro, na Santa Casa de Misericórdia, fato divulgado na revista *Brasil-Médico*. Na notícia de sua fundação, destacou-se o aumento da prevalência das doenças cardiovasculares e a necessidade de médicos especialistas nestas patologias.

A novel sociedade tem por fim incrementar os estudos relativos à especialidade em nosso meio. O desenvolvimento actual da cardiologia, a existencia de associações congeneres em outros paizes, tornavam necessidade imperiosa a fundação de sociedade semelhante no Rio de Janeiro. O augmento das doenças do coração, demonstrado pelas estatísticas recentes, fez com que um grupo de médicos voltasse suas vistas para este ramo da medicina, procurando despertar a

¹⁴¹ KROPF. O Coração do Trabalhador: Cardiologia e Projeto Nacional no Estado Novo. *op. cit.*

¹⁴² *Ibidem*.

¹⁴³ REIS. Evolução Histórica da Cardiologia no Brasil. *op. cit.*, p. 375.

atenção para uma série de problemas que só poderiam ser bem estudados numa reunião de médicos especializados em taes doenças.¹⁴⁴

A criação da Sociedade de Cardiologia e Hematologia do Rio de Janeiro, que teve como diretores Carlos Cruz Lima (livre-docente de clínica médica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil) e Edgard Magalhães Gomes (livre docente em clínica médica e clínica propedêutica médica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil e chefe da 22ª Enfermaria do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro), foi um primeiro marco na organização formal desta especialidade médica no país. No entanto, a nova sociedade teve duração efêmera.¹⁴⁵

O discurso a respeito da importância da especialidade médica e da atenção aos doentes cardiopatas passou a ser amplamente difundido. Na revista *Vida Médica*,¹⁴⁶ foi publicado em 1939, por exemplo, o artigo *A cardiologia, uma especialidade*. Escrito por Waldemar Deccache, professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil e futuro membro fundador da Sociedade Brasileira de Cardiologia, o artigo apresenta, como um dos fortes argumentos para a necessidade de consolidação da cardiologia enquanto especialidade médica, a produção de estatísticas que indicavam o efetivo aumento na mortalidade produzida por doenças cardiovasculares. Diz o autor:

A necessidade da criação de uma especialidade cardiológica já justificaria a persistência com que destacados elementos da classe médica vêm-se batendo, sobretudo por intermédio da imprensa, a este respeito; entretanto, facto mais objectivo, nos colloca entre aquelles que clamam pela emancipação da cardiologia: são as estatísticas. Nellas temos sciencia do coefficiente de comprometimento cardíaco, como da conseqüente mortalidade produzida, impressionando de um modo gritante pela sua extensão.¹⁴⁷

Este artigo corrobora a ideia defendida por diversos outros médicos na época, que viam na criação de estruturas próprias de proteção e atendimento aos cardíacos uma iniciativa fundamental

¹⁴⁴ BRASIL-MÉDICO. Sociedade Brasileira de Cardiologia e Hematologia. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, n. 27 (3 de julho), 1937, p. 729.

¹⁴⁵ REIS. Evolução Histórica da Cardiologia no Brasil. *op. cit.*, p. 375. A literatura não apresenta maiores informações sobre os motivos da curta duração desta sociedade.

¹⁴⁶ A revista *Vida Médica* foi um periódico lançado pelo farmacêutico Fernando Gross, fundador do Laboratório Gross, em 1931 com o objetivo democratizar o acesso aos trabalhos apresentados e discutidos na Academia Nacional de Medicina e na Sociedade de Medicina e Cirurgia, ou seja, divulgar para um público mais amplo os debates médicos especializados. VIDA MÉDICA. HISTÓRIA. (www.vidamedica.com).

¹⁴⁷ DECCACHE, Waldemar. A cardiologia, uma especialidade. *Vida Médica*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 8, outubro de 193, reproduzido em ALBANESE FILHO, Francisco Manes (org.). *50 anos de história da cardiologia do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: SOCERJ, 2005, pp. 20-25, p. 20.

para o combate às doenças cardiovasculares. O tema da assistência médica e social ao cardíaco foi um elemento decisivo no movimento dos médicos que defendiam a constituição da cardiologia como especialidade diferenciada da clínica médica.

Decacche publicaria outros artigos sobre o tema da revista *Vida Médica*. Mas também no periódico *Brasil-Médico* eram publicadas várias matérias a respeito, evidenciando a dimensão assumida por este assunto no cenário médico, político e social da época.¹⁴⁸ Um importante indicio da visibilidade que este debata alcançava foi o discurso proferido por Aloysio de Castro na sessão da Academia Nacional de Medicina, em 30 de junho de 1938, quando se comemoravam os 109 anos desta sociedade, na presença do Ministro da Educação e Saúde Gustavo Capanema. Neste discurso, publicado no *Brasil-Médico*, o presidente da ANM afirmou:

A protecção do Estado, em materia de saude publica, não pode restringir-se, no momento actual, ao caso das doenças infecciosas, hoje vantajosamente enfrentadas pelas organizações sanitarias. (...) é necessário sobrepor á protecção do Estado os cardiopathas, cujas condições sociaes lhes não permittam preservar pelo tratamento adequado a força de reserva cardíaca de que ainda disponham, e que uma vez mantida os habilitará a trabalhar, em proporção estabelecida por criterio medico por prazo que pode ser muito longo.¹⁴⁹

A associação entre doenças cardiovasculares e prejuízos ao trabalho eram, portanto, uma ideia central em sua defesa da especialidade. A assistência (não apenas médica, mas também social) aos cardíacos era o caminho concreto pelo qual tais prejuízos poderiam ser superados:

A assistencia medico-social ao cardiaco exige organização technica, com medidas coordenadas, segundo o exemplo approved em outros paizes, compreendendo a criação de consultorios gratuitos, especializados ao domnio da cardiopathologia, aos quaes possam recorrer os doentes depois de deixar o hospital, serviço de visitação domiciliar, por pessoal de enfermagem especializada, criação de hospitaes-asylos para cardiacos, emfim, providencias que colloquem o cardiopatha, a que falem recursos pecuniaros para o tratamento por iniciativa propria, em condições de receber esse benefício, capaz de

¹⁴⁸ A revista *Brasil-Médico* foi lançada em 15 de janeiro de 1887, sendo de publicação semanal e com vínculo com a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Um dos principais objetivos do periódico era registrar, divulgar e comentar as experiências e pesquisas dos médicos nacionais, principalmente as desenvolvidas no Rio de Janeiro. Este periódico também mantinha relações com a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, através da publicação das atas de reuniões e dos trabalhos desta associação científica. MENDES, Maria Isabel Brandão de Souza.; NÓBREGA, Terezinha Petrucia. O *Brazil-Médico* e as contribuições do pensamento médico-higienista para as bases científicas da educação física brasileira. *Hist. Cienc. Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, Jan./Mar. 2008. pp. 209-219.)

¹⁴⁹ BRASIL-MÉDICO. Academia Nacional de Medicina. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 35 (27 de agosto), 1938, pp. 792 -795, p. 793.

prolongar-lhe a vida.¹⁵⁰

A saúde do trabalhador era tratada nestes discursos, portanto, como um bem por demais precioso, capaz de gerar riquezas tanto em nível individual quanto no nível coletivo da nação. A criação de espaços especializados para o tratamento das cardiopatias visava, dentre outros objetivos, reabilitar o paciente para que ele pudesse manter a sua força produtiva no melhor nível possível, ou seja, para que ele pudesse melhor produzir a riqueza tão valorizada pelo projeto de construção de uma “nova nação” urbano-industrial.

Como mencionado no artigo de Decacche citado acima, a produção de estatísticas sobre a incidência das doenças cardiovasculares intensificou-se na década de 1930, sobretudo em virtude da criação de novas estruturas administrativas do Estado brasileiro neste período.¹⁵¹ Um trabalho de grande folego nesse sentido foi publicado nos anos de 1940 e 1941, em algumas edições do periódico *Brasil-Médico*, abordando o problema médico-social das doenças cardiovasculares¹⁵². Elaborado pelos médicos Roberto Segadas e José de Paula Lopes Pontes, ambos livres-docentes da Faculdade Nacional de Medicina e médicos da Secretaria de Saúde e Assistência da cidade do Rio de Janeiro, este estudo se baseava na realização de um recenseamento torácico entre os funcionários da administração municipal, através da utilização da abreugrafia, método de baixo custo que consistia na realização de pequenas chapas radiográficas dos pulmões para facilitar o diagnóstico da tuberculose, patologia de grande incidência e prevalência na época e que era considerada uma das principais enfermidades associadas às condições de trabalho.¹⁵³

Dentre 5091 indivíduos em atividade na administração municipal da cidade do Rio de Janeiro que foram submetidos à abreugrafia, 906 apresentaram alterações radiológicas compatíveis

¹⁵⁰ Ibidem. p. 794.

¹⁵¹ Sobre a expansão do Estado na área da saúde durante o governo Vargas, ver HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina Maria O. “O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-1945”. In PAUDOLFI, Dulce Chaves. *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999, pp. 73-93. FONSECA. Saúde no Governo Vargas (1930-1945): Dualidade Institucional de Um Bem Público. *op. cit.*

¹⁵² PONTES, José de Paula Lopes; SEGADAS, Roberto. O Problema Médico-Social das Afecções Cardio-Vasculares em Nosso Meio. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 54, n.s 50 (14 de dezembro), 51 (21 de dezembro), 52 (28 de dezembro), 1940, pp. 823-831, pp. 842-847, pp. 861-863. PONTES, José de Paula Lopes; SEGADAS, Roberto. O Problema Médico-Social das Afecções Cardio-Vasculares em Nosso Meio. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 55, n.s 1 (4 de janeiro), 2 (11 de janeiro), 3 (18 de janeiro), 1941, pp. 11-13, pp. 27-30, pp. 38-43.

¹⁵³ ALMEIDA. As doenças “do trabalho” no Brasil no contexto das políticas públicas voltadas ao trabalhador (1920-1950). *op. cit.*

com alterações cardio-vasculares (17,7%) e 344 apresentaram lesões radiológicas pulmonares (6,76%). A Comissão Médica da prefeitura da cidade do Rio de Janeiro realizou exames mais aprofundados em 671 indivíduos dentre estes que apresentaram alterações radiológicas cardio-vasculares.¹⁵⁴

Destes 671 indivíduos, 160 (23,8%) apresentaram lesões radiológicas pulmonares, dos quais 17 (2,63%) constituíam casos de tuberculose ativa, e 481 (71,6%) apresentaram lesões radiológicas do coração. Destes 481, 34 indivíduos (4,97%) apresentaram franca insuficiência cardíaca com necessidade de afastamento transitório ou definitivo do trabalho. Além da classificação dos processos patológicos, os autores buscaram, também, promover uma classificação funcional destas patologias, ou seja, como elas interferiam na capacidade laborativa dos funcionários. Neste sentido, classificaram os funcionários acometidos por afecções cardiovasculares em quatro grupos, de acordo com a natureza funcional: “1) Indivíduos cuja patologia cardiovascular já era conhecida, vinha sendo convenientemente tratada e era compatível com o trabalho; 2) Indivíduos com capacidade adequada ao trabalho, porém o tratamento instituído era insuficiente ou mesmo nulo; 3) Indivíduos com capacidade funcional inadequada ao cargo exercido, porém capazes de serem aproveitados em serviços mais leves; 4) Indivíduos com maior grau de insuficiência cardiovascular, exigindo afastamento integral (temporário ou definitivo) do serviço”¹⁵⁵. Tal procedimento classificatório indica portanto não só a preocupação médica com o diagnóstico das patologias cardiovasculares, mas também a correlação entre este diagnóstico e a capacidade laborativa destes funcionários, evidenciando assim a associação entre a questão da relevância das doenças cardiovasculares e o tema das condições de trabalho.

Estes 481 casos de indivíduos com alterações radiológicas cardiovasculares se distribuíam da seguinte forma, conforme tabela apresentada pelos autores:

¹⁵⁴ PONTES, José de Paula Lopes; SEGADAS, Roberto. O Problema Medico-Social das Affecções Cardio-Vasculares em Nosso Meio. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 50 (14 de dezembro), 1940, p. 824.

¹⁵⁵ *Ibidem*.

	Total de Pacientes	Porcentagem (%)
Aortite Chronica	403	83,7
Arterioesclerose	28	5,8
Lesões oro-valvular	25	5,1
Affecções myocardicas	11	2,2
Arterites pulmonares	10	2,0
Hypertensão solitaria	3	0,6
Aneurysma aortico	1	0,2

Fonte: PONTES, José de Paula Lopes; SEGADAS, Roberto. O Problema Medico-Social das Affecções Cardio-Vasculares em Nosso Meio. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 50 (14 de dezembro), 1940, p. 824.

Como se pode observar na tabela, a cardiopatia sífilítica, representada pela aortite crônica, era a cardiopatia com maior prevalência. Já a arteriosclerose e a cardiopatia valvar reumática apresentavam prevalência bem próximas, porém muito distantes da aortite crônica, destacando-se a importância da sífilis como etiologia das doenças cardiovasculares.

Os autores frisaram que, apesar de 4,97% destes indivíduos apresentarem sinais de insuficiência cardíaca, este número era subestimado pois não haviam sido contabilizados nesta estatística os indivíduos que já estavam licenciados pelo Serviço de Perícia Médica, que atendia todo o funcionalismo da Prefeitura do Rio de Janeiro. Levantamento realizado por este mesmo Serviço revelou que, no período de 1939-1940, a principal causa de afastamento de servidores foram as afecções cardiovasculares (23,4%), seguidas de tuberculose pulmonar (21,3%).¹⁵⁶

Lopes Pontes e Segadas também mostraram os dados estatísticos de mortalidade geral, na cidade do Rio de Janeiro, no período de 1934-1938, sendo estes dados fornecidos pelo Serviço de

¹⁵⁶ *Ibidem*, p. 825.

Bio-Estatística do Departamento Nacional de Saúde As doenças cardiovasculares eram a segunda causa de óbito (13,4%), perdendo somente para a tuberculose pulmonar (18,6%).¹⁵⁷ Porém, um fator que tornava subestimada esta estatística, segundo os autores, era que muitos dos registros de óbitos eram atribuídos a outras entidades clínicas que, na realidade, poderiam ser consequência de alterações cardiovasculares.

Os autores forneceram outros dados estatísticos referentes à prevalência das doenças cardiovasculares no meio hospitalar. Números fornecidos pelo Serviço de Genival Londres, diretor do Hospital de Pronto Socorro, revelaram que, no período de 1937 a 1939, estiveram internados 1016 homens e 430 mulheres com afecções cardiovasculares nas enfermarias de Clínica Médica deste hospital. As doenças cardiovasculares chegaram a representar 33,7% de todas as causas de internação.

Esses numeros exprimem eloquentemente a elevada incidencia das affecções cardio-vasculares entre nós e sua consideravel importancia medico-social. (...) Essa predominancia crescente das doenças cardio-vasculares, conforma em parte, aliás com o que se vem observando em quasi todos os paizes civilizados.¹⁵⁸

Pontes e Segadas destacaram ainda o aumento progressivo da mortalidade por doenças cardiovasculares na França e nos Estados Unidos. Esta aproximação do caso brasileiro com a tendência expressa pelas estatísticas internacionais se explicava, segundo os autores, pela redução gradativa da mortalidade vinculada às doenças infecciosas, devido aos avanços na higiene e ao aumento da expectativa de vida.

Neste trabalho, foi explicitada a preocupação em demonstrar o impacto econômico trazido pelas doenças cardiovasculares. Além de diminuir a capacidade produtiva do trabalhador, reiteravam os autores que este grupo de doenças onerava o Estado pois, em muitos casos, os trabalhadores se viam obrigados a se licenciarem temporária ou definitivamente dos seus cargos.

O aspecto social e economico das affecções cardio-vasculares bem se patenteia na analyse das causas, de licença para tratamento de saude concedidas na Prefeitura, reflectindo-lhes com bastante approximação, a morbidade relativa em face das demais entidades morbidas no grande grupo colectivo integrado por cerca de 40.000 funcionarios municipaes. No último anno (Fevereiro de 1939 a Fevereiro de 1940), as doenças do aparelho circulatorio se avantajaram a todas

¹⁵⁷ Ibidem.

¹⁵⁸ Ibidem. p. 826.

as outras causas de afastamento de serviço, num total de 439 licenças, chegando a ultrapassar a frequência da própria tuberculose.¹⁵⁹

Após destacarem esta importância médico e social das doenças cardiovasculares, Pontes e Segadas afirmavam que a

[...] readaptação dos cardíacos em officios condizentes com suas condições physicas constitue um dos elementos fundamentaes na protecção desses enfermos, subtrahindo-os às fadigas, emoções e esforços em desproporção com suas reservas de energia capazes de agravar as lesões existentes e que cedo precipitam a descompensação cardíaca.¹⁶⁰

Os autores citam o exemplo dos Estados Unidos, inovadores no sentido de estruturar um serviço de atenção ao paciente cardíaco. Eles citam as “casas de convalescença” norte-americanas como espaços multiprofissionais de assistência ao cardíaco, que visavam a readaptação destes pacientes a um novo ritmo de vida, destacando a importância destas clínicas no rendimento laborativo destes trabalhadores.¹⁶¹ Estas “casas de convalescença” eram as *cardiac clinics* (clínicas cardiológicas) descritas por W. Bruce Fye como espaços específicos voltados para a reabilitação clínica do trabalhador acometido por uma doença cardíaca e assistência na busca por uma atividade laborativa compatível com seu acometimento cardíaco. Os organizadores das clínicas cardiológicas acreditavam que o trabalho adequado preveniria novas descompensações clínicas, hospitalizações repetidas e perda do emprego.¹⁶²

Confiantes no sucesso deste modelo norte-americano de assistência ao cardíaco, Pontes e Segadas defendiam que a assistência médico-social a este grupo de pacientes deveria apresentar três características básicas: uma organização hospitalar e dispensários devidamente equipados com serviços laboratoriais, radiográficos e métodos gráficos (ECG); serviços sociais de amparo econômico, atentando para as necessidades especiais destes pacientes e promovendo uma orientação profissional e readaptação funcional; e, por fim, o combate aos fatores etiológicos mais frequentes, com diagnóstico e tratamento precoce destes pacientes.¹⁶³

¹⁵⁹ PONTES, José de Paula Lopes; SEGADAS, Roberto. O Problema Medico-Social das Affecções Cardio-Vasculares em Nosso Meio. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 51 (21 de dezembro), 1940, p. 847.

¹⁶⁰ PONTES, José de Paula Lopes; SEGADAS, Roberto. O Problema Medico-Social das Affecções Cardio-Vasculares em Nosso Meio. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 3 (18 de janeiro), 1941, p. 39.

¹⁶¹ *Ibidem*. p. 40.

¹⁶² FYE. *American Cardiology – The History of a Specialty and Its College*. *op. cit.*

¹⁶³ PONTES & SEGADAS. O Problema Medico-Social das Affecções Cardio-Vasculares em Nosso Meio. *op. cit.*, p. 41.

Os debates em torno das doenças cardiovasculares eram amplamente divulgados em revistas médicas gerais. Sendo pilar fundamental do projeto do Estado Novo, as questões relacionadas ao trabalho e à medicina eram constantemente divulgadas com destaque, mesmo sem direta menção a enfermidades específicas. O Interventor Federal em São Paulo Adhemar de Barros, por exemplo, ao destacar algumas ações de saúde pública realizadas em sua gestão, em discurso proferido como paraninfo para a colação de grau da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1940 (publicado na íntegra na revista *Brasil-Médico*), destacou o seu papel de médico no governo justamente enfatizando a relação entre medicina e progresso econômico. Disse ele:

Quando assumi a Interventoria, minha orientação administrativa tinha de se voltar, desde logo, em virtude da minha condição de médico, para o lado do armamento de defesa social do Estado, índice seguro do grão de civilização de um povo. Procurei então imprimir novo rumo à administração paulista, qual o da valorização de homem, principal factor de progresso economico, em qualquer paiz.¹⁶⁴

A associação com questões relativas ao mundo do trabalho foi explicitada sem eu discurso. Barros ressaltou a importância do papel do médico na implantação das leis trabalhistas e afirmou que a legislação visava dar ao operário condições de vida compatíveis com a dignidade humana, afirmando, ainda, que estas aquisições só haviam sido possíveis porque houve a presença da figura médica trabalhando em conjunto com a figura do legislador.

2.2 - A questão da assistência médico-social aos cardíacos

Como vimos, a defesa da cardiologia como especialidade tinha como aspecto central a reivindicação por espaços de assistência especializada aos cardíacos.

Durante a sessão de 8 de setembro de 1940 da Academia Nacional de Medicina, Genival Londres solicitou que a Academia enviasse ao Secretário Geral de Saúde e Assistência da Prefeitura, Dr. Jesuíno de Albuquerque, moção de aplausos pela intenção de criar um serviço de assistência aos cardíacos.¹⁶⁵ Entre os termos da moção, pode-se destacar a relevância das doenças

¹⁶⁴ BRASIL-MÉDICO. Vida Universitária. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 12, 1940, p. 204.

¹⁶⁵ BRASIL-MÉDICO. Academia Nacional de Medicina. Sessão em 8 de setembro de 1940. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 39 (28 de setembro), 1940, p.659.

cardiovasculares e algumas ações já propostas pelo Estado no efetivo combate a este grupo de enfermidades. Diz o texto:

Considerando que por seu elevado índice de morbidade e de letalidade, collocam-se as molestias cardio-vasculares entre os grandes flagellos sociaes;

Considerando que semelhantes flagellos reclamam e alguns já têm merecido a atenção dos poderes publicos no sentido do desenvolvimento e de coordenação dos meios de combate que lhes devem ser oppostos, o que torna evidente a necessidade de criação de um organismo tecnico a esse fim destinado.¹⁶⁶

Efetivamente, o Serviço de Assistência às Moléstias Cardiovasculares seria criado por Vargas, em janeiro de 1941, na então Prefeitura do Distrito Federal.¹⁶⁷ Este serviço seria subordinado ao Departamento de Assistência Hospitalar da Secretaria de Saúde e Assistência da cidade, e ficaria sob a direção de Genival Londres e Segadas Viana. Em 1944, seria, então, transformado no Instituto de Cardiologia, atual Instituto de Cardiologia Aloysio de Castro.

Waldemar Deccache, no seu artigo *Uma sociedade “de auxílio aos cardíacos”* publicado em 1944 na revista *Vida Medica*, destacava, também, a importância da criação de uma instituição voltada para o amparo a estes pacientes. Estes locais seriam compostos por uma equipe multidisciplinar, inclusive buscando formas de reintrodução destes pacientes em jornadas e locais de trabalho compatíveis com a sua condição clínica.

Prestar auxílio aos cardíacos não será interná-los apenas em serviços especializados; esta seria a primeira parte; após o restabelecimento, e no âmbito de suas possibilidades, reempregá-lo, ampará-lo no período de transição, reeducá-lo considerando agora o estado do seu organismo como um aparelho defeituoso e readaptá-lo em suas atividades.¹⁶⁸

Esta mesma visão era partilhada por Euthychio Leal, que publicou, no *Brasil-Médico*, em 1945, o artigo *O problema do cardíaco*. O autor iniciou o texto destacando a importância de uma avaliação cardíaca periódica, visto que, em diversos casos, a doença cardíaca se desenvolvia de maneira “silenciosa”, sem expressão clínica relevante. Quando o quadro clínico se instalava era

¹⁶⁶ Ibidem.

¹⁶⁷ BRASIL. Decreto-Lei No 2991, de 27 de Janeiro de 1941.

¹⁶⁸ DECCACHE, Waldemar. Uma sociedade de auxílio aos cardíacos. *Vida Medica*, Rio de Janeiro, v. 12, n.2, Julho de 1944, reproduzido em ALBANESE FILHO, Francisco Manes (org.). *50 anos de história da cardiologia do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: SOCERJ, 2005, p. 32.

porque o coração já não conseguia mais “compensar” o estado patológico. O autor abordava a relevância do trabalho de assistência social ao paciente cardiopata visto que este, muitas vezes, precisava adaptar-se a uma rotina limitada pela doença cardíaca. Neste sentido, muitos pacientes precisavam mudar suas atividades profissionais, o que trazia grande impacto social e econômico para estes doentes. Sendo assim, as sociedades de assistência ao cardíaco deveriam atuar promovendo a reinserção do cardiopata na vida social e do trabalho.¹⁶⁹

Neste sentido, reforçava-se a ideia de que as cardiopatias e os cuidados aos pacientes cardiopatas envolviam questões médicas e sociais, necessitando de ambientes específicos para o acompanhamento destes doentes. Nestes ambientes, seriam observadas não somente as queixas relativas à patologia, mas também seriam administrados os impactos sociais e econômicos causados na vidas destes pacientes. Isto nos remete ao modelo das *cardiac clinics* norte-americanas, descritas por Fye.¹⁷⁰

Este tema da atenção social e amparo trabalhista ao paciente cardíaco estava em grande destaque e era veiculado em meios de comunicação geral. Um exemplo é a nota publicada no *Jornal do Commercio*, no dia 15 de agosto de 1941, a respeito da sessão da Academia Nacional de Medicina, onde se realizou uma conferência sobre o direito ao trabalho e a situação dos cardíacos. Diz a reportagem:

O Dr. Genival Londres pronunciou uma conferência sobre “O direito ao trabalho e a situação dos cardíacos em face da legislação social”.

Estudou o problema de tais doentes deante das atuais leis trabalhistas que os impedem de trabalhar, assim concluindo sua alocução:

Aos angiocardiopatas compensados e não evolutivos poderá ser admitido o ingresso nas profissões amparadas pela legislação social, observadas as condições que se seguem:

1 – Que a sua capacidade funcional lhe permita exercer as funções do cargo que pleiteia, com eficiência, segurança e perfeição. 2 – Que o exercício dessa atividade não venha influenciar desfavoravelmente o curso de sua doença, nem dar lugar a acidentes que lhe possam ser atribuídos. 3 – Que os riscos de invalidez ou de morte, innerentes ao próprio curso da doença, sejam compensados pela majoração dos prêmios devidos aos fundos de beneficência, de acordo com tabelas a serem elaboradas pelos técnicos atuaciais. 4 – Que se a majoração, em

¹⁶⁹ LEAL, Euthychio. O problema do cardíaco. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 11, 12 e 13 (17, 24 e 31 de Março), 1945, pp. 102-104.

¹⁷⁰ FYE. *American Cardiology – The History of a Specialty and Its College. op. cit.*

certos casos, chegar a reduzir o ordenado a ponto de torná-lo insuficiente, seja esse excesso custeado pelo Estado, que para tal fim poderá criar uma caixa especial de compensação.

Se se obtiverem dados que permitam calcular o vulto global dessa majoração de prêmios, poder-se-á pensar, também, em confiá-la aos próprios Institutos, distribuindo-a, igualmente, mediante um aumento proporcional de contribuição de todos os associados sadios e doentes.¹⁷¹

A discussão sobre o tema da assistência médico-social aos trabalhadores cardíacos permaneceria presente na imprensa médica nos anos que se seguiram à criação da Sociedade Brasileira de Cardiologia em 1943. Em junho de 1944, o assunto voltou a ser destaque com a fundação do Instituto de Cardiologia. Este Instituto, que tinha como origem o Serviço de Moléstias Cardiovasculares criado em 1941, foi fundado em 19 de abril de 1944, e teve sua criação noticiada, com destaque, no periódico *O Hospital*:

Em comemoração ao aniversário do Sr. Presidente da República, inaugurou o Sr. Henrique Dodsworth, Prefeito do Distrito Federal, a 19 de abril p. p., o Instituto de Cardiologia, do Serviço de Moléstias Cardiovasculares, da Municipalidade. Obedecendo a uma orientação médico-social, consta êsse Serviço de um órgão central – o Instituto de Cardiologia, e de um sistema periférico – ambulatórios de clínica cardiológica, anexos aos hospitais municipais.

O Instituto coordenará e centralizará tôdas as atividades do sistema. Uniformizará as normas de trabalho e controlará os resultados de sua aplicação em todos os setores. Em virtude dessa função orientadora e centralizadora, em breve poderá o Instituto ter uma noção mais concreta e mais definida do problema das moléstias cardiovasculares, não somente quanto à sua amplitude, como em relação à sua complexidade e às particularidades inerentes ao nosso meio.

Consta de ambulatórios, com a mais completa aparelhagem, enfermarias e serviço médico social. Nos ambulatórios é que se desenvolverão as principais atividades, uma vez que a orientação precípua do Serviço é preventiva e de diagnóstico precoce. A internação é considerada um episódio fortuito na evolução da moléstia. Por meio do serviço médico-social, o ambulatório exteriorizará e antecipará ainda mais a sua atuação, procurando readaptar enfermos às restrições de vida e de trabalho impostas pela moléstia.

Os serviços periféricos constarão de ambulatórios de clínica cardiológica, com serviço médico-social, continuando as internações a cargo das enfermarias de clínica médica já existentes nos hospitais. Por intermédio dessas unidades

¹⁷¹ JORNAL DO COMMERCIO. Academia Nacional de Medicina. Entrega do prêmio “Academia” – Comunicações dos Drs. Cesário de Andrade, Genival Londres e David Sanson. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 15 de agosto de 1941, p. 4.

periféricas, que serão os elementos de extensão do Serviço, recolherá o Instituto os dados referentes a todos os cardiopatas que transitarem pelos serviços médicos municipais.

É diretor do novo Serviço o Professor Genival Londres, que tem como primeiros auxiliares os Drs Roberto Segadas, Néilson Cotrim, Pulchério Filho, Luiz Murgel, A. Rebelo Filho, Milton Fernandes e Cândido de Oliveira.¹⁷²

Outro marco importante do debate (e das ações) em torno da assistência social ao cardíaco, igualmente noticiado com destaque na imprensa médica, foi a criação, em 1945, da Associação Brasileira de Assistência ao Cardíaco. Vale transcrever a nota completa:

A necessidade de um amparo ao cardíaco de há muito se vinha fazendo sentir. Numerosas publicações através da imprensa leiga e revistas médicas vinham mostrando a premente necessidade em que nos encontrávamos de fazer algo em favor de uma classe de doentes até então completamente descuidada, sem um órgão controlador, que os pudesse encaminhar através da vida quando a inexorável enfermidade impedissem a continuação de sua primitiva ocupação, ou mesmo que lhes desse uma assistência condigna, de acordo com todas as exigências da medicina contemporânea.

Assim, após intensa campanha através da imprensa, vemos como a fundação da “Associação de Assistência ao Cardíaco” a concretização da grande obra de assistência social tão reclamada no nosso meio, já em pleno funcionamento em todas as grandes capitais do mundo.

A fundação deste primeiro marco no terreno das realizações práticas devemos-lhe sem dúvida ao espírito batalhador de Genival Londres que logo se colocou à frente da campanha, constituindo-se em um dos seus principais baluartes, e assim, em outubro p.p., teve lugar, perante numerosa assistência, no Salão de Conferências do Edifício Hollerith, a assembléia de instalação da novel Associação.

Tem ela principalmente por fim a assistência integral a cardíacos pobres e o estudo das doenças cardio-vasculares no nosso meio, articulando-se, para tal fim, com as filiais a se organizarem em todas as capitais brasileiras. Compreende-se nessa assistência integral a concessão de auxílio de emergência, ou pensão, a cardíacos inválidos ou desamparados assim como o aproveitamento da capacidade residual dos que estiverem parcialmente incapacitados, proporcionando-lhes trabalho conveniente em oficinas que para este fim manterá. Ora, o que se realiza atualmente com o cardíaco pobre é doloroso disparate, pois que mal saído de sua crise de assistolia ou já com suas lesões cardíacas instaladas; se vê obrigado ao trabalho pesado diuturno para seu sustento e de sua família. O resultado não se faz esperar: a volta da insuficiência do coração ou sua instalação. É com o fim de obviar este grande inconveniente que abrevia tantas existências ainda úteis, que a Assistência procurará educar os que se tornarem cardíacos em

¹⁷² O HOSPITAL. Noticiário. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 1944, p. 984.

misteres adequados à suas novas condições de saúde. Ora, atualmente, o indivíduo habituado ao trabalho braçal e cujo coração foi prêsas de uma enfermidade, não encontrará lugar onde aprender novo ofício e assim temos o desperdício de muita atividade útil. A oficina de readaptação será uma fonte constante de aproveitamento de vidas.

Tem ainda por fim, a Associação, manter ambulatórios, casas de convalescentes, colônias, etc. assim como estimular os estudos cardiológicos concedendo bolsas para custeio de pesquisas e conferindo prêmios com o nome de grandes cardiologistas e dos grandes benfeitores da Associação.

Um programa educacional não escapou aos organizadores, havendo para isso departamento especial para divulgação de ensinamentos e conselhos sobre higiene e tratamento dos cardíacos e prevenção das doenças cardio-vasculares, mediante a publicação de boletim, conferências, irradiações, distribuição de avulsos, etc.

Com tal programa de trabalho certamente teremos tornado realidade tôdas as aspirações dos dirigentes da Associação que teem contado com o apoio irrestrito do govêrno e a boa vontade dos filantropos e das damas de nossa sociedade que não teem negado o apoio moral e material indispensável a empreendimento de tamanho vulto.¹⁷³

Ainda em 1945, ocorreu, em Salvador, entre os dias 25 de junho e 2 de julho, o “Congresso Brasileiro de Problemas Médico-Sociais do Após Guerra”. Um dos trabalhos expostos neste congresso foi apresentado por Adriano Pondé, professor catedrático de Clínica Propedêutica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia, e Aristides Novis Filho, professor da mesma instituição, e se intitulava “O Ambulatório de Moléstias Cardio-Vasculares no Hospital Santa Isabel”. Neste trabalho, publicado no periódico *O Hospital*, os autores destacavam a importância médico-social da assistência ao cardíaco em diversos aspectos, ilustrando, como exemplo desta assistência, o ambulatório de moléstias cardio-vasculares existentes no Hospital Santa Isabel, mantido pela Santa Casa de Misericórdia de Salvador. Os autores afirmaram “que esta classe de doentes necessita de uma assistência médica especializada; e constitui também de sua parte um sério problema de assistência social”¹⁷⁴.

Para a solução deste problema, segundo os autores, três aspectos precisavam ser enfrentados: a formação de técnicos, a assistência médica especializada e a assistência social.

¹⁷³ O HOSPITAL. Noticiário. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, 1945, pp. 519-520.

¹⁷⁴ PONDÉ, Adriano; NOVIS FILHO, Aristides. O Ambulatório de Moléstias Cardio-Vasculares no Hospital Santa Isabel, *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, 1945, pp. 715-719, p. 716.

Como resposta ao primeiro aspecto, os autores destacaram as ações de formação médica já desenvolvidas, na época, pela Universidade da Bahia, com a formação e capacitação de médicos voltados para a área de cardiologia.

É claro que, sem a formação de clínicos familiarizados com as questões de Cardiologia, não poderemos enfrentar o problema. A solução desta dificuldade incumbe aos institutos de ensino, com a organização de cursos de aperfeiçoamento e extensão universitária. Disso já cuida também a nossa Faculdade de Medicina que iniciou tal providência, a partir do ano passado, desenvolvendo cursos de especialização sobre Cardiologia Clínica e Eletrocardiografia.¹⁷⁵

Quanto à assistência médica especializada, Pondé e Novis Filho destacaram dois níveis de assistência: a assistência clínica e a profilática. A assistência clínica seria exercida a partir da criação de ambulatórios e enfermarias, espaços especializados na assistência médica cardiológica e dotados de recursos complementares indispensáveis no tratamento dos doentes cardiopatas, como laboratórios, radiografia, eletrocardiografia e anatomia patológica. Nestas enfermarias e ambulatórios, as ações clínicas seriam mais cuidadosas e eficazes, visto que seriam executadas por profissionais especializados. Isto permitiria um diagnóstico e um combate precoce às doenças cardíacas, evitando progressão clínica destas patologias.

Ainda mais: o ambulatório exercerá uma triagem racional para o internamento hospitalar, isentando-o portanto dos casos que não necessitem dessa medida, tornando mais eficiente e produtiva aquela tarefa; e, ainda, aproveitando e continuando os resultados benéficos que o doente haja logrado durante a permanência na enfermaria; porque o educará e quando possível o fiscalizará, recomendando e executando meios e medidas que impeçam ou protelem, pelo menos, as exigências de nova internação.¹⁷⁶

Estes ambulatórios também seriam responsáveis por exercer as atividades profiláticas ou preventivas. As *cardiac clinics*, decisivas no processo de institucionalização da cardiologia nos Estados Unidos desde as primeiras décadas do século XX,¹⁷⁷ eram a referência primordial para os cardiologistas brasileiros, sobretudo pela ideia da prevenção, do acompanhamento sistemático e de readaptação ao trabalho, como vimos no capítulo 1.

Pondé e Novis Filho destacaram, em seu artigo, que a assistência social ao cardíaco se baseava em três pilares: a assistência econômica, a educação sanitária e a assistência jurídica. Para

¹⁷⁵ Ibidem.

¹⁷⁶ Ibidem. p. 717

¹⁷⁷ FYE. American Cardiology – The History of a Specialty and Its College. *op. cit.*

os autores brasileiros, a assistência econômica deveria merecer destaque na atenção ao paciente cardiopata, assim como era de grande importância para os cardiologistas americanos. A ideia comum (já expressa, como vimos, nas colocações de Genival Londres e Waldemar Decacche sobre o tema) era que este paciente necessitava ser readaptado em suas atividades laborativas, exercendo cargos compatíveis com sua condição clínica. Dizem os autores brasileiros:

Ora, o que é preciso é tirar o cardíaco dessa situação desumana. E como fazê-lo? – De dois modos: um provendo o amparo econômico a êsses doentes, de sorte que possam ter o repouso indispensável a manter a compensação circulatória. De outra parte, influenciando entre os empregadores, o Estado ou as organizações particulares, no sentido da colocação do cardíaco em lugares que não comprometam a capacidade residual dos doentes aproveitáveis.¹⁷⁸

Já a educação sanitária era responsável por instruir e orientar os pacientes acerca de suas patologias e das restrições e limitações impostas por elas. Tão importante era a importância deste tema que o periódico *O Hospital* publicou, em 1947, um artigo denominado “Higiene do Cardíaco”, de autoria de José Bernardino Sanches, doutorando-interno do serviço de cirurgia geral e ginecologia da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e auxiliar acadêmico da Assistência Municipal.¹⁷⁹ Neste artigo, o autor discute alguns temas importantes para o tratamento dos pacientes cardiopatas: doenças infecciosas associadas às cardiopatias, o clima, a vestimenta, o banho, a gestação, a atividade sexual, os exercícios físicos, profissão e a alimentação. Por fim, destaca a importância do Serviço Social no tratamento das cardiopatias, expressando-a da seguinte forma:

É necessário, portanto, que haja um serviço social especializado que auxilie o doente nas suas atividades ocupacionais e recreativas; que auxilie o doente na solução do problema da personalidade e desenvolva todas as suas capacidades.¹⁸⁰

¹⁷⁸ PONDÉ & NOVIS FILHO. O Ambulatório de Moléstias Cardio-Vasculares no Hospital Santa Isabel. *op. cit.*, p. 717.

¹⁷⁹ SANCHES, José Bernardino. Higiene do Cardíaco. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, 1947, pp. 939-950.

¹⁸⁰ *Ibidem*. p. 950. O Serviço Social, desde a década de 1930, tinha importante participação na implementação de diversas políticas sociais no país. Com a quebra da Bolsa de Nova York, em 1929, houve grandes impactos econômicos e políticos no Brasil, que sofreu com a queda do preço do café, que era, na época, o principal elemento de manutenção da economia nacional. Consequentemente, isto trouxe aumento dos custos de vida e, também, da pobreza. Neste sentido, estes novos profissionais tinham “como competência elaborar, implementar e executar políticas públicas”. Neste cenário, cabia aos assistentes sociais uma atuação direta sobre os núcleos familiares, mudando hábitos e melhorando comportamentos e condições de higiene, visando à inserção destes grupos na ordem social. Ver FREIRE, Abraão dos Santos; CÂNDIDO, Sandra da Silva. Uma análise da origem do Serviço Social no Brasil, *Revista Eletrônica da Faculdade José Augusto Vieira*, ano IV, n. 8, setembro de 2013, p. 353. Esta intervenção junto aos pacientes cardiopatas também se desenvolvia através de ações no sentido de recolocar estes pacientes no ambiente social e laborativo.

Já à assistência jurídica cabia pleitear a proteção do cardíaco através de ajustes na legislação trabalhista da época.

O tema da assistência social aos cardíacos, amplamente discutida nas páginas dos periódicos *O Hospital* e *Brasil-Médico*, conferia maior visibilidade e meios de persuasão à ideia da relevância das doenças cardíacas e da necessidade de especialistas para enfrentá-las, tal como defendido pelos médicos que se afirmavam como cardiologistas e defendiam a demarcação da especialidade..

Um fato que ilustra este tema é a fundação da *Associação Bahiana de Assistência ao Cardíaco*, divulgado na revista *Brasil-Médico*, em 1945.¹⁸¹ Diz a nota, escrita por Euthychio Leal:

Fundou-se recentemente na gloriosa Cidade do Salvador a Associação Bahiana de Assistência ao Cardíaco. Ainda que autônoma, com personalidade jurídica própria, a nova associação está, por assim convir à orientação geral da assistência ao cardíaco, filiada a um órgão central, que é a Associação Brasileira de Assistência ao Cardíaco.

Chegou a vez na Bahia, como só há pouco em São Paulo, e no Rio, de atender à sorte do cardíaco, a ser considerado não apenas sob o aspecto da patologia, mas sob o prisma social, onde esse problema de assistência comporta dificuldades muito mais graves.

A situação do cardíaco foi muito bem compreendida pela associação recém fundada na Bahia, por isso que seu programa de ação tanto considera a necessidade de criar, aperceber e multiplicar na capital e, futuramente noutras cidades, ambulatórios para cardiopatas, e centros de estudo e investigação, como enfrentar corajosamente os aspectos sociais da questão.¹⁸²

Como outro exemplo, pode-se analisar o artigo “Cardiopatias – Problema Social”, de autoria de José Braz Scaldaferrri, da Sociedade Médica de Petrópolis, publicado em 1947.¹⁸³ Nele, o autor reafirma a importância das doenças cardiovasculares no perfil das estatísticas de mortalidade nacional:

¹⁸¹ LEAL, Euthychio. Associação bahiana de assistência ao cardíaco, *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 5 e 6 (3 e 10 de Fevereiro), 1945, p. 51-52.

¹⁸² *Ibidem*, p. 51.

¹⁸³ SCALDAFERRI, José Braz. As Cardiopatias – Problema Social, *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 29 e 30, 1947, pp. 274-279.

O problema das cardiopatias vem, dia a dia, chamando a atenção dos estudiosos dos problemas médicos-sociais.

Basta olharmos para as cifras do obituário para verificarmos como, cada vês mais, aumenta o número dos que falecem destas afeções.

Enquanto que, antigamente, predominavam nessas estatísticas os indivíduos falecidos de doenças infecciosas, vemos que, cada ano, estas cifras são substituídas pelas dos falecidos de distúrbios cardio-vasculares.

Tal fato deve-se em parte ao progresso das medidas de saúde pública, ao descobrimento de drogas de real valor no combate às infeções e, conseqüentemente, o aumento do número de indivíduos que alcançam uma idade mais avançada e, portanto, sujeito a doenças de tipo degenerativo, como a arterioesclerose. Para um conhecimento exáto das causas determinantes dos distúrbios cardio-vasculares, devemos ter em conta que, aproximadamente, 90% destes distúrbios correm por conta de quatro fatores, a saber: reumatismo, sífilis, arterioesclerose, e hipertensão arterial.¹⁸⁴

Depois de apresentar alguns dados estatísticos nacionais e internacionais sobre a mortalidade por cardiopatias, destacando o aumento destes índices, o autor apresenta, com mais detalhes, dados estatísticos da cidade de Petrópolis, analisando-os segundo distribuição etária. Também neste caso, o discurso sobre a gravidade medica e social das doenças cardiovasculares vem acompanhado da defesa da atuação de especialistas, em serviços e com tecnologias especializadas:

(...) Assim, sendo, vemos que o combate às doenças cardio-vasculares, tendo em mira a profilaxia dos fatores etiológicos, embora não deva ser desprezada, têm de ceder lugar a uma obra de assistência em grande escala, a qual terá por finalidade descobrir o paciente nos primórdios da doença, preservá-lo das complicações, assisti-lo quando elas sobrevenham e orienta-lo, quando recobrado seu equilíbrio, tenha de reiniciar suas atividades. Para isso dois são os caminhos a seguir: um terá, por fim, a criação de serviços com aparelhagem e pessoal especializados onde existam todos os meios de semiotécnica moderna, assim como possuam um corpo de médicos capazes de avaliar as possibilidades funcionais do cardíaco e colocá-lo dentro de uma classificação standard.

(...) O outro se encarregará do aspecto social, visando os desajustamentos dos indivíduos. Este serviço social procurará readaptar o cardíaco às restrições impostas pela moléstia, orientando-o de acôrdo com suas possibilidades, assim como interferindo junto aos gerentes e patrões para o seu aproveitamento em atividades compatíveis com sua capacidade funcional.¹⁸⁵

¹⁸⁴ Ibidem. p. 274

¹⁸⁵ Ibidem. p. 278.

Em seguida, o autor destaca o exemplo do “Serviço de Assistência ao Cardíaco” existente na Argentina. Em contrapartida, afirma que o Brasil apresenta poucas ações neste sentido, citando, somente, o Instituto Municipal de Cardiologia de São Paulo, o Ambulatório de Cardiologia do Prof. Magalhães Gomes, no Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, e o Serviço de Assistência Médico-Social às Moléstias CardioVasculares da Prefeitura do Distrito Federal, sob a direção de Genival Londres (que na época já havia dado origem ao Instituto de Cardiologia).

Ainda em 1947, tanto o periódico *O Hospital* quanto o *Brasil-Médico* publicaram notas divulgando o sucesso da 4ª. Reunião Anual de Cardiologia (encontro promovido pela SBC), realizado em Salvador, em julho daquele mesmo ano, e que destacara o tema da assistência médico-social ao cardíaco como um dos temas a serem aprofundados no 5º Congresso, a ser realizado em Porto Alegre, no ano seguinte.¹⁸⁶

Em 1951, este assunto voltava às páginas de *O Hospital*, através do artigo “A Situação do Cardíaco em Face ao Trabalho”, de autoria do médico Hélio Lima Carlos, do Serviço de Cardiologia do Hospital Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro.¹⁸⁷ Neste artigo, o autor destacava a importância da recolocação social e no trabalho do paciente cardiopata:

O cardíaco que não trabalha adequadamente, isto é, em função da sua inferioridade cardíaca, pesa economicamente da mesma forma que o cardíaco que trabalha inadequadamente por impossibilidade de modificar-se seu regime de trabalho, uma vez que êle não tem conhecimentos teóricos elementares para fazê-lo. Constitui vício insanável o grupo dos cardíacos que podendo trabalhar não trabalham e o grupo dos cardíacos que trabalhando não devem trabalhar inadequadamente. Para êste grupo é agigantada a razão global que o indivíduo uma vez lesado no coração não deve trabalhar de forma alguma. Certo. E errado também. Certo porque o indivíduo indiscriminadamente cardiopata está realmente sujeito a acidentes na base de sua doença tôda vez que o trabalho seja inadequado e sua capacidade para fazê-lo não seja respeitada em dose e descontinuidade. Errado porque pela avaliação global do indivíduo com a cardiopatia, poder-se-á resolver a equação do indivíduo doente do coração e ramo de atividade a que se deve destinar. Assim sendo, a responsabilidade profissional e os danos causados pela cardiopatia devem se relacionar com o trabalho e que sem ser compensados pela justiça ficam reduzidos praticamente a zero.¹⁸⁸

¹⁸⁶ O HOSPITAL. Noticiários. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, 1947, p. 673; BRASIL-MÉDICO. Congressos e Conferências. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 40 e 41, 1947, p. 358.

¹⁸⁷ CARLOS, Hélio Lima. A Situação do Cardíaco em Face ao Trabalho. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, 1951, pp. 63-75.

¹⁸⁸ *Ibidem*. p. 63.

Ou seja, a questão assinalada pelos médicos brasileiros era a associação entre doença cardíaca e as condições financeiras dos trabalhadores pobres:

Quem procura tratamento médico nos serviços de cardiologia? São, na grande maioria, os doentes cujos recursos financeiros não os permitem pagar os honorários do médico e as despesas do laboratório que o tratamento exige. Como se vê, não se podem resolver os problemas do cardíaco sem que se tenham clínicas aparelhadas para prestar o socorro necessário por preço acessível ao doente, ou até mesmo grátis, se necessário.¹⁸⁹

Como se pode analisar, estas questões relacionadas ao trabalho dos pacientes cardiopatas eram enfatizadas pelos médicos que viam na reabilitação do paciente à jornada laborativa um meio de diminuição dos gastos pecuniários. Em 1953, a revista *O Hospital* publicou o artigo “Admissão de Cardíacos as Empresas Particulares e Públicas”, de autoria do médico Alberto R. Israel, do Hospital dos Servidores do Estado (Rio de Janeiro).¹⁹⁰ O autor debateu a respeito dos critérios de admissão de pacientes cardiopatas em determinadas atividades laborativas e apresentou alguns critérios de seleção de candidatos portadores de cardiopatias, desenvolvidos por Oscar Ferreira Júnior em 1944, defendendo a aplicação destes critérios em todas seleções de pacientes cardiopatas, de modo a padronizar este processo de admissão de pacientes. Isto se tornava necessário na medida que “o número de candidatos a emprego que são rejeitados aumenta dia a dia e, em breve, teremos um numeroso grupo de indivíduos considerados inválidos, mais pela situação perante a lei, do que pela própria lesão, que lhe permitiria ser aproveitado em um serviço compatível com a sua capacidade funcional cardíaca”.¹⁹¹

O modelo de acompanhamento ambulatorial para os pacientes cardiopatas crescia e se consolidava como um modelo que alcançaria bons resultados clínicos e também econômicos. Em 1957, o periódico *O Hospital* publicou o trabalho apresentado na 8ª Sessão do XIV Congresso Brasileiro de Cardiologia (da SBC), realizado no Rio de Janeiro em julho de 1957, intitulado “O Cardíaco no Ambulatório de Clínica Médica da 2ª M. H. Santa Casa de São Paulo”. Era de autoria de Edgard Y. Santana, adjunto efetivo da 2ª Cadeira de Clínica Médica do Hospital da Santa Casa de São Paulo, do Serviço do Prof. Ulysses Lemos Torres.¹⁹² Neste trabalho, o autor discute a

¹⁸⁹ SANCHES. Higiene do Cardíaco. *op. cit.*, p. 949.

¹⁹⁰ ISRAEL, Alberto R. Admissão de Cardíacos as Empresas Particulares e Públicas. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, 1953, pp. 99-103.

¹⁹¹ *Ibidem*. p. 103.

¹⁹² SANTANA, Edgard Y. O Cardíaco no Ambulatório de Medicina da 2ª M. H. Santa Casa de São Paulo. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, 1957, pp. 557 – 562.

avaliação de pacientes cardíacos realizada, no período de um ano, no ambulatório da Santa Casa de São Paulo, e ressalta a importância do acompanhamento ambulatorial para os pacientes cardíacos. Afirma o autor:

Em 351 cardíacos, cerca de 20 foram encaminhados a internamento na clínica médica, o que dá uma porcentagem de 5,4.

Enquanto que a quase totalidade solicitava ou acreditava que só o internamento em enfermaria resolvia suas situações, ficou demonstrado que o tratamento em ambulatório era suficiente para deixar o paciente em condições equivalentes às que teria se fosse tratado em enfermaria.

Isto representou grande economia para a administração da Santa Casa.¹⁹³

Como se pode observar, os periódicos *O Hospital e Brasil-Médico*, revistas voltadas para o público médico em geral, foram importantes espaços de divulgação e discussão dos aspectos médicos e sociais da cardiologia, tanto antes quanto depois da criação da Sociedade Brasileira de Cardiologia, e este processo foi decisivo para a progressiva afirmação das ideias quanto à necessidade da especialidade e da figura do especialista, tanto em termos estritamente médicos, quanto em termos do impacto social que tais doenças representavam sobretudo para o mundo do trabalho, eixo do projeto político do governo Vargas. As publicações veiculadas nestes periódicos disseminavam a ideia de que as patologias cardiológicas tinham grande impacto social e econômico, visto que afetavam diretamente a capacidade produtiva do trabalhador. Porém, sinalizavam, também, que a reabilitação destes pacientes e o acompanhamento sistemático por parte de especialistas era o caminho para readaptá-los às atividades laborais, não onerando os cofres públicos ou comprometendo a geração de riquezas. Estas atividades de reabilitação e educação clínica dos pacientes encontrou terreno fértil nos ambulatórios de cardiologia, que começaram a surgir neste cenário junto a outros espaços de institucionalização da especialidade.

2.3 – Temas de cardiologia nas revistas *Brasil-Médico* e *O Hospital*

Revistas como o *Brasil-Médico* e *O Hospital* foram importantes veículos para a construção da cardiologia como especialidade, não apenas pela intensa divulgação do discurso que afirmava a importância social das doenças cardiovasculares e da assistência social ao cardíaco, como vimos acima. Estas revistas foram importantes também porque publicavam informações sobre os cursos

¹⁹³ Ibidem. p. 558.

de especialização em cardiologia, que, como apresentado no capítulo 1, eram oferecidos de modo sistemático no Rio de Janeiro e em São Paulo sobretudo sob a liderança de Magalhães Gomes e Dante Pazzanese. Num momento em que a especialidade ainda não havia sido demarcada no âmbito do ensino médico nas faculdades, no sentido de sua autonomização face à cadeira de Clínica Médica - tema que era polêmico inclusive entre os que defendiam a especialidade –, a divulgação destes cursos era fundamental para a formação de cardiologistas.

Sendo assim, entre 1943 e 1958, as revistas *Brasil-Médico* e *O Hospital* divulgaram diversos cursos, com destaque para o Curso Intensivo de Cardiologia do Hospital Municipal de São Paulo, sob coordenação de Dante Pazzanese, o Curso de Eletrocardiografia das Casas de Saúde Matarazzo, coordenado por Quintiliano H. Mesquita e o Curso de Cardiologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, sob supervisão de Antonio Araújo Villela.

No período que se seguiu à criação da SBC, as revistas médicas passaram não apenas a divulgar os cursos especializados em cardiologia mas também artigos que enfatizavam a necessidade de formação especializada do cardiologista. Euthychio Leal publicou um artigo sobre este tema no periódico *Brasil-Médico*, no ano de 1945. Intitulado *Formação dos cardiologistas*, o trabalho citava as estatísticas que indicavam o aumento da prevalência das patologias cardiovasculares, não só no Brasil, como em outros países. Em seguida, destacava a necessidade de formação especializada e defendia que o ensino da cardiologia deveria ser dissociado da cadeira de Clínica Médica.

...a cardiologia de hoje não é, positivamente a de antanho. Se há trinta anos atrás podia ser estudada como um simples capítulo da clínica médica, sente-se que já é preciso criar-lhe ambiente próprio, amplo, compatível com a natureza e a importância das moléstias que lhe constituem o domínio. Assim como está, oprimida e comprimida pelas mais partes da chamada medicina interna a cardiologia não progredirá. O ensino há de ser apressado, superficial e, por conseguinte, inadequado à formação de verdadeiros especialistas.¹⁹⁴

Este mesmo autor publicou, neste mesmo periódico, um artigo em que destacava a dimensão “moderna” da cardiologia, quanto uma ciência que, naquele momento, dispunha de uma importante “arma”: o eletrocardiograma.

¹⁹⁴ LEAL, Euthychio. Formação de cardiologistas. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 7 e 8 (17 e 24 de Fevereiro), 1945, pp. 67-68, p. 67.

O diagnóstico das afecções cardíacas ficava outróra inteiramente a cargo do ouvido. O que refugia à escuta, escapava igualmente a tudo mais, que era muito pouco, ou quasi nada. Nenhum clínico entre os mais notáveis do meu tempo, se deu jamais à pena de registrar para melhor estudo e confirmação ulterior os batimentos do coração. Isso era diversão de rapazes, sinão cousa de matar o tempo nos gabinetes de fisiologia, em cujo exame final era aquilo prova essencial de capacidade. (...)

As cousas mudaram felizmente de feição; e o clínico tem já ao seu alcance recursos semiotécnicos que lhes permitem supreender anormalidade incipientes, ainda tão mal definidas que escapariam aos primitivos meios de pesquisa. Haja vista, para só a esta por enquanto aludir, a eletrocardiografia, capaz de caracterizar distúrbios funcionais discretíssimos, antes mesmo que a radiologia, só afeita as alterações volumétricas do coração, possa lobrigá-las. Se a eletrocardiografia, máu grado o que há de certo nas suas afirmações, é o 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. Porque, na verdade, fôra quasi impossível trilhar a passo firme as devezas sombrias da diagnose, sem recorrer a cada passo às indicações luminosas desse magnífico processo de exploração.¹⁹⁵

Como se pode observar, o autor destaca a importância do uso desta nova ferramenta na prática médica cardiológica. Ou seja, o ensino e a difusão dos conhecimentos sobre eletrocardiografia eram vistos como sendo cada vez mais necessários e estruturantes no processo de formação médica.

Além de divulgar informações sobre os cursos de especialização, as revistas também veiculavam estudos sobre temas diversificados da especialidade. Os assuntos relacionados às doenças cardiovasculares sempre estiveram presentes nos periódicos médicos, sendo abordados sob diversos aspectos e por diversos autores. As revistas médicas *O Hospital* e *Brasil-Médico* veiculavam, de modo recorrente, artigos, notas, referências de artigos, livros ou cursos sobre este tema. O marco institucional fundamental da institucionalização da cardiologia como especialidade no Brasil ocorreu em 1943, com a criação da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Porém, já antes desta data, profissionais médicos dedicados a esta especialidade se destacavam e publicavam artigos nesta área. Estes artigos versavam sobre diversos aspectos da especialidade, tais como: a eletrocardiografia, estudos sobre o uso de medicamentos para as doenças cardiovasculares, estudos sobre os aspectos epidemiológicos destas enfermidades, entre outros.

¹⁹⁵ LEAL, Euthychio. A cardiologia de hontem e hoje. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 9 e 10 (3 e 10 de Março), 1945, p. 84.

Os principais autores destas publicações se encontravam no eixo Rio-São Paulo. Em São Paulo, um grupo de grande expressão se encontrava na Escola Paulista de Medicina e era coordenado por Jairo de Almeida Ramos, catedrático de Clínica Propedêutica Médica. Este grupo, que contava com a participação de médicos como Horácio Kneese de Melo, Sílvio Carvalhal, Silvo Borges, entre outros, publicava trabalhos sobre diversos tópicos da cardiologia, muitos dos quais contavam com a participação de profissionais de outras especialidades médicas. Este grupo publicou trabalhos sobre doença coronariana, eletrocardiografia clínica, técnicas eletrocardiográficas, cardiologia clínica, estudos hemodinâmicos e cirúrgicos e estudos epidemiológicos em cardiologia.

Um importante trabalho deste grupo foi o artigo “Frequência etiológica das cardiopatias em doentes de hospital geral”, publicado na revista *O Hospital*, em 1946.¹⁹⁶ Os autores buscaram desenvolver uma análise das principais patologias cardiovasculares, gerando dados epidemiológicos que expressassem a realidade local. As estatísticas de prevalência das doenças cardiovasculares ainda eram, em sua maioria, baseadas em estudos estrangeiros, não existindo estudos que mostrassem os dados estatísticos nacionais. Afirma o artigo:

Reconhecendo a necessidade dos estudos sôbre a frequências das causas de cardiopatias, realizamos êste trabalho, justificando-se o seu interêsse, pelos seguintes motivos:

1. O escasso número de trabalhos nacionais dêste gênero;
2. A relevância de um estudo a êste respeito, não só pelo motivo supra citado, como também pela impossibilidade de serem aceitos e utilizados, em nosso meio as numerosas estatísticas estrangeiras, uma vez que são diferentes as nossas condições de ordem climática, geográfica, racial e econômica, capazes, portanto de influir na frequência de alguns tipos etiológicos das cardiopatias. Pela variação dêstes mesmos fatores, diante da grande extensão territorial do nosso país, seria aliás recomendável que se procedessem estudos estatísticos de caráter regional, para que fôsse possível avaliar a correlação eventualmente existente entre os vários tipos de cardiopatias e as condições peculiares de cada região;
3. A utilidade de trabalhos desta natureza, pois pelas suas conclusões médico-sociais poderão indicar medidas de caráter profilático, capazes de diminuir a elevada incidência de mortes por cardiopatias.¹⁹⁷

¹⁹⁶ RAMOS, Jairo de Almeida *et al.* Frequência etiológica das cardiopatias em doentes de hospital geral. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, 1946, pp. 247-257.

¹⁹⁷Ibidem. p. 247

Esta análise estatística foi baseada em 457 casos de pacientes cardiopatas internados nas enfermarias da Clínica Propedêutica Médica e da 2ª Cadeira de Clínica Médica do Hospital São Paulo, associado à Escola Paulista de Medicina, no período de 1937 a 1946.

Em uma primeira análise, os autores analisam a prevalência das diversas patologias cardiovasculares, distribuídas por faixa etária. Como se pode observar, dos 457 casos, 110 (24,0%) foram devidos à cardiopatia reumática, patologia com maior expressão na amostra. Dos 110 casos de cardiopatia reumática, 80,9% estavam associadas à lesão valvar, enquanto 19% dos casos estavam relacionados à lesões não valvares (miocardite aguda, pericardite aguda). No quadro abaixo, organizado pelos autores, pode-se, também, observar que a doença reumática atingia, principalmente, indivíduos na 3ª década de vida (40 casos).

	0 – 10a		11 – 20a		21 – 30a		31 – 40a		41 – 50a		51 – 60a		61 – 70a		Mais 70a		Total	
Anomalias Congênicas			1	50,0%							1	50,0%					2	0,4%
Infecção Tipo Reumático	2	1,8%	28	25,5%	40	36,4%	25	22,7%	12	10,9%	2	1,8%	1	0,9%			110	24,0%
Infecção LUES Cardiovascular					6	7,2%	17	20,5%	35	42,2%	20	25,0%	3	3,6%	2	2,4%	83	18,2%
Infecção – Outras											2	100,0%					2	0,4%
Tireotoxicose					1	20,0%	2	40,0%			2	40,0%					5	1,1%
HAS Não Renal					3	5,1%	4	6,7%	12	20,3%	17	28,8%	20	33,9%	3	5,1%	59	12,9%
HAS Renal	6	12,3%	8	16,3%	14	28,5%	11	22,4%	6	12,3%	2	4,1%	2	4,1%			49	10,8%
HAP							6	24,0%	7	28,0%	5	20,0%	5	20,0%	2	8,0%	25	5,5%
Arterioesclerose							2		14		31		28		4		79	17,3%
Diversos (traumatismos, tumores)					1	33,3%	2	66,7%									3	0,7%
Cardiopatias Funcionais (Astenia Neurocirculatória)			3	37,5%	3	37,5%	2	25,0%									8	1,7%
Desconhecidos			3	9,4%	4	12,5%	8	25,0%	12	37,5%	5	15,6%					32	7,0%
Total (457 casos)	8	1,8%	43	9,4%	72	15,8%	79	17,3%	98	21,4%	87	19,0%	59	12,9%	11	2,4%	457	100,0%

FONTE: RAMOS, Jairo de Almeida *et al.* Frequência etiológica das cardiopatias em doentes de hospital geral. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, 1946, pp. 247-257, p. 249. As seguintes siglas significam: HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; HAP: Hipertensão Arterial Pulmonar

Observando-se novamente o quadro, nota-se que a 2ª patologia cardiovascular mais prevalente na amostra foi a hipertensão arterial, com 108 casos (23,7%), sendo este grupo dividido entre as cardiopatias hipertensivas não renais (59 casos) e renais (49 casos). Em 3º lugar, encontrava-se a sífilis cardiovascular, com uma incidência de 83 casos (18,2%), sendo a maior incidência na 5ª década de vida. A arteriosclerose ocupava a 4ª posição, com uma incidência de 79 casos (17,3%), com maior incidência na 6ª década de vida.¹⁹⁸ Este trabalho, além de promover um estudo estatístico a nível local, foi também importante para corroborar a relevância das patologias cardíacas no cenário médico brasileiro.

Tendo a arteriosclerose ocupado posição de destaque entre as causas das doenças cardíacas, este grupo da EPM publicou um trabalho em que acompanharam evolutivamente 100 pacientes que haviam apresentado quadro de trombose coronariana.¹⁹⁹ Este artigo permitiu elucidar e discutir as principais causas de mortalidade que envolviam o infarto do miocárdio, e as diferentes evoluções clínicas que os pacientes apresentavam após o evento coronariano. Este trabalho ia ao encontro de outros trabalhos que estavam sendo desenvolvidos sobre este tópico. O periódico *O Hospital* publicou, também em 1946, uma nota a respeito do trabalho “A prognosis da angina pectoris”, desenvolvido pelo Serviço de Informações do Hemisfério da Coordenação de Assuntos Interamericanos.²⁰⁰ A nota discute uma análise de 497 casos de angina pectoris acompanhados ao longo do tempo, sendo avaliados e discutidos os diferentes desfechos clínicos neste período, assim como o feito pela equipe da EPM. Diz a nota:

Os autores acreditam que a doença coronária do coração, quer pela angina pectoris de temporária insuficiência coronária, quer pela infarccção miocárdial com subsequente ferida; é, na verdade, a maioria dos casos uma doença aguda ou subaguda e não crônica, ainda que frequentemente com recorrência. A afecção arterial pode ser permanente e portanto crônica, mas os seus efeitos no coração é o que interessam; portanto a doença coronária e a doença coronária do coração devem ser diferenciadas com clareza. A concepção da frequente gravidade ou subgravidade da insuficiência coronária é vital, e de grande significado, tanto na prognosis como no tratamento. Sem dúvida, é a tendência natural do coração para

¹⁹⁸ Ibidem. p. 249.

¹⁹⁹ RAMOS, Jairo *et al.* Evolução e duração da vida após o enfarte do miocárdio. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, 1946, pp. 473-484.

²⁰⁰ O HOSPITAL. Serviço de Informações do Hemisfério da Coordenação de Assuntos Interamericanos. A prognosis da angina pectoris. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, 1946, pp. 845-846.

restabelecer a adequada circulação coronária colateral que nos dá a resposta. Os cuidados especiais que se tiverem durante os períodos da fase aguda ou subaguda da doença do coração coronária, substituindo o velho ponto de vista fatalista, são a parte mais importante do tratamento.²⁰¹

Neste sentido, começava-se a se cristalizar a ideia de que o infarto do miocárdio não era um evento necessariamente fatal, mas que a atuação médica e os cuidados dispensados ao paciente após o infarto seriam cruciais para influenciar determinados desfechos clínicos. Sendo assim, ganhava importância a ideia do acompanhamento clínico do paciente cardiopata por um especialista, que seria capaz de utilizar, da melhor forma, algumas ferramentas específicas, como o ECG.

Outro importante grupo de cardiologistas em São Paulo era o da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e era liderado por Luiz V. Décourt, docente-livre daquela escola. Este grupo desenvolvia diversas linhas de pesquisa, sendo que algumas, também, com a característica da interdisciplinaridade. Como exemplo, podemos citar o trabalho apresentado no 2º Congresso de Cardiologia da SBC. Denominado *Alterações miocárdicas na moléstia de Chagas*, contava com a participação de J. L. Pedreira Freitas, pesquisador do Departamento de Patologia daquela mesma Universidade, visto que, além dos achados clínicos e eletrocardiográficos da miocardite crônica chagásica, os autores buscavam também discutir os aspectos anátomo-patológicos.²⁰²

Ainda em São Paulo, o Dr. Quintiliano H. de Mesquita, da Casas de Saúde Matarazzo, foi responsável por inúmeras publicações em eletrocardiografia. A maioria dos artigos se baseavam em relatos de casos de pacientes que possuíam arritmias e alterações eletrocardiográficas. Quintiliano estudava não só a representação eletrocardiográfica das arritmias, mas também intervenções farmacológicas para o tratamento destas. Como exemplo, podemos citar o artigo *Associação da estrofantina K com a digitalina na fibrilação auricular*, publicado no periódico *O Hospital*, em 1948.²⁰³ Neste artigo, o autor apresentou os resultados obtidos com um novo método de tratamento da fibrilação auricular: a associação da estrofantina K e a digitalina. Podemos citar

²⁰¹ Ibidem. p. 846.

²⁰² DÉCOURT, Luiz V.; NETO, Mateus Romeiro; FREITAS, J. L. Pedreira. Alterações miocárdicas na moléstia de Chagas. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 1946, pp. 286 – 287.

²⁰³ MESQUITA, Quintiliano H. Associação da estrofantina K com a digitalina na fibrilação auricular. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, 1948, pp. 180 – 203.

outros artigos publicados pelo autor, neste mesmo periódico, corroborando a linha de pesquisa deste médico. No artigo publicado em 1945, o autor apresentou um caso clínico de Wolf-Parkinson-White e discutiu os efeitos de diversos fármacos sobre o nó AV e a condução A-V.²⁰⁴ Em 1950, o autor estudou os efeitos do Dietilaminoetoxi-2-Difenil sobre 11 pacientes que apresentavam quadro de taquicardia paroxística.²⁰⁵ Já em 1953, o autor estudou os efeitos da quinidina no bloqueio sinoauricular.²⁰⁶

Já no Rio de Janeiro, uma das principais lideranças eram os médicos Francisco Laranja (cardiologista do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários) e Emanuel Dias (diretor do Centro de Pesquisas e Profilaxia da Moléstia de Chagas do Instituto Oswaldo Cruz). Estes dois médicos desenvolveram inúmeros trabalhos sobre a doença de Chagas, discutindo aspectos epidemiológicos e acometimentos cardíacos da doença que, importante tema da pesquisa médica brasileira tanto em termos dos temas da medicina tropical quanto da cardiologia.²⁰⁷

Ainda no Rio de Janeiro, outro nome de destaque era o de Genival Londres, professor da Faculdade de Ciências Médicas e Diretor do Instituto de Cardiologia e que como vimos era a grande liderança nas debates e ações em prol da assistência médico-social ao cardíaco. Seu principal objeto de estudo era a hipertensão arterial. A Universidade do Brasil contava com muitos nomes de grande importância na cardiologia, como Luis Feijó, José de Paula Lopes Pontes, Roberto Segadas, Aarão Benchimol, Waldemar Deccache, entre outros.

Fora do eixo Rio-São Paulo, onde a cardiologia encontrava os seus principais representantes, existiam algumas importantes lideranças. A Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia tinha como seu principal representante Adriano de Azevedo Pondé, livre docente de Clínica Propedêutica Médica. Além do tema da doença de Chagas, Pondé discutia em seus artigos, entre outros, o tema da assistência ao cardíaco e das cardiopatias congênitas.²⁰⁸

²⁰⁴ MESQUITA, Quintiliano H. Condução auriculoventricular aberrante com PR curto e QRS anormal mas com duração normal. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, 1945, pp. 981-985.

²⁰⁵ MESQUITA, Quintiliano H. Contribuição para o tratamento dos paroxismos taquicárdicos pelo Dietilaminoetoxi-2-Difenil (1262F). *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, 1950, pp. 653-683.

²⁰⁶ MESQUITA, Quintiliano H. Desbloqueio sinoauricular pela quinidina. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, 1953, pp. 15-20.

²⁰⁷ KROPF, Doença de Chagas, doença do Brasil. Op. cit.

²⁰⁸ PONDÉ & NOVIS FILHO. O Ambulatório de Moléstias Cardio-Vasculares no Hospital Santa Isabel. *op.cit.*; PONDÉ, Adriano. Complexo de Eisenmenger e heterotaxia visceral. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, 1944, pp. 91-122.

Também representado a região nordeste, Antônio Jucá, Professor de Clínica Médica da Universidade do Ceará, publicou, na revista *O Hospital*, um importante trabalho sobre o diagnóstico do infarto do miocárdio.²⁰⁹ Nele, o autor discutia os achados da anamnese, exame físico e exame laboratorial. Destacava, também, o importante papel do eletrocardiograma no diagnóstico desta entidade clínica e discutia a localização anatômica do infarto do miocárdio (já estudada por Frank Wilson) através do uso das derivações precordiais. Este trabalho reflete, mais uma vez, a relevância do tema da doença coronariana e da eletrocardiografia, na época.

A eletrocardiografia é indubitavelmente o método mais seguro de investigação do infarto do miocárdio. Quando o exame clínico falha e a história é confusa, só o e.c.g. poderá elucidar o diagnóstico, tirando-nos de situações muita vez embaraçosas. É, não raro, a chave do diagnóstico diferencial quando temos a mente preñhe de hipóteses várias. Podem não ser características as variações do “normal” de um único traçado, mas os e.c.g. tirados em série são via de regra típicos e patognomônicos.²¹⁰

Já a região norte possuía, como principal liderança, o médico Dalmiro Gomes da Silva, do SESP (Serviço Especial de Saúde Pública) de Belém do Pará. Este também publicou vários trabalhos sobre diversos temas da cardiologia. Entre estes temas, podemos destacar, principalmente, a eletrocardiografia.²¹¹

Os periódicos *O Hospital* e *Brasil-Médico* foram importantes espaços de divulgação da cardiologia até o início da década de 1950, quando pode-se perceber uma queda expressiva no número de “artigos originais” sobre este tema nas páginas destas revistas. A partir deste momento, estas revistas médicas passaram a se concentrar na divulgação de cursos sobre cardiologia e outras notícias relativas à especialidade. Podemos atribuir este processo à circulação, a partir de 1948, do periódico *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, principal veículo de comunicação da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Os cardiologistas, a partir daquele momento, possuíam uma revista própria da especialidade que, gradativamente, passou a ganhar projeção e a ser o espaço escolhido pelos pesquisadores para a publicação de seus trabalhos, o que constitui um importante indicador

²⁰⁹ JUCÁ, Antonio. Infarto do Miocárdio. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, 1947, pp. 917-924.

²¹⁰ Ibidem. p. 920.

²¹¹ SILVA, Dalmiro Gomes. Sobre a gênese do eletrocardiograma. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, 1950, pp. 879-890; SILVA, Dalmiro Gomes. Alterações e significações de S-T. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, 1951, pp. 453-461.

da institucionalização da especialidade. No capítulo seguinte, analisaremos as publicações nesta revista nos seus dez primeiros anos de existência.

CAPÍTULO 3 - FORMALIZANDO A ESPECIALIDADE: A SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA E SUA REVISTA

3.1 – A criação da Sociedade e suas reuniões anuais

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), fundada em 14 de agosto de 1943, na cidade de Campinas, foi um marco decisivo na organização da cardiologia enquanto especialidade médica e dos cardiologistas como categoria sócio-profissional no Brasil. A SBC era a quinta sociedade nacional de cardiologia no continente americano e a décima terceira no mundo. Antes da fundação da SBC, haviam sido criadas, na América, a *American Heart Association* (1924), a *Sociedad Mexicana de Cardiologia* (1935), a *Sociedad Argentina de Cardiologia* (1937) e a *Sociedad Cubana de Cardiologia* (1937).²¹²

Nesta reunião em agosto de 1943, foi aprovado o estatuto normativo da SBC. Dentre os seus 35 artigos, destaca-se o artigo 2º, que enuncia as finalidades da nova sociedade:

- 1) Estudar e discutir os assuntos relativos à Cardiologia e realizar, anualmente, uma reunião em cidade escolhida pela reunião anterior.
- 2) Promover a reunião dos cardiologistas brasileiros.
- 3) Publicar anualmente os Arquivos de Cardiologia.
- 4) Criar um fichário cardiológico para que os sócios possam consultar, pessoalmente ou por escrito.
- 5) Sugerir e solicitar dos poderes competentes as medidas referentes a saúde pública, e dar parecer sobre questões cardiológicas.
- 6) Manter correspondência com as congêneres estrangeiras.²¹³

Dentre os 112 sócios fundadores da SBC, os cardiologistas do estado de São Paulo correspondiam ao maior número. Muitos destes estavam diretamente ligados ao grupo de Dante Pazzanese no Hospital Municipal de São Paulo, inclusive ministrando aulas no curso anual de Cardiologia coordenado por ele, tais como Leovigildo Mendonça de Barros, Silvio Bertacchi e Olavo Pazzanese. Além disto, destaca-se a presença de importantes nomes da Escola Paulista de Medicina, como Jairo Ramos e Horácio Kneese de Mello. Já a Faculdade de Medicina da

²¹² LUNA. Sociedade Brasileira de Cardiologia – Cinquenta Anos de História. *op. cit.*, p. 5.

²¹³ LUNA. Sociedade Brasileira de Cardiologia – Cinquenta Anos de História. *op. cit.*, p. 6.

Universidade de São Paulo estava representada, entre outros, por Bernardino Tranchesi e Luiz V. Décourt. O Rio de Janeiro tinha como principais representantes: Francisco Laranja, Luis Feijó, Genival Londres, Edgard Magalhães Gomes, Waldemar Decacche e Antônio A. Villela.

Além da leitura e aprovação do estatuto, neste primeiro encontro houve a escolha consensual e a posse da Diretoria, que ficou constituída por: “Presidente – Dante Pazzanese; Vice-Presidente – Alcides Ayrosa; Secretário Geral – José Proença Pinto de Moura; Subsecretário – Osvaldo Faber; Tesoureiro – Quintiliano Mesquita; Diretor de Revista (ainda em Projeto) – Leovigildo Mendonça de Barros.”²¹⁴

A reunião efetuada no dia 14 de agosto de 1943, foi somente responsável por fundar a SBC, eleger a sua diretoria e aprovar os estatutos. Nesta ocasião, não houve apresentação de trabalhos ou discussão de temas relevantes da cardiologia.²¹⁵

Definiu-se que a escolha dos locais das reuniões anuais seria sempre feita pelos integrantes na reunião do ano anterior. Porém, a ata de fundação da SBC já deixou estabelecido que a 1ª reunião da SBC, que seria realizada em 1944, ocorreria na cidade de Campinas. Acredita-se que esta escolha se deu devido ao prestígio do cardiologista campineiro José Proença Pinto de Moura, que participou ativamente no movimento pela criação da SBC.²¹⁶

A 1ª. Reunião Anual da SBC foi inaugurada, então, no dia 12 de fevereiro de 1944, sendo anunciada no periódico *Brasil-Médico* do corrente ano.²¹⁷ Teve como organizador José Proença Pinto de Moura. Um importante trabalho foi apresentado nesta reunião por Oscar Ferreira Júnior, intitulado “normas para admissão de cardíacos aos cargos públicos e particulares”. Ele expressava a intensa discussão que, como vimos no capítulo anterior, relacionava as doenças cardiovasculares aos prejuízos à força produtiva do trabalhador, discussão esta que foi um dos fatores importantes para conferir visibilidade ao debate sobre a necessidade da cardiologia como especialidade.

²¹⁴ Ibidem. p. 5.

²¹⁵ TOSCANO-BARBOSA. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 50 anos de Congressos (1944-1994). *Op. cit.*, p. 3.

²¹⁶ Ibidem. p. 4.

²¹⁷ BRASIL-MÉDICO. Cursos Intensivos de Cardiologia, Radiodiagnóstico e Radioterapia. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, 2 e 3 (1, 8 e 15 de janeiro), 1944, pp. 15-16.

Tamanha era sua relevância que o tema da “assistência ao cardíaco” foi escolhido como tema oficial para a reunião do ano seguinte.²¹⁸

A 2ª Reunião Anual da SBC se deu na cidade do Rio de Janeiro, no período de 18 a 21 de junho de 1945, organizada por Edgard Magalhães Gomes. As sessões científicas deste evento ocorreram em três locais distintos: na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, na Santa Casa de Misericórdia e no Hospital Moncorvo Filho.²¹⁹ Nesta reunião, pela primeira vez, foram apresentados temas oficiais previamente escolhidos e cujos autores eram especialmente convidados. O tema oficial, “a assistência ao cardíaco”, foi apresentado separadamente pelos médicos Genival Londres e Oscar Ferreira Júnior. Luna nos relata que este assunto despertou grande interesse:

O assunto foi amplamente discutido e sugeridas diversas modalidades de atendimento. Discordando do enfoque, Jairo Ramos afirmou que o assunto era basicamente econômico e não seria resolvido sem uma solução da pobreza reinante no País.²²⁰

Neste ano de 1945, de um total de 63 trabalhos apresentados em 9 sessões plenárias, 10 versavam sobre a eletrocardiografia, reforçando a importância cada vez maior atribuída a esta tecnologia médica como método diagnóstico. Vale destacar o trabalho “o eletrocardiograma coronariano”, apresentado pelos médicos Waldemar Deccache, Oscar Ferreira Júnior, Antônio Amarante e Paulo França Leite, que discutiu o uso desta ferramenta gráfica no diagnóstico de coronariopatias.²²¹

A 3ª Reunião Anual, no ano de 1946, ocorreu na cidade de Belo Horizonte, no período de 25 a 29 de julho. Neste ano, a eletrocardiografia continuou em destaque entre os trabalhos apresentados. Durante as 8 sessões plenárias, 46 trabalhos foram apresentados e um terço destes estava relacionado à eletrocardiografia, tanto por meio de discussões teóricas quanto por estudos das alterações eletrocardiográficas em diversas situações clínicas. O tema oficial daquele ano foi

²¹⁸ As informações aqui apresentadas a respeito das reuniões da SBC foram obtidas a partir destas fontes secundárias referenciadas. Infelizmente, não foi possível o acesso direto às fontes primárias da SBC, uma vez que a sociedade só permite a consulta destas fontes a seus sócios.

²¹⁹ TOSCANO-BARBOSA. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 50 anos de Congressos (1944-1994). *op. cit.*, p. 7.

²²⁰ LUNA. Sociedade Brasileira de Cardiologia – Cinquenta Anos de História, Belo Horizonte. *op. cit.*, p. 12.

²²¹ TOSCANO-BARBOSA. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 50 anos de Congressos (1944-1994). *op. cit.*, p. 8. LUNA. Sociedade Brasileira de Cardiologia – Cinquenta Anos de História, Belo Horizonte. *op. cit.*, p. 12.

a “doença de Chagas”, sendo relatores os médicos Emanuel Dias e Francisco Laranja. Apresentaram trabalhos que versavam sobre a epidemiologia, o diagnóstico laboratorial, as alterações anátomo-patológicas e o acometimento cardiológico da doença de Chagas. Segundo Toscano-Barbosa, houve grande destaque para este tema visto que esta patologia já se consolidava como um importante problema de saúde pública. Diz o autor:

Aprovada a proposta de figurar em ata a introdução da conferência do Dr. Emanuel Dias (MG), onde ele se congratula com a Sociedade por ter colocado como tema oficial a doença de Chagas que, pela sua importância na saúde pública e o ataque frequente ao coração, constitui, sem dúvida um verdadeiro problema nacional. Nesta sessão foram apresentadas numerosas contribuições ao estudo da Doença de Chagas sob os aspectos epidemiológico e eletrocardiográfico, pelos Drs Francisco Laranja (RJ), Rubem Tabacof (BA) e Assis Brasil (MG), ensejando uma discussão amplamente participada.²²²

Nesta época, os pesquisadores que estudavam a doença de Chagas defendiam que esta era uma patologia que assolava o território nacional e que era uma questão de saúde pública que precisava ser combatida. Vencer a luta contra este mal significava consolidar o país no caminho do desenvolvimento, visto que estas intervenções sanitárias eram vistas como necessárias para o desenvolvimento social e econômico dos países. A doença de Chagas era tema central na tradição de pesquisa da medicina tropical no Brasil. Liderados por Emmanuel Dias, os pesquisadores investiam no estudo da fase crônica da doença, especialmente a forma cardíaca, buscando-se estabelecer critérios para o diagnóstico clínico desta enfermidade. Eles buscavam, através da eletrocardiografia, identificar alterações que pudessem ser atribuídas à ação patogênica do parasita. Sendo assim, muitos estudos foram dedicados à elucidação das alterações eletrocardiográficas nos pacientes chagásicos.²²³ Frank Wilson, certamente, teve grande influência nestes estudos sobretudo por suas contribuições ao estudo dos bloqueios de ramo. Além disto, Wilson desenvolveu as derivações eletrocardiográficas precordiais (unipolares), que permitiam um melhor mapeamento dos fenômenos elétricos que ocorriam no coração. Conseqüentemente, Wilson e seus estudos foram decisivos para a elucidação do quadro clínico cardiológico da doença de Chagas, o que se expressa nos trabalhos apresentados nos encontros da SBC e publicados na revista da sociedade.

²²² TOSCANO-BARBOSA. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 50 anos de Congressos (1944-1994). *op. cit.*, p. 12.

²²³ KROPF, Simone P. “Medicina tropical no Brasil: a construção científica e social da doença de Chagas (1909-1962)”. In NASCIMENTO, Dilene Raimundo; CARVALHO, Diana Maul (Org.). *Uma história brasileira das doenças. Volume 3*. Belo Horizonte: Argvmentvm, 2010. pp. 257-287.

Na reunião de encerramento da 3ª Reunião Anual, foi proposta e aceita a criação de um Comitê de Redação para o periódico *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, a revista oficial da SBC. Jairo Ramos foi nomeado, então, diretor deste periódico.

Na assembleia geral realizada durante esta reunião anual da sociedade, foi proposto e aceito o nome do pesquisador norte americano Frank N. Wilson como sócio honorário da SBC. Este ato simbolizava o reconhecimento das pesquisas em eletrocardiografia realizadas por este pesquisador como fundamentais para a consolidação da cardiologia e também o reconhecimento do papel que o próprio Wilson havia desempenhado para a construção da especialidade no Brasil, em virtude do curso que ministrara em 1942 em São Paulo no Serviço de Pazzanese.²²⁴

A 4ª Reunião Anual, em 1947, ocorreu na cidade de Salvador, no período de 2 a 7 de julho, tendo como organizador Adriano de Azevedo Pondé, da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia. Pondé era a principal liderança da cardiologia naquele estado, tendo sido responsável pela criação da Associação Baiana de Assistência ao Cardíaco em 1945. Novamente, houve destaque para o tema da eletrocardiografia, com diversos trabalhos sobre o assunto. Vale destacar que na assembleia geral houve uma proposta de Pondé para uma reforma legislativa tendo em vista a aposentaria dos cardíacos,²²⁵ o que evidencia a presença, no âmbito da SBC, dos debates que vinham sendo travados no campo médico sobre a relevância das as patologias cardiovasculares como questões associadas ao mundo do trabalho.

A 5ª Reunião Anual, realizada em Porto Alegre durante o período de 17 a 24 de julho de 1948, foi a maior das reuniões organizadas até então, tanto pelo número de trabalhos apresentados quanto pelo número de sócios participantes.²²⁶ Isto reflete a organização e visibilidade crescentes da especialidade. Além disto, a eletrocardiografia também se mostrava em ascensão dentre os temas abordados. Dos 77 trabalhos apresentados, 18 abordaram este tema, sendo muitos deles sobre a aplicação clínica deste método gráfico. A doença de Chagas foi o tema de “quase uma dezena de trabalhos sobre epidemiologia, clínica, eletrocardiografia, radiologia, provas funcionais hepáticas e anatomopatologia, reunidos numa sessão”.²²⁷ Também foram apresentados trabalhos

²²⁴ LUNA. Sociedade Brasileira de Cardiologia – Cinquenta Anos de História. *op. cit.*, p. 16.

²²⁵ TOSCANO-BARBOSA. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 50 anos de Congressos (1944-1994). *op. cit.*, p. 15.

²²⁶ TOSCANO-BARBOSA. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 50 anos de Congressos (1944-1994). *op. cit.*, p. 18.

²²⁷ *Ibidem*. p. 19.

sobre insuficiência cardíaca, valvulopatias, cirurgia da pericardite constrictiva crônica e angiocardiografia.

Na Assembléia Geral desta 5ª Reunião, Jairo Ramos apresentou um relatório sobre os *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, destacando algumas dificuldades para a feitura da revista para justificar o atraso no lançamento de seu primeiro número, como a falta de material para publicação. Jairo Ramos, então, fez uma solicitação aos colegas presentes que enviassem colaborações para a revista.²²⁸ Nesta mesma assembleia, professores uruguaios propuseram uma moção, que seria aprovada, declarando que “por serem as doenças cardiovasculares um grave problema médico-social, deveriam merecer a preocupação dos órgãos públicos e a criação de instituições de assistência aos cardíacos.”²²⁹

A 6ª Reunião Anual foi realizada entre 05 e 09 de julho de 1949, em Recife, cidade escolhida em função da “importância da especialidade na capital pernambucana”.²³⁰ Diz Toscano-Barbosa, a respeito desta reunião:

Na parte científica foram apresentados setenta e um trabalhos (cinco de angiologia). Vale a pena enumerar a predominância de obras sobre Eletrocardiografia, Cateterismo Cardíaco, Angiocardiografia, Cirurgia Cardíaca, Estudo Social das Cardiopatias, Análise Estatística das Cardiopatias e Doença de Chagas.²³¹

A 7ª Reunião Anual da SBC ocorreu no Rio de Janeiro, no período de 02 a 08 de julho de 1950. Na sessão inaugural, Luiz Capriglioni “focalizou a posição da Cardiologia na Medicina moderna e suas recentes aquisições”.²³² Esta Reunião contou com a apresentação de 88 trabalhos.

²²⁸ LUNA. Sociedade Brasileira de Cardiologia – Cinquenta Anos de História, Belo Horizonte. *op. cit.*, p. 17.

²²⁹ Ibidem. A partir do ano de 1948, os *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* tinham, por costume, publicar as atas das Sessões de Abertura, Sessão Geral e resumo dos trabalhos apresentados nas Reuniões Anuais. Normalmente, isto era publicado na seção “Noticiário”, no mesmo ano da Reunião, no terceiro fascículo do periódico daquele ano. Em muitas das vezes, era um breve resumo das sessões e dos trabalhos; outras vezes, publicavam-se na íntegra das atas e um resumo mais detalhado dos trabalhos.

²³⁰ TOSCANO-BARBOSA. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 50 anos de Congressos (1944-1994). *op. cit.*, p. 23.

²³¹ Ibidem. p. 26.

²³² TOSCANO-BARBOSA. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 50 anos de Congressos (1944-1994). *op. cit.*, p. 27.

Novamente, a doença de Chagas (9 trabalhos – 10,2%) e a eletrocardiografia (14 trabalhos – 16,0%) obtiveram grande destaque.²³³

As contribuições eletrocardiográficas, ainda numerosas, giravam em torno de três temas principais: padrões normais em crianças, correlação entre lesões cardíacas verificadas necroscopicamente e morfologia do QRS, e achados eletrocardiográficos em doenças não cardíacas.²³⁴

Importante destacar que, nesta reunião, foi sugerida por Waldemar Deccache uma moção de apoio à proposta feita, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, de criação de uma cadeira de cardiologia. Isto dividiu opiniões. Jairo Ramos declarou “entender que a Sociedade Brasileira de Cardiologia não poderia aprovar a criação, no ensino de graduação, da Cadeira de Cardiologia ou de outras especialidades de Clínica Médica, pois iria contra as conveniências pedagógicas”.²³⁵ Foi proposto por Jairo Ramos que esta nova cadeira de cardiologia fosse criada no curso de pós-graduação. Aprovou-se que seria realizado um estudo quanto à criação de uma cátedra de cardiologia, a ser implementado oportunamente.²³⁶

A 8ª Reunião Anual foi realizada em Fortaleza, entre os dias 08 e 14 de julho de 1951. Nesta Reunião, a cirurgia cardíaca, a eletrocardiografia e a etiologia das cardiopatias seguiam como grandes destaques. De um total de 39 trabalhos, 7 (17,9%) eram sobre cirurgia cardíaca, 6 (15,3%) sobre eletrocardiografia e vetorcardiografia, 3 (7,7%) discutiam estudos epidemiológicos sobre as doenças cardiovasculares. Foi, também, exibido um filme de uma cirurgia de Blalock-Taussig.²³⁷ A doença de Chagas ganhou destaque nas palavras do presidente desta Reunião, Antonio Jucá:

Com a palavra, em seguida, o Dr. Antonio Jucá, na qualidade de presidente da Reunião, passou em revista a finalidade do conclave, acentuando diversos problemas criados pelas doenças cardiovasculares, detendo-se na moléstia de

²³³ ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 3, 1950, pp: 428-441.

²³⁴ TOSCANO-BARBOSA. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 50 anos de Congressos (1944-1994). *op. cit.*, p. 28.

²³⁵ *Ibidem*. p. 29.

²³⁶ As atas da sessão de abertura, das sessões científicas, da Assembleia Geral e da sessão de encerramento deste ano foram publicadas em: ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 3, 1950, pp: 428-443.

²³⁷ A Cirurgia de Blalock-Taussig é um procedimento cirúrgico utilizado na correção de algumas cardiopatias congênitas cianóticas. As atas da sessão de abertura, das sessões científicas, da Assembleia Geral e da sessão de encerramento deste ano foram publicadas em: ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 4, n. 3, 1951, pp. 351-362.

Chagas, que está a exigir a colaboração de todos em uma campanha de profilaxia.²³⁸

A 9ª Reunião Anual da SBC ocorreu em Curitiba, entre os dias 06 e 12 de julho de 1952. A cirurgia cardíaca ganhava cada vez mais destaque, visto que entre os 63 trabalhos de cardiologia, 23 (36,5%) versavam sobre tratamentos cirúrgicos.²³⁹ Isso refletia e ratificava a importância do uso da tecnologia na área da cardiologia. Outro assunto de grande destaque foi, novamente, a eletrocardiografia, entre trabalhos que discutiam, entre outros, temas como a vantagem da determinação dos eixos elétricos espaciais e os padrões eletrocardiográficos na presença de sobrecargas sistólicas do ventrículo direito.

Na Assembleia Geral deste ano, novamente o tema da criação de uma cátedra em cardiologia voltou a ser discutido. Diz Luna:

Reinaldo Chiaverini solicitou que a Sociedade Brasileira de Cardiologia oficiasse à Associação Médica Brasileira para que esta se pronunciasse sobre a vantagem ou não de se transformar uma das cadeiras de Clínica Médica, da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, em cátedra especializada em Cardiologia, o que foi aprovado por unanimidade de votos.²⁴⁰

A 10ª Reunião Anual, realizada em Belo Horizonte, ocorreu no período de 05 a 11 de julho de 1953. Foram 71 trabalhos apresentados, e os principais temas discutidos neste ano foram as valvopatias (com apresentação de estudos radiológicos, eletrocardiográficos e hemodinâmicos neste grupo de patologias, além da discussão de intervenções cirúrgicas), as cardiopatias congênitas (com discussão de aspectos diagnósticos e hemodinâmicos e o tratamento cirúrgico) e a doença de Chagas. Segundo Toscano-Barbosa,

Pela sua importância como doença grave e prevalente e, talvez, pelo fato da Reunião Anual ter sido realizada em Minas Gerais, também a cardiopatia Chagásica recebeu grande destaque nas apresentações científicas e significativas contribuições ocorreram nesse campo.²⁴¹

²³⁸ ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 4, n. 3, 1951, p. 351.

²³⁹ TOSCANO-BARBOSA. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 50 anos de Congressos (1944-1994). *op. cit.*, p. 36.

²⁴⁰ LUNA. Sociedade Brasileira de Cardiologia – Cinquenta Anos de História, Belo Horizonte. *op. cit.*, p. 19. Os resumos dos trabalhos apresentados e atas das sessões de abertura e de encerramento e da Assembleia Geral da 9ª Reunião foram publicados em: ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 5, n. 3, 1952, pp. 323-340.

²⁴¹ TOSCANO-BARBOSA. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 50 anos de Congressos (1944-1994). *op. cit.*, p. 41.

Neste ano, não houve a publicação das atas e resumos científicos da Reunião Anual.

Por motivo de força maior, independente da redação desta revista, deixa de ser publicado, este ano, o Relatório sobre a X Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Cardiologia, realizada em julho próximo passado na Cidade de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais.²⁴²

Reforçando a importância que o tema da doença de Chagas teve para esta Reunião Anual, foi aprovado pela Assembleia Geral daquele ano a criação do Prêmio Carlos Chagas. Diz a ata:

O Dr. Aristóteles Brasil pediu poderes à Sociedade Brasileira de Cardiologia para realizar a publicação de todas as obras de Carlos Chagas, conforme a autorização da família do ilustre e saudoso patrício. Esclareceu que uma comissão da Sociedade Brasileira de Cardiologia coordenaria essa publicação e o fruto da venda desse livro reverteria para a Sociedade Brasileira de Cardiologia, do qual se tiraria anualmente o prêmio denominado Carlos Chagas, conferido ao melhor trabalho anual sobre a moléstia de Chagas. (...) A proposta foi posta em discussão e, a seguir, aprovada por unanimidade.²⁴³

Além disto, a Assembléia Geral de 1953 lembrou o falecimento de Frank Wilson.

O Dr. Murilo Belchior propôs um voto de pesar pelo falecimento do Prof. Frank Wilson. O Dr. A. de Carvalho Azevedo esclareceu que logo após o falecimento a Sociedade Brasileira de Cardiologia enviou votos de pesar à sua família.²⁴⁴

A partir do ano de 1954, as Reuniões Anuais passaram a ser denominadas Congressos. Sendo assim, o XI Congresso Brasileiro de Cardiologia, realizado entre 04 e 10 de julho, ocorreu na cidade de Salvador. A cardiologia entrava na era da cirurgia e dos métodos invasivos, visto que muitos dos 66 trabalhos apresentados abordavam estes temas. Porém, a doença de Chagas seguia se destacando, em trabalhos que apontavam por sua relevância médica e social. Reinaldo Chiaverini propôs envio de mensagem ao Governador, destacando a importância do combate à esta patologia.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia, reunida em seu XI Congresso Anual na cidade de Salvador, Bahia, de 4 a 10 de julho de 1954, mais uma vez comprovou, através de trabalhos discutidos, a gravidade do problema da Doença de Chagas, na maior parte do território nacional, gravidade esta que se reflete em sua alta incidência e em seu alto índice de mortalidade em populações adultas e

²⁴² ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 6, n. 3, 1953, p. 312.

²⁴³ ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 7, n. 1, 1954, p. 77.

²⁴⁴ *Ibidem*.

produtivas. Dirige-se, por isso, à V. Excia., a fim de, por todos os meios, se intensificar o estudo e o combate à terrível doença.²⁴⁵

O XII Congresso Brasileiro de Cardiologia ocorreu na cidade de São Paulo, no período de 03 a 09 de julho de 1955. Os trabalhos apresentados neste congresso “praticamente focalizaram temas compatíveis aos da reunião anterior.”²⁴⁶ Foram apresentados cerca de 240 resumos, com predomínio de trabalhos sobre as doenças cirúrgicas do coração. Porém, duas reuniões foram dedicadas a assuntos clínicos e preventivos, com a realização, pela primeira vez nos congressos da SBC, de mesas-redondas sobre hipertensão arterial e febre reumática.²⁴⁷ Vinte quatro resumos abordavam temas da eletrocardiografia, que, “em múltiplas circunstâncias, mostrou-se de grande valor no diagnóstico de várias entidades nosológicas.”²⁴⁸

A SBC voltou a se reunir no Nordeste, no XIII Congresso Brasileiro de Cardiologia, ocorrido em Recife, entre os dias 16 e 21 de julho de 1956.

Novamente volta a Sociedade Brasileira a se reunir no Nordeste, para incentivar e conhecer o progresso da especialidade nessa região do País, que tem dado provas de acompanhar esforçadamente o desenvolvimento da Cardiologia, quer adquirindo a aparelhagem moderna que auxilia o trabalho do especialista, quer enviando os seus cardiologistas aos centros mais desenvolvidos do Brasil e do exterior (França, México, Inglaterra, Estados Unidos).²⁴⁹

Nesta reunião, foram apresentados 69 trabalhos, sendo os temas de maior destaque: as cardiopatias congênitas, as valvulopatias cirúrgicas e a eletrocardiografia. Na área da eletrocardiografia, foram apresentados trabalhos que discutiam conceitos e apresentavam casos clínicos. Como exemplo de conceitos, Zang Z. Zao (assistente da Seção de Cardiologia, Instituto Oswaldo Cruz) discutiu em seu trabalho os vetores cardíacos no plano frontal. Já a equipe de cardiologia da Universidade de São Paulo, liderada por João Tranchesí, discutiu as manifestações eletrocardiográficas no infarto do miocárdio.²⁵⁰ A doença de Chagas também esteve presente neste

²⁴⁵ ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 7, n. 3, 1954, p. 250.

²⁴⁶ LUNA. Sociedade Brasileira de Cardiologia – Cinquenta Anos de História, Belo Horizonte. *op. cit.*, p. 29.

²⁴⁷ TOSCANO-BARBOSA. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 50 anos de Congressos (1944-1994). *op. cit.*, p. 50.

²⁴⁸ *Ibidem*. p. 51.

²⁴⁹ TOSCANO-BARBOSA. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 50 anos de Congressos (1944-1994). *op. cit.*, p. 53.

²⁵⁰ LUNA. Sociedade Brasileira de Cardiologia – Cinquenta Anos de História, Belo Horizonte. *op. cit.*, p. 30.

congresso, através de alguns trabalhos onde novos aspectos desta patologia “foram integrados no grande painel da cardiopatia crônica.”²⁵¹

As questões relativas às relações entre cardiopatias e trabalho estiveram presentes na Assembléia Geral, de 1956, onde a SBC propôs, ao Ministro do Trabalho, a criação de Departamento do Bem-Estar. Diz a ata:

A S.B.C., reunida no XIII Congresso, em Recife, aprovou um apêlo a V. Excia. No sentido de que seja criado o Departamento do Bem-Estar Social, já previsto em lei e criação de escolas, de acôrdo com os arts. 91 e 92 do dec-lei sôbre acidentes do trabalho. Posta em discussão. Aprovada. Recomendações: 1) Dr. Claudio Penna – nomear uma comissão para estabelecer conceituação sôbre as condições em que as moléstias cardiovasculares devem ser consideradas moléstias profissionais. Estudar o que é cardiopatia grave e o conceito de moléstia profissional, sob o ponto de vista cardiológico. Pôsto em votação. Aprovado. 2) Estabelecer e padronizar normas para profissões compatíveis com o trabalhador cardiopatae angiopata, nomeando, para isso, uma comissão.²⁵²

O XIV Congresso Brasileiro de Cardiologia ocorreu na cidade do Rio de Janeiro, no período de 07 a 13 de julho de 1957. Foram inscritos 129 trabalhos, distribuídos nas seguintes classificações: cardiologia clínica (71), cardiopatias congênitas (22), cirurgia cardíaca (21) e eletrocardiografia (15). Como se pode observar, a eletrocardiografia ainda era tema de grande importância na agenda de estudos da SBC. Estes trabalhos em eletrocardiografia discutiam as manifestações eletrocardiográficas (e eventualmente as vetorcardiográficas) das diversas patologias, entre elas: embolia pulmonar, na comunicação interatrial e na sobrecarga ventricular esquerda na estenose mitral.²⁵³ A mesa-redonda desta reunião abordou o tema da insuficiência cardíaca, sendo presidida por Carlos Cruz Lima (professor catedrático de clínica médica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil). Desta mesa, participaram os seguintes médicos: Reinaldo Chiaverini (docente livre de clínica médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), Rubens Maciel (professor catedrático de clínica propedêutica médica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre), Magalhães Gomes e Luiz V. Décourt (professor titular de clínica cardiológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

²⁵¹ Ibidem. p. 30.

²⁵² ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 9, n. 3, 1956, p. 175.

²⁵³ LUNA. Sociedade Brasileira de Cardiologia – Cinquenta Anos de História, Belo Horizonte. *op. cit.*, p. 30.

Um breve resumo do congresso e a ata da Assembléia Geral foram publicados no volume 10, n. 3, dos *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*.²⁵⁴

Importante ressaltar que a Assembléia Geral do XIV Congresso apresentou, entre outras, duas moções do Dr. Claudio Penna que merecem destaque: uma solicitando ao Ministro do Trabalho para que entrasse em funcionamento o Serviço de Bem-Estar Social, e a outra recomendando que a SBC promovesse a Campanha Nacional de Fundos para a Assistência aos Cardiopatas.²⁵⁵ Isso reflete, novamente, a centralidade da questão da assistência social ao cardíaco e do impacto das doenças cardíacas nas relações de trabalho na agenda de debates da cardiologia brasileira em seu processo de constituição como especialidade.

Em 1958, realizou-se o XV Congresso Brasileiro de Cardiologia, na cidade de Porto Alegre, no período de 06 a 12 de julho. Este congresso enfrentou alguns problemas que não haviam sido resolvidos nos congressos anteriores e que estavam relacionados à entrega de trabalhos à última hora do início do congresso e à ausência de resumos destes trabalhos. Neste sentido, havia sempre uma dificuldade de planejamento das sessões científicas. No ano de 1958, foi fixada uma data limite para o recebimento dos trabalhos, com os seus respectivos resumos.²⁵⁶ Foram apresentados 115 trabalhos, sendo que 28 versavam sobre a eletrocardiografia e a vetocardiografia, em diversos cenários clínicos. Outros importantes temas abordados nesta reunião foram as cardiopatias congênitas e a cirurgia cardíaca e de grandes vasos. A doença de Chagas também esteve presente, sendo apresentados trabalhos que discutiam estudos epidemiológicos desta patologia, que descreveram e interpretaram os aspectos morfológicos do vetorcardiograma na miocardite chagásica, que relataram ensaios terapêuticos, entre outros aspectos. A mesa-redonda deste congresso abordou o cor pulmonale crônico.

Nestes primeiros anos, portanto, um grande esforço da SBC foi a organização destas reuniões de modo a torná-las regulares e produtivas. A cada ano, elas reuniam mais profissionais. Em 1943, quando de sua criação, a SBC contava com 112 sócios fundadores. Em 1952, a SBC contava com 413 sócios. Em 1962, este número duplicaria, com 828 sócios. Além disso,

²⁵⁴ ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 10, n. 3, 1957, pp. 275-281.

²⁵⁵ ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 10, n. 3, 1957, p. 278.

²⁵⁶ TOSCANO-BARBOSA. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 50 anos de Congressos (1944-1994). *op. cit.*, p. 61.

progressivamente, principalmente a partir de 1959, haveria maior participação de médicos de outros estados, não se limitando basicamente a profissionais do Rio de Janeiro e São Paulo.²⁵⁷ A cada ano eram criadas novas filiais regionais. A Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, foi criada em 1955.²⁵⁸ A Sociedade Paraense de Cardiologia foi criada em 1957, a Espírito-Santense em 1964, a Paranaense em 1966, a Goiana em 1967, entre outras, mostrando o estímulo à integração dos cardiologistas entre si e em seus espaços regionais. O aumento do número de sócios filiados e da participação de outros estados do país nas reuniões anuais demonstrava um aumento e intensificação do interesse pela cardiologia para além dos principais centros do Sudeste.

3.2 - Os Archivos Brasileiros de Cardiologia: um panorama geral

O estatuto normativo da SBC, lançado e sua fundação em 1943, já previa a criação de um periódico oficial. Apesar disto, por motivos financeiros, a revista não foi editada, sendo o primeiro número deste periódico, intitulado *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, lançado no primeiro trimestre de 1948, com tiragem de 600 exemplares.²⁵⁹ A publicação dos *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* foi um marco importante na consolidação da cardiologia como especialidade médica visto que, conforme discutido por George Weisz, a criação de periódicos especializados reflete uma estratégia de legitimação profissional, pois torna-se um veículo para difusão, divulgação e circulação deste novo conhecimento.

A SBC afirmava a necessidade de criação um veículo de comunicação oficial que atingisse a grande maioria dos profissionais que praticavam esta especialidade no país. Até aquele momento, a atualização médica era realizada através de periódicos provenientes da Europa e Estados Unidos, “mas não alcançavam a massa de médicos que aqui praticava Cardiologia, sobretudo representada por clínicos gerais”.²⁶⁰

²⁵⁷ LUNA. Sociedade Brasileira de Cardiologia – Cinquenta Anos de História, Belo Horizonte. *op. cit.*, p. 22.

²⁵⁸ Sobre a história da SOCERJ, ver ALBANESE FILHO, Francisco Manes (org.). *50 anos de história da cardiologia do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: SOCERJ, 2005.

²⁵⁹ LUNA. Sociedade Brasileira de Cardiologia – Cinquenta Anos de História, Belo Horizonte. *op. cit.*, p. 79.

²⁶⁰ *Ibidem*. p. 78.

Na ata de fundação da SBC, em 14 de agosto de 1943, já havia a figura do diretor do periódico, que coube a Leovigildo Mendonça de Barros. Em 1946, Jairo Ramos assumiu este cargo e publicou, então, em 1948, o primeiro volume desta revista. O corpo editorial era composto pelos seguintes membros: Diretor – Jairo A. Ramos (SP); Redator-Chefe – Leovigildo Mendonça de Barros (SP); Redatores – José Reinaldo Marcondes (SP) e Luiz V. Decourt (SP); Conselho de Redação - Adriano Pondé (BA), Caio B. Dias (MG), Dante Pazzanese (SP), Edgard Magalhães Gomes (RJ), Fernando Morais (PE), Genival Londres (RJ), José Barbosa Correia (SP) e Rubens Maciel (RS).²⁶¹

A revista buscava se estabelecer, então, como o principal meio de comunicação entre os cardiologistas no país. A periodicidade foi de quatro números anuais até 1959. A tiragem inicial consistia de 600 exemplares, o que permaneceu até o ano de 1966. A partir de 1957, a revista passou a publicar os resumos dos trabalhos apresentados nas reuniões anuais da SBC.²⁶²

Procederemos, a partir deste momento, a uma análise mais detalhada deste periódico, no período que vai do lançamento da revista até o ano de 1958, ou seja, durante sua primeira década de existência. Como já dito, o ano de 1958 marca também uma importante mudança na cardiologia, com o surgimento da cardiologia intervencionista.²⁶³ Neste período destacado, procuraremos

²⁶¹ Ibidem. Jairo Ramos nasceu em 1900 e formou-se na Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, em 1923. Nesta época, as disciplinas de clínica, cirurgia e especialidades da Faculdade de Medicina eram ministradas nas enfermarias e dependências da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Em 1931, já como assistente de clínica médica da Faculdade de Medicina, realizou um curso de eletrocardiografia clínica em 10 aulas que, em 1935, transformou-se em um livro. Em 1931, tornou-se Livre-Docente de Clínica Médica da Faculdade de Medicina. Em 1933, ocorreram várias reuniões de médicos, que contavam sempre com a participação de Jairo Ramos, onde era discutida uma importante questão à época: a falta de vagas para alunos que desejavam ingressar no curso médico e, também, a falta de vagas para médicos que desejavam ingressar no ensino médico. Neste sentido, Jairo Ramos e outros médicos assistentes de várias disciplinas da Faculdade de Medicina resolveram pela criação da segunda Escola Médica de São Paulo, que recebeu o nome de Escola Paulista de Medicina. Desde sua criação, Jairo Ramos ocupou diversos cargos na EPM, tendo sido diretor no período de 1952-1954. Foi professor de propedêutica médica de 1933 a 1965, quando recebeu o título de professor emérito. Em 1951, criou o Departamento de Clínica Médica da EPM. Em 1943, foi um dos fundadores da SBC, sendo seu presidente de 1955 a 1956. Foi, também, o editor-fundador dos *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, no período de 1948 a 1953. ACADEMIA DE MEDICINA DE SÃO PAULO. Jairo Ramos. (www.academiamedicinasaopaulo.org.br)

²⁶² No período de 1960 a 1978, a revista passou ser publicada bimestralmente e, a partir de 1979, mensalmente. Entre 1967 a 1971, a tiragem aumentou em mais de quatro vezes, chegando a 2500 exemplares. Este número seguiu em constante crescimento, tendo atingido uma tiragem de 9000 exemplares em 1998. LUNA. Sociedade Brasileira de Cardiologia – Cinquenta Anos de História. *op. cit.*, p. 80.

²⁶³ Cardiologia intervencionista é uma subespecialidade da cardiologia que abrange um conjunto de procedimentos que visam estudar a hemodinâmica cardíaca e arterial, com o objetivo de efetuar o diagnóstico e/ou tratamento de cardiopatias e arteriopatias. A cardiologia intervencionista utiliza cateteres arteriais, que possibilitam diagnósticos das cardiopatias pela medição de pressões e gradientes pressóricos e/ou por introdução de contraste radiológico.

mostrar a crescente importância da eletrocardiografia como tecnologia para o diagnóstico e, particularmente, a influência das ideias de Frank Wilson quanto às novas técnicas a serem seguidas na aplicação clínica desta tecnologia.

Entre 1948 e 1958, foram publicados 228 artigos no *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, que versavam sobre os mais diversos assuntos da especialidade. As temáticas mais abordadas nos artigos publicados no periódico foram os temas clínicos (36,4%), a eletrocardiografia (23,6%) e os estudos hemodinâmicos e cirúrgicos (14,0%), conforme a seguinte tabela.

Tabela 1: Temáticas abordadas pelos artigos publicados na revista *Archivos Brasileiros de Cardiologia* entre 1948 e 1958.²⁶⁴

Temas	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	Total
Eletrocardiografia	9	4	10	3	4	3	4	2	5	5	5	54 (23,6%)
Estudos Hemodinâmicos e Cirúrgicos	-	1	4	-	4	6	4	7	-	3	3	32 (14,0%)
Fisiologia	-	-	-	4	1	4	-	1	-	2	-	12 (5,3%)
Terapêutica	1	1	-	-	3	1	1	1	3		1	12 (5,3%)
Estudos Epidemiológicos	-	3	1	3	2	-	1	-	-	1	-	11 (4,8%)
Temas Clínicos	9	12	8	9	6	2	6	4	7	9	11	83 (36,4%)
Artigos Estrangeiros ²⁶⁵	6	7	2	-	3	-	3	1	1	-	1	24 (10,5%)
Total	25	28	25	19	23	16	19	16	16	20	21	228 (100%)

Na categoria de “temas clínicos”, temos os seguintes assuntos:

²⁶⁴ Para a construção desta tabela, utilizamos classificações relativas a temas gerais da cardiologia. Apesar de reconhecermos que tais classificações não são estanques e suas fronteiras podem se inter cruzar, optamos por classificar cada artigo classificado em apenas uma das categorias arbitradas (com base no que julgamos representar melhor o objetivo principal deste artigo). Com isso, esperamos apresentar uma visão geral dos assuntos que eram discutidos à época.

²⁶⁵ Como “Artigos Estrangeiros”, estamos considerando artigos ou conferências de autores estrangeiros que foram publicados nos *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*.

Tabela 2: Tópicos constitutivos da categoria “assuntos clínicos” indicados na tabela 1.

Tópicos	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	Total
Relato de casos ²⁶⁶	1	2	2	2	4	-	2	1	2	5	-	21 (25,3%)
Cardiopatia Reumatica	1	-	1	2	-	-	-	1	2	1	3	11 (13,5%)
Doença de Chagas	2	2	1	-	1	-	2	1	1	-	1	11 (13,5%)
Hipertensão Arterial	2	4	1	1	-	-	-	-	-	-	-	8 (9,9%)
Insuficiência Cardíaca	1	-	-	1	1	-	1	-	-	2	-	6 (7,4%)
Doença Arterial Coronariana	1	3	1	-	-	1	1	-	1	-	3	11 (13,6%)
Cardiologia Geral ²⁶⁷	1	1	1	2	-	-	-	1	1	1	4	12 (14,5%)
Esquistossomose	-	-	1	1		1	-	-	-	-	-	3 (3,7%)

A maior parte dos artigos publicados sobre eletrocardiografia era oriunda de pesquisas realizadas em instituições paulistas, principalmente a EPM e a Universidade de São Paulo. Isto condiz com a maior representatividade deste estado entre os sócios fundadores da SBC. É

²⁶⁶ O tema “relato de casos” aborda trabalhos que constituem análises de um (ou mais) determinado caso clínico que apresente algum aspecto de grande relevância e interesse. Após a explanação do(s) caso(s), o artigo discute aspectos importantes da patologia em questão, relacionando-os com o(s) caso(s) descrito.

²⁶⁷ Esta categoria engloba artigos que abordam temas como: semiótica dos sopros cardíacos, alterações cardíacas na gestação, alterações do sistema vascular em grandes altitudes, considerações gerais sobre endocardite bacteriana, considerações gerais sobre cardiopatias congênitas, cor pulmonale, entre outros. Neste tópico está incluso, também, um único artigo publicado com o tema da assistência ao cardíaco.

importante frisar que o curso de cardiologia, ministrado pelo Dr. Dante Pazzanese no Hospital Municipal de São Paulo, com início em 1941, foi um dos principais cursos desta especialidade na época, congregando médicos das diversas regiões do país. Sendo assim, a presença de um maior número de publicações de pesquisadores paulistas expressa este cenário. Este conjunto de trabalhos será melhor analisado na seção seguinte.

Neste período, a revista apresentava os seus artigos divididos em três seções: *Trabalhos Originais*, *Caso Clínico* e *Conferência*. Os trabalhos publicados como *Trabalhos Originais* visavam à discussão de temas e de achados experimentais que se relacionavam com diversos temas da cardiologia. Vale destacar que o periódico também publicava artigos de autores estrangeiros. A sessão *Caso Clínico* tinha como perfil a discussão de um destes temas de relevância para a especialidade através da exposição de um caso clínico estudado pelo autor. Já a sessão *Conferência* tinha por objetivo publicar trabalhos inicialmente apresentados em palestras, mesas redondas ou congressos, nacionais ou internacionais.

Na seção *Trabalhos Originais*, tem-se um grupo muito particular de artigos: os estudos epidemiológicos. Estes trabalhos visavam discutir a distribuição e a frequência das patologias cardiovasculares na população ou em alguns grupos específicos. Percebe-se uma maior frequência de publicações oriundas do estado de São Paulo. Os autores defendiam a importância destes estudos como forma de avaliar e atestar a relevância médica e social das doenças cardiovasculares. O mapeamento da frequência etiológica das diversas patologias cardiológicas era visto como base para se desenvolverem medidas para o combate destes males. Como nos dizem Antônio A. Villela e colaboradores, na introdução do seu artigo *Estudo estatístico da distribuição de frequências etiológicas dos primeiros mil casos observados no ambulatório do serviço de cardiologia da policlínica geral do Rio de Janeiro*, publicado em 1950:

Grande é a importância das doenças do aparelho circulatório, não só do ponto de vista da doença em si – que é geralmente de difícil tratamento e acarreta aos enfermos grandes padecimentos, não só físicos, mas também da esfera anímica – mas principalmente do ponto de vista social, por isso que invalida indivíduos em plena pujança das suas capacidades intelectuais e físicas, deixando êsses de contribuir para o progresso da comunidade de que fazem parte.²⁶⁸

²⁶⁸ VILLELA, Antonio Araújo *et al.* Estudo Estatístico da Distribuição de Frequências Etiológicas dos Primeiros Mil Casos Observados no Ambulatório do Serviço de Cardiologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 3, 1950, pp. 381-392, p. 381.

Neste sentido, estes médicos também defendiam a produção de estatísticas nacionais por acreditarem que os estudos estrangeiros da frequência etiológica destas patologias não refletiam os seus perfis de incidência no território brasileiro.

Não é preciso encarecer a relevância do conhecimento das causas etiológicas das cardiopatias em uma dada região, pois dessa verificação advêm conclusões úteis para os problemas médico-sociais. Sabemos ser impossível aceitarmos e utilizarmos, em nosso meio, as numerosas estatísticas estrangeiras, uma vez que são diferentes as condições de ordem climática, geográfica, racial e econômica, capazes de influir na frequência das várias causas etiológicas das cardiopatias. Através desses estudos poderemos estabelecer futuras correlações dos problemas cardiológicos em nosso meio, com os de outras regiões do Brasil ou de países estrangeiros.²⁶⁹

Estes estudos epidemiológicos destacavam quatro principais representantes das patologias cardiovasculares no Brasil: o comprometimento cardiovascular da sífilis, a cardiopatia reumática, a hipertensão arterial e a doença arteriosclerótica, principal fator de risco para o infarto e a doença coronariana. Segundo eles, a partir da incidência populacional destas doenças, poder-se-ia inferir o grau de desenvolvimento de uma nação.

Devemos considerar que hodiernamente, segundo mostram todas as evidências e parecendo em estreita relação com o adiantamento da civilização tem sido constatado um aumento da incidência de certas cardiopatias, principalmente da arteriosclerose coronária e da hipertensão arterial, que subtraem vidas em plena capacidade de produção.²⁷⁰

Importante destacar que as décadas de 1920 e 1930 foram marcadas pelo destaque dado às doenças crônicas. Era comum a afirmação por parte dos médicos que o combate às doenças infecciosas havia já proporcionado bons resultados e que doenças cardiovasculares, diabetes e câncer ganhavam maior projeção e visibilidade, expressas em índices de mortalidade crescentes relacionados a estas patologias. Numa época de intenso crescimento urbano, associado a uma medicina especializada, este novo perfil de doenças crônicas, vistas como “doenças da civilização”, trazia grandes preocupações econômicas e sociais.²⁷¹

²⁶⁹ RAMOS, Jairo *et al.* Frequência Etiológica das Cardiopatias em São Paulo (Brasil). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 2, n. 2, 1949, pp. 181-192, p. 181.

²⁷⁰ VILLELA. Estudo Estatístico da Distribuição de Frequências Etiológicas dos Primeiros Mil Casos Observados no Ambulatório do Serviço de Cardiologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro. *op. cit.*, p. 381.

²⁷¹ WEISZ, George. *Chronic Disease in the Twentieth Century*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2004, p. 10.

O Brasil, porém, apresentava um perfil muito distinto na frequência etiológica destas patologias cardiovasculares, quando comparado com as estatísticas obtidas nos estudos internacionais. Sendo um país com extrema desigualdade na distribuição de renda, apresentava um predomínio da cardiopatia reumática e sífilítica em indivíduos de classes menos favorecidas, e um predomínio da hipertensão arterial em indivíduos de classes sociais mais favorecidas. O primeiro estudo epidemiológico das afecções cardiovasculares publicado no periódico *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, em 1949, versava justamente sobre este tema. Jairo Ramos e colaboradores realizaram este levantamento estatístico em dois grupos de pacientes: grupo A (457 observações realizadas em doentes internados no serviço de Clínica Propedêutica Médica de um Hospital Geral não identificado, da classe indigente, do sexo masculino, na sua maioria constituído de indivíduos trabalhadores braçais da cidade e do campo, com “baixo nível intelectual e má situação econômica”) e grupo B (2000 observações realizadas doentes da clínica privada de Jairo Ramos, sendo pacientes de várias nacionalidades, dos dois sexos, de mais alto nível intelectual e financeiro, alguns inclusive de alto nível econômico e intelectual). Os resultados encontrados nesta pesquisa foram apresentados pelos autores no seguinte quadro:

Quadro N.º 1				
Causas etiológicas		A - Hospital Geral	B - Clínica privada	
Doenças congênicas		0.4 %	1.0 %	
Infecções	Tipo reumático	24.0 %	18.55 %	
	Lues cardiovascular	18.2 %	2.60 %	
	Outras	0.4 %	-	
Tireotoxicoses		1.1 %	1.2 %	
Hipertensão	Sistêmica	Não renal	12.25 %	65.10 %
		Renal	10.8 %	2.5 %
		Outras	0.65 %	0.15 %
	Pulmonar	5.5 %	1.3 %	
Arteroesclerose		17.3 %	5.5 %	
Diversos (traumatismo, tumores)		0.7 %	-	
Cardiopatias funcionais		1.7 %	1.25 %	
Causas não apuradas		7.0 %	0.85 %	
Total		457 - casos	2.000 - casos	

Fonte: RAMOS. Frequência Etiológica das Cardiopatias em São Paulo (Brasil), *op. cit.*, p. 183.

Observando-se a tabela, pode-se perceber que os pacientes do grupo A, constituído por indivíduos de classes sociais menos favorecidas, eram acometidos principalmente pela cardiopatia reumática e sífilítica (24,0% e 18,2%, respectivamente). Já os pacientes do grupo B, constituído por indivíduos de classes sociais mais elevadas, apresentavam a hipertensão arterial como principal doença cardiovascular (65,10%). Tais dados indicam um perfil epidemiológico distinto entre estes dois grupos. Já a arteriosclerose, que tomaremos aqui como representante da doença coronariana, possuía uma predominância junto à classe social pobre.

No mesmo ano, os *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* publicaram um artigo escrito por José Landulfo e colaboradores, todos assistentes de Clínica Propedêutica Médica na Escola

Paulista de Medicina, no qual realizavam uma meta-análise²⁷² dos principais artigos que tratavam sobre a distribuição etiológicas das doenças cardiovasculares em São Paulo, associado a um estudo epidemiológico atual junta à classe dos comerciários.²⁷³ Importante frisar que todos os artigos que constituíam a base para esta meta-análise tinham, como grupo de estudo, pacientes de classes menos favorecidas, que buscavam tratamento médico em hospitais gerais. Esta meta-análise destaca uma elevada incidência da arteriosclerose e da cardiopatia sifilítica entre estes grupos estudados. Neste mesmo artigo, inclusive, os autores confrontam a baixa incidência da doença arteriosclerótica junto à classe mais rica, encontrada no artigo de Jairo Ramos discutido anteriormente, trazendo dois fatores que poderiam ter interferido para o encontro de elevada discrepância entre as incidências desta patologia. Um primeiro fator estaria relacionado a um complexo problema de associação de etiologia e lesões. Como já se sabia naquele momento, um mesmo paciente poderia apresentar algumas patologias cardíacas, o que tornava difícil a exata determinação da cardiopatia principal e das de valor secundário. Neste sentido, como a arteriosclerose está associada, em maior ou menor grau, à hipertensão arterial, muitos dos pacientes do grupo mais rico poderiam ser classificados como hipertensos, como cardiopatia principal. Um outro fator que poderia justificar tal achado seria o perfil dos pacientes que procuram o hospital geral. Para o autor, este grupo de pacientes que buscava o hospital geral era composto, principalmente, por pacientes em estado avançado da doença cardiovascular e por pacientes em estado de invalidez física por velhice. Neste caso, a incidência da doença arteriosclerótica seria maior, visto que ela se apresentava mais frequentemente em indivíduos na faixa etária mais avançada.²⁷⁴

Quanto ao estudo epidemiológico realizado junto aos comerciários, este se deu a partir dos pacientes avaliados pelo Ambulatório de Cardiologia do Serviço de Assistência Médica do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciários da Cidade de São Paulo, no período de janeiro de 1946 a julho de 1948. A análise destes dados destacava as três principais patologias cardiovasculares no grupo dos comerciários: a hipertensão arterial (49,6%), a arteriosclerose

²⁷² Meta-análise é uma técnica estatística especialmente desenvolvida para integrar os resultados de dois ou mais estudos independentes, sobre uma mesma questão de pesquisa, combinando, em uma medida-resumo, os resultados de tais estudos.

²⁷³ LANDULFO, Jose *et al.* Frequência etiológica de cardiopatias na cidade de São Paulo. Revisão de estatísticas anteriores e estudo atual correlato na classe dos comerciários. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 2, n. 3, 1949, pp. 297-310.

²⁷⁴ *Ibidem.*

(19,5%) e a cardiopatia reumática (13,1%).²⁷⁵ Este trabalho constitui mais uma evidência de como, segundo argumenta Kropf, os novos espaços constituídos pelos “mundos do trabalho” – organizado e institucionalizado por categorias profissionais – foram importantes para a criação de serviços e a produção de dados que subsidiaram a institucionalização da cardiologia.²⁷⁶

Importante perceber que estes dois artigos discutidos até o momento foram elaborados por médicos da Escola Paulista de Medicina. Em 1951, foi publicado um trabalho que também discutia a etiologia das cardiopatias em São Paulo, escrito por médicos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.²⁷⁷ Este artigo, de autoria de Bernardino Tranchesi e colaboradores, baseia-se em um estudo retrospectivo realizado com 1951 pacientes cardiopatas internados nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital das Clínicas, no período de abril de 1944 a dezembro de 1948. O estudo apresentou a seguinte distribuição de incidência das cardiopatias:

²⁷⁵ Ibidem. p. 302.

²⁷⁶ KROPF. O coração do trabalhador: cardiologia e projeto nacional no Estado Novo. *op. cit.*

²⁷⁷ TRANCHESI, Bernardino *et al.* A etiologia das cardiopatias em São Paulo (Brasil). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 4, n. 1, 1951, pp. 31-44.

Etiologia	1944	1945	1946	1947	1948	Total	%
Reumatismo	15	74	90	119	162	462	23,68
Hipertensão arterial essencial	16	59	89	100	193	457	23,42
Arteriosclerose .	23	89	79	94	118	403	20,66
Doença de Chagas .	2	10	32	46	121	211	10,81
Sífilis	7	27	25	38	48	145	7,43
Doença pulmonar..	4	12	8	16	20	60	3,07
Congênitas	0	6	6	9	19	40	2,05
Pericardite não reumatisal	0	2	3	3	7	15	} 1,43
Miocardite aguda	0	1	1	4	1	7	
Hipertireoidismo	0	2	1	3	0	6	
Não diagnosticada	9	27	33	29	47	145	7,43
Total de cardíacos	76	309	367	461	738	1951	
Total de internados nas clínicas	223	765	982	1255	1679	4904	
% cardíacos sobre casos clínicos	34,08	40,39	37,37	36,73	43,35	39,78	

Quadro 1

Fonte: TRANCHESI. A etiologia das cardiopatias em São Paulo (Brasil). *op. cit.*, p. 34.

A tabela nos mostra que as principais causas de cardiopatia nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital das Clínicas eram a cardiopatia reumática (23,68%), a hipertensão arterial (23,42%) e doença arteriosclerótica (20,66%). Além disto, pode-se perceber a elevada incidência das doenças cardiovasculares no Hospital das Clínicas. Em 1944, os doentes cardíacos representavam 34,08% das internações de Clínica Médica, e, em 1948, esta cifra chegou a atingir 43,35%.²⁷⁸ Este trabalho apresenta resultados concordantes com os trabalhos realizados pela

²⁷⁸ Ibidem. p. 34.

equipe da Escola Paulista de Medicina, sendo a incidência da doença arteriosclerótica sempre em destaque, na segunda ou terceira posição.

Estes três trabalhos discutiram os aspectos epidemiológicos das doenças cardiovasculares com base nos estudos realizados na cidade de São Paulo. Em 1950, Antonio A. Villela e colaboradores publicaram, também nos *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, resultados semelhantes em um estudo realizado na Policlínica Geral do Rio de Janeiro. O estudo se baseou nos 1000 primeiros atendimentos realizados pelo Serviço de Cardiologia da Policlínica do Rio de Janeiro, no período de janeiro de 1948 a março de 1949. Destes 1000 pacientes, 711 foram diagnosticados como cardiopatas e 13 como possíveis cardiopatas. Seguem os dados encontrados:²⁷⁹

Etiologia	N.º de casos	Percentual
Hipertensão	148	20.4 %
Arteriosclerose	110	15.9 %
Lues	94	12.8 %
Reumatismo	71	10.0%
Pneumopatias (não tuberc.) ...	53	7.3 %
Psiconeurose	49	6.7 %
Hipertireoidismo	42	5.7 %
Outros fatores	35	4.8 %
Astenia neurocirculatória	27	3.7 %
Anemia	23	3.1 %
Anom. congénitas	22	3.0 %
Hipotireoidismo	10	1.2 %
Deform. torácicas	7	0.8 %
Agente tóxico	3	0.4 %
Moléstia de Chagas	3	0.4 %
Infecção bacteriana	2	0.3 %
Ação reflexa	1	0.1 %
Etiol. Desconhecida	11	1.5 %
Card. possíveis	13	1.9 %
Totais	724	100.0%

Quadro 3 – N.º de casos segundo etiologias

Fonte: VILLELA. Estudo Estatístico da Distribuição de Frequências Etiológicas dos Primeiros Mil Casos Observados no Ambulatório do Serviço de Cardiologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro. *op. cit.*, p. 384.

²⁷⁹ VILLELA. Estudo Estatístico da Distribuição de Frequências Etiológicas dos Primeiros Mil Casos Observados no Ambulatório do Serviço de Cardiologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro. *op. cit.*, p. 384.

Deste total de mil pacientes, foram selecionados os que realmente apresentavam alguma cardiopatia (cardiopatas) e aqueles que possivelmente apresentavam alguma patologia cardiovascular (“cardíacos possíveis”), perfazendo, então, um total de 724 pacientes. Foram descartados 276 pacientes, sendo 202 “normais” e 74 “cardíacos potenciais”. A análise destes dados revela que a hipertensão arterial era a principal patologia observada entre os pacientes (20,4%), seguida pela arteriosclerose (15,9%), a cardiopatia sífilítica (12,8%) e a cardiopatia reumática (10,0%). Confrontando estes dados com os analisados nos trabalhos desenvolvidos em São Paulo, pode-se perceber que estas quatro entidades nosológicas estão sempre entre as principais etiologias das doenças cardiovasculares. Importante destacar que a arteriosclerose representa, aqui, a doença coronariana por ser seu principal fator de risco.

A produção de estatísticas que buscavam retratar o perfil epidemiológico das doenças cardiovasculares no Brasil e a divulgação destes primeiros trabalhos realizados nos principais centros cardiológicos estimularam a realização de estudos semelhantes em várias cidades do Brasil. O periódico *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, no período aqui analisado, publicou estudos epidemiológicos realizados nas cidades de Recife²⁸⁰ e de Salvador²⁸¹ e nos estados do Ceará²⁸² e do Rio Grande do Sul.²⁸³ Antonio Jucá (professor de clínica médica da Faculdade de Medicina do Ceará) avaliou 571 pacientes de sua clínica privada, constatando a seguinte distribuição epidemiológica das doenças cardiovasculares: hipertensão arterial (45,53%), aterosclerose (20,49%) e cardiopatia sífilítica (17,68%).²⁸⁴

Já Fernando Ribeiro de Moraes (livre-docente de clínica médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife) apresentou um estudo retrospectivo realizado a partir dos dados obtidos de 261 casos atendidos no Hospital do Centenário, na cidade do Recife, no ano de 1949 e

²⁸⁰ MORAIS, Fernando Ribeiro; AMORIM, Ivan. Incidência etiológica de cardiopatias na cidade do Recife. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 5, n. 3, 1952, pp. 316-317.

²⁸¹ TABACOF, Rubem. Contribuição para o estudo da etiologia das cardiopatias em Salvador (Bahia, Brasil). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 7, n. 3, 1954, pp. 201-214.

²⁸² JUCÁ, Antonio. Etiologia das cardiopatias no Ceará. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 4, n. 4, 1951, pp. 383-390.

²⁸³ OSÓRIO, Joaquim A.; UTINGUASSU, Osmar T. Estudo etiológico das cardiopatias no Rio Grande do Sul. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 5, n. 3, 1952, pp. 307-315.

²⁸⁴ JUCÁ. Etiologia das cardiopatias no Ceará. *op. cit.*, p. 384.

primeiro semestre de 1950. O pesquisador encontrou as seguintes estatísticas: cardiopatia sífilítica (34,74%), hipertensão arterial (22%), arteriosclerose (15,44%) e doença reumática (15,44%).²⁸⁵

No Rio Grande do Sul, este trabalho foi realizado por Joaquim A. Osório (cardiologista do Departamento Estadual de Saúde e médico do Instituto de Pensões e Aposentadorias dos Servidores do Estado) e Osmar T. Utinguassu (cardiologista do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários). Os pesquisadores estudaram 1012 pacientes, distribuídos em quatro grupos, a saber: Serviço de Assistência Médica do Instituto dos Industriários (“operários pertencentes a uma classe social de nível sócio-econômico mais baixo”), Serviço de Cardiologia da Diretoria de Biometria Médica do Departamento Estadual de Saúde (“servidores públicos do Estado com padrões sócio-econômicos mais elevados até mais modestos”), Ambulatório do Instituto dos Servidores do Estado (“servidores públicos de classe social elevada”) e clínica particular do pesquisador (“pacientes com bom nível intelectual e financeiro”). Os pesquisadores encontraram os seguintes resultados:

	IAPI	DES	IPASE	Clínica particular	Valores médios
Hipertensão arterial ..	40,8%	47,3%	53,5%	32,2%	42,9%
Arteriosclerose	25,3%	25,2%	20,3%	26,7%	24,7%
Febre reumática.....	10,3%	8,8%	8,2%	20,1%	12,1%
Sífilis	9,1%	6,4%	10,6%	10,2%	8,9%
Lesão pulmonar	2,7%	3,2%	0,9%	1,0%	2,0%
Causa desconhecida .	8,7%	4,2%	1,4%	4,7%	4,9%
Outras causas	2,7%	4,6%	4,3%	4,7%	4,1%

Fonte: OSÓRIO & UTINGUASSU. Estudo etiológico das cardiopatias no Rio Grande do Sul. *op. cit.*, p. 309.

²⁸⁵ MORAIS & AMORIM. Incidência etiológica de cardiopatias na cidade do Recife. *op. cit.*, p. 318.

Como se pode observar, a hipertensão arterial foi a cardiopatia mais prevalente em todos os grupos, com maior prevalência entre os servidores públicos exclusivamente de classe social elevada. A arteriosclerose possuiu distribuição com cifras bem semelhantes em todos os grupos estudados. Já a cardiopatia reumática, em 3º lugar nas estatísticas, apresentou maior expressão nos pacientes da clínica particular. Já em 4º lugar, destacava-se a cardiopatia sífilítica.²⁸⁶

Já Rubem Tabacof (assistente da 2ª Cadeira de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia) realizou um estudo com 8330 pacientes atendidos pela 2ª Cadeira de Clínica Médica, na sua maioria “pacientes de condição econômica e intelectual muito baixa”. Em sua análise, realizada entre o período de 1951 e 1953, encontrou os seguintes resultados: hipertensão arterial (47,1%), arteriosclerose (23,9%), doença de Chagas (12,5%), cardiopatia reumática (4,16%) e cardiopatia sífilítica (3,6%).²⁸⁷

Todos estes trabalhos destacaram a hipertensão arterial, a arteriosclerose, a doença reumática e a cardiopatia sífilítica como importantes etiologias das doenças cardiovasculares. O trabalho desenvolvido por Rubem Tabacof, em Salvador, destacou, também, a cardiopatia chagásica como patologia de elevada incidência.

Neste sentido, podemos observar que estes estudos epidemiológicos publicados nos *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* visavam identificar estatísticas locais das doenças cardiovasculares no Brasil, visto que, até aquele momento, tinha-se somente estudos epidemiológicos internacionais. Tais esforços eram vistos como importantes empreendimentos, já que tais estudos estrangeiros não refletiam as particularidades sociais e econômicas do Brasil, sendo necessários estudos regionais que pudessem retratar o perfil epidemiológico brasileiro das doenças cardiovasculares, algo diretamente influenciado pelas condições sócio-econômicas do país, junto a outros fatores.

²⁸⁶ OSÓRIO & UTINGUASSU. Estudo etiológico das cardiopatias no Rio Grande do Sul. *op. cit.*, p. 309.

²⁸⁷ TABACOF. Contribuição para o estudo da etiologia das cardiopatias em Salvador (Bahia, Brasil). *op. cit.*, p. 203.

3.3 - A eletrocardiografia nos *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*

Como já mencionado, a eletrocardiografia encontrou importante espaço de divulgação no periódico da SBC. Isto evidencia, sem sombra de dúvidas, a grande relevância deste tema na agenda da cardiologia brasileira, assim como no cenário internacional.

Frank Wilson teve grande contribuição para o estudo e difusão da eletrocardiografia no Brasil. Seus trabalhos, na década de 1930, estavam trazendo importantes contribuições ao campo da eletrofisiologia, despertando o interesse de muitos médicos brasileiros para a área da cardiologia e eletrocardiografia. Wilson realizava cursos anuais de eletrocardiografia e recebia muitos latino-americanos para estágio em seu laboratório.²⁸⁸ Como destacado por Roberto Menezes de Oliveira, os alunos latino-americanos de Wilson (os “Wilsonianos”) “constituíram a base do desenvolvimento da cardiologia nos seus países originais.”²⁸⁹ Além disto, afirma o autor, ele próprio um “Wilsoniano”: “Um célebre cardiologista americano costumava dizer que o Dr. Wilson tinha feito mais pelas relações culturais latino-americanas que todo o *Department of State*”.²⁹⁰

Este artigo de Oliveira, publicado nos ABC em 1952 por ocasião do falecimento de Wilson, destacava o intercâmbio dos médicos brasileiros no serviço deste pesquisador e a influência por ele exercida para a consolidação da cardiologia no Brasil:

Considerado o maior gênio da eletrocardiografia moderna e por isso mundialmente reverenciado, era o Prof. Wilson um grande amigo nosso. [...]

O Prof. Wilson pode ser considerado o fundador da Cardiologia em nosso meio. Com efeito, foi logo após o magnífico curso que ministrou em São Paulo em 1942, que seus alunos se reuniram para formar a Sociedade Brasileira de Cardiologia.²⁹¹

O artigo também destacava as grandes contribuições trazidas por Wilson para a eletrocardiografia.

O Prof. Wilson foi responsável pelo esclarecimento e desenvolvimento das derivações precordiais unipolares e vetorcardiograma. Seu trabalho de

²⁸⁸ REIS. Evolução Histórica da Cardiologia no Brasil. *op. cit.* KROPF & HOWELL. War, medicine and cultural diplomacy in the Americas: Frank Wilson and Brazilian cardiology. *op. cit.*

²⁸⁹ OLIVEIRA, Roberto Menezes. Prof. Frank Norman Wilson. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 5, n. 4, 1952, pp. 342-345, p. 344.

²⁹⁰ *Ibidem.* p. 344.

²⁹¹ *Ibidem.*

investigação experimental era impecável e um modelo no gênero. Foi o originador do gradiente ventricular e da eletrocardiografia espacial.²⁹²

A oportunidade de estagiar com este pesquisador norte-americano despertou o interesse de muitos médicos brasileiros. Dante Pazzanese desenvolveu grande amizade com Frank Wilson após estágio na *Heart Station*, em 1939. Este contato entre Wilson e médicos brasileiros fez com que Wilson fosse convidado a uma viagem ao Brasil, em 1942, para ministrar um curso sobre eletrocardiografia. Segundo Nelson Botelho Reis, um outro “Wilsoniano” que estagiou na *Heart Station* em 1946, o curso de Wilson em São Paulo em 1942

[...] representou um grande estímulo a toda a classe cardiológica brasileira, que passou a trabalhar com renovado interesse nesse campo. Devemos lembrar que inúmeros compatriotas tiveram posteriormente a oportunidade de estagiar com este grande mestre. De fato, Wilson ensinou e conquistou muito de nós e costumava dizer que o Brasil fora o primeiro país a adotar as suas ideias, razão por que os brasileiros gozavam de excelente acolhida no seu serviço de Ann Arbor, Michigan (USA).²⁹³

Como estudado por Kropf e Howell, o intercâmbio entre diversos profissionais médicos brasileiros que se dedicavam à cardiologia e a *Heart Station* da Universidade de Michigan, dirigida por Wilson, intensificou-se ao longo da década de 1940.²⁹⁴ Vários médicos que tiveram a oportunidade de estagiar com Wilson ou visitar a *Heart Station* se tornariam grandes lideranças da cardiologia brasileira, estimulando ainda mais o estudo da eletrocardiografia no país. Além de Dante Pazzanese, podemos mencionar Aarão Burlamaqui Benchimol (docente-livre da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil), Antonio Araújo Villela (chefe do Serviço de Cardiologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro), Horacio Kneese de Melo (livre-docente de clínica propedêutica médica da EPM e redator dos *Arquivos Brasileiro de Cardiologia*), Jairo Ramos (professor catedrático de clínica propedêutica médica da EPM e diretor dos *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*), José Reynaldo Marcondes (redator dos *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*), Nelson Botelho Reis (docente-livre da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil e chefe da 6ª Enfermaria do Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro), Nelson

²⁹² Ibidem.

²⁹³ REIS. *Evolução Histórica da Cardiologia no Brasil. op. cit.*, p. 376.

²⁹⁴ KROPF & HOWELL. *War, medicine and cultural diplomacy in the Americas: Frank Wilson and Brazilian cardiology. op. cit.*

Cotrim, Roberto Menezes de Oliveira (sócio fundador da SBC) e Paulo Schlesinger (membro do Serviço de Cardiologia do Hospital Moncorvo Filho).²⁹⁵

Tal intercâmbio estreitou os laços de cooperação entre Wilson e os cardiologistas brasileiros, estimulando a divulgação de suas ideias e pesquisas entre os cardiologistas brasileiros.

A grande influência de Frank Wilson na formação dos cardiologistas brasileiros e em suas linhas de pesquisa em eletrocardiografia pode ser percebida nos trabalhos sobre esta temática publicados no periódico *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Nestes trabalhos, pode-se observar a presença marcante das ideias de Wilson nos estudos realizados pelos brasileiros. Isto mostra que os cardiologistas brasileiros estavam em consonância com os assuntos discutidos no âmbito internacional e, além disso, contribuíram para difundir as ideias de Wilson sobre as derivações unipolares e a aplicabilidade clínica da eletrocardiografia, ideias que, como mostram Kropf & Howell, sofriam algumas resistências no próprio campo médico americano, habituado a métodos eletrocardiográficos tradicionais.²⁹⁶

Em 1948, no primeiro volume da revista *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, foi publicado o trabalho *Estudo estatístico do gradiente ventricular em crianças normais*. Escrito por Augusto S. Mascarenhas (cardiologista do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes de São Paulo), o artigo destacava a necessidade de se distinguir, na eletrocardiografia clínica, as alterações primárias da onda T, surgidas a partir de distúrbios de repolarização ventricular, das alterações secundárias, surgidas por anomalias do QRS e sem valor semiológico próprio. O autor destacava a importância do estudo e da análise das relações existentes entre o complexo QRS e a onda T nas derivações precordiais.²⁹⁷ Neste sentido, duas ideias preconizadas por Wilson estavam presentes neste trabalho: o estudo da morfologia das ondas eletrocardiográficas e, além disto, o estudo desta morfologia utilizando as derivações precordiais. Como já discutido, as derivações precordiais permitiam determinar os fenômenos elétricos que ocorriam no coração a partir de um único ponto, o que possibilitava olhar e registrar as ondas elétricas cardíacas sob diversos aspectos.

²⁹⁵ REIS. *Evolução Histórica da Cardiologia no Brasil. op. cit.*, p. 376.

²⁹⁶ KROPF & HOWELL. War, medicine and cultural diplomacy in the Americas: Frank Wilson and Brazilian cardiology. *op. cit.*

²⁹⁷ MASCARENHAS, Augusto S. Estudo estatístico do gradiente ventricular em crianças normais. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 1, 1948, pp. 71-84.

No segundo número do periódico, no ano de 1948, o grupo de cardiologistas da EPM, liderados pelos “Wilsonianos” Jairo Ramos e Horácio Kneese de Melo, publicou dois artigos em que se avaliava a aplicação das derivações precordiais de Wilson no diagnóstico de duas situações clínicas: a hipertrofia ventricular e os bloqueios de ramo.²⁹⁸ No primeiro trabalho, foram estudados 32 eletrocardiogramas de indivíduos entre 18 e 68 anos, que apresentavam hipertrofia ventricular esquerda evidenciada pelos exames clínico e radiológico. Os autores descrevem os achados eletrocardiográficos, subdividindo-os em grupos conforme a posição elétrica do coração. Eles discutem as alterações morfológicas dos traçados eletrocardiográficos nas diversas derivações, inclusive nas derivações precordiais unipolares, que permitiriam o diagnóstico da hipertrofia ventricular esquerda. No segundo trabalho, os pesquisadores estudaram 38 eletrocardiogramas de pacientes que apresentam bloqueio de ramo direito e 12 eletrocardiogramas de pacientes que apresentavam bloqueio de ramo esquerdo. Em ambos os casos, os pesquisadores aplicaram os critérios diagnósticos de bloqueio de ramo, desenvolvidos por Wilson, a partir da análise das derivações precordiais. Compararam as alterações morfológicas dos traçados nestas derivações com as alterações encontradas nas derivações clássicas e unipolares de extremidades, destacando que as alterações eletrocardiográficas mais significativas para o diagnóstico de bloqueios de ramo eram visualizadas nas derivações precordiais unipolares, conforme defendido por Wilson.

No número seguinte, ainda neste mesmo ano, novamente Horácio Kneese de Melo, representando a EPM, publicou outro artigo sobre o tema das derivações unipolares, porém, agora, discutindo os aspectos normais das derivações unipolares de extremidades.²⁹⁹ Estas derivações unipolares de extremidades aplicavam o mesmo conceito de “terminal central” desenvolvido por Wilson para as derivações precordiais unipolares, porém aplicando-o sobre as derivações clássicas. O autor iniciou seu trabalho defendendo a necessidade de padronização das curvas eletrocardiográficas normais obtidas através destas derivações unipolares de extremidades, relatando que até aquele momento poucos eram os trabalhos que abordavam este tópico, e os poucos que tratavam este tema tinham pequena amostragem. O autor destacava o seu interesse em

²⁹⁸ RAMOS, Jairo *et al.* Valor e alterações das derivações unipolares das extremidades nas hipertrofias ventriculares esquerdas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 2, 1948, pp. 128-136. RAMOS, Jairo *et al.* Valor e alterações das derivações unipolares das extremidades no diagnóstico dos bloqueios de ramo. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 2, 1948, pp. 137-146.

²⁹⁹ MELLO, Horácio Kneese. Aspectos normais das derivações unipolares de extremidades. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 3, 1948, pp. 237-244.

contribuir com este processo ao publicar a análise das curvas eletrocardiográficas das derivações unipolares de 221 indivíduos normais, em uma faixa etária que variava desde o recém-nascido até indivíduos com 40 anos de idade.

Ainda neste número, o grupo de cardiologia da Universidade de São Paulo, liderado por Luis V. Décourt, publicava um artigo em que analisava as alterações eletrocardiográficas que poderiam ocorrer em pacientes que haviam apresentado ferimentos no coração. Através das alterações da onda T, os autores buscavam determinar a possível localização do ferimento. Os autores destacam que muitas destas alterações eletrocardiográficas são semelhantes às visualizadas nos processos de doença coronariana.³⁰⁰

Já no quarto número do *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* de 1948, a equipe de cardiologia da EPM publicou um importante artigo que comparava as três derivações eletrocardiográficas utilizadas (clássicas, unipolares das extremidades e precordiais múltiplas), com o intuito de verificar qual destas derivações apresentava melhor representação eletrocardiográfica das patologias cardiovasculares.³⁰¹ Após a avaliação clínica, radiológica e eletrocardiográfica de 375 pacientes, os autores concluíram que os três tipos de derivações se completavam, não existindo um único tipo que devesse ser empregado preferencialmente. Neste sentido, reiteravam a importância do uso das derivações unipolares desenvolvidas por Wilson.

Reforçando a relevância do estudo das derivações eletrocardiográficas, em 1950, um novo trabalho foi publicado pelo grupo da Universidade de São Paulo. Paulo de Almeida Toledo, livre-docente de radiologia e assistente de clínica médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, destacava, em seu trabalho, a importância das derivações unipolares dos membros como uma importante ferramenta da eletrocardiografia, que permitia uma melhor análise das alterações eletrocardiográficas expressa nas diversas situações clínicas.³⁰² Em outro trabalho, publicado no mesmo ano, o autor realizou um estudo semelhante, desta vez com as derivações

³⁰⁰ DÉCOURT, Luis V.; NETO, Mateus M. Romeiro. Alterações eletrocardiográficas nos ferimentos do coração. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 3, 1948, pp. 186-216.

³⁰¹ RAMOS, Jairo; MELLO, Horácio Kneese; BORGES, Sílvio. Estudo comparativo dos três tipos de derivações eletrocardiográficas (clássicas, unipolares de extremidades e precordiais múltiplas) em relação aos exames clínico e radiológico. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 4, 1948, pp. 322-332.

³⁰² TOLEDO, Paulo Almeida. Estudo crítico das unipolares dos membros. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 1, 1950, pp. 25-45.

clássicas. Buscava avaliar as alterações eletrocardiográficas das ondas Q e T nestas derivações clássicas, correlacionando-as com determinadas patologias, entre elas o infarto do miocárdio.³⁰³

Ainda em 1950, o grupo da EPM publicou um trabalho que continuava a explorar o tema das derivações eletrocardiográficas unipolares. Escrito por Horácio Kneese de Melo, o artigo abordava o estudo da onda T nas derivações unipolares de extremidades, correlacionando-as com as patologias cardiovasculares.³⁰⁴ O autor avaliava e comparava a direção do complexo QRS e da onda T nestas derivações e nas diversas situações clínicas, como infarto do miocárdios, distúrbios oro-valvares e hipertensão arterial. Com isso, buscava-se padronizar algumas alterações observadas nos traçados como consequência a determinadas patologias. Seguindo este caminho, Augusto S. Mascarenhas, outro médico da EPM, publicou artigo que também versava sobre as alterações da onda T do eletrocardiograma em algumas patologias.³⁰⁵

O grupo da Universidade de São Paulo, representado por Luiz V. Décourt, publicou, também em 1951, um artigo sobre o tema da sístole elétrica ventricular. Neste artigo, o autor estudou as características normais e variações do intervalo QT do traçado eletrocardiográfico, discutindo as alterações morfológicas deste intervalo que poderim ser desencadeadas por diversas situações clínicas, tais como hiper/hipocalemia, doença oro-valvar e isquemia miocárdica.³⁰⁶

Os artigos sobre eletrocardiografia publicados no *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* mostravam a consonância dos estudos da eletrocardiografia nacional com as ideias de Frank Wilson, não somente pelos estudos morfológicos dos traçados eletrocardiográficos ou pelos estudos das derivações unipolares. A vetorcardiografia, outro método também desenvolvido pelo pesquisador norte-americano, esteve presente nas páginas deste periódico.³⁰⁷

No ano de 1950, Salomão Bronstein, assistente da 1ª cadeira de clínica médica da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia, apresentou um estudo matemático para a

³⁰³ TOLEDO, Paulo Almeida. Alguns aspectos da onda Q e da onda T nas derivações clássicas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 3, 1950, pp. 393-412.

³⁰⁴ MELO, Horácio Kneese. Contribuição ao estudo da direção da onda T nas derivações unipolares de extremidades. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 2, 1950, pp. 243-256.

³⁰⁵ MASCARENHAS, Augusto S. As alterações da onda T do eletrocardiograma. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 1, 1950, pp. 171-242.

³⁰⁶ DÉCOURT, Luis V., A sístole elétrica ventricular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 4, n. 2, 1951, pp. 123-208.

³⁰⁷ A vetorcardiografia é uma técnica onde se obtém uma representação gráfica da magnitude e direção das forças elétricas do coração, mostrando a atividade cardíaca de maneira espacial.

comprovação de que o coração poderia ser considerado um dipolo, discussão fundamental para a vetorcardiografia.³⁰⁸ Já em 1951, Augusto S. Mascarenhas, da EPM, publicou um artigo em que discutia a determinação dos eixos cardíacos elétricos espaciais e a sua aplicação para a obtenção de melhores informações eletrocardiográficas no plano frontal.³⁰⁹

Cardiologistas do Rio de Janeiro também desenvolveram trabalhos sobre a vetorcardiografia que foram publicados nos *Archivos Brasileiros de Cardiologia*. Em 1952, o Instituto Oswaldo Cruz tinha como chefe da seção de cardiologia o pesquisador Francisco S. Laranja, liderança nos estudos sobre a forma cardíaca da doença de Chagas. Este pesquisador, em conjunto com Zang Z. Zao, assistente da seção de cardiologia deste instituto, publicou um trabalho em que demonstrava um novo método para a determinação rápida da direção de qualquer vetor cardíaco, a partir das seis derivações de extremidades.³¹⁰

No estado do Paraná, Arnaldo Moura, docente da Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná, também desenvolveu trabalhos sobre a vetorcardiografia. Em 1952, publicou dois artigos sobre o tema na revista da SBC. No primeiro, denominado *Métodos de determinação dos eixos elétricos espaciais e suas relações*, o autor apresentou uma discussão matemática para o método de determinação dos eixos elétricos espaciais do coração.³¹¹ Já no segundo, denominado *Valores normais dos eixos elétricos no plano e no espaço*, o autor promoveu uma discussão vetorial sobre os eixos elétricos ventriculares do coração.³¹² Como se pode observar, estas são discussões fundamentais para o estudo da vetorcardiografia, que também vinha sendo estudada por Wilson na Heart Station.

Outro campo que revela a grande influência dos estudos de Wilson na eletrocardiografia brasileira eram os estudos das alterações morfológicas dos traçados eletrocardiográficos. Diferente dos estudos de Lewis, que utilizou a eletrocardiografia basicamente para estudo dos distúrbios de

³⁰⁸ BRONSTEIN, Salomão. Dedução das fórmulas necessárias para que se considere o coração como um dipolo. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 4, 1950, pp. 565-573.

³⁰⁹ MASCARENHAS, Augusto S. A determinação dos eixos elétricos espaciais em eletrocardiografia clínica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 1, 1951, pp. 67-120.

³¹⁰ ZAO, Zang. Z.; LARANJA, Francisco Silva. Sistema hexaxial com círculos de polaridade: um método simples para a determinação dos vetores cardíacos no plano frontal. Descrição geral do método. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 5, n. 1, 1952, pp. 82-93.

³¹¹ MOURA, Arnaldo. Métodos de determinação dos eixos elétricos espaciais e suas relações. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 5, n. 4, 1952, pp. 381-388..

³¹² MOURA, Arnaldo. Valores normais dos eixos elétricos ventriculares no plano e no espaço. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 5, n. 4, 1952, pp. 389-398.

ritmo, Wilson buscava compreender o significado das alterações eletrocardiográficas nos diversos cenários clínicos.³¹³ Esta característica também esteve muito presente nos artigos sobre eletrocardiografia publicados no periódico *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Muitos artigos versavam sobre este tema, quer em estudos sobre patologias cardiovasculares ou não.

Em 1949, Herval Tarquinio Bittencourt, livre-docente de clínica propedêutica médica da Universidade Federal da Bahia, publicou um artigo em que analisava as alterações eletrocardiográficas de 46 pacientes que apresentavam diagnóstico de hipertrofia ventricular esquerda. Neste contexto, discutia, também, os critérios eletrocardiográficos para diagnóstico desta condição, propostos por Wilson.³¹⁴ No ano seguinte, o “Wilsoniano” Antonio A. Villela, chefe do serviço de cardiologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, também publicou um artigo onde discutia estes mesmos critérios para o diagnóstico da hipertrofia ventricular esquerda. O autor realizou o estudo eletrocardiográfico de 100 casos de pacientes com este diagnóstico clínico e radiológico.³¹⁵

Ainda no Rio de Janeiro, Aarão Benchimol, docente da Faculdade Nacional de Medicina e chefe do serviço de cardiologia do Hospital dos Servidores do Estado, e Paulo Schlesinger, chefe do ambulatório de cardiologia do Hospital Moncorvo Filho, ambos “Wilsonianos”, publicaram um trabalho em que discutiam os traçados eletrocardiográficos de dois pacientes que apresentavam hipertrofia ventricular direita secundária à pneumopatia.³¹⁶ Importante destacar que os autores, ao discutirem as alterações eletrocardiográficas encontradas nestes casos, ainda realizaram uma comparação com alterações semelhantes que poderiam ocorrer no infarto do miocárdio. Estes mesmos autores realizaram um estudo semelhante, mas desta vez visando as alterações eletrocardiográficas que ocorriam na situação clínica de uremia. Eles apresentaram os achados eletrocardiográficos verificados em uma série de 56 pacientes portadores de insuficiência renal avançada, destacando os aspectos eletrocardiográficos evolutivos da hipercalemia nestes

³¹³ HOWELL, Frank Norman Wilson: Theory, Technology, and Electrocardiography. *op. cit.*

³¹⁴ BITTENCOURT, Herval Tarquinio. Eletrocardiograma na hipertrofia ventricular esquerda. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 2, n. 2, 1949, pp. 175-180.

³¹⁵ VILLELA, Antonio Araújo; PLATA, Luiz Carlos Barón. Conceito eletrocardiográfico das hipertrofias ventriculares. Estudo de 100 casos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 2, 1950, pp. 257-274.

³¹⁶ BENCHIMOL, Aarão Burlamaqui; SCHLESINGER, Paulo. Hipertrofia ventricular direita com alterações eletrocardiográficas que simulam infarto do miocárdio. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 6, n. 4, 1953, pp. 257-274.

pacientes.³¹⁷ Observa-se, assim, que não se realizava somente um estudo descritivo das alterações morfológicas das ondas eletrocardiográficas, mas também um estudo comparativo entre os achados encontrados nas mais diversas patologias.

Ainda na área dos estudos das alterações eletrocardiográficas presentes nas cardiopatias, Aarão Benchimol publicou, também, um artigo sobre o eletrocardiograma em uma das principais cardiopatias congênitas: a persistência do canal arterial. O autor destacava a importância do uso da eletrocardiografia para a avaliação do grau e da extensão da patologia e seu uso no seguimento pós-cirúrgico imediato.³¹⁸

Reinaldo Chiaverini, livre-docente de clínica médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, publicou um artigo em que, a partir do estudo experimental em cães, analisava as alterações eletrocardiográficas obtidas a com a realização de sobrecargas agudas e crônicas no ventrículo direito.³¹⁹ Mais um exemplo do estudo da eletrocardiografia aplicada em alguns cenários cardiovasculares.

As cardiopatias valvares também foram estudadas sob o aspecto eletrocardiográfico. O grupo da seção de hemodinâmica e do serviço de cardiologia do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes do Rio de Janeiro publicou, em duas partes, um artigo sobre o eletrocardiograma na estenose mitral. Na primeira parte, o artigo apresentava os achados eletrocardiográficos encontrados em uma série de 58 pacientes portadores de estenose mitral, correlacionando estes achados eletrocardiográficos com a clínica, a radiologia e os estudos hemodinâmicos.³²⁰ Na segunda parte, os autores discutiam, entre outros tópicos, o valor do eletrocardiograma como importante ferramenta no pós-operatório da comissurotomia mitral.³²¹

Como exemplo ilustrativo dos estudos eletrocardiográficos em condições clínicas não-cardiológicas, podemos citar o artigo, publicado em 1953, que discutia as principais alterações

³¹⁷ BENCHIMOL, Aarão Burlamaqui; SCHLESINGER, Paulo. Alterações eletrocardiográficas na uremia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 9, n. 4, 1956, pp. 237-265.

³¹⁸ BENCHIMOL, Aarão Burlamaqui; CARNEIRO, Raymundo Dias. O eletrocardiograma na persistência do canal arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 8, n. 3, 1955, pp. 307-325.

³¹⁹ CHIAVERINI, Reinaldo. Contribuição para o estudo eletrocardiográfico da sobrecarga ventricular direita. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 4, n. 3, 1951, pp. 249-292.

³²⁰ TOLEDO, A. Ney *et al.* O eletrocardiograma na estenose mitral. I: Estudo pré-operatório. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 9, n. 4, 1956, pp. 215-236.

³²¹ TOLEDO, A. Ney *et al.* O eletrocardiograma na estenose mitral. II: Estudo pós-operatório. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 10, n. 1, 1957, pp. 1-9.

eletrocardiográficas encontradas nas diversas pneumopatias. Escrito por Luiz Carlos Barón Plata, assistente do serviço de cardiologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, o artigo se baseava em uma avaliação de 100 eletrocardiogramas de pacientes portadores de patologias pulmonares.³²²

Com o estímulo para o estudo das alterações eletrocardiográficas em diversas patologias, uma enfermidade merecia especial destaque: a doença de Chagas. Os *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* publicaram em seus volumes vários trabalhos que discutiam este tema. Em 1948, ano de lançamento deste periódico, dois artigos que abordavam as alterações eletrocardiográficas nesta patologia foram publicados. O primeiro, intitulado *A cardiopatia crônica da Doença de Chagas*, foi escrito por Adriano Pondé, médico da 1ª cadeira de clínica médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Neste trabalho, o autor descrevia a cardiopatia chagásica como o principal achado crônico da doença de Chagas (como defendiam Emmanuel Dias e Francisco Laranja), afirmando que a miocardite chagásica se devia não só à ação patogênica direta do parasita sobre a fibra miocárdica, mas também à reação imunológica estimulada por antígenos parasitários. O autor, então, selecionou 40 casos de cardiopatia chagásica acompanhados no seu serviço, destacando os principais elementos da observação clínica e dos achados radiológicos e eletrocardiográficos.³²³ O segundo trabalho, escrito pelo grupo da 1ª enfermaria de clínica médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, liderado por Octávio A. Rodovalho, chefe da enfermaria, descrevia a importância epidemiológica e social da doença de Chagas, e realizava um estudo clínico da miocardite crônica chagásica a partir da análise de 80 casos de diversas enfermarias do Hospital das Clínicas. A partir destes dados, os autores apresentavam um detalhado perfil epidemiológico e os principais achados clínicos, radiográficos e eletrocardiográficos.³²⁴

Já o grupo da EPM, liderado por Jairo Ramos, publicou um trabalho sobre o tema no ano seguinte, onde os autores abordaram os aspectos clínicos, epidemiológicos, eletrocardiográficos e radiográficos desta patologia encontrados no distrito de Cássia dos Coqueiros, no município de Cajuru, no interior do estado de São Paulo. Em outro artigo publicado no periódico, em 1955,

³²² PLATA, Luiz Carlos Barón. O eletrocardiograma nas pneumopatias crônicas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 2, 1950, pp. 313-328.

³²³ PONDÉ, Adriano. A cardiopatia crônica da Doença de Chagas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 1, 1948, pp. 27-70.

³²⁴ RODOVALHO, Octávio A. *et al.* Miocardite crônica chagásica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 4, 1948, pp. 333-346.

realizavam esta mesma análise na Bahia. Anita Guiomar Franco, Angelina Maria Pelosi (assistentes da 1ª Cadeira de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia) e colaboradores apresentaram dados de um levantamento estatístico da doença de Chagas entre 39512 casos atendidos pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia, no período de 1949 a julho de 1954. Além de apresentarem dados epidemiológicos desta doença, apresentaram também dados de estudos anátomo-patológicos e dados de alterações eletrocardiográficas presentes nestes pacientes.³²⁵

As publicações que apresentavam análises das alterações eletrocardiográficas na doença de Chagas, conforme exposto, examinavam, também, os achados clínicos e radiológicos desta patologia. Porém, dois artigos foram publicados exclusivamente sobre o eletrocardiograma na doença de Chagas. O primeiro, publicado em 1952, foi escrito por José Saretta Pera, ex-estagiário do Instituto de Cardiologia do Rio de Janeiro. Nele, o autor expunha e analisava os diversos achados eletrocardiográficos presentes nos traçados de 50 pacientes com diagnóstico confirmado de doença de Chagas, por reação de fixação do complemento.³²⁶ O outro, publicado em 1954, foi escrito pelo grupo do serviço de cardiologia do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários de Belo Horizonte. Nele, os autores apresentaram um estudo realizado com 70 pacientes portadores de doença de Chagas na sua forma crônica, sendo que deste total, 37 apresentavam outras etiologias de doença cardiovascular associada à doença de Chagas. O artigo descrevia as alterações eletrocardiográficas presentes neste grupo de pacientes, comparando com as alterações eletrocardiográficas presentes nos traçados de paciente portadores somente da doença de Chagas.³²⁷

Outro importante tema presente nos artigos sobre eletrocardiografia publicados no *Artigos Brasileiros de Cardiologia* eram as arritmias cardíacas. Importante salientar o fato de que a primeira utilização clínica do eletrocardiograma foi no registro dos distúrbios de ritmo cardíaco. O principal autor sobre este tema, na revista da SBC, foi Quintiliano H. de Mesquita, diretor do Instituto de Cardiologia do Hospital Nossa Senhora Aparecida e Casas de Saúde Matarazzo. Nos

³²⁵ FRANCO, Anita Guiomar *et al.* A cardiopatia chagásica na Bahia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 8, n. 4, 1955, pp. 415-422.

³²⁶ PERA, José Saretta. O eletrocardiograma na cardiopatia chagásica crônica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 5, n. 2, 1952, pp. 427-436.

³²⁷ BORROTCHIN, M.; CARVALHO, S. M.; VELOSO, D. P. O eletrocardiograma de 70 pacientes com a forma crônica da Doença de Chagas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 7, n. 1, 1954, pp. 26-39.

seus trabalhos, abordou diversos aspectos da arritmia. Em 1948, publicou um artigo apresentando uma nova classificação para os bloqueios de ramo e, também, descrevendo mais dois tipos de bloqueios de ramos incompletos, inclusive citando alguns casos clínicos e eletrocardiogramas para ilustrar estes novos bloqueios.³²⁸ Ainda neste mesmo ano, Quintiliano Mesquita publicou um estudo sobre o efeito da manobra vagal na fisiologia cardíaca, apresentando as alterações eletrocardiográficas ocorridas em 50 indivíduos (sadios e cardiopatas) submetidos a esta manobra.³²⁹ Quintiliano Mesquita chegou, inclusive, a publicar um artigo em que apresentava e discutia a ocorrência do ritmo recíproco, um achado raro na eletrocardiografia. O autor apresentava casos clínicos ilustrativos, expondo algumas teorias eletrocardiográficas que poderiam justificar o aparecimento deste tipo de ritmo.³³⁰ Estes são alguns exemplos dos artigos publicados pelo autor no periódico *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, demonstrando a importância deste pesquisador nesta área.

O único artigo publicado neste período sobre arritmia cardíaca que não foi escrito por Quintiliano Mesquita foi publicado, em 1949, por Aarão Benchimol e Paulo Schlesinger, ambos discípulos de Wilson que haviam, respectivamente, visitado e estagiado na Heart Station. Neste artigo, os autores descreveram quatro casos de pacientes que apresentavam um eletrocardiograma com presença de ritmo de seio coronariano. Destacavam que deste grupo, três casos estavam associados a lesões cardíacas orgânicas. Os autores analisavam as características eletrocardiográficas próprias deste ritmo, salientando as dificuldades de distinção deste ritmo com outros. Destacavam, também, a extrema labilidade do ritmo de seio coronariano, o que muitas vezes tornava difícil a sua identificação.³³¹

Esta análise revela que a agenda dos estudos eletrocardiográficos realizados pelos cardiologistas brasileiros estava em total consonância com as principais questões em debate na cardiologia internacional, em especial quanto às ideias da chamada “escola de Frank Wilson”, ideias estas ainda não totalmente aceitas no campo médico norte-americano. Isto guarda relação

³²⁸ MESQUITA, Quintiliano H. Contribuição para o estudo dos bloqueios de ramo. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 3, 1948, pp. 175-185.

³²⁹ MESQUITA, Quintiliano H. Aspectos eletrocardiográficos do reflexo oculocardiaco. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 4, 1948, pp. 307-321.

³³⁰ MESQUITA, Quintiliano H. Ritmo recíproco: falso e verdadeiro. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 2, 1950, pp. 275-294.

³³¹ BENCHIMOL, Aarão Burlamaqui; SCHLESINGER, Paulo. Ritmo do seio coronário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 2, n. 2, 1949, pp. 163-174.

direta com as visitas e estágios realizadas por diversos cardiologistas brasileiros na Heart Station da Universidade de Michigan.³³²

3.4 - Outros temas da cardiologia presentes nos *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*

Além dos estudos de natureza epidemiológica e os estudos sobre eletrocardiografia, a revista da SBC publicou artigos sobre outros variados temas.

Entre os trabalhos que abordavam tópicos clínicos relacionados a patologias cardiovasculares específicas, a doença de Chagas era o tema de maior destaque, e encontrou um importante espaço nos artigos publicados no *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Muitos desses artigos discutiam os aspectos clínicos, eletrocardiográficos, radiológicos e fisiopatogênicos da miocardiopatia chagásica, chamando a atenção para este importante tema da cardiologia da época. A doença de Chagas estava presente, principalmente, no nordeste, em Minas Gerais e interior de São Paulo, locais que serviram de campo de estudo para os trabalhos publicados no periódico, trabalhos estes que foram decisivos para o reconhecimento desta enfermidade como problema de saúde pública no país. Alguns deles já foram discutidos na seção acima, visto que tratavam dos aspectos eletrocardiográficos desta doença. Porém, alguns artigos discutiam questões epidemiológicas importantes.

Em 1950, Ruy João Marques (livre-docente de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife) e Aristides Paula Gomes (assistente voluntário de Parasitologia e Clínica Propedêutica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife) realizaram, a partir da apresentação e discussão de alguns casos clínicos, um balanço geral sobre a doença de Chagas no Estado de Pernambuco.³³³ Ainda em Pernambuco, no ano de 1954, Paulo Borba (chefe de clínica da cadeira de Terapêutica Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade de Recife) e Aristides Paula Gomes realizaram uma análise da incidência da doença de Chagas a partir de dois grupos populacionais: 410 indivíduos moradores em casa de taipa no município de Nazaré da

³³² KROPF & HOWELL. War, medicine and cultural diplomacy in the Americas: Frank Wilson and Brazilian cardiology. *op. cit.*

³³³ MARQUES, Ruy João; GOMES, Aristides Paula. Moléstia de Chagas em Pernambuco. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 1, 1950, pp. 159-168.

Mata e 62 pacientes internados no Hospital Centenário.³³⁴ Novamente em Pernambuco, Durval T. de Lucena (laboratório regional do Departamento Nacional de Endemias Rurais) realizou uma análise dos dados epidemiológicos, citando a distribuição dos vetores no Estado, o grau de infecção destes vetores pelo parasita e o levantamento de casas com triatomíneos. A partir destes dados, o autor destacou as áreas do estado mais preocupantes em relação a esta patologia.³³⁵

Com este mesmo perfil geográfico característico da doença de Chagas, a esquistossomose e suas complicações cardiopulmonares não encontraram, todavia, o mesmo espaço no periódico. Somente três artigos foram publicados sobre o tema, no período estudado.³³⁶ Todos eles foram realizados a partir de pesquisas desenvolvidas pela Universidade de São Paulo.

Os temas da hipertensão arterial, da insuficiência cardíaca e da cardiopatia reumática tiveram expressão semelhante na revista em estudo. A hipertensão arterial, uma das principais representantes das doenças cardiovasculares, foi abordada sob os mais diversos aspectos, tais como: o tratamento dietético, clínico e cirúrgico da hipertensão arterial, as causas de hipertensão secundária, os aspectos psicanalíticos da hipertensão, entre outros. Um importante artigo de revisão sobre o tema foi publicado, por exemplo, em 1949. Denominado *Modernos aspectos do tratamento médico da hipertensão*, o artigo foi escrito por Genival Londres, professor catedrático da Faculdade de Ciências Médicas, e promoveu uma revisão da hipertensão arterial, destacando a sua etiologia, fisiopatologia e terapêutica, desde o tratamento sintomático até o curativo.³³⁷

Já a insuficiência cardíaca foi tema de alguns estudos sobre os achados clínicos da doença. Em um importante artigo denominado *Causas desencadeantes e modalidades de início da insuficiência cardíaca congestiva*, Jairo Ramos e colaboradores destacaram a importância da detecção dos fatores desencadeantes da insuficiência cardíaca, para a sua prevenção e prognóstico,

³³⁴ BORBA, Paulo; GOMES, Aristides Paula; SHERB, Jaime. Aspectos epidemiológicos da moléstia de Chagas em Pernambuco. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 7, n. 3, 1954, pp. 191-200.

³³⁵ LUCENA, Durval T. Epidemiologia da doença de Chagas em Pernambuco. Dados preliminares. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 9, n. 3, 1956, pp. 139-145.

³³⁶ PRADO, A. Almeida. Aspectos anátomo-clínicos da esquistossomose cardiopulmonar. Arterite pulmonar e síndrome de cardíaco negro. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 3, 1950, pp. 367-380. BARBATO, Ennio *et al.* Aspectos particulares da artéria pulmonar na esquistossomose mansoni. Importância no diagnóstico diferencial com as cardiopatias congênitas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 4, n. 2, 1951, pp. 233-242. BARBATO, Ennio. Pneumopatia e cor pulmonale crônico esquistossomóticos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 6, n. 3, 1953, pp. 195-305.

³³⁷ LONDRES, Genival. Modernos aspectos do tratamento médico da hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 2, n. 2, 1949, pp. 205-218.

frisando que existiam poucos estudos estatísticos sobre este assunto na literatura estrangeira e nacional. Sendo assim, estes autores propuseram contribuir com este tema a partir da análise de 224 pacientes portadores de insuficiência cardíaca, internados na enfermaria da cadeira de Clínica Propedêutica Médica da EPM.³³⁸

Já os artigos publicados sobre febre reumática versavam sobre diversos aspectos do tema, abordando achados clínicos, radiográficos e eletrocardiográficos da febre reumática, possíveis etiopatogenias da doença e provas sorológicas diagnósticas. Sobre este tópico, é importante destacar três artigos, sendo dois deles constituídos por revisões do tema e um que abordava uma possível etiopatogenia da doença. O artigo *A cardiopatia reumática*, escrito por Aldo Chaves (médico-chefe do Instituto de Cardiologia e do Departamento Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul), foi publicado no primeiro exemplar da revista *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, a partir de uma conferência realizada pelo autor.³³⁹ Neste artigo, foram apresentados dados estatísticos da incidência da febre reumática no Rio Grande do Sul, destacando-se a importância médica, epidemiológica e social desta enfermidade, e realizando-se algumas considerações sobre a elevada incidência em escolares, que chegava a superar a tuberculose pulmonar. Em seguida, apresentou-se uma revisão clínica da doença, desde os achados clínicos e presentes no exame físico, até as alterações radiológicas e eletrocardiográficas na fase aguda, a evolução clínica e o tratamento. O outro artigo de revisão, denominado *Aspectos clínicos da cardiopatia reumática crônica*, foi publicado em 1950 e escrito por Reinaldo Chiaverini (livre-docente de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).³⁴⁰ Nele, o autor promovia uma revisão do tema da cardiopatia reumática a partir da análise de 67 casos de cardiopatias reumáticas crônicas internados em duas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. O autor abordou tópicos como a sintomatologia clínica, ausculta cardíaca, alterações radiográficas e eletrocardiográficas e complicações clínicas. Já o artigo intitulado *Etiopatogenia da febre reumática*, escrito por Jacques Houli (catedrático da Faculdade de Ciências Médicas) e colaboradores, buscava estudar os diversos fatores que poderiam ser considerados de risco para a

³³⁸ RAMOS, Jairo *et al.* Causas desencadeantes e modalidades de início da insuficiência cardíaca congestiva. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 4, 1948, pp. 347-356.

³³⁹ CHAVES, Aldo. A cardiopatia reumática. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 1, 1948, pp. 95-112.

³⁴⁰ CHIAVERINI, Reinaldo. Aspectos clínicos da cardiopatia reumática crônica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 1, 1950, pp. 43-54.

febre reumática, como sexo, idade, cor, antecedentes familiares, entre outros. Discutiam, também, alguns possíveis fatores desencadeantes e a etiopatogenia da febre reumática.³⁴¹

Os estudos de novos fármacos no tratamento das diversas cardiopatias encontraram no periódico *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* um importante espaço de divulgação. Doze artigos sobre o uso de novas substâncias foram publicados no período analisado. A principal patologia à qual estas novas substâncias em estudo se direcionavam era a insuficiência cardíaca. Porém, a doença coronariana foi abordada em dois estudos com novos fármacos publicados neste periódico. No artigo *O emprego da I-noradrenalina no choque do infarto do miocárdio*, Amaury L. De Munhoz Rocha (cardiologista do Hospital Militar de Curitiba) e Gastão Pereira da Cunha (livre-docente de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná e chefe de Clínica da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba) realizaram uma revisão sobre a fisiopatologia do choque cardiogênico no infarto agudo do miocárdio e sobre a farmacologia da Noradrenalina, e apresentaram uma análise de quatro casos de choque cardiogênico em que foi utilizada a Noradrenalina, discutindo os resultados obtidos e estabelecendo os critérios para o uso desta medicação.³⁴² No mesmo número da revista, foi publicado o artigo intitulado *O trinitrato de trietanolamina na angina pectoris*, de autoria de Quintiliano H. Mesquita. Nele, o autor apresentou a análise dos resultados clínicos obtidos com o uso de trietanolamina em uma série de 16 pacientes angiosos.³⁴³

Muitos dos artigos publicados no *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* abordavam temas básicos da fisiologia. Estes trabalhos, na sua maioria, visavam compreender alguns processos fisiológicos ou fisiopatológicos, ou seja, buscavam discutir aspectos do funcionamento do sistema cardiovascular e pulmonar em seus estados de homeostase e patológico. Esperava-se que o conhecimento destes mecanismos de ação viria trazer maior possibilidade de controle dos processos de adoecimento. O sistema pulmonar teve destaque nestes estudos fisiológicos, visto ser o enfisema pulmonar uma importante patologia com grandes reflexos sobre o coração. Foram publicados na revista, no período analisado, 12 artigos sobre fisiologia, sendo cinco desenvolvidos

³⁴¹ HOULI, Jacques *et al.* Etiopatogenia da febre reumática. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 9, n. 3, 1956, pp. 127-138.

³⁴² ROCHA, Amaury L. Munhoz; CUNHA, Gastão Pereira. O emprego da I-noradrenalina no choque do infarto do miocárdio. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 9, n. 1, 1956, pp. 41-48.

³⁴³ MESQUITA, Quintiliano H. O trinitrato de trietanolamina na angina pectoris. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 9, n. 1, 1956, pp. 49-60.

pelo grupo de pesquisa da Universidade de São Paulo, cinco da Escola Paulista de Medicina, um da Universidade da Bahia e um da Universidade do Recife.³⁴⁴

Neste grupo de estudos sobre as bases fisiológicas ou fisiopatológicas das doenças, destaca-se o artigo intitulado *Estudo anatômico do aparelho valvular mitral*, desenvolvido por Silvío Carvalhal e colaboradores e publicado no ano de 1957.³⁴⁵ O autor, chefe da Seção de Clínica Propedêutica Médica do Departamento de Clínica Médica da Escola Paulista de Medicina, apresentou um estudo realizado com peças do aparelho valvar mitral frescas retiradas de cadáver. Estas peças eram descritas anatomicamente e submetidas a testes que avaliavam o seu funcionamento, servindo como subsídio para o estudo do comportamento de válvulas lesadas. Isto refletia a crescente importância da abordagem cirúrgica das cardiopatias, principalmente as de origem reumática e congênitas. Além disto, este é um exemplo de como um estudo desenvolvido por estes fisiologistas tinha um importante papel na articulação entre os conhecimentos médicos desenvolvidos nos laboratórios e a prática clínica, corroborando a ideia descrita por Fye a respeito da função exercida grupo dos cardiologistas-fisiologistas na consolidação da cardiologia norte-americana.³⁴⁶ Considerando que Wilson poderia ser “classificado” também como um cardiologista-fisiologista, nos termos de Fye, os trabalhos sobre eletrocardiografia publicados nos

³⁴⁴ HAEBISCH, Horst. Método da determinação da saturação do oxigênio do sangue e do volume-minuto do coração. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 4, n. 1, 1951, pp. 59-66. CARVALHAL, Sílvio *et al.* Estudo anatômico do aparelho valvar mitral. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 10, n. 4, 1957, pp. 315-326. HAEBISCH, Horst; BOECKH-HAEBISCH, Eva-Maria. A variação da fase do ciclo cardíaco em diferentes posições do corpo. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 10, n. 2, 1957, pp. 51-70. CASTRO, J. Marques. Simplificação do método manométrico de Van Slyke para dosagem de oxigênio no sangue. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 8, n. 3, 1955, pp. 347-356. DÉCOURT, Luis V. *et al.* Considerações sobre a determinação do volume globular e de sangue circulante pelo fósforo radioativo. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 6, n. 4, 1953, pp. 379-392. SOUZA, Hélio Gonçalves; CARVALHO, Benedito Costa. Capacidade vital na grávida normal. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 6, n. 2, 1953, pp. 187-192. MORAIS, Fernando Ribeiro; AMORIM, Ivan. Pressão barométrica e edema agudo de pulmão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 5, n. 3, 1952, pp. 318-322. HAEBISCH, Horst, Determinação do ar residual. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 4, n. 4, 1951, pp. 424-434. HAEBISCH, Horst; BARBATO, Enio. Estudos dos principais sistemas reguladores do organismo pelas provas funcionais do pulmão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 4, n. 3, 1951, pp. 328-350. HAEBISCH, Horst; BARBATO, Enio. Estudos dos principais sistemas reguladores do organismo pelas provas funcionais do pulmão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 4, n. 3, 1951, pp. 328-350. TABACOF, Rubem. Estudo comparativo entre a Vitamina B e o Decholin na determinação da velocidade circulatória. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 4, n. 2, 1951, pp. 243-247. RATTO, Octavio Ribeiro *et al.* Bases fisiopatológicas para o tratamento do enfisema pulmonar. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 6, n. 1, 1953, pp. 65-79. RATTO, Octavio Ribeiro; LE VOCI, Ítalo Domingos. A função ventilatória no enfisema pulmonar. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 6, n. 1, 1953, pp. 54-64.

³⁴⁵ CARVALHAL. Estudo anatômico do aparelho valvar mitral. *op. cit.*

³⁴⁶ FYE. American Cardiology – The History of a Specialty and Its College. *op. cit.*

Arquivos também podem expressar estes nexos entre as pesquisas de natureza mais “básica” e a prática clínica.

O desenvolvimento da tecnologia médica trouxe consigo novos procedimentos e técnicas para a investigação do sistema cardiovascular. A partir da década de 1950, os estudos hemodinâmicos ganharam destaque nas pesquisas clínicas cardiovasculares. Estes estudos visavam avaliar as pressões das cavidades cardíacas e do pulmão, o funcionamento das válvulas cardíacas e a presença de doenças congênitas. No periódico em análise, os estudos hemodinâmicos e cirúrgicos ganharam importância progressiva, tendo maior expressão a partir de 1955. Um total de 30 artigos foram publicados sobre o tema, abordando desde cardiopatias congênitas diversas até avaliação após intervenção cirúrgica sobre a válvula mitral. Os dois principais grupos de pesquisa eram o grupo da Escola Paulista de Medicina e o grupo da Universidade de São Paulo, inclusive com trabalhos publicados em conjunto.³⁴⁷

Como se pode observar, a tecnologia foi pilar fundamental no desenvolvimento da cardiologia. Em um primeiro momento, esta tecnologia se apresentava sob a forma da eletrocardiografia, onde, em diversos estudos, ela foi a ferramenta utilizada para a busca da compreensão dos mecanismos de diversas patologias. Porém, a análise dos artigos no periódico *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* nos revela que, ao longo dos anos, a tecnologia médica na área da cardiologia se expandiu e desenvolveu, sendo representada, também, pelos estudos hemodinâmicos e cirúrgicos. Neste sentido, corrobora-se a hipótese de que a tecnologia médica (no início, através da eletrocardiografia, e mais adiante pela hemodinâmica e cirurgia cardíaca) foi a grande responsável pelo processo de consolidação e desenvolvimento da cardiologia como especialidade médica.

³⁴⁷ Dentre outros artigos, podemos citar: MELLO, Horácio Kneese; ZERBINI, Euryclides de Jesus; LOSSO, Luís; AZEVEDO, Ernesto; SCHUBSKY, Victor; CAPUTO, Alberto. Aortografia. Descrição da técnica e apresentação de resultados. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 5, n. 3, 1952, pp. 219-234. BORGES, Sílvio; ZERBINI, Euryclides de Jesus; NICOLAI, André; RAMOS, Oswaldo; PORTUGAL, Oscar; LOSSO, Luis; SAN JUAN, Edgar; YUNES, Antoine. Aspectos hemodinâmicos observados em 8 casos de comissurotomia mitral (estudo pré e pós operatório). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 6, n. 2, 1953, pp. 157-186.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve por objetivo analisar o processo de institucionalização da cardiologia como especialidade médica no Brasil, entre o final da década de 1930 e da década de 1950. Para isto, primeiramente, procuramos indicar alguns processos fundamentais para a formação da cardiologia no cenário médico internacional, para então mostrar como os médicos brasileiros se inseriam neste contexto e como se posicionavam nos debates que ocorriam. A tecnologia médica, representada pela eletrocardiografia, foi pilar fundamental e decisivo neste processo de unificação dos médicos que se interessavam em cardiologia e que pretendiam afirmar-se como especialistas. O acesso e a difusão desta técnica no país foi fortemente influenciada pelo pesquisador norte-americano Frank Wilson, que recebeu na *Heart Station* da Universidade de Michigan diversos destes médicos brasileiros interessados no aprendizado da eletrocardiografia. Este intercâmbio Brasil-Estados Unidos está em consonância com a agenda da “Política da Boa Vizinhança”, implementada pelo governo norte-americano junto aos países latino-americanos. Além da ida de médicos brasileiros aos Estados Unidos, estas relações promoveram a vinda de Frank Wilson ao Brasil, para ministrar um curso de eletrocardiografia, em São Paulo, em 1942. Isto, certamente, estimulou os médicos brasileiros, que se intitulavam cardiologistas, a se reunirem e criarem a Sociedade Brasileira de Cardiologia, em 1943.

Além desta dimensão relacionada à incorporação da eletrocardiografia em sintonia com o cenário internacional, procuramos mostrar como a construção da cardiologia no Brasil esteve profundamente associada ao debate, conduzido pelos médicos cardiologistas, sobre a importância das doenças cardíacas como obstáculos ao progresso econômico e social do país no contexto do regime Vargas.

Para analisar estas duas dimensões da cardiologia brasileira, analisamos os artigos publicados tanto em revistas médicas de grande circulação, como *O Hospital* e o *Brasil-Médico*, quanto na revista da própria Sociedade Brasileira de Cardiologia, os *Archivos Brasileiros de Cardiologia*.

O capítulo 1 discutiu e analisou o processo de mudança da prática e do pensamento médico que permitiu o surgimento da cardiologia, na Inglaterra e nos Estados Unidos. Foram discutidos,

a luz da historiografia, a mudança do paradigma médico e como este cenário favoreceu o nascimento desta nova especialidade médica. Destaque é dado para a I Guerra Mundial, onde as “doenças do coração” eram uma das principais causas de baixas no exército britânico, despertando a atenção dos médicos para este grupo de patologias. Esta patologia cardiovascular dos soldados era vista como causa de prejuízos econômicos, sendo este um fator primordial para se impulsionar os estudos sobre as doenças cardiovasculares. Na Inglaterra, em 1921, deu-se um passo inicial no sentido de consolidar a cardiologia inglesa: a criação do *Cardiac Club*, um espaço que reunia os médicos “especialistas” em cardiologia que tinham por objetivo discutir os meios para lidar com os problemas cardiológicos apresentados pelos ex-combatentes da guerra.

Ainda no capítulo 1, foi feita uma análise historiográfica deste processo de consolidação da cardiologia, porém nos Estados Unidos. Foram descritos quatro grupos distintos de médicos que se apresentavam como cardiologistas: os “cardiologistas fisiológicos” (*physiological cardiologists*), os “cardiologistas clínicos” (*practitioner cardiologists*), os “cardiologistas acadêmicos” (*academic cardiologists*) e os “cardiologistas da saúde pública” (*public health cardiologists*), onde cada grupo apresentava interesses distintos. A consolidação da cardiologia americana se dá a partir da interação entre estes grupos, em um cenário no qual as doenças cardiovasculares, assim como no caso inglês, tinham um importante impacto econômico por afetarem diretamente a capacidade produtiva dos pacientes acometidos. Neste sentido, foram criadas as *cardiac clinics*, que se apresentavam como espaços específicos de atenção ao paciente cardíaco. Novamente, a I Guerra Mundial possui uma grande importância no cenário norte-americano, visto que muitos profissionais médicos norte-americanos foram enviados à hospitais militares na Inglaterra, onde puderam estar próximos à tecnologia médica utilizada na assistência e reabilitação dos soldados. Os cardiologistas da saúde pública, a partir da divulgação do impacto socioeconômico das doenças cardiovasculares, impulsionaram a criação da *American Heart Association*, que tinha por objetivo o desenvolvimento de pesquisas, a coleta e distribuição de dados e informações, e a promoção da educação sanitária para desenvolver uma conscientização coletiva a respeito da importância e da gravidade do problema das doenças cardíacas.

O capítulo 1 ainda apresentou uma importante discussão dos processos de construção das especialidades médicas, a partir da discussão de George Weisz. Tanto no caso inglês, como no caso americano, é possível observar os marcos apresentados por Weisz no processo de nascimento

de uma nova especialidade médica. Discutiui-se, também, como o processo de uso e o significado da tecnologia médica é um processo histórico e socialmente situado, constituído por acordos entre diversos grupos sociais, não apenas nos espaços estritos da ciência e da medicina.

Por fim, este capítulo apresentou os cursos de especialização na área da cardiologia no Brasil, nas décadas de 1930/1940, destacando a importância destes espaços como limites históricos no processo de consolidação da cardiologia nacional. Estes cursos reuniram profissionais que, posteriormente, se uniram para criar a Sociedade Brasileira de Cardiologia, o marco mais importante da institucionalização da cardiologia brasileira.

O capítulo 2 trouxe uma discussão fundamental para o entendimento do processo de consolidação da cardiologia nacional: o discurso sobre a importância das doenças cardiovasculares no grupo das doenças do trabalho. Neste sentido, analisou-se como isto impulsionou a criação de mecanismos de proteção e amparo social aos trabalhadores acometidos por doenças cardiovasculares. A partir da análise das revistas médicas de circulação geral, pudemos observar como se dava a divulgação do discurso da importância social das doenças cardiovasculares. Além de diminuir a capacidade produtiva do trabalhador, os médicos afirmavam que este grupo de doenças onerava o Estado pois, em muitos casos, os trabalhadores se viam obrigados a se licenciarem temporária ou definitivamente dos seus cargos. Novamente, o aspecto econômico, assim como presente no modelo inglês e norte-americano, ganhava destaque. Este capítulo abordou, também, a importância destas revistas médicas como veículos de divulgação dos cursos de especialização que, certamente, foram fundamentais para a consolidação da cardiologia nacional.

O capítulo 3 apresentou a fundação da Sociedade Brasileira de Cardiologia, discutindo os principais temas abordados em suas reuniões anuais e assembleias gerais. Fez-se uma análise pormenorizada dos temas abordados nos dez primeiros anos de circulação do periódico *Archivos Brasileiros de Cardiologia*, que refletiam a agenda de estudos da cardiologia nacional que se consolidava. Nesta análise, pode-se perceber que a tecnologia era um tema de grande importância para este grupo, corroborando a discussão historiográfica do caso inglês e americano que, também, tiveram na eletrocardiografia um pilar fundamental.

Os artigos publicados nos *Archivos Brasileiros de Cardiologia* no período analisado mostram um grande destaque dado à eletrocardiografia e aos temas hemodinâmicos e cirúrgicos. Isto reflete a importância dada à tecnologia na agenda de discussão da cardiologia nacional. Neste sentido, corrobora-se a ideia do papel central exercido pela tecnologia médica na consolidação da cardiologia no Brasil. Olhando mais especificamente o tema da eletrocardiografia, podemos comprovar a grande influência de Frank Wilson neste processo. Além de estimular os cardiologistas brasileiros a se reunirem, formando a SBC, principal marco da institucionalização da especialidade, Wilson ditou as linhas de pesquisa em eletrocardiografia, visto que as pesquisas desenvolvidas pelos brasileiros estavam em consonância com as pesquisas desenvolvidas pelo pesquisador norte-americano. Dentro dos temas clínicos discutidos no periódico, a doença de Chagas teve grande destaque. A cardiopatia chagásica representava uma patologia cardíaca vista como “nacional”, e cujo quadro clínico foi estabelecido na década de 1940 graças justamente à utilização das ferramentas eletrocardiográficas desenvolvidas por Wilson. Isso é um exemplo claro de como ideias e métodos formulados no âmbito da cardiologia internacional eram aplicados a temas específicos da medicina brasileira, num processo que conferia sentidos específicos à especialidade no país.

Um outro destaque na análise destes artigos cabe aos artigos epidemiológicos, que buscavam identificar qual seria o perfil de incidência e prevalência das doenças cardiovasculares no Brasil. Até aquele momento, utilizavam-se como parâmetro os dados epidemiológicos internacionais. Com isto, por exemplo, a aortite sífilítica não encontrava a mesma expressão estatística nos dados nacionais e internacionais. Os estudos epidemiológicos tiveram, por objetivo, construir estas estatísticas, evitando a aplicação de dados internacionais que não correspondiam à realidade brasileira.

Como pudemos observar, se nos periódicos de grande circulação no meio médico o tema da assistência social ao cardíaco mobilizava grande parte dos artigos publicados pelos médicos que praticavam a cardiologia e que atuavam, de certa maneira, de modo semelhante à figura do cardiologista da saúde pública descrito por Fye, nos espaços já especializados da cardiologia, como a revista da SBC, havia uma atuação mais concentrada nos estudos clínicos e epidemiológicos e também nos estudos eletrocardiográficos inclusive sob o ponto de vista da fisiologia cardíaca, o que remete à caracterização que Fye faz dos cardiologistas clínicos, acadêmicos e fisiológicos.

Ainda que estas classificações não possam ser aplicadas da mesma forma em contextos tão diferentes, elas nos levam a refletir sobre a diversidade de identidades e práticas que caracterizou o processo de construção do campo da cardiologia no Brasil.

Neste sentido, este trabalho conclui que o processo de consolidação da cardiologia brasileira esteve inserido em um contexto econômico, social e tecnológico. As doenças cardiovasculares eram tidas como de grande relevância no cenário das doenças relacionadas ao trabalho devido ao acometimento da capacidade laborativa dos trabalhadores por ela acometidos. Neste sentido, buscava-se oferecer condições de tratamento e reabilitação para este grupo de pacientes, o que somente poderia ser feito, afirmavam os médicos, por profissionais médicos especializados na área. Neste contexto de valorização de saúde do trabalhador, os médicos passaram a defender a necessidade de realizar um diagnóstico precoce das doenças no sentido de reabilitar e preservar a força de trabalho em sua melhor forma. Na cardiologia, o eletrocardiograma se tornou um pilar fundamental para o diagnóstico precoce das doenças cardiovasculares. A análise e interpretação gráfica dos traçados eletrocardiográficos, associado ao manejo terapêutico das cardiopatias, deram visibilidade à figura do especialista. Neste sentido, reconhecer um diagnóstico precoce e reinserir o trabalhador em seu espaço produtivo eram de vital importância, principalmente quando se referia às doenças cardiovasculares, as principais causas de incapacitação para o trabalho. Sendo assim, a cardiologia e os cardiologistas viram neste espaço as condições favoráveis à sua afirmação, enquanto especialidade e especialistas.

Os cursos de especialização apresentados neste trabalho foram espaços utilizados para a divulgação deste novo conhecimento e a capacitação de novos profissionais. Estas ações estão diretamente relacionadas com as condições descritas por Weisz para o estabelecimento de uma especialidade médica.

Este trabalho procurou indicar, também, que a atividade médico-científica é algo socialmente construída, ou seja, um produto da sociedade. Ao se afirmar isso, enfatiza-se o caráter dos acordos sociais, mostrando que esta atividade depende e está intimamente ligada não apenas aos grupos sociais com os quais se relaciona, mas também a outros grupos. Em relação ao objeto de estudo desta dissertação, pode-se perceber que a construção e a definição da cardiologia enquanto especialidade médica envolveram relações e negociações entre diversos grupos sociais.

BIBLIOGRAFIA E FONTES

Bibliografia

ACIERNO, Louis J. *The History of Cardiology*. New York: The Parthenon Publishing Group, 1994.

ALBANESI FILHO, Francisco Manes. *50 anos da história da cardiologia do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: SOCERJ, 2005.

ALMEIDA, Anna Beatriz de Sá. As doenças “do trabalho” no Brasil no contexto das políticas públicas voltadas ao trabalhador (1920-1950). *Revista Mundos do Trabalho*, v. 7, n. 13, janeiro-junho, 2015, pp.65-84.

ANDRADE, Jadelson; QUEIROZ, Luiz Roberto de Souza. *Sociedade Brasileira de Cardiologia 70 anos. Uma História de Sucesso – 1943/2013*. São Paulo, 2013, p. 15.

AZAMBUJA, Maria Inês Reinert *et al.* Impacto Econômico dos Casos de Doença Cardiovascular Grave no Brasil: Uma Estimativa Baseada em Dados Secundários. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 91, n. 3, set. 2008, p.164.

BRAUNWALD, Eugene *et al.* *Harrison's Principles of Internal Medicine*. New York: McGraw Hill Press, 2005.

BRAUNWALD, Eugene *et al.* *Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine*. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005.

BURCH, George E.; DEPASQUALE, Nicholas P. *A History of Electrocardiography*. San Francisco: Norman Publishing, 1990.

BURNETT, J. “The Origins of the Electrocardiograph as a Clinical Instrument”. In BYNUM, William F.; LAWRENCE, Christopher; NUTTON, Vivian (Org.). *The Emergence of Modern Cardiology. Medical History*, Londres, suplemento n. 5, 1985. pp. 53-76.

BYNUM, William F.; LAWRENCE, Christopher; NUTTON, Vivian (Org.). *The Emergence of Modern Cardiology. Medical History*, Londres, suplemento n. 5, 1985.

CUETO, Marcos; PALMER, Steven. *Medicina e Saúde Pública na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

FLEMING, Peter. *A Short History of Cardiology*. Amsterdam: Editions Rodopi B. V., 1997.

FONSECA, Cristina Maria Oliveira. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): Dualidade Institucional de Um Bem Público*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1977.

FREIRE, Abraão dos Santos; CÂNDIDO, Sandra da Silva. Uma análise da origem do Serviço Social no Brasil, *Revista Eletrônica da Faculdade José Augusto Vieira*, ano IV, n. 8, setembro de 2013, pp. 348-364.

FYE, W. Bruce. A History of the Origin, Evolution, and Impact of Electrocardiography. *The American Journal of Cardiology*, v. 73, n. 13, 1994. pp. 937-949.

FYE, W. Bruce. *American Cardiology – The History of a Specialty and Its College*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1996.

GIFFONI, Rodrigo Tobias; TORRES, Rosália Morais. A Breve História da Eletrocardiografia. *Rev. Med. Minas Gerais*, v. 20, n. 2. 2010. pp.263-270.

GOMES, Angela Castro. “Ideologia e trabalho no Estado Novo”. In PAUDOLFI, Dulce Chaves. *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999, pp. 53-72, p. 53.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina Maria O. “O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-1945”. In PAUDOLFI, Dulce Chaves. *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999, pp. 73-93.

HOWELL, Joel D. “Soldier’s Heart”: The Redefinition of Heart Disease and Specialty Formation in Early Twentieth-Century Great Britain”. In BYNUM, William F.; LAWRENCE, Christopher; NUTTON, Vivian (Org.). *The Emergence of Modern Cardiology. Medical History*, Londres, suplemento n. 5, 1985. pp. 34-52.

HOWELL, Joel D. “Frank Norman Wilson: Theory, Technology, and Electrocardiography”. In HOWELL, Joel D. (Org.). *Medical Lives and Scientific Medicine at Michigan, 1891-1969*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1993. pp. 101-127.

HOWELL, Joel. D. *Technology in the Hospital. Transforming Patient Care in the Early Twentieth Century*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1995.

JONES, David S. *Broken Hearts. The Tangled History of Cardiac Care*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2013.

KOHLER, Robert E. *From Medical Chemistry to Biochemistry: The Making of a Biomedical Discipline*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.

KROPF, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, Doença do Brasil. Ciência, Saúde e Nação, 1909-1962*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p. 32.

KROPF, Simone Petraglia. “Medicina tropical no Brasil: a construção científica e social da doença de Chagas (1909-1962)”. In NASCIMENTO, Dilene Raimundo; CARVALHO, Diana Maul (Org.). *Uma história brasileira das doenças. Volume 3*. Belo Horizonte: Argvmentvm, 2010. pp. 257-287.

KROPF, Simone Petraglia. “O Coração do Trabalhador: Cardiologia e Projeto Nacional no Estado Novo”. In ANDRADE, Marta Mega de; SEDREZ, Lise Fernanda; MARTINS, William de Souza (Org.). *Corpo: Sujeito e Objeto*. Rio de Janeiro: Ponteio, 2012. pp. 221-245.

KROPF, Simone Petraglia; HOWELL, Joel D. War, medicine and cultural diplomacy in the Americas: Frank Wilson and Brazilian cardiology. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 2017, v. 72, n. 44, pp. 422-447.

LAWRENCE, Christopher. “Moderns and Ancients: The “New Cardiology” In Britain 1880-1930”. In BYNUM, William F.; LAWRENCE, Christopher; NUTTON, Vivian (Org.). *The Emergence of Modern Cardiology. Medical History*, Londres, suplemento n. 5, 1985. pp. 1-33.

LAWRENCE, Christopher. “Definite and Material”: Coronary Thrombosis and Cardiologists in the 1920s. In: ROSENBERG, Charles Ernest; GOLDEN, Janet (Org.). *Framing Disease - Studies in Cultural History*. Brunswick: Rutgers University Press, 1997. pp. 51-81.

LEME, Cid de Abreu. História da eletrocardiografia no Brasil. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo*, v. 36, n.4, 1981, pp. 179-183.

LENOIR, Timothy. *Instituindo a Ciência: A Produção Cultural das Disciplinas Científicas*. São Leopoldo: Editora da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2003.

LUNA, Rafael Leite. *Sociedade Brasileira de Cardiologia. Cinquenta Anos de História*. Belo Horizonte: SBC, 1993.

MENDES, Maria Isabel Brandão de Souza.; NÓBREGA, Terezinha Petrucia. O *Brazil-Médico* e as contribuições do pensamento médico-higienista para as bases científicas da educação física brasileira. *Hist. Cienc. Saude – Manginhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, Jan./Mar. 2008. Pp. 209-219.

PORTER, Roy. *The Greatest Benefit to Mankind – A Medical History of Humanity*, New York: W.W. Norton & Company, 1997.

REIS, Nelson Botelho. Evolução Histórica da Cardiologia no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 46, n. 6, junho 1986, pp.371-386.

RODRIGUES, Maria de Lurdes. *Sociologia das Profissões*. Oeiras: Celta Editora, 2002.

ROSEN, George. *The Specialization of Medicine with Particular Reference to Ophthalmology*. 1944, reprinted New York: Arno Press, 1972.

ROSEMBERG, Charles. “The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience”. In ROSEMBERG, Charles. *Our Present Complaint: American Medicine, Then and Now*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

ROSENBERG, Charles Ernest. Introduction: “Framing disease: Illness, society and history”. In ROSENBERG, Charles Ernest; GOLDEN, Janet (Org.). *Framing Disease - Studies in Cultural History*. Brunswick: Rutgers University Press, 1997. pp. 13-26.

SILVA, Marcia Regina Barros. O ensino médico em São Paulo e a criação da Escola Paulista de Medicina. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, out.-dez. 2001, pp.541-565.)

SNELLEN, H. A. *History of Cardiology. A Brief Outline of 350 Years' Prelude to An Explosive Growth*. Rotterdam: Donker Academic Publications, 1984.

TOSCANO-BARBOSA, Ely. *Sociedade Brasileira de Cardiologia. 50 Anos de Congressos 1944-1994*. Rio de Janeiro: SBC, 1995.

WEISZ, George. The Emergence of Medical Specialization in the Nineteenth Century. *Bull. Hist. Med.*, v. 77, n. 3, 2003, pp. 536-575.

WEISZ, George. *Chronic Disease in the Twentieth Century*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2004.

WEISZ, George. *Divide and Conquer: A Comparative History of Medical Specialization*. Oxford: Oxford University Press, 2006.

Fontes

A NOITE. Um curso de aperfeiçoamento para médicos em São Paulo. *A Noite*, Rio de Janeiro, 2 de Outubro de 1940, Edição 10290, p. 4.

A NOITE. Encerrado o Curso de Cardiologia do Hospital Municipal de São Paulo. *A Noite*, Rio de Janeiro, 23 de março de 1941, p. 6.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 11, n. 3, 1958, pp. 262-267.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 10, n. 3, 1957, pp. 275-281.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 9, n. 3, 1956, pp. 172-214.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 8, n. 4, 1955, pp. 431-492.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 8, n. 3, 1955, pp. 357-360.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 7, n. 3, 1954, pp. 223-250.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 7, n. 1, 1954, pp. 51-79.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 6, n. 3, 1953, p. 312.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 5, n. 3, 1952, pp. 323-340.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 4, n. 3, 1951, pp. 351-362.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 3, 1950, pp: 428-443.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 2, n. 3, 1949, pp: 351-354.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. Noticiário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 3, 1948, pp: 245-256.

BARBATO, Ennio *et al.* Aspectos particulares da artéria pulmonar na esquistossomose mansoni. Importância no diagnóstico diferencial com as cardiopatias congênitas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 4, n. 2, 1951, pp. 233-242.

BARBATO, Ennio. Pneumopatia e cor pulmonale crônico esquistossomóticos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 6, n. 3, 1953, pp. 195-305.

BENCHIMOL, Aarão Burlamaqui; SCHLESINGER, Paulo. Alterações eletrocardiográficas na uremia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 9, n. 4, 1956, pp. 237-265.

BENCHIMOL, Aarão Burlamaqui; CARNEIRO, Raymundo Dias. O eletrocardiograma na persistência do canal arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 8, n. 3, 1955, pp. 307-325

BENCHIMOL, Aarão Burlamaqui; SCHLESINGER, Paulo. Hipertrofia ventricular direita com alterações eletrocardiográficas que simulam infarto do miocárdio. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 6, n. 4, 1953, pp. 257-274.

BENCHIMOL, Aarão Burlamaqui; SCHLESINGER, Paulo. Ritmo do seio coronário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 2, n. 2, 1949, pp. 163-174.

BITTENCOURT, Herval Tarquinio. Eletrocardiograma na hipertrofia ventricular esquerda. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 2, n. 2, 1949, pp. 175-180.

BORBA, Paulo; GOMES, Aristides Paula; SHERB, Jaime. Aspectos epidemiológicos da moléstia de Chagas em Pernambuco. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 7, n. 3, 1954, pp. 191-200.

BORGES, Sílvio; ZERBINI, Euryclides de Jesus; NICOLAI, André; RAMOS, Oswaldo; PORTUGAL, Oscar; LOSSO, Luis; SAN JUAN, Edgar; YUNES, Antoine. Aspectos hemodinâmicos observados em 8 casos de comissurotomia mitral (estudo pré e pós operatório). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 6, n. 2, 1953, pp. 157-186.

BORROTCHIN, M.; CARVALHO, S. M.; VELOSO, D. P. O eletrocardiograma de 70 pacientes com a forma crônica da Doença de Chagas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 7, n. 1, 1954, pp. 26-39.

BRASIL. Decreto-Lei No 2991, de 27 de Janeiro de 1941.

BRASIL-MÉDICO. Noticiário. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 68, n. 10 a 13 (7 a 28 de março), 1954, p. 129.

BRASIL-MÉDICO. Escola de Aperfeiçoamento Médico da Policlínica Geral do Rio de Janeiro. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 67, n. 6 e 7 (8 e 15 de fevereiro), 1953, p. 106.

BRASIL-MÉDICO. Notas e Informações. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 51 e 52 (20 e 27 de Dezembro), 1947, p. 32.

BRASIL-MÉDICO. Notas e Informações. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 44, 45 e 46 (1, 8 e 15 de novembro), 1947, p. 30.

BRASIL-MÉDICO. Congressos e Conferências. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 40 e 41, 1947, p. 358.

BRASIL-MÉDICO. Ensino Médico. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 29 e 30 (19 e 26 de julho), 1947, p. 280.

BRASIL-MÉDICO. Ensino Médico. *Brasil-Médico*, v. 61, n. 27 e 28 (5 e 12 de julho), 1947, p. 256.

BRASIL-MÉDICO. Ensino Médico. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 1 e 2 (4 e 11 de janeiro), 1947, p. 10.

BRASIL-MÉDICO. Congressos e Conferências. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 60, n. 40 e 41 (5 e 12 de outubro), 1946, p. 331.

BRASIL-MÉDICO. Cursos Intensivos de Cardiologia, Radiodiagnóstico e Radioterapia. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, 2 e 3 (1, 8 e 15 de janeiro), 1944, pp. 15-16.

BRASIL-MÉDICO. Vida Universitária. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 12, 1940, p. 204.

BRASIL-MÉDICO. Academia Nacional de Medicina. Sessão em 8 de setembro de 1940. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 39 (28 de setembro), 1940, p.659.

BRASIL-MÉDICO. Academia Nacional de Medicina. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 35 (27 de agosto), 1938, pp. 792 -795, p. 793.

BRASIL-MÉDICO. Sociedade Brasileira de Cardiologia e Hematologia. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 27 (3 de julho), 1937, p. 729.

BRONSTEIN, Salomão. Dedução das fórmulas necessárias para que se considere o coração como um dipolo. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 4, 1950, pp. 565-573.

CARLOS, Hélio Lima. A Situação do Cardíaco em Face ao Trabalho. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, 1951, pp. 63-75.

CARVALHAL, Sílvio *et al.* Estudo anatômico do aparelho valvar mitral. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 10, n. 4, 1957, pp. 315-326.

CASTRO, J. Marques. Simplificação do método manométrico de Van Slyke para dosagem de oxigênio no sangue. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 8, n. 3, 1955, pp. 347-356.

CHAVES, Aldo. A cardiopatia reumática. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 1, 1948, pp. 95-112.

CHIAVERINI, Reinaldo. Contribuição para o estudo eletrocardiográfico da sobrecarga ventricular direita. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 4, n. 3, 1951, pp. 249-292.

CHIAVERINI, Reinaldo. Aspectos clínicos da cardiopatia reumática crônica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 1, 1950, pp. 43-54.

COTRIM, Nelson. Derivações Precordiais Normais. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, 1943, pp. 683–692.

DECCACHE, Waldemar. A cardiologia, uma especialidade. *Vida Médica*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 8, outubro de 193, reproduzido em ALBANESE FILHO, Francisco Manes (org.). *50 anos de história da cardiologia do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: SOCERJ, 2005, pp. 20-25.

DECCACHE, Waldemar. Uma sociedade de auxílio aos cardíacos. *Vida Medica*, Rio de Janeiro, v. 12, n.2, Julho de 1944, reproduzido em ALBANESE FILHO, Francisco Manes (org.). *50 anos de história da cardiologia do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: SOCERJ, 2005, pp. 31-35.

DÉCOURT, Luis V. *et al.* Considerações sobre a determinação do volume globular e de sangue circulante pelo fósforo radioativo. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 6, n. 4, 1953, pp. 379-392.

DÉCOURT, Luiz V. A sístole elétrica ventricular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 4, n. 2, 1951, pp. 123-208.

DÉCOURT, Luiz V.; NETO, Mateus M. Romeiro. Alterações eletrocardiográficas nos ferimentos do coração. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 3, 1948, pp. 186-216.

DÉCOURT, Luiz V.; NETO, Mateus Romeiro; FREITAS, J. L. Pedreira. Alterações miocárdicas na moléstia de Chagas. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 1946, pp. 286 – 287.

FRANCO, Anita Guiomar *et al.* A cardiopatia chagásica na Bahia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 8, n. 4, 1955, pp. 415-422.

HAEBISCH, Horst; BOECKH-HAEBISCH, Eva-Maria. A variação da fase do ciclo cardíaco em diferentes posições do corpo. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 10, n. 2, 1957, pp. 51-70.

HAEBISCH, Horst, Determinação do ar residual. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 4, n. 4, 1951, pp. 424-434.

HAEBISCH, Horst; BARBATO, Enio. Estudos dos principais sistemas reguladores do organismo pelas provas funcionais do pulmão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 4, n. 3, 1951, pp. 328-350.

HAEBISCH, Horst. Método da determinação da saturação do oxigênio do sangue e do volume-minuto do coração. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 4, n. 1, 1951, pp. 59-66.

HOULI, Jacques *et al.* Etiopatogenia da febre reumática. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 9, n. 3, 1956, pp. 127-138.

ISRAEL, Alberto R. Admissão de Cardíacos as Empresas Particulares e Públicas. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, 1953, pp. 99-103.

JORNAL DO COMMERCIO, “Cursos”, *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, Segunda-Feira, 29 e Terça-Feira, 30 de Setembro de 1941, p. 5.

JORNAL DO COMMERCIO, “Academia Nacional de Medicina. Entrega do prêmio “Academia” – Comunicações dos Drs. Cesário de Andrade, Genival Londres e David Sanson”, *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 15 de agosto de 1941, p. 4.

JUCÁ, Antonio. Etiologia das cardiopatias no Ceará. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 4, n. 4, 1951, pp. 383-390.

JUCÁ, Antonio. Infarto do Miocárdio. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, 1947, pp. 917-924.

LANDULFO, Jose *et al.* Frequência etiológica de cardiopatias na cidade de São Paulo. Revisão de estatísticas anteriores e estudo atual correlato na classe dos comerciários. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 2, n. 3, 1949, pp. 297-310.

LEAL, Euthychio. O problema do cardíaco, *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 11, 12 e 13 (17, 24 e 31 de Março), 1945, pp. 102-104.

LEAL, Euthychio. A cardiologia de hontem e hoje. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 9 e 10 (3 e 10 de Março), 1945, p. 84.

LEAL, Euthychio. Formação de cardiologistas. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 7 e 8 (17 e 24 de Fevereiro), 1945, pp. 67-68, p. 67.

LEAL, Euthychio. Associação bahiana de assistência ao cardíaco, *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 5 e 6 (3 e 10 de Fevereiro), 1945, p. 51-52.

LONDRES, Genival. Modernos aspectos do tratamento médico da hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 2, n. 2, 1949, pp. 205-218.

LUCENA, Durval T. Epidemiologia da doença de Chagas em Pernambuco. Dados preliminares. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 9, n. 3, 1956, pp. 139-145.

MARQUES, Ruy João; GOMES, Aristides Paula. Moléstia de Chagas em Pernambuco. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 1, 1950, pp. 159-168.

MASCARENHAS, Augusto S. As alterações da onda T do eletrocardiograma. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 1, 1950, pp. 171-242.

MASCARENHAS, Augusto S. A determinação dos eixos elétricos espaciais em eletrocardiografia clínica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 1, 1951, pp. 67-120.

MASCARENHAS, Augusto S. Estudo estatístico do gradiente ventricular em crianças normais. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 1, 1948, pp. 71-84.

MELLO, Horácio Kneese; ZERBINI, Euryclides de Jesus; LOSSO, Luís; AZEVEDO, Ernesto; SCHUBSKY, Victor; CAPUTO, Alberto. Aortografia. Descrição da técnica e apresentação de resultados. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 5, n. 3, 1952, pp. 219-234.

MELLO, Horácio Kneese. Contribuição ao estudo da direção da onda T nas derivações unipolares de extremidades. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 2, 1950, pp. 243-256.

MELLO, Horácio Kneese. Aspectos normais das derivações unipolares de extremidades. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 3, 1948, pp. 237-244.

MESQUITA, Quintiliano H. *Como escapar da ponte de safena e do enfarte do miocárdio só com remédios*. São Paulo: Ed. Ícone, 1991.

MESQUITA, Quintiliano H. O trinitrato de trietanolamina na angina pectoris. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 9, n. 1, 1956, pp. 49-60.

MESQUITA, Quintiliano H. Desbloqueio sinoauricular pela quinidina. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, 1953, pp. 15-20.

MESQUITA, Quintiliano H. Contribuição para o tratamento dos paroxísmos taquicárdicos pelo Dietilaminoetoxi-2-Difenil (1262F). *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, 1950, pp. 653-683.

MESQUITA, Quintiliano H. Ritmo recíproco: falso e verdadeiro. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 2, 1950, pp. 275-294.

MESQUITA, Quintiliano H. Aspectos eletrocardiográficos do reflexo oculocardíaco. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 4, 1948, pp. 307-321.

MESQUITA, Quintiliano H. Contribuição para o estudo dos bloqueios de ramo. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 3, 1948, pp. 175-185.

MESQUITA, Quintiliano H. Associação da estrofantina K com a digitalina na fibrilação auricular. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, 1948, pp. 180 – 203.

MESQUITA, Quintiliano H. Condução auriculoventricular aberrante com PR curto e QRS anormal mas com duração normal. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, 1945, pp. 981-985.

MORAIS, Fernando Ribeiro; AMORIM, Ivan. Pressão barométrica e edema agudo de pulmão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 5, n. 3, 1952, pp. 318-322.

MORAIS, Fernando Ribeiro; AMORIM, Ivan. Incidência etiológica de cardiopatias na cidade do Recife. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 5, n. 3, 1952, pp. 316-317.

MOURA, Arnaldo. Valores normais dos eixos elétricos ventriculares no plano e no espaço. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 5, n. 4, 1952, pp. 389-398.

MOURA, Arnaldo. Métodos de determinação dos eixos elétricos espaciais e suas relações. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 5, n. 4, 1952, pp. 381-388..

O HOSPITAL. Noticiário. *O Hospital*, v. 43, n. 3, 1953, p. 423-425.

O HOSPITAL. Noticiários. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, 1947, p. 673.

O HOSPITAL. Noticiário. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, 1947, pp. 342-343.

O HOSPITAL. Serviço de Informações do Hemisfério da Coordenação de Assuntos Interamericanos. A prognosis da angina pectoris. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, 1946, pp. 845-846.

O HOSPITAL. Noticiário. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, 1945, p. 873.

O HOSPITAL. Noticiário. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, 1945, pp. 519-520.

O HOSPITAL. Noticiário. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, 1945, p. 517.

O HOSPITAL. Noticiário. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 1944, p. 984.

O HOSPITAL. Noticiário. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, 1943, pp. 635.

O HOSPITAL. Noticiário. *O Hospital*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 1943, pp. 487-489.

O HOSPITAL. Anotações, livros, revistas e análises. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 21, n.3, 1942, pp. 493-495.

OLIVEIRA, Roberto Menezes. Prof. Frank Norman Wilson. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 5, n. 4, 1952, pp. 342-345, p. 344.

OSÓRIO, Joaquim A.; UTINGUASSU, Osmar T. Estudo etiológico das cardiopatias no Rio Grande do Sul. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 5, n. 3, 1952, pp. 307-315.

PAZZANESE, Dante; MONTENEGRO, Ovídio. A angina pré e pós-enfarte. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, 1944, pp. 753-760.

PERA, José Saretta. O eletrocardiograma na cardiopatia chagásica crônica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 5, n. 2, 1952, pp. 427-436.

PLATA, Luiz Carlos Barón. O eletrocardiograma nas pneumopatias crônicas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 2, 1950, pp. 313-328.

PONDÉ, Adriano. A cardiopatia crônica da Doença de Chagas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 1, 1948, pp. 27-70.

PONDÉ, Adriano; NOVIS FILHO, Aristides. O Ambulatório de Moléstias Cardio-Vasculares no Hospital Santa Isabel, *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, 1945, pp. 715-719, p. 716.

PONDÉ, Adriano. Complexo de Eisenmenger e heterotaxia visceral. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, 1944, pp. 91-122.

PONTES, José de Paula Lopes; SEGADAS, Roberto. O Problema Medico-Social das Affecções Cardio-Vasculares em Nosso Meio. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 54, n.s 50 (14 de dezembro), 51 (21 de dezembro), 52 (28 de dezembro), 1940, pp. 823-831, pp. 842-847, pp. 861-863

PONTES, José de Paula Lopes; SEGADAS, Roberto. O Problema Medico-Social das Affecções Cardio-Vasculares em Nosso Meio. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 55, n.s 1 (4 de janeiro), 2 (11 de janeiro), 3 (18 de janeiro), 1941, pp. 11-13, pp. 27-30, pp. 38-43.

PRADO, A. Almeida. Aspectos anátomo-clínicos da esquistossomose cardiopulmonar. Arterite pulmonar e síndrome de cardíaco negro. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 3, 1950, pp. 367-380.

RAMOS, Jairo *et al.* Frequência Etiológica das Cardiopatias em São Paulo (Brasil). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 2, n. 2, 1949, pp. 181-192.

RAMOS, Jairo *et al.* Causas desencadeantes e modalidades de início da insuficiência cardíaca congestiva. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 4, 1948, pp. 347-356.

RAMOS, Jairo; MELLO, Horácio Kneese; BORGES, Sílvio. Estudo comparativo dos três tipos de derivações eletrocardiográficas (clássicas, unipolares de extremidades e precordiais múltiplas) em relação aos exames clínico e radiológico. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 4, 1948, pp. 322-332.

RAMOS, Jairo *et al.* Valor e alterações das derivações unipolares das extremidades no diagnóstico dos bloqueios de ramo. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 2, 1948, pp. 137-146.

RAMOS, Jairo *et al.* Valor e alterações das derivações unipolares das extremidades nas hipertrofias ventriculares esquerdas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 2, 1948, pp. 128-136.

RAMOS, Jairo *et al.* Evolução e duração da vida após o enfarte do miocárdio. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, 1946, pp. 473-484.

RAMOS, Jairo de Almeida *et al.* Frequência etiológica das cardiopatias em doentes de hospital geral. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, 1946, pp. 247-257.

RATTO, Octavio Ribeiro *et al.* Bases fisiopatológicas para o tratamento do enfisema pulmonar. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 6, n. 1, 1953, pp. 65-79.

RATTO, Octavio Ribeiro; LE VOCI, Ítalo Domingos. A função ventilatória no enfisema pulmonar. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 6, n. 1, 1953, pp. 54-64.

ROCHA, Amaury L. Munhoz; CUNHA, Gastão Pereira. O emprego da I-noradrenalina no choque do infarto do miocárdio. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 9, n. 1, 1956, pp. 41-48.

RODOVALHO, Octávio A. *et al.* Miocardite crônica chagásica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 1, n. 4, 1948, pp. 333-346.

SANCHES, José Bernardino. Higiene do Cardíaco. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, 1947, pp. 939-950.

SANTANA, Edgard Y. O Cardíaco no Ambulatório de Medicina da 2ª M. H. Santa Casa de São Paulo. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, 1957, pp. 557 – 562.

SCALDAFERRI, José Braz. As Cardiopatias – Problema Social, *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 29 e 30, 1947, pp. 274-279.

SILVA, Dalmiro Gomes. Alterações e significações de S-T. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, 1951, pp. 453-461.

SILVA, Dalmiro Gomes. Sobre a gênese do eletrocardiograma. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, 1950, pp. 879-890.

SOUZA, Hélio Gonçalves; CARVALHO, Benedito Costa. Capacidade vital na grávida normal. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 6, n. 2, 1953, pp. 187-192.

TABACOF, Rubem. Contribuição para o estudo da etiologia das cardiopatias em Salvador (Bahia, Brasil). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 7, n. 3, 1954, pp. 201-214.

TABACOF, Rubem. Estudo comparativo entre a Vitamina B e o Decholin na determinação da velocidade circulatória. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 4, n. 2, 1951, pp. 243-247.

TOLEDO, A. Ney *et al.* O eletrocardiograma na estenose mitral. II: Estudo pós-operatório. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 10, n. 1, 1957, pp. 1-9.

TOLEDO, A. Ney *et al.* O eletrocardiograma na estenose mitral. I: Estudo pré-operatório. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 9, n. 4, 1956, pp. 215-236.

TOLEDO, Paulo Almeida. Alguns aspectos da onda Q e da onta T nas derivações clássicas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 3, 1950, pp. 393-412.

TOLEDO, Paulo Almeida. Estudo crítico das unipolares dos membros. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 1, 1950, pp. 25-45.

TRANCHESI, Bernardino *et al.* A etiologia das cardiopatias em São Paulo (Brasil). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 4, n. 1, 1951, pp. 31-44.

VILLELA, Antonio Araújo; PLATA, Luiz Carlos Barón. Conceito eletrocardiográfico das hipertrofias ventriculares. Estudo de 100 casos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 2, 1950, pp. 257-274.

VILLELA, Antonio Araújo *et al.* Estudo Estatístico da Distribuição de Frequências Etiológicas dos Primeiros Mil Casos Observados no Ambulatório do Serviço de Cardiologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 3, 1950, pp. 381-392, p. 381.

ZAO, Zang. Z.; LARANJA, Francisco Silva. Sistema hexaxial com círculos de polaridade: um método simples para a determinação dos vetores cardíacos no plano frontal. Descrição geral do método. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 5, n. 1, 1952, pp. 82-93.