



ARTIGO

TRABALHADORES, TECNOLOGIA E SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DA CARDIOLOGIA COMO ESPECIALIDADE MÉDICA NO BRASIL (DÉCADAS DE 1930 E 1940)¹

Contato

Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz
Av. Brasil, 4365 – CDHS, sala 318
21040-900 – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
simonekropf@yahoo.com.br

 Simone Petraglia Kropf²

Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Resumo

O artigo examina a constituição da cardiologia como especialidade médica no Brasil nas décadas de 1930 e 1940. No contexto de implementação do sistema de proteção social pelo governo de Getúlio Vargas, as doenças cardiovasculares ganharam visibilidade no debate sobre a saúde e a produtividade dos trabalhadores urbanos. Alguns médicos defenderam que o diagnóstico, o tratamento e a prevenção dessas enfermidades requeriam conhecimentos e práticas especializados, como a eletrocardiografia. A disseminação dessa tecnologia no Brasil se beneficiou dos intercâmbios com médicos estadunidenses, intensificados na época pela Política da Boa Vizinhança. Argumentamos que o estabelecimento da cardiologia como especialidade resultou da associação entre demandas para a reprodução da força de trabalho, interesses socioprofissionais no campo médico e redes transnacionais de cooperação científica interamericana.

Palavras-chave

cardiologia – trabalhadores – especialidades médicas – eletrocardiografia – relações científicas transnacionais.

¹ Artigo não publicado em plataforma *preprint*. Todas as fontes e bibliografia utilizadas são referenciadas no artigo. Agradeço aos pareceristas anônimos, bem como a Gilberto Hochman e Luiz Alves, pelas críticas, comentários e sugestões.

² Doutora em História pela Universidade Federal Fluminense (UFF), com pós-doutoramento na Universidade de Michigan. Pesquisadora do Departamento de Pesquisa em História das Ciências e da Saúde/Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz e professora do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde/Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.



ARTICLE

WORKERS, TECHNOLOGY AND HEALTH: THE CONSTRUCTION OF CARDIOLOGY AS A MEDICAL SPECIALTY IN BRAZIL (1930^S AND 1940^S)

Contact

Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz
Av. Brasil, 4365 – CDHS – sala 318
21040-900 – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brazil
simonekropf@yahoo.com.br

 Simone Petraglia Kropf

Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brazil

Abstract

The article examines the constitution of cardiology as a medical specialty in Brazil in the 1930s and 1940s. In the context of the implementation of the social protection system by the Getúlio Vargas administration, cardiovascular diseases gained visibility in the debate on the health and productivity of urban workers. Some physicians argued that the diagnosis, treatment, and prevention of these diseases required specialized knowledge and practices, such as electrocardiography. The dissemination of this technology in Brazil benefited from exchanges with US doctors, intensified at the time by the Good Neighbor Policy. We argue that the establishment of cardiology as a specialty resulted from the association between demands for the reproduction of the workforce, socio-professional interests in the medical field, and transnational networks of inter-American scientific cooperation.

Keywords

Cardiology – workers – medical specialties – electrocardiography – transnational scientific relations.

Introdução

Em 1939, ao comemorar o segundo aniversário do Estado Novo, Getúlio Vargas discursou sobre as realizações de seu governo no campo da saúde. Suas primeiras palavras explicitaram a convicção de que, também sob esse aspecto, o país vivia um “novo tempo”:

O Estado Novo quer destruir o conceito pejorativo, invocado frequentemente para nos diminuir, segundo o qual o Brasil é um vasto hospital. Para consegui-lo, não medirá esforços, conforme o tem demonstrado com as medidas postas em prática, visando todas elevar o índice sanitário das populações e completar o aparelhamento de combate aos males endêmicos, do norte ao sul do país.³

A imagem do “vasto hospital” havia sido cunhada pelo médico Miguel Pereira em 1916. Tornou-se a bandeira do movimento médico-higienista da década de 1910, que denunciou as péssimas condições de saúde e de vida nas áreas rurais do país, assolado por doenças infecciosas endêmicas como a malária, a doença de Chagas e a ancilostomose, e reivindicou maior presença do poder público para combater esses “obstáculos ao progresso” do país. O movimento levou à criação de serviços e políticas públicas de saúde importantes para a construção do Estado brasileiro, ampliados com a criação do Ministério da Educação e Saúde (MES) em 1930 (FONSECA, 2007; HOCHMAN, 2012). Ao confrontar a metáfora do país doente e abandonado, Vargas afirmava sua intenção de *curar* a nação. Como exemplos, salientou as campanhas contra a lepra, a febre amarela e a malária.

Entretanto, se o governo se vangloriava do combate às doenças infecciosas, os médicos passaram a sinalizar, a partir dos anos de 1930, sua preocupação com outra categoria de doenças: as enfermidades crônico-degenerativas, como o câncer e as doenças cardiovasculares, cada vez mais diagnosticadas nos centros urbanos.⁴ Eram consideradas “doenças da civilização”, associadas a avanços na expectativa de vida e, no caso das doenças do coração, ao estresse e à aceleração da “vida moderna”

³ VARGAS, Getúlio, 1939 *apud* HIGIENE pública e assistência médico-sanitária. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 53, n. 48, p. 1073-1074, 25 nov. 1939, p. 1073.

⁴ Descrita por Carlos Chagas em 1909, a doença de Chagas tem como principal manifestação clínica uma cardiopatia crônica, produzida pela ação do *Trypanosoma cruzi* no coração. Entretanto, afetava principalmente a população rural, devido ao fato de o inseto transmissor (conhecido como *barbeiro*) se abrigar nas frestas das paredes das casas de pau-a-pique. Com as migrações decorrentes da urbanização nas décadas de 1930 e 1940, a doença passou a ser diagnosticada também nas cidades, ainda que em proporção bem menor do que outras enfermidades do aparelho circulatório, como a hipertensão arterial, a cardiopatia reumática e a doença coronariana (KROPF, 2009).

e às condições de trabalho nas cidades.⁵ As cardiopatias constituíam importante causa de morte ou invalidez entre os trabalhadores e, para combatê-las, passou-se a reivindicar o estabelecimento de competências, saberes, práticas e espaços diferenciados no âmbito mais geral da clínica médica (KROPF, 2012).

Este artigo analisa o discurso e a mobilização dos médicos pela constituição da cardiologia como especialidade no Brasil nas décadas de 1930 e 1940, nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, principais centros urbanos do país.⁶ Argumentamos que tal processo se deu mediante dois movimentos conectados entre si. Em primeiro lugar, a associação entre as doenças cardiovasculares e a saúde e a produtividade dos trabalhadores urbanos proporcionou elementos discursivos e espaços de atuação para os médicos que buscavam tal especialização. Em segundo lugar, o acesso a tecnologias de diagnóstico como a eletrocardiografia, favorecido pelos intercâmbios com os Estados Unidos no contexto da Política da Boa Vizinhaça e da Segunda Guerra Mundial, foi fundamental para a legitimação e diferenciação da figura do cardiologista como especialista.⁷ Ao analisar tais processos, esperamos contribuir com a historiografia sobre o Estado Novo, explicitando a importância da saúde como elemento crucial nos processos sociais e políticos de construção da nação e do Estado no período.⁸

⁵ Para uma análise das doenças cardiovasculares como “doenças do progresso” em consequência dos processos de industrialização, ver Mota (2020).

⁶ Focalizaremos o período entre 1937, data da primeira iniciativa de fundação de uma sociedade representativa da especialidade, até a criação, em 1948, dos *Archivos Brasileiros de Cardiologia*, periódico oficial da Sociedade Brasileira de Cardiologia, criada em 1943.

⁷ Sobre o processo histórico de constituição da cardiologia como especialidade na Inglaterra e nos Estados Unidos nas primeiras décadas do século XX, ver Bynum, Lawrence e Nutton (1985) e Fye (1996).

⁸ A historiografia sobre o Estado Novo é extensa e diversa e vem sendo reunida em importantes coletâneas, dentre as quais D’Araujo (1999), Pandolfi (1999), Gomes (2000), Freire, Martinho e Vannucchi (2019) e Vannucchi e Abreu (2021). Sobre a saúde no período, duas referências obrigatórias são os livros de André Luiz Vieira de Campos (2006) e Cristina Fonseca (2007). Fonseca analisa a “dualidade institucional” que marcou o campo da saúde a partir da criação, em 1930, do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, no âmbito do qual se organizaram os serviços de medicina previdenciária que beneficiavam os trabalhadores urbanos, e o Ministério da Educação e Saúde, cujas ações eram voltadas à população em geral, em particular no interior do país. Campos analisou o impacto da Segunda Guerra na saúde brasileira ao examinar a atuação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), órgão bilateral dos governos estadunidense e brasileiro criado em 1942 e que teve atuação decisiva em áreas de produção de matérias primas estratégicas ao esforço de guerra. Em nosso livro sobre a história da doença de Chagas e da medicina tropical (KROPF, 2009), examinamos, entre outros aspectos, a importância política conferida às doenças endêmicas rurais (como a doença de Chagas) como obstáculos aos projetos de modernização no campo durante o Estado Novo, especialmente em Minas Gerais. Sobre as políticas do governo Vargas para a saúde e a educação de crianças e jovens, ver Sousa (2000).

A institucionalização da cardiologia esteve diretamente referida às importantes transformações no tratamento conferido à questão do trabalho pelo governo de Getúlio Vargas, em especial durante o Estado Novo. Como mostram os clássicos trabalhos de Ângela de Castro Gomes (1988, 1999), tais transformações disseram respeito à criação de estruturas e políticas de proteção social para os trabalhadores urbanos, mediante as legislações trabalhista, previdenciária e sindical, e à propagação de uma ideologia política segundo a qual a modernização econômica e o equacionamento dos conflitos sociais dependiam da conformação de um “novo cidadão/trabalhador brasileiro”, esteio econômico e moral de uma “nova nação”. Como indicado pela autora, a saúde era vista como um dos direitos sociais aos quais se associava a própria ideia de cidadania, mediante a nova organização do trabalho. A preocupação de Vargas em combater a pobreza e aumentar a capacidade produtiva dos trabalhadores levou à criação de todo um aparato técnico e jurídico visando protegê-los das consequências de doenças, mediante benefícios que compreendiam assistência médica, seguros contra morte e invalidez e licenças por motivos de saúde.⁹ Pela *expertise* que os habilitava a diagnosticar e tratar essas doenças, os médicos – entre os quais os cardiologistas – eram atores-chave nesse processo.

Como mostrou Anna Beatriz de Sá Almeida (2015), as “doenças do trabalho” haviam se tornado objeto de atenção do poder público com a primeira Lei de Acidentes de Trabalho, de 1919, e a criação, no Departamento Nacional de Saúde Pública, da Inspetoria de Higiene Industrial e Profissional, em 1923. O tema ganhou maior visibilidade com a criação, em 1930, do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), para o qual a Inspetoria foi transferida.¹⁰ As doenças cardiovasculares não eram enquadradas formalmente na categoria de “doenças profissionais”, que abrangiam as enfermidades tidas como inerentes ou peculiares a determinados tipos de atividades ou função e as que eram resultantes de determinadas condições em que o trabalho era realizado.¹¹ Ainda assim, elas eram tratadas como um problema médico-social associado ao mundo do trabalho, considerando-se sobretudo as atividades que produziam fadiga em excesso ou que demandavam grande esforço físico.

⁹ A Constituição Federal de 1934 previa a “assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante (...), e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes de trabalho ou de morte” (BRASIL, 1934 *apud* ALMEIDA, 2015, p. 73).

¹⁰ Sobre a história da medicina do trabalho no Brasil e na América Latina, ver, respectivamente, Almeida (2015) e Gallo e Ramaciotti (2019). Sobre a história da previdência social no Brasil, ver Malloy (1986). Sobre as políticas de saúde no governo Vargas, ver Fonseca (2007).

¹¹ Focalizando o caso da tuberculose, Almeida (2015) analisou o debate e as disputas em torno da definição do que seriam as “doenças do trabalho”, entre 1920 e 1950, dos quais participaram não apenas médicos, mas juristas, empregadores e os próprios trabalhadores.

Para os médicos que se identificavam como cardiologistas, a assistência sistêmica ao trabalhador que sofria de afecções cardiovasculares (a qual envolvia prevenção, diagnóstico e tratamento) era essencial à sua inserção e/ou reintegração ao trabalho e requeria conhecimentos, técnicas e aparelhos especializados. Um argumento central nesta reivindicação era a necessidade do recurso à eletrocardiografia, *expertise* que se diferenciava dos tradicionais métodos de diagnóstico da clínica médica. O intercâmbio com os Estados Unidos, intensificado pela Política da Boa Vizinhança do governo Roosevelt (1933-1945), foi fundamental para a difusão dessa tecnologia no Brasil.¹² Os vínculos entre os cardiologistas brasileiros e o cardiologista Frank Norman Wilson, professor da Universidade de Michigan que esteve no Brasil em 1942, foram fundamentais não apenas para a institucionalização da especialidade no país, como também para o próprio movimento de legitimação, nos Estados Unidos, das novas abordagens da eletrocardiografia preconizadas por Wilson (KROPF; HOWELL, 2017). Examinar a construção da cardiologia no Brasil nos coloca em interlocução, portanto, com a historiografia sobre a Política da Boa Vizinhança e o pan-americanismo ao qual ela conferiu nova amplitude. Enfatizando a natureza heterogênea dos sujeitos históricos e das dinâmicas e espaços de experiência que lhes deram forma, tal produção tem valorizado a agência dos latino-americanos, em processos multifacetados de negociação e construção mútua (ainda que sob assimetrias), marcados por dinâmicas complexas de cooperação e hegemonia (SCARFI; TILLMAN, 2016).¹³

Em diálogo com esses distintos campos historiográficos, este artigo está balizado pela perspectiva teórico-metodológica que orienta a historiografia das ciências e da saúde, que compreende a produção e a validação de saberes, tecnologias e práticas médico-científicas como processos inscritos nas dinâmicas políticas e sociais em cada momento histórico.¹⁴ Num contexto marcado por políticas e debates relativos aos trabalhadores no Estado Novo, a construção da cardiologia no Brasil

¹² Preconizando os princípios do multilateralismo e da solidariedade e defesa mútua entre os países do continente americano, a Política da Boa Vizinhança foi implementada a partir de 1933 pela presidência de Franklin D. Roosevelt como contraponto à política do *big stick* e às práticas intervencionistas da política externa estadunidense até então. Com a eclosão da guerra, as relações entre os Estados Unidos e a América Latina ganharam importância estratégica do ponto de vista militar, econômico e ideológico, levando-se em conta as necessidades de obtenção de matérias-primas essenciais aos Aliados, da defesa militar do continente e do combate à expansão do nazifascismo na região. Ver, por exemplo, Pike (1995) e Scarfi e Tillman (2016).

¹³ Um dos muitos exemplos dessa perspectiva é o estudo de Valim (2017) sobre a distribuição e exibição de filmes produzidos pelo *Office of the Coordinator of Inter-American Affairs*.

¹⁴ São inúmeras as referências bibliográficas dessa historiografia, para a qual as pesquisas desenvolvidas na Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz têm contribuído sistematicamente. Ver Kropf (2009).

associou a preocupação com a reprodução da força de trabalho, conforme os balizamentos institucionais e ideológicos da política social do governo Vargas, interesses socioprofissionais no campo médico e redes transnacionais de cooperação científica interamericana.

Espaços institucionais para especialistas: mundos do trabalho

Um primeiro movimento para a demarcação institucional da especialidade foi a criação da Sociedade de Cardiologia e Hematologia do Rio de Janeiro, em 1937, no hospital da Santa Casa de Misericórdia.¹⁵ A prestigiada revista *Brasil-Médico* celebrou a iniciativa, “necessidade imperiosa” face à existência de “associações congêneres em outros países”, como a então criada Sociedad Argentina de Cardiología:

O aumento 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 atenção para uma série de problemas que só poderiam ser bem estudados numa reunião de médicos especializados em tais doenças.¹⁶

Apesar de a Sociedade ter tido vida efêmera, os anos que se seguiram foram decisivos para a institucionalização da cardiologia.¹⁷

A criação de espaços especializados para o diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças cardiovasculares, bem como para o treinamento em eletrocardiografia, ocorreu fundamentalmente nos novos espaços institucionais de assistência médica e social aos trabalhadores urbanos. Os Institutos de Aposentadoria e Pensões, criados no âmbito do MTIC conforme as distintas categorias profissionais, possuíam hospitais e clínicas próprias e foram locais privilegiados para o exercício das especialidades médicas, entre as quais a cardiologia. O Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), criado em dezembro de 1936, foi particularmente importante para a prestação de serviços em cardiologia e eletrocardiografia. Em 1938, o instituto realizou concurso para cardiologista e o cargo foi assumido

¹⁵ A associação tinha por presidente e secretário-geral os médicos Pires Salgado e Oscar Ferreira Junior. A seção de cardiologia era presidida por Edgard Magalhães Gomes e a de hematologia por Helion Póvoa.

¹⁶ SOCIEDADE Brasileira de Cardiologia e Hematologia. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 27, p. 729, 3 jul. 1937.

¹⁷ Vários médicos escreveram sobre a história da cardiologia no Brasil. Ainda que sejam importantes fontes de informação, são marcados, entretanto, por uma perspectiva memorialista e celebratória (Reis, 1986; Luna, 1993; Gottschall, 2021). Para estudos sobre o tema desenvolvidos por historiadores, ver Kropf (2012), Kropf e Howell (2017), Souza (2017) e Mota (2020).

por Edgard Magalhães Gomes, que já era referência na área no Distrito Federal.¹⁸ Segundo Francisco Laranja,¹⁹ que ali ingressou igualmente por concurso para atuar como assistente de Gomes, o serviço de cardiologia do IAPI era o melhor do Rio de Janeiro. Equipado com o mais moderno eletrocardiógrafo, gerava dados estatísticos fundamentais para dar concretude à ocorrência de doenças cardiovasculares entre os trabalhadores. Laranja, que atuava no setor de perícias, salientava que a experiência clínica no IAPI era totalmente diferente do treinamento oferecido nas escolas médicas, pois proporcionava o acesso a um universo amplo e diversificado de patologias cardíacas e, conseqüentemente, um treinamento intensivo nos métodos específicos para diagnosticá-las, como a eletrocardiografia, “um negócio que pouca gente sabia”.²⁰ A própria realização, nesses institutos de previdência, de concursos para provimento de cargos médicos (da qual o IAPI foi pioneiro) foi um importante passo para a construção da especialidade.

As secretarias e órgãos de saúde no âmbito municipal foram outro espaço importante para o mapeamento das doenças cardiovasculares entre indivíduos agrupados mediante seus vínculos formais de trabalho. Exemplo disso foi o aprofundado estudo sobre “o problema das afecções cardiovasculares em nosso meio”, publicado entre dezembro de 1940 e janeiro de 1941 em edições sucessivas na revista *Brasil-Médico*.²¹ Seus autores, José de Paula Lopes Pontes e Roberto Segadas, eram docentes-livres de Clínica Médica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil e médicos da Secretaria de Saúde e Assistência da cidade do Rio de Janeiro (SSA-RJ). O trabalho apresentou os primeiros resultados do “recenseamento torácico” reali-

¹⁸ Formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1926, Gomes foi livre-docente e posteriormente (1947) catedrático de Clínica Médica e Propedêutica dessa escola. Foi ainda livre-docente de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense e catedrático de Fisiologia da Faculdade de Ciências Médicas (posteriormente Faculdade de Medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

¹⁹ Francisco Laranja se destacaria, na década de 1940, nos estudos sobre o quadro eletrocardiográfico da cardiopatia crônica da doença de Chagas (KROPF, 2009).

²⁰ LARANJA, Francisco. *Depoimento à Casa de Oswaldo Cruz: projeto Memória de Manguinhos*. Rio de Janeiro: Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 1986. O IAPI oferecia cursos especializados em cardiologia que atraíam estudantes da Faculdade de Medicina, os quais se valiam do material clínico e do eletrocardiógrafo ali disponíveis para a elaboração de suas teses. Sobre a história da eletrocardiografia no Brasil, ver Leme (1981).

²¹ PONTES, José de Paula Lopes & SEGADAS, Roberto. O problema médico-social das afecções cardiovasculares em nosso meio. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 50-52, p. 823-831, p. 842-847, p. 861-863, 14, 21 e 28 dez. 1940; v. 55, n. 1-3, p. 11-13, p. 27-30, p. 38-43, 4, 11 e 18 jan. 1941. Publicado regularmente desde 1887, em edições semanais, pela Policlínica Geral do Rio de Janeiro, o *Brasil-Médico* era uma das revistas médicas de maior prestígio na época. A consulta ao periódico pode ser feita on-line pelo site da Biblioteca de Obras Raras da Fiocruz, disponível em: <<https://www.obrasraras.fiocruz.br/gallery.php?mode=gallery&id=10&page=1>>. Acesso em: 10 abr. 2023.

zado entre 40.000 funcionários da prefeitura do Distrito Federal, mediante a aplicação do método radiológico conhecido como abreugrafia.²² O inquérito foi conduzido pelo próprio Manoel de Abreu, chefe do Serviço de Roentgenfotografia e Radiologia da SSA-RJ e presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Os indivíduos considerados “anormais” no exame radiológico foram encaminhados à Comissão de Proteção à Saúde (composta por Pontes, Segadas e três “médicos-peritos”), que, em associação com o Hospital do Pronto Socorro²³ e o próprio Serviço de Roentgenfotografia e Radiologia, classificou-os em três grupos: “1º. anormais pulmonares; 2º. anormais cardiovasculares; 3º. a classe muito mais reduzida de anomalias torácicas outras, relativas principalmente às alterações do arcabouço ósseo”.²⁴

Os casos com anomalias cardiovasculares foram classificados em quatro grupos, conforme seu impacto na capacidade laboral. O primeiro era o de indivíduos que apresentaram lesão “compatível com o trabalho” e que já vinham sendo tratados. O segundo grupo era o dos que tinham “capacidade funcional adequada ao cargo”, mas que tratavam a referida lesão de modo “insuficiente ou nulo”. O terceiro grupo era formado por indivíduos que, por suas “condições funcionais circulatórias mais ou menos precárias”, eram “incompatíveis com o cargo exercido”, mas poderiam ser “aproveitados em serviços mais leves”. E, finalmente, o quarto grupo era o dos “doentes em grau maior de insuficiência cardio-vasculatória”, dos quais se exigia “o afastamento integral, temporário ou definitivo” de suas atividades.²⁵

De um conjunto de 5.091 indivíduos da própria SSA-RJ, a Comissão Médica conseguiu, naquele primeiro momento, examinar 671 indivíduos com alterações radiológicas. Em um número expressivo de casos (481 indivíduos ou 71,6%), tais alterações eram no coração. Mesmo considerando que apenas 34 (4,97%) demandavam o “repouso e abandono transitório ou definitivo do cargo”,²⁶ os dados gerais constituíam, segundo os autores, evidências robustas da importância médico-social das doenças cardiovasculares e revelavam “a elevada proporção de indivíduos inadap-

²² Idem, 14 dez. 1940, p. 823. As estatísticas sobre as doenças cardiovasculares se beneficiavam dos recenseamentos torácicos feitos para estudo e mapeamento da tuberculose, um dos mais importantes problemas de saúde nos centros urbanos. O método desenvolvido por Manoel de Abreu permitia realizar esses exames com baixo custo, e conseqüentemente em larga escala, o que permitia o diagnóstico precoce da enfermidade. A partir de 1939, a abreugrafia passou a ser utilizada no Serviço de Cadastro Torácico, criado em 1937 na capital federal.

²³ Atual Souza Aguiar, o hospital era um importante e prestigiado centro médico da época.

²⁴ Ibidem, p. 823.

²⁵ Ibidem, p. 824.

²⁶ Ibidem, *loc. cit.*

tados, padecendo das circunstâncias desfavoráveis representadas pelo trabalho em desacordo com o estado de seu aparelho circulatório”.²⁷

O estudo enfatizava que, dentre as licenças concedidas aos funcionários da prefeitura pelo Serviço de Perícia Médica entre fevereiro de 1939 e fevereiro de 1940, as doenças do aparelho circulatório “se avantajaram a todas as outras causas de afastamento de serviço (...), chegando a ultrapassar a frequência da própria tuberculose”.²⁸ No que dizia respeito aos dados de mortalidade, um levantamento do Serviço de Bioestatística do Departamento Nacional de Saúde mostrou que entre 1934 e 1939 tais enfermidades haviam ocupado o “2.º lugar no obituário geral”, não muito distantes da tuberculose.²⁹ As estatísticas coletadas por Genival Londres, médico do Hospital do Pronto Socorro, no Rio de Janeiro, e citadas no artigo, atestavam a alta frequência das doenças cardiovasculares “em meio hospitalar”. Entre os 1.606 homens e 430 mulheres internados nas enfermarias do Serviço de Clínica Médica daquele hospital entre 1937 e 1939, essas enfermidades respondiam por 33,7% dentre as causas de internação.³⁰

Tais resultados, enfatizavam os autores, colocavam o Brasil numa situação semelhante à observada nos países em que os “modernos progressos da higiene e da terapêutica” haviam minorado os efeitos das doenças infecciosas, mas tornado o coração, justamente em virtude desses ganhos na saúde, “exposto às usuras inevitáveis da vida longa”.³¹ O ingresso no rol dos países “civilizados” significava, assim, pesada carga social e econômica. Os gastos previdenciários e de assistência médica gerados por licenças e pensões tinham forte impacto orçamentário e provocavam o “desequilíbrio econômico” do indivíduo e sua família.³²

Os médicos salientavam o grande desafio de lidar com tais enfermidades. Em um número considerável de casos, estava-se diante de “doentes inaparentes”, sem nenhuma expressão sintomática.³³ Em um percurso discursivo alinhavado por números, quadros, tabelas e muitas referências à literatura especializada internacional (sobretudo estadunidense), Pontes e Segadas apresentavam a receita para enfrentar

²⁷ *Ibidem*, p. 824-825.

²⁸ *Idem*, 21 dez. 1940, p. 847.

²⁹ *Idem*, 14 dez. 1940, p. 825.

³⁰ *Ibidem*, p. 825-826.

³¹ *Ibidem*, p. 826. As doenças cardiovasculares eram vistas como “doenças da civilização” também pelos efeitos negativos do “progresso” nos grandes centros urbanos. André Mota (2020) analisou o impacto da industrialização na cidade de São Paulo, entre as décadas de 1940 e 1970, na ocorrência dessas “doenças do progresso”, como as doenças cardiorrespiratórias, sobretudo em virtude do aumento da poluição do ar emitida por veículos automotores e pelas fábricas.

³² *Ibidem*, p. 829.

³³ *Idem*, 21 dez. 1940, p. 847.

o problema, a ser prescrita pelos que defendiam a cardiologia como especialidade: o diagnóstico precoce. A realização periódica de exames, por meio da radiologia e da eletrocardiografia,³⁴ permitiria “surpreender” as “lesões silenciosas” e, uma vez identificados os indivíduos passíveis de se enquadrarem na condição de “cardiopatas”, garantir-lhes o acompanhamento e a devida assistência médico-social.³⁵ Essas seriam as condições para uma readaptação segura ao trabalho, de modo a atender os “superiores interesses da preservação da raça, do equilíbrio social e bem-estar individual”.³⁶ Um serviço dessa natureza, enfatizavam Pontes e Segadas, estava em vias de ser implantado por Genival Londres na SSA do município.³⁷

O tema ganhava centralidade nos periódicos e também em outras instituições relevantes do campo médico. Em 1938, em solenidade comemorativa dos 109 anos da Academia Nacional de Medicina (ANM) e na presença do Ministro da Educação e Saúde Gustavo Capanema, Aloysio de Castro, catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil e presidente da Academia, pronunciou conferência sobre “o aumento das doenças do coração no Rio de Janeiro e a assistência social ao cardíaco”. Também aqui o aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares (68% entre 1928 a 1937) foi creditado às “transformações da vida social nos últimos tempos” e à “redução expressiva das doenças infecciosas”,³⁸ o que aproximava o Brasil dos países desenvolvidos. Era um problema que estava “a pedir entre nós a intervenção do poder público”,³⁹ mediante a criação, como se fazia nos Estados Unidos, de espaços “especializados ao domínio da cardiopatologia”, como consultórios,

³⁴ O estudo menciona que alguns casos foram submetidos ao exame eletrocardiográfico, mas não apresenta maiores detalhes sobre o uso desse método, o que indica que, apesar de já vir sendo difundida por meio de cursos de especialização, a eletrocardiografia ainda era incipiente entre os clínicos naquele momento, como relatou Laranja (*op. cit.*, 1986).

³⁵ A referência eram os serviços organizados pela *New York Heart Association*, com suas “casas de convalescência”, escolas destinadas às crianças cardíacas e equipe de assistentes sociais (PONTES, José de Paula Lopes & SEGADAS, Roberto, *op. cit.*, 18 jan. 1941, p. 39-41). Como indica Fye (1996), a defesa do acompanhamento e do aconselhamento médico sistemático para prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares foi central para a institucionalização da especialidade nos Estados Unidos, cujo marco foi a criação da *American Heart Association* em 1924. Sobre como o próprio conceito de doenças crônico-degenerativas esteve associado à defesa de exames sistemáticos e periódicos (a evocar a ideia contemporânea de “rastreamento”) conforme a lógica e as práticas da medicina de seguros e de instituições de bem-estar social, ver Weisz (2014).

³⁶ PONTES, José de Paula Lopes & SEGADAS, Roberto, *op. cit.*, 11 jan. 1941, p. 30.

³⁷ Idem, 18 jan. 1941, p. 41.

³⁸ ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. Sessão em 30 de junho de 1938. O aumento das doenças do coração no Rio de Janeiro e a assistência social ao cardíaco. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 35, p. 792-795, 27 ago. 1938, p. 792-793.

³⁹ Ibidem, p. 793.

serviços de visitação domiciliar e hospitais para cardíacos.⁴⁰ A afirmação da figura do especialista como responsável qualificado por proteger o “capital humano” da depreciação imposta pelos males do coração explicitava a associação entre discurso e prática médicas e interesses econômicos a conferir novos contornos às relações de produção e de trabalho:

O cardíaco desprovido de recursos acaba onerando o Estado num leito de hospital. Quando submetido à ação médica permanente, que estabelece cientificamente, para cada caso individual, a profissão em que o paciente pode empregar atividade sem prejuízo da saúde, e avalia, em cada caso, a capacidade de trabalho proveitoso que pode ser obtido, esse mesmo cardíaco, não obstante a sua incurável lesão, pode tornar-se útil, e até por longo prazo, à família e à sociedade.⁴¹

A ideia do cardiologista como peça-chave ao funcionamento do sistema social e econômico se expressava também pelas metáforas que qualificavam o trabalhador como máquina. O médico Waldemar Deccache, que escrevia de modo recorrente sobre o assunto, clamava por um “controle absoluto” por parte do médico sobre a “engrenagem claudicante”:

O aperto de um parafuso, um pouco mais que merecia numa máquina, torna defeituoso o funcionamento da mesma; um tratamento cardíaco mal orientado pode levar a outros órgãos da economia distúrbios dificultórios da ação terapêutica do médico.⁴²

Segundo ele, os serviços de assistência social aos cardíacos deveriam fornecer orientações não apenas quanto à profissão, mas também sobre a gravidez, o parto e o casamento dos cardiopatas. Tal controle traria dividendos para toda a coletividade:

Não somente o lucro advirá do maior rendimento do trabalho do cardíaco bem amparado, como livrará os cofres do país do sustento destes elementos, quando absolutamente aniquilados pela moléstia.⁴³

Em 8 de setembro de 1940, a “assistência médico-social nas moléstias cardiovasculares” foi novamente abordada na ANM, em conferência de Genival Londres,

⁴⁰ Ibidem, p. 794.

⁴¹ Ibidem, *loc. cit.*

⁴² DECCACHE, Waldemar. A cardiologia, uma especialidade. *Vida Médica*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 8, out. 1939 *apud* ALBANESI FILHO, 2005, p. 24.

⁴³ DECCACHE, Waldemar. A Cardiologia e seu aspecto médico e social. *Vida Médica*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 5, ago. 1941 *apud* ALBANESI FILHO, 2005, p. 28. Apesar de considerar a assistência ao cardíaco fundamental para evitar que “o verdadeiro capital de energia humana” se transformasse em “peso morto” para a coletividade (DECCACHE, Waldemar. Uma “sociedade de auxílio aos cardíacos”. *Vida Médica*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, jul. 1944 *apud* ALBANESI FILHO, 2005, p. 31-35), Deccache reconhecia os limites

liderança no debate sobre o tema. Por sua solicitação, aprovou-se moção de aplauso ao Secretário Geral de Saúde e Assistência da Prefeitura do Rio de Janeiro (e médico particular de Vargas) Jesuíno de Albuquerque, pelos esforços em prol da criação de um serviço dessa natureza, que vinha ao encontro “das diretrizes do Estado Novo” em seu compromisso com “a solução dos problemas sociais que entravam o progresso do país e perturbam o bem-estar do nosso povo”.⁴⁴ O Serviço de Assistência às Moléstias Cardiovasculares seria criado por Vargas em janeiro 1941, subordinado ao Departamento de Assistência Hospitalar da Secretaria de Saúde e Assistência do Rio de Janeiro e sob a direção de Genival Londres e Segadas Vianna.⁴⁵

Em agosto desse ano, em mais uma conferência na ANM, Londres tratou do “direito do trabalho e a situação do cardíaco em face da legislação atual”.⁴⁶ Nesse caso, a discussão ia além da defesa da figura do especialista. O médico discorreu sobre o que, em sua perspectiva, seriam as condições a serem adotadas para que os “angiocardiopatas compensados e não evolutivos” pudessem viabilizar seu ingresso nas “profissões amparadas pela legislação social”, desempenhando suas funções de modo a “não influenciar desfavoravelmente o curso de sua doença nem dar lugar a acidentes que possam lhes ser atribuídos”.⁴⁷

A criação de serviços especificamente voltados à saúde dos trabalhadores que sofriam, ou que poderiam vir a sofrer, os efeitos de doenças cardiovasculares era, portanto, um assunto em evidência em diversos espaços do campo médico, como corolário da própria “época renovadora” que se vivia no país quanto à legislação social. Como disse Deccache em 1941: “a cardiologia como especialidade... assistência social aos cardíacos... Parece que estamos obcecados pelo assunto”.⁴⁸

da atuação médica em face de um sistema que impunha condições de trabalho incompatíveis com a saúde dos trabalhadores. Lamentando a triste sina do “homem do serviço braçal”, ele se perguntava: “que outra profissão ele poderá executar? (...) seus filhos têm fome e querem comer” (DECCACHE, 1944 *apud* ALBANESI FILHO, 2005, p. 31).

⁴⁴ ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. Sessão em 8 de setembro de 1940. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 39, p. 658-659, 28 set. 1940, p. 659.

⁴⁵ Ele seria transformado, em 1944, em Instituto de Cardiologia, atual Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro.

⁴⁶ 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, p. 4, 15 ago. 1941.

⁴⁷ *Ibidem*, *loc. cit.*

⁴⁸ DECCACHE, Waldemar, *op. cit.*, 1941 *apud* ALBANESI FILHO, 2005, p. 26.

Tecnologia para especialistas: a eletrocardiografia

A reivindicação por assistência médica e social aos cardíacos vinha acompanhada da afirmação de que tais serviços especializados dependiam de métodos e tecnologias de diagnóstico igualmente especializados. A associação foi explicitada por Aloysio de Castro na sessão da ANM supracitada: “o exame eletrocardiográfico, em vez de reservar-se a certos casos, deve praticar-se sistematicamente”.⁴⁹ A eletrocardiografia – que, como disse Laranja, poucos clínicos utilizavam na época – era enaltecida como meio não só para identificar precocemente problemas cardíacos, mas para antecipá-los. O cardiologista, portanto, deveria orientar atividades profissionais e hábitos de vida não apenas depois de constatada a doença, mas antes mesmo de sua possível ocorrência.

Em 1941, em livro intitulado “temas atuais de cardiologia”, Luiz Capriglione e Aarão Benchimol ressaltaram a necessidade de que os clínicos aprendessem os “novos métodos” para diagnosticar as doenças do aparelho circulatório:

Os métodos propedêuticos se têm aperfeiçoado sensivelmente nestes últimos tempos, permitindo penetrar em detalhes que escapavam à observação e rever conceitos e teorias clássicas (...). Há 30 anos, por exemplo, a eletrocardiografia era mais uma curiosidade de laboratório de fisiologia, do que um meio de indagação diagnóstica (...). Hoje há toda uma ciência de eletrocardiografia, de preciosa utilidade para o cardiologista. (...) grandes linhas gerais de aquisições já foram por ela estabelecidas de tal forma que o próprio clínico não especializado precisa estar a corrente de tais aquisições.⁵⁰

Além dos IAP e hospitais municipais, outro espaço importante para a difusão da eletrocardiografia entre os clínicos foram os cursos voltados ao aperfeiçoamento após a conclusão do curso médico. Também nesse domínio, os Estados Unidos serviam de referência, tendo em vista a *post-graduate education* que se expandia nas universidades. As novas tecnologias médicas eram o carro-chefe dessa formação que se especializava por meio de “cursos destinados a estudar as novas teorias e os novos

⁴⁹ ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, *op. cit.*, 27 ago. 1938, p. 794.

⁵⁰ CAPRIGLIONE, Luiz Amadeu & BENCHIMOL, Aarão Burlamaqui. *Temas atuais de cardiologia*. Rio de Janeiro: [s. n.], 1941, p. 2-3. Luiz Capriglione era na ocasião livre-docente de Clínica Médica na Faculdade Nacional de Medicina, vindo a assumir a cátedra em 1943. Seu discípulo Aarão Benchimol era assistente nessa escola e em 1959 se tornaria o primeiro catedrático de cardiologia do país, mediante concurso na Faculdade de Ciências Médicas.

rumos, a dar a conhecer os novos métodos diagnósticos ou terapêuticos, a ensinar o manejo de novos instrumentos”.⁵¹

A cidade de São Paulo foi pioneira nesse sentido, sob a liderança de Dante Pazzanese. Formado em medicina em 1924 no Rio de Janeiro, ele se transferiu para São Paulo e em 1929 organizou um gabinete de eletrocardiografia no hospital da Santa Casa de Misericórdia, onde eram praticadas as atividades clínicas da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Em 1937, foi convidado pelo prefeito Fabio Prado a estabelecer, com modernos equipamentos de eletrocardiografia e radiologia, um Serviço de Cardiologia no então criado Hospital Municipal de São Paulo (HMSP) (MACIEL, 1993, p. 5; GOTTSCHALL, 2021, p. 136). Em 1939, Pazzanese foi buscar aperfeiçoamento em eletrocardiografia junto a um dos principais especialistas nos Estados Unidos, Frank Norman Wilson, que recebia estudantes estrangeiros, incluindo latino-americanos, para estágios em seu laboratório e/ou para participação no curso intensivo anual de eletrocardiografia que ele oferecia na Universidade de Michigan (KROPF; HOWELL, 2017). Em 1941, inspirado pela experiência junto a Wilson, Pazzanese passou a oferecer no HMSP, juntamente com outros importantes nomes da área, o primeiro curso anual de cardiologia do país. Realizado no período de férias, atraía médicos de vários estados do país, em sua maioria recém-formados, e para o qual alguns egressos passaram a colaborar como assistentes voluntários.⁵² Segundo Rubens Maciel, um dos médicos da primeira turma, seriam estabelecidos ali os “vínculos nos quais se alicerçaria a futura Sociedade [Brasileira de Cardiologia], de que não se cogitava ainda” (MACIEL, 1993, p. 5), criada em 1943. Como veremos adiante, o próprio Wilson – de quem Pazzanese foi um dos discípulos mais destacados⁵³ – ministrou um curso no HMSP em 1942.

Na capital federal, uma importante referência no oferecimento de cursos especializados era Magalhães Gomes, que em 1940 criou um serviço de cardiologia na Santa Casa de Misericórdia. Em 1943, ele passou a ministrar um curso de cardiologia no então criado Centro de Estudos da Santa Casa, que ofertava cursos anuais de especialização a recém-formados (a exemplo dos cursos pós-graduados nos Estados

⁵¹ PAULA E SILVA, Geraldo Siffert de. Ensino médico: problemas de preparação do médico brasileiro. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 6-7, p. 52-54, 6 e 13 fev. 1943; n. 8-9, p. 76-78, 20 e 27 fev. 1943; n. 10-11, p. 93-96, 6 e 13 mar. 1943. p. 95, 6 e 13 mar. 1943.

⁵² Ver programa do curso, com indicação dos respectivos professores, em CURSOS de cardiologia e radiologia para médicos em São Paulo. *A Noite*, Rio de Janeiro, p. b5, 1º fev. 1942.

⁵³ PAZZANESE, Dante. *Modificações de forma do eletrocardiograma*. São Paulo: Gráfica da Prefeitura de São Paulo, 1942.

Unidos).⁵⁴ A primeira edição surpreendeu pela capacidade de atração. As 20 vagas abertas tiveram que ser ampliadas para 35. Com a participação de grandes nomes da cardiologia como professores, o curso era intensivo, com duração de um mês, e aulas teóricas e práticas diárias, “contando-se para isso com o abundantíssimo material eletrocardiográfico, fonocardiográfico, radiológico e clínico” do Serviço de Magalhães Gomes na Santa Casa.⁵⁵ Ainda em 1943, Genival Londres ofereceu, nesse Centro de Estudos, um curso específico sobre hipertensão arterial, tema que chamava bastante a atenção dos clínicos quanto ao impacto médico-social das afecções cardiovasculares entre trabalhadores.⁵⁶

Entretanto, se a oportunidade de uma formação pós-graduada atraía os clínicos para a especialidade da cardiologia, o assunto se tornava polêmico quando tal demarcação envolvia os espaços tradicionais das faculdades de medicina, marcados pelo sistema hierarquizado de cátedras vitalícias. Em 1945, o médico Euthycio Leal reivindicou uma reforma do ensino que permitisse a individualização da cardiologia na estrutura curricular da graduação médica:

Se há trinta anos [a cardiologia] poderia ser estudada como um simples capítulo da clínica médica, sente-se que já é preciso criar-lhe um ambiente próprio, amplo (...). Assim como está, oprimida e comprimida pelas mais partes da chamada medicina interna, a cardiologia não progredirá.⁵⁷

A primeira escola médica a estabelecer uma disciplina exclusiva para o ensino da cardiologia, em nível de graduação, foi a Faculdade de Ciências Médicas (escola privada criada em 1936 e posteriormente incorporada à Universidade do Estado do Rio de Janeiro). Mas ainda nesse caso havia resistências, inclusive por parte de alguns porta-vozes da “moderna cardiologia”. Como lembrou Albanesi Filho (2005, p. 43), a disciplina de cardiologia dessa escola “sofia grande restrição por parte de alguns professores de Clínica Médica, que eram também grandes estudiosos das doenças do coração, e que não desejavam ver as suas disciplinas esvaziadas de tão importante conteúdo clínico”. Era uma referência a Magalhães Gomes e Gentil Luiz Feijó, catedráticos de Clínica Médica. A criação de novas demarcações esbarrava, as-

⁵⁴ ENSINO médico: cursos de aperfeiçoamento médico. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 25-26, p. 279, 19 e 26 jun. 1943.

⁵⁵ O CURSO de Cardiologia da Santa Casa. *Jornal de Notícias*, Rio de Janeiro, p. 8, 15 ago. 1943.

⁵⁶ ENSINO médico: mais três cursos para médicos. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 51-52, p. 498, 18 e 25 dez. 1943.

⁵⁷ LEAL, Eutychio. Formação de cardiologistas. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 7-8, p. 67-68, 17 e 24 fev. 1945, p. 68.

sim, em estruturas de prestígio e poder tradicionais e altamente consolidadas no campo médico.⁵⁸

A própria eletrocardiografia, exaltada como emblema da especialidade, seria objeto de dissenso. Também aqui se percebe que demarcações no campo médico desafiavam fronteiras e domínios de saber estabelecidos. Alguns temiam que a tecnologia pudesse levar ao abandono da *expertise* clínica “à beira do leito”. Em 1937, em aula inaugural da cadeira de clínica propedêutica da Faculdade de Medicina do Recife, Arnaldo Marques defendeu com veemência a unidade da medicina clínica (à qual se associava a semiologia), posicionando-se contrariamente ao sistema “baseado no ensino das especialidades”. A cardiologia foi o exemplo citado. Mesmo reconhecendo a importância dos métodos gráficos como a radiologia e a eletrocardiografia, enfatizou:

Não tenhamos, pois, a ilusão de que o máximo de instrumental e de pesquisas complementares é a chave do bom juízo diagnóstico. Não raramente um pequeno grupo de sinais clínicos apurados com rigor constituem elementos bastantes e preciosos. São os ovos de ouro da clínica.⁵⁹

Por vezes, o entusiasmo com as “novidades” tecnológicas era alvo de ironia, como expresso na seção de “comentários” do *Brasil-Médico* em 1941:

Isto de fazer anamnese e de examinar cuidadosamente o doente é uma coisa antiquada. Hoje o que vale é o laboratório (...). Auenbrugger e Laennec, dois tolos. Roentgen abafou-os completamente. Mesmo no caso do ventre, a tal ‘caixa de segredos’ dos antigos clínicos, hoje tudo é mais simples: pede-se uma radiografia do abdômen (!) e depois o radiologista manda as chapas com o relatório, e fica tudo resolvido.⁶⁰

⁵⁸ A Sociedade Brasileira de Cardiologia apoiaria cursos pós-graduados em cardiologia, como o oferecido pela Escola de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas, criada em 1944-1945 por docentes da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil (GOTTSCHALL, 2021, p. 143). No entanto, a resistência à sua individualização nos cursos de graduação permaneceria. Jairo Ramos, um dos fundadores da SBC, foi contrário à moção apresentada por Waldemar Deccache na assembleia-geral da Sociedade de 1950 em apoio à proposta, feita na Faculdade de Medicina, de que uma das cadeiras de clínica médica fosse transformada em cadeira de cardiologia. Segundo Ramos, a criação de cadeiras no ensino de graduação feria “conveniências pedagógicas” e deveria ser feito apenas em nível de pós-graduação. O presidente da SBC na época, Luiz Capriglione, propôs que um estudo sobre o tema fosse feito “oportunamente”. Deccache retirou a moção (MACIEL, 1993, p. 18). A criação de uma cadeira de cardiologia na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro ocorreria apenas em 1971 (GOMES; VARGAS; VALLADARES, 2001, p. 95). Sobre o ensino pós-graduado em cardiologia a partir da década de 1940, ver Gottschall (2021).

⁵⁹ MARQUES, Arnaldo. Semiologia médica: fundamento da medicina clínica. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 28, p. 740-746, 10 jul. 1937, p. 746.

⁶⁰ COMENTÁRIOS: supressão das cadeiras de propedêutica e terapêutica. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 8, p. 129-130, 22 fev. 1941.

Havia ainda os que temiam que os novos métodos de diagnóstico, ao possibilitarem uma antecipação à própria doença, produzissem avanços na medicina preventiva a ponto de fragilizar a prática médica no campo da terapêutica. Em 1939, uma nota publicada na seção de “comentários” do *Brasil-Médico*, intitulada “a crise da profissão médica”, relatou o discurso de Aloysio de Castro, na sessão comemorativa dos 110 anos da ANM, sobre o “momentoso assunto”. Segundo o autor (anônimo) da nota, um dos pontos focalizados pelo presidente da Academia foram os progressos na profilaxia das doenças, que, segundo alguns, teriam feito com que “o Estado e a sociedade [tivessem] mais interesse em resguardar o indivíduo são do que curar o doente”, daí a importância de métodos dos “exames sistemáticos preventivos”, mediante, por exemplo, eletrocardiogramas e radiografias. Em tom conciliatório, Castro teria sublinhado que a prática desses médicos “diagnosticadores” não invalidava e tampouco levaria ao fim dos médicos “tratadores” e de sua “clínica privada”.⁶¹ Podemos ver aí outro sentido relevante nessa disputa: os saberes e as práticas associados às novas tecnologias de diagnóstico especializadas ganhavam materialidade sobretudo nos espaços públicos da medicina e da saúde.

Como assinala Joel Howell (1995), a produção de tecnologias é, assim como a ciência, um processo social que envolve acordos e consensos tanto para sua elaboração teórica, quanto para o reconhecimento necessário a que ela se transforme em prática validada e aceita. Ou seja, sua existência, em si, não garante o seu uso. É preciso persuadir os médicos a se apropriarem dos “modos de ver e conhecer” que ela materializa e veicula. No caso aqui examinado, dimensão importante nesse processo de convencimento foi, como vimos, a afirmação da importância médico-social das enfermidades cardiovasculares como doenças que prejudicavam a produtividade dos trabalhadores, e que, graças à eletrocardiografia, poderiam ser melhor manejadas e até mesmo evitadas. No entanto, a efetiva aplicabilidade dessa tecnologia exigia um movimento de persuasão no âmbito do próprio campo médico, marcado, como vimos, por hierarquias que punham em disputa práticas e posições consolidadas e aquelas que emergiam como “novidade”. A associação com médicos estadunidenses foi um elemento importante na conquista de adeptos e aliados para a especialidade.

⁶¹ COMENTÁRIOS: a crise da profissão médica. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 53, n. 28, p. 717, 8 jul. 1939.

Intercâmbios internacionais entre especialistas: trocas acadêmicas da “boa vizinhança”

Como mostrou amplamente a historiografia, a ascensão do nazifascismo e a escalada da guerra conferiram à América Latina importância estratégica tanto para os Estados Unidos quanto para a Alemanha. Mediante uma política externa de “equidistância pragmática” (MOURA, 1980), Vargas procurava negociar e obter vantagens de ambos os países. O desenrolar do conflito mundial levou a uma progressiva aproximação e alinhamento entre Brasil e Estados Unidos, num processo que envolveu interesses e atores das esferas econômica e militar e também da diplomacia cultural. Como parte de sua política para estreitar as relações com os “vizinhos do sul”, o governo Roosevelt criou a Divisão de Relações Culturais (DRC), no âmbito do Departamento de Estado, em 1938, e o *Office of the Coordinator of Inter-American Affairs* (OCIAA), em 1940, agências que, como vem mostrando a historiografia, seriam responsáveis pela promoção de trocas culturais no continente em diversas áreas.⁶² O Brasil, por sua vez, foi igualmente ativo na criação de organizações destinadas a fomentar essas trocas, como o Instituto Brasil-Estados Unidos (IBEU). Fundado em 1937 com apoio de Oswaldo Aranha, o IBEU reunia importantes nomes do mundo intelectual e político de ambos os países, entre os quais membros da Comissão Brasileira de Cooperação Intelectual (associada ao Serviço de Cooperação Intelectual do Itamaraty), como o diplomata Helio Lobo, que seria seu primeiro presidente.⁶³

Os obstáculos impostos pela guerra às tradicionais rotas de cooperação com a Europa ampliariam ainda mais as oportunidades de intercâmbios educacionais e científicos entre Brasil e Estados Unidos em diversas áreas, dentre as quais a medicina. Tais intercâmbios seriam decisivos para a construção da cardiologia brasileira. Os próprios médicos que vivenciaram tal processo enfatizam esse aspecto em seus relatos memorialísticos (REIS, 1986; MACIEL, 1993). Rubens Maciel, por exemplo, lembra que, além da dificuldade no acesso às “fontes habituais de nossa literatura

⁶² Até então, o financiamento estadunidense das relações culturais com outros países era atribuição de organizações privadas, como entidades filantrópicas e universidades. Dentre as primeiras, destaca-se a Fundação Rockefeller, que, além de conceder bolsas de estudo para intercâmbios educacionais, atuou diretamente no Brasil, a partir da década de 1910, em campanhas de saúde pública e em instituições de ensino médico e formação profissional em saúde pública (Marinho, 2001). A historiografia brasileira sobre as relações científicas e culturais entre Brasil-Estados Unidos, que vem se adensando nos últimos anos, tem estabelecido estreito diálogo com a historiografia internacional sobre a diplomacia cultural interamericana no período da chamada “boa vizinhança”. Ver Kropf (2020) e Sá, Sá e Silva (2021).

⁶³ Sobre a diplomacia cultural brasileira, ver Suppo e Lessa (2012). Sobre o protagonismo do IBEU na concretização de programas de relações culturais com os Estados Unidos no período, ver Kropf (2020).

e aperfeiçoamento médico, que eram a França e a Alemanha sobretudo” e da concessão de bolsas de estudo para jovens médicos brasileiros realizarem estágios em hospitais/universidades estadunidenses, havia os investimentos, no mercado brasileiro, dos fabricantes de equipamentos médicos dos Estados Unidos, que se tornaram, segundo ele, “os fornecedores quase exclusivos” de eletrocardiógrafos para os cardiologistas brasileiros (MACIEL, 1993, p. 4).

O intercâmbio acadêmico com o cardiologista estadunidense Frank Norman Wilson (1890-1952) ocorreu justamente a partir dessas dinâmicas da circulação interamericana de conhecimentos, tecnologias e práticas. Tal cooperação proporcionaria tanto o aprendizado em eletrocardiografia, quanto a legitimidade àqueles que, identificando-se como “Wilsonianos”, buscavam se diferenciar no campo médico brasileiro ao se apresentarem como conhecedores de uma tecnologia inovadora e emblemática dos progressos técnicos alcançados nos Estados Unidos.⁶⁴

O eletrocardiógrafo, desenvolvido pelo holandês Willem Einthoven em 1901, ainda era uma novidade quando Wilson se formou pela Universidade de Michigan em 1913 e passou a fazer pesquisas com o aparelho num pequeno e modesto laboratório improvisado no hospital da universidade. Em 1925, esse hospital foi totalmente remodelado e passou a contar com instalações ampliadas e dotadas dos mais modernos aparelhos médicos. Como diretor da *Heart Station*, Wilson aprofundou seus estudos em eletrocardiografia, incumbindo-se não apenas de atividades clínicas, mas também de atividades de pesquisa e ensino. Estas últimas englobavam cursos especializados na nova tecnologia, que passaram a atrair cada vez mais médicos de outras regiões dos EUA e do mundo, entre eles muitos latino-americanos (KROPF; HOWELL, 2017).

Em meados da década de 1930, Wilson produziu a principal contribuição pela qual viria a ser considerado um dos grandes nomes da eletrocardiografia mundial. Recorrendo a conhecimentos da física e da matemática, estabeleceu novos conceitos e métodos para o registro do eletrocardiograma, que permitiam identificar não apenas arritmias, como acontecia até então, mas anormalidades não diagnosticadas pelos procedimentos anteriores, como os bloqueios de ramo e as mudanças no segmento ST e na onda T na oclusão coronária associada com o infarto do miocárdio. Além de ampliar a capacidade de mapeamento dos distúrbios na atividade elétrica do coração, a nova metodologia tornava possível acompanhar sua evolução. Isso veio reforçar significativamente os argumentos sobre a utilidade clínica do eletrocardiograma como poderoso instrumento diagnóstico e, conseqüentemente, sobre

⁶⁴ Esse tema foi aprofundado em Kropf e Howell (2017).

a necessidade de especialistas que pudessem manejá-lo.⁶⁵ Num momento em que o Brasil vivia um crescente processo de “americanização” (TOTA, 2000), as ideias de Wilson corroboravam a argumentação dos médicos brasileiros que recorriam à tecnologia como elemento distintivo de sua identidade e prática profissionais (KROPF; HOWELL, 2017).

Entre julho e agosto de 1942, Wilson esteve no Brasil para ministrar um curso intensivo de eletrocardiografia e várias conferências. O convite havia sido feito em 1938 por Álvaro Lemos Torres, que assumira a direção da Escola Paulista de Medicina com o projeto de fazer da nova escola médica, criada em 1933, um centro de excelência científica, com ênfase nas novas tecnologias como diferencial para o aprendizado clínico (SILVA, 2003). O médico paulista havia feito estágio com Wilson em 1923 na *Heart Station* com bolsa da Fundação Rockefeller. Ao longo da década de 1930, as ideias de Wilson passaram a ser cada vez mais conhecidas entre os médicos brasileiros que praticavam a cardiologia. Outros médicos iriam realizar estágios ou cursos na Universidade de Michigan. Dante Pazzanese foi um deles e os conhecimentos adquiridos durante a temporada com Wilson em 1939 passaram a ser utilizados no serviço que dirigia no Hospital Municipal de São Paulo (KROPF; HOWELL, 2017).

A viagem de Wilson ao Brasil e a outros países da América Latina em 1942 foi viabilizada graças à dinâmica dos interesses estadunidenses na região no contexto da guerra. Nesse sentido, ela teve objetivos acadêmicos, mas também políticos e diplomáticos. Num momento crucial das relações entre Brasil e Estados Unidos, em decorrência do ataque japonês a Pearl Harbor e da entrada do Brasil na guerra, Wilson foi o primeiro estadunidense enviado à América do Sul em “missão de boa-vontade” com recursos da Divisão de Relações Culturais do Departamento de Estado.⁶⁶

O cardiologista da Universidade de Michigan foi recebido em espaços importantes da medicina e da ciência no Rio de Janeiro e em São Paulo. Na capital federal, visitou o Instituto Oswaldo Cruz e o Laboratório (futuro Instituto) de Biofísica da Universidade do Brasil, encontrou com médicos envolvidos no debate sobre a assistência médico-social aos cardíacos e foi recebido pelo Secretário Geral de Saúde e Assistência da Prefeitura do Rio de Janeiro, Jesuíno de Albuquerque, que havia recém-criado um serviço dessa natureza. Na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, fez uma palestra sobre terapia da oclusão coronariana. Na Academia Nacional de Medicina, abordou os aspectos eletrocardiográficos do infarto do

⁶⁵ Sobre a história da eletrocardiografia do ponto de vista dos processos tecnológicos e comerciais relativos à fabricação do eletrocardiógrafo, ver Burnett (1985).

⁶⁶ Esse processo foi detalhado em artigo que publicamos em coautoria com Joel Howell (KROPF; HOWELL, 2017), com base em fontes do arquivo pessoal de Wilson e do Departamento de Estado dos Estados Unidos.

miocárdio e na Academia Brasileira de Ciências tratou de aspectos mais técnicos da eletrocardiografia. Wilson ministrou ainda três palestras no serviço de Magalhães Gomes na Santa Casa de Misericórdia. Como expressão da dimensão diplomática de sua estadia no Brasil, foi recepcionado pelo Instituto Brasil-Estados Unidos e fez breve pronunciamento em um programa de rádio a convite do *Office of the Coordinator of Inter-American Affairs*.⁶⁷

Na capital paulista, Wilson ministrou um curso intensivo de 40 horas no Serviço de Cardiologia dirigido por Dante Pazzanese no Hospital Municipal de São Paulo, além de quatro conferências sobre a oclusão coronária e a aplicabilidade clínica da eletrocardiografia. Recebeu o título de *doutor honoris causa* pela Escola Paulista de Medicina. Assim como no Rio, visitou instituições científicas, como o Instituto Butantan e o Instituto Agrônomo de Campinas, e foi homenageado como “embaixador da boa vizinhança” pela União Cultural Brasil-Estados Unidos. Depois do Brasil, visitou o Uruguai, Argentina, Chile e Peru (KROPF; HOWELL, 2020).⁶⁸

Se a viagem de Wilson foi decisiva para a afirmação da cardiologia no Brasil, ela foi valiosa também para convencer seus colegas nos Estados Unidos a utilizar sua abordagem da eletrocardiografia. Com base no material que apresentou nos cursos e conferências na América do Sul, ele publicou, em 1944, em coautoria com médicos latino-americanos (os brasileiros Nelson Cotrim e Roberto Menezes de Oliveira e o uruguaio Roberto Scarsi), um extenso artigo de revisão sobre suas pesquisas acerca do “eletrocardiograma precordial”.⁶⁹ O trabalho havia sido apresentado originalmente no 53º Encontro Anual da *Association of Life Insurance Medical Directors of America*, em 1943, o que evidencia que também nos Estados Unidos um dos caminhos de difusão da eletrocardiografia foi seu uso em situações relacionadas ao trabalho, como concessão de aposentadorias e pensões.⁷⁰ Voltado aos cardiologistas que atuavam na clínica, o artigo teve grande impacto e se mostraria estratégico tanto para legitimar a “escola de Wilson” na comunidade estadunidense, como para fortalecer a identidade dos latino-americanos que, filiando-se a esta escola, estavam se mobilizando para a construção da especialidade em seus países (KROPF; HOWELL, 2017).

⁶⁷ Desde 1939, o IBEU mantinha um programa de bolsas para intercâmbio com a Universidade de Michigan, iniciativa pioneira na promoção de relações educacionais entre os dois países (KROPF, 2020).

⁶⁸ O roteiro da viagem se encontra detalhado em WILSON, Frank. *Summary of activities in South America during July, August, and September, 1942*. 1942. Professional Correspondence, Box 3, Folder South American Trip, Frank Norman Wilson Collection, Bentley Historical Library, University of Michigan, Ann Arbor.

⁶⁹ WILSON, Frank Norman *et al.* The precordial electrocardiogram. *American Heart Journal*. v. 27, n. 1, p. 19-85, jan. 1944.

⁷⁰ Desde a década de 1930, muitas seguradoras solicitavam a orientação de Wilson para a interpretação de eletrocardiogramas dos segurados que demandavam benefícios ou dos que desejavam contratar apólices.

Wilson assim passaria a ser celebrado como “mentor” da cardiologia brasileira, especialmente a partir da criação da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), da qual os “wilsonianos” foram protagonistas em vários sentidos.⁷¹

Demarcação institucional: a Sociedade Brasileira de Cardiologia e outros espaços para a especialidade

A SBC foi fundada em 14 de agosto de 1943, no Serviço de Cardiologia do Hospital Municipal de São Paulo. Pazzanese – que transmitiu aos presentes os cumprimentos de Wilson pela iniciativa (MACIEL, 1993, p. 15) – foi o primeiro presidente da nova agremiação. Nesta e nas subseqüentes diretorias, foi recorrente a participação de médicos que haviam estagiado com Wilson na Universidade de Michigan. Foram considerados sócios-fundadores os que se filiaram à sociedade em seu primeiro ano, num total de 112 membros.⁷² A realização de reuniões anuais em distintas capitais do país, a partir de 1944, impulsionaria a institucionalização da especialidade nos outros estados, em conformidade com as dinâmicas do campo médico em cada região. Tal processo, por sua vez, fortalecia a representatividade nacional da sociedade.⁷³

Dentre os objetivos da SBC, estava o de “sugerir e solicitar dos poderes competentes as medidas referentes à saúde pública” (MACIEL, 1993, p. 6), e um tema de destaque nesse sentido foi a importância social das doenças cardiovasculares para a força de trabalho. Na primeira reunião anual, realizada em Campinas em 1944, um dos trabalhos apresentados (de um total de oito) abordou as normas para admissão de cardíacos em função pública. A assistência médico-social ao paciente cardíaco foi um dos “temas oficiais” da segunda reunião, ocorrida em 1945 no Rio de Janeiro. Genival Londres e Oscar Ferreira Junior abordaram o assunto (incluindo a questão da recuperação funcional do cardíaco) na sessão solene de abertura e produziram um relatório a respeito.⁷⁴ O assunto estava em evidência naquele momento, tendo

⁷¹ A busca por especialização em cardiologia nos Estados Unidos se aprofundaria nos anos seguintes. Um dos nomes mais conhecidos da cardiologia brasileira, Euryclides de Jesus Zerbini (o primeiro cirurgião da América Latina a realizar um transplante de coração), estagiou, entre 1944 e 1945, com bolsa do Departamento de Estado estadunidense, em renomados hospitais naquele país, aprendendo técnicas e tecnologias cirúrgicas.

⁷² Até então, além da *American Heart Association*, fundada em 1924, o continente americano contava com associações nacionais de cardiologia no México (1935), na Argentina e em Cuba (ambas criadas em 1937). Um mês depois da criação da SBHC, seria criada a Sociedade de Cardiologia da Colômbia.

⁷³ Na década de 1940, foram criadas sociedades estaduais de cardiologia em Minas Gerais (1945), Pernambuco (1946), Bahia (1947) e Rio Grande do Sul (1948). A Sociedade de Cardiologia do Distrito Federal, posteriormente Sociedade de Cardiologia do Rio de Janeiro, foi fundada em 1955.

⁷⁴ NOTICIÁRIO: Sociedade Brasileira de Cardiologia. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 150, jul. 1945.

em vista a criação, no Distrito Federal, em outubro de 1944, da Associação Brasileira de Assistência ao Cardíaco, sob a liderança de Londres, dedicada à “assistência integral a cardíacos pobres e ao estudo das doenças cardiovasculares em nosso meio, articulando-se, para tal fim, com as filiais a se organizarem em todas as capitais brasileiras”.⁷⁵ Para tanto, com apoio do governo e a “boa vontade dos filantropos e das damas de nossa sociedade”, a Associação manteria “ambulatórios, casas de convalescência, colônias” para atendimento aos cardíacos, concederia bolsas para estudos em cardiologia e promoveria ações educacionais e de divulgação “de ensinamentos e conselhos” sobre a prevenção e o tratamento das moléstias cardiovasculares.⁷⁶

A SBC também trouxe nova visibilidade à eletrocardiografia como elemento distintivo da especialidade. No encontro de 1945, dos 63 trabalhos apresentados, dez trataram desse tema, vários deles se referindo à abordagem de Wilson para o diagnóstico de hipertrofias ventriculares, bloqueios de ramo e doença coronariana. Na reunião de 1946, em Belo Horizonte, a eletrocardiografia foi objeto de um terço dos trabalhos apresentados (MACIEL, 1993, p. 12-13). Nesse encontro, o primeiro “tema oficial” foi “nomenclatura e padronização do diagnóstico cardiológico”. Coube ao “wilsonianano” Roberto Menezes de Oliveira coordenar os trabalhos e enviar a contribuição brasileira ao *Criteria Committee of the New York Association* (1993, p. 12). O segundo “tema oficial” foi a doença de Chagas, outro assunto constantemente abordado nas reuniões da SBC e que também era valorizado um exemplo da aplicabilidade clínica da eletrocardiografia (1993, p. 13).⁷⁷

Estudos epidemiológicos associados à discussão dos aspectos médico-sociais das doenças cardiovasculares também despertavam crescente interesse nos encontros da SBC. Na assembleia-geral realizada durante a reunião de 1947, foi aprovada moção de Jairo Ramos que solicitava aos sócios seu máximo empenho em reunir dados sobre a prevalência das moléstias cardiovasculares no país (1993, p. 17). A relação entre cardiologia e as condições de trabalho se mantinha na agenda. Na mesma

⁷⁵ NOTICIÁRIO: Associação Brasileira de Assistência ao Cardíaco. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 519-520, mar. 1945.

⁷⁶ *Ibidem*, p. 520.

⁷⁷ A década de 1940 foi decisiva para o efetivo reconhecimento científico e social da doença de Chagas. Apesar do grande prestígio conferido a Carlos Chagas e seus estudos, a enfermidade havia sido objeto de controvérsias na década de 1920 quanto a seu quadro clínico. Graças ao recurso às novas abordagens da eletrocardiografia, a doença foi individualizada clinicamente como cardiopatia crônica, provocada pela infecção pelo *Trypanosoma cruzi*. Alguns dos estudos que levaram a tal reconhecimento, realizados por discípulos de Carlos Chagas no Instituto Oswaldo Cruz, foram apresentados em reuniões da SBC (KROPF, 2009).

assembleia, aprovou-se moção sugerida por Adriano Pondé propondo medidas que facilitassem a aposentadoria dos cardíacos (1993, p. 17).⁷⁸

Se a SBC se constituía como espaço primordial de institucionalização da cardiologia, outros seriam estabelecidos logo a seguir. Em 1944, o Serviço de Assistência às Moléstias Cardiovasculares da Secretaria Municipal de Saúde, chefiado por Genival Londres, se transformou no Instituto de Cardiologia do Rio de Janeiro (atual Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro). Louvando a iniciativa, o *Brasil-Médico* ressaltou, mais uma vez, a associação entre o recurso diagnóstico especializado da eletrocardiografia e a autoridade médica para regular a inserção no mundo do trabalho:

As principais características do Instituto (...) são a precocidade do diagnóstico e a extensão do inquérito clínico à situação de vida dos doentes, de modo a apurar (...) a repercussão da doença sobre a capacidade profissional do indivíduo, definindo as suas possibilidades ou deficiências econômicas e promovendo o seu reajustamento social.⁷⁹

Ainda em 1944, igualmente sob o protagonismo de Londres, foi criada a Associação Brasileira de Assistência ao Cardíaco.

Em 1946, o II Congresso Interamericano de Cardiologia, realizado no recém-criado Instituto Nacional de Cardiologia do México, ampliou as fronteiras da demarcação institucional da especialidade no continente. Jairo Ramos, da Escola Paulista de Medicina, representou o Brasil na sessão que votou e aprovou os estatutos da Sociedade Interamericana de Cardiologia, que reunia as sociedades de cardiologia nacionais no continente, e de cujo conselho diretivo ele passou a fazer parte.⁸⁰ Em 1950, Ramos representaria a SBC no I Congresso Internacional de Cardiologia, realizado em Paris.

A criação, em 1948, do periódico da SBC, os *Archivos Brasileiros de Cardiologia*, tendo Jairo Ramos como primeiro editor, foi outro marco fundamental para a organização da especialidade. O periódico seria um veículo fundamental para a circulação e a disseminação da eletrocardiografia, incluindo as ideias e métodos preconizados pela “escola de Wilson” para sua aplicabilidade clínica (SOUZA, 2017).⁸¹

⁷⁸ Para uma síntese dos temas abordados nas reuniões anuais da SBC entre 1944 e 1994, ver Toscano-Barbosa (1995) e Gottschall (2021).

⁷⁹ OS SERVIÇOS de saúde pública e assistência hospitalar no Distrito Federal. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 16-17, p. 75-80, 21 e 28 abr. 1945, p. 76.

⁸⁰ INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA. *Memorias del Segundo Congreso Interamericano de Cardiología, celebrado en México, del 6 al 12 de octubre de 1946 en el Instituto Nacional de Cardiología*, v. 1. Ciudad de México, DF: Instituto Nacional de Cardiología, 1946, p. 47.

⁸¹ Segundo Luis Décourt, a consolidação da SBC veio em sua segunda década (1953-1963). A expansão de núcleos de ensino e de pesquisa nos vários estados e a criação de sociedades regionais levaram à ampliação

Demarcava-se, assim, um espaço próprio de divulgação e compartilhamento da produção científica na área.

Duas lideranças na construção da cardiologia, que ocuparam posições de destaque na SBC e no ensino da especialidade, foram emblemáticas desse percurso de institucionalização ao longo das décadas de 1930 e 1940: Aarão Benchimol e Arthur de Carvalho Azevedo.

Aarão Burlamaqui Benchimol obteve o título de docente livre na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil (na qual era assistente, assim como na Faculdade de Ciências Médicas) com tese sobre “bloqueios de ramo em clínica”. Publicado em 1944, o trabalho sistematizou os conhecimentos relativos a um dos principais temas de aplicação clínica da eletrocardiografia, tornando-se referência na área. Nele podemos identificar claramente as duas dimensões do processo pelo qual, conforme analisamos nesse artigo, o recurso à tecnologia médica foi elemento decisivo para legitimar a identidade e a prática especializada dos cardiologistas: a relação com o mundo do trabalho e o intercâmbio com cardiologistas estadunidenses, especialmente Frank Wilson. Benchimol era médico da Caixa de Aposentadoria e Pensão dos Serviços Telefônicos quando prestou o concurso e, conforme explicitou no prefácio de seu livro, beneficiou-se diretamente do material bibliográfico e clínico do Serviço de Cardiologia do IAPI. Em seus agradecimentos, destacou a “magistral orientação de F. N. Wilson” na elucidação daquele tema que motivava “insistentes discussões” entre os clínicos, “em especial no concernente à interpretação eletrocardiográfica”. Seu primeiro contato direto com o “ilustre cardiopatólogo americano”⁸² se deu no Rio de Janeiro em 1942, levando-o, quatro anos mais tarde, a uma visita à *Heart Station*. Benchimol foi o primeiro chefe do Serviço de Cardiologia do Hospital dos Servidores do Estado (HSE), inaugurado em 1947 e reconhecido por sua excelência em termos de inovações tecnológicas e de gestão, sob inspiração da prestigiada Universidade de Johns Hopkins.⁸³ Juntamente com Nelson Botelho Reis, outro “wilsoniano”, Benchimol estudou o uso da eletrocardiografia para diagnóstico do infarto do miocárdio. Destacou-se em sua trajetória por ter sido o primeiro

dos conhecimentos sobre a “situação sanitária do país quanto à incidência e à gravidade de diferentes afecções cardiovasculares” (1993 *apud* LUNA, 1993, p. 22). O número de associados passou de 413, em dezembro de 1952, para 828, em dezembro de 1962. O impacto das doenças cardiovasculares entre os trabalhadores e a assistência social aos cardíacos se mantiveram enquanto temas centrais da associação.

⁸² BENCHIMOL, Aarão Burlamaqui. *Bloqueios de ramo em clínica*. Rio de Janeiro: Canton & Reile, 1944, p. 5.

⁸³ As origens do HSE remontam ao Hospital dos Funcionários Públicos, criado em 1934 no Rio de Janeiro por iniciativa do Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio Joaquim Pedro Salgado Filho, e do presidente Vargas, mediante recursos do Fundo Especial para a Assistência ao Trabalhador. Incorporado em 1938 ao então criado IPASE (Instituto de Pensão e Aposentadoria dos Servidores do Estado), tornou-se Hospital dos Servidores do Estado.

catedrático de cardiologia do país, mediante concurso realizado em 1959 na Faculdade de Ciências Médicas, no Rio de Janeiro. Os trabalhos clínicos da cátedra seriam desenvolvidos no HSE até sua transferência para o Hospital Pedro Ernesto, quando este se tornou, em 1962, o hospital-escola da FCM. Membro fundador da Sociedade de Cardiologia do Distrito Federal, Benchimol assumiria a presidência da SBC em 1960 (ALBANESI FILHO, 2005).

Outro exemplo a reunir os elementos centrais no processo de institucionalização da cardiologia brasileira durante o período foi Arthur de Carvalho Azevedo, que, em 1948, estudou com Wilson na Universidade de Michigan, especializando-se em seguida no *Henry Ford Hospital* em Detroit. Em 1949, ele realizou o primeiro cateterismo cardíaco no país, no Serviço de Cardiologia (por ele dirigido) do Hospital Nossa Senhora das Vitórias, associado ao Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC), origem do atual Instituto Nacional de Cardiologia do Ministério da Saúde (ABRANTES, 2005). Em 1952, Azevedo foi aprovado no primeiro concurso específico para a livre-docência em cardiologia, na Faculdade de Ciências Médicas (ALBANESI FILHO, 2005, p. 43-44). Fundador da Sociedade de Cardiologia do Distrito Federal (1955), seria secretário-geral da SBC e presidente da Sociedade entre 1957 e 1958.

Considerações finais

Como afirma George Weisz (2006), o surgimento de especialidades médicas não é decorrência “natural” de um progressivo acúmulo de conhecimentos ou da ampliação de seu alcance e complexidade. Ele se dá mediante processos sociais e históricos específicos, que envolvem articulações e disputas tanto internas ao campo médico, quanto no que se refere a suas relações com a sociedade. Analisamos, neste artigo, uma fase decisiva na institucionalização da cardiologia brasileira, em que um conjunto diversificado de atores e dinâmicas foi mobilizado para demarcar, no campo médico, um domínio de atuação que pressupunha conhecimentos, práticas e espaços diferenciados. Valendo-se de mecanismos e espaços criados pelo governo Vargas para a proteção social dos trabalhadores, os médicos que lidavam com as doenças cardiovasculares se empenharam em evidenciar sua importância como problema médico-social relacionado diretamente à força de trabalho e advogaram para si a responsabilidade de regular as condições para que o “novo trabalhador brasileiro” pudesse cumprir as funções que o Estado e a sociedade esperavam dele.

Se a legitimidade social dos cardiologistas era buscada nessa esfera central dos debates sobre a modernização do país durante o Estado Novo, sua legitimidade científica era reivindicada pelo domínio de uma tecnologia médica valorizada como emblema da prática e da *expertise* necessárias para enfrentar esses obstáculos à saúde da “nova nação”. Também nesse campo, tal processo transcorreu mediante

condições históricas específicas, como a promoção de intercâmbios com os Estados Unidos, no contexto da guerra e da diplomacia cultural da “boa vizinhança”.

Num cenário em que tanto a medicina quanto a ordem social e política viviam as transformações da “Era Vargas”, as doenças cardiovasculares ganhavam visibilidade e contornos próprios nos números das estatísticas e nos traçados e imagens das radiografias e dos eletrocardiogramas, produzidos pelos que, mediante tais registros, também pretendiam se fazer visíveis e estabelecer novos contornos como grupo socioprofissional. Como declarou Leal, um dos ferrenhos defensores da especialidade: “há um mundo de cousas a realizar em favor do cardíaco – a mais importante de todas, porém, reside na formação de cardiologistas”.⁸⁴

Fontes

- 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, p. 4, 15 ago. 1941.
- ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. Sessão em 30 de junho de 1938. O aumento das doenças do coração no Rio de Janeiro e a assistência social ao cardíaco. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 35, p. 792-795, 27 ago. 1938.
- ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. Sessão em 8 de setembro de 1940. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 39, p. 658-659, 28 set. 1940.
- BENCHIMOL, Aarão Burlamaqui. *Bloqueios de ramo em clínica*. Rio de Janeiro: Canton & Reile, 1944.
- CAPRIGLIONE, Luiz Amadeu & BENCHIMOL, Aarão Burlamaqui. *Temas atuais de cardiologia*. Rio de Janeiro: [s. n.], 1941.
- COMENTÁRIOS: a crise da profissão médica. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 53, n. 28, p. 717, 8 jul. 1939.
- COMENTÁRIOS: supressão das cadeiras de propedêutica e terapêutica. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 8, p. 129-130, 22 fev. 1941.
- DECCACHE, Waldemar. A Cardiologia e seu aspecto médico e social. *Vida Médica*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 5, ago. 1941.
- DECCACHE, Waldemar. A cardiologia, uma especialidade. *Vida Médica*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 8, out. 1939.
- DECCACHE, Waldemar. Uma “sociedade de auxílio aos cardíacos”. *Vida Médica*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, jul. 1944.
- ENSINO médico: cursos de aperfeiçoamento médico. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 25-26, p. 279, 19 e 26 jun. 1943.

⁸⁴ LEAL, Eutychio, *op. cit.*, p. 68.

- ENSINO médico: mais três cursos para médicos. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 51-52, p. 498, 18 e 25 dez. 1943.
- HIGIENE pública e assistência médico-sanitária. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 53, n. 48, p. 1073-1074, 25 nov. 1939.
- INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA. *Memorias del Segundo Congreso Interamericano de Cardiología, celebrado em México, del 6 al 12 de octubre de 1946 em el Instituto Nacional de Cardiología*, v. 1. Ciudad de México, DF: Instituto Nacional de Cardiología, 1946.
- LARANJA, Francisco. *Depoimento à Casa de Oswaldo Cruz: projeto Memória de Manguinhos*. Rio de Janeiro: Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 1986.
- LEAL, Eutychio. Formação de cardiologistas. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 7-8, p. 67-68, 17 e 24 fev. 1945.
- MARQUES, Arnaldo. Semiologia médica: fundamento da medicina clínica. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 28, p. 740-746, 10 jul. 1937.
- NOTICIÁRIO: Associação Brasileira de Assistência ao Cardíaco. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 519-520, mar. 1945.
- NOTICIÁRIO: Sociedade Brasileira de Cardiologia. *O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 150, jul. 1945.
- O CURSO de Cardiologia da Santa Casa. *Jornal de Notícias*, Rio de Janeiro, p. 8, 15 ago. 1943.
- OS SERVIÇOS de saúde pública e assistência hospitalar no Distrito Federal. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 16-17, p. 75-80, 21 e 28 abr. 1945.
- PAULA E SILVA, Geraldo Siffert de. Ensino médico: problemas de preparação do médico brasileiro. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 6-7, p. 52-54, 6 e 13 fev. 1943; n. 8-9, p. 76-78, 20 e 27 fev. 1943; n. 10-11, p. 93-96, 6 e 13 mar. 1943. p. 95, 6 e 13 mar. 1943.
- PAZZANESE, Dante. *Modificações de forma do eletrocardiograma*. São Paulo: Gráfica da Prefeitura de São Paulo, 1942.
- PONTES, José de Paula Lopes & SEGADAS, Roberto. O problema médico-social das afecções cardiovasculares em nosso meio. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 50-52, p. 823-831, p. 842-847, p. 861-863, 14, 21 e 28 dez. 1940; v. 55, n. 1-3, p. 11-13, p. 27-30, p. 38-43, 4, 11 e 18 jan. 1941.
- SOCIEDADE Brasileira de Cardiologia e Hematologia. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 27, p. 729, 3 jul. 1937.
- WILSON, Frank Norman *et al.* The precordial electrocardiogram. *American Heart Journal*. v. 27, n. 1, p. 19-85, jan. 1944.
- WILSON, Frank. *Summary of activities in South America during July, August, and September, 1942*. 1942. Professional Correspondence, Box 3, Folder South American Trip, Frank Norman Wilson Collection, Bentley Historical Library, University of Michigan, Ann Arbor.

Referências bibliográficas

- ABRANTES, Igor Borges. Considerações históricas sobre a Cardiologia no estado do Rio de Janeiro. *Revista da SOCERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 96-100, 2005. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2005_02/a2005_v18_no2_editorial.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2023.

- ALBANESI FILHO, Francisco Manes. *50 anos de 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). *Mundos do Trabalho*, Florianópolis, v. 7, n. 13, p. 65-84, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/mundosdo-trabalho/article/view/1984-9222.2015v7n13p65>>. Acesso em: 10 abr. 2023. doi: <<https://doi.org/10.5007/1984-9222.2015v7n13p65>>.
- BYNUM, William; LAWRENCE, Christopher; NUTTON, Vivian. (ed.). The emergence of modern Cardiology. *Medical History*, London, n. 5, p. 1-178, 1985. Supplement.
- BURNETT, John. The origins of the eletrocardiography as a clinical instrument. In: BYNUM, William; LAWRENCE, Christopher & NUTTON, Vivian. (ed.). The emergence of modern Cardiology. *Medical History*, London, n. 5, p. 53-76, 1985. Supplement.
- CAMPOS, André Luiz Vieira de. *Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- D'ARAÚJO, Maria Celina (org.). *As instituições brasileiras da Era Vargas*. Rio de Janeiro: Eduerj; Editora FGV, 1999.
- FONSECA, Cristina. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- FREIRE, Américo; MARTINHO, Francisco Carlos; VANNUCCHI, Marco Aurélio. (org.). *O que há de novo sobre o Estado Novo? autoritarismo e democracia*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2019.
- FYE, Wallace Bruce. *American cardiology: the history of a specialty and its college*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1996.
- GALLO, Óscar & RAMACCIOTTI, Karina Inés. Medicina del trabajo y seguridad social: una mirada desde Latinoamérica. *Dynamis*, Granada, v. 39, n. 2, p. 279-288, 2019. Disponível em: <<https://revistaseug.ugr.es/index.php/dynamis/article/view/9835>>. Acesso em: 10 abr. 2023. doi: <<https://doi.org/10.30827/dynamis.v39i2.9835>>.
- GOMES, Ângela Maria de Castro (org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.
- GOMES, Ângela Maria de Castro. Ideologia e trabalho no Estado Novo. In: PANDOLFI, Dulce (org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999, p. 53-72.
- GOMES, Ângela Maria de Castro. *A invenção do trabalhismo*. Rio de Janeiro; São Paulo: IUPERJ; Vertice, 1988.
- GOMES, Marleide da Mota; VARGAS, Sylvia da Silveira Mello; VALLADARES, Almir Fraga. (ed.). *A Faculdade de Medicina Primaz do Rio de Janeiro em dois dos cinco séculos de história do Brasil*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.
- GOTTSCHALL, Carlos Antônio Mascia (org.). *Bases históricas da Cardiologia e desenvolvimento no Brasil*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2021.
- HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. 3ª edição. São Paulo: Hucitec, 2012.
- HOWELL, Joel. *Technology in the hospital: transforming patient care in the early Twentieth century*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1995.

- KROPF, Simone Petraglia. Circuitos da boa vizinhança: diplomacia cultural e intercâmbios educacionais entre Brasil e Estados Unidos durante a Segunda Guerra Mundial. *Varia Historia*, Belo Horizonte, v. 36, n. 71, p. 531-568, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/jj/vh/a/vBJWtZFXvvmRj9bJWYNZcNg/>>. Acesso em: 10 abr. 2023. doi: <<https://doi.org/10.1590/0104-87752020000200010>>.
- KROPF, Simone Petraglia. O coração do trabalhador: Cardiologia e projeto nacional no Estado Novo. In: ANDRADE, Marta Mega; SEDREZ, Lise; MARTINS, William de Souza. (ed.). *Corpo: sujeito e objeto*. Rio de Janeiro: Ponteio, 2012, p. 221-245.
- KROPF, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- KROPF, Simone Petraglia & HOWELL, Joel. Medicina e boa vizinhança: um cardiologista americano no Brasil durante a guerra. In: SÁ, Magali Romero; SÁ, Dominichi Miranda de; SILVA, André Felipe Cândido. (org.). *As ciências na história das relações Brasil-Estados Unidos*. Rio de Janeiro: Mauad X; FAPERJ, 2020, p. 169-202.
- KROPF, Simone Petraglia & HOWELL, Joel. War, Medicine, and Cultural Diplomacy in the Americas: Frank Wilson and Brazilian cardiology. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, Oxford, v. 72, n. 4, p. 422-447, 2017. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jhmas/article-abstract/72/4/422/4108085>>. Acesso em: 10 abr. 2023. doi: <<https://doi.org/10.1093/jhmas/jrx043>>.
- LEME, Cid de Abreu. História da eletrocardiografia no Brasil. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo*, v. 36, n.4, p. 179-183, 1981.
- LUNA, Rafael Leite. *Sociedade Brasileira de Cardiologia: cinquenta anos de história*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 1993.
- MACIEL, Rubens. Primeira década (1943-1952): fundação e primeiro período. In: LUNA, Rafael Leite (ed.). *Sociedade Brasileira de Cardiologia: cinquenta anos de história*. Sociedade Brasileira de Cardiologia, 1993, p. 4-19.
- MALLOY, James. *A política de previdência social no Brasil*. Tradução de Maria José Lindgren Alves. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- MARINHO, Maria Gabriela Silva Martins da Cunha. *Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo, 1934-1952*. Campinas: Editores Associados, 2001.
- MOTA, André. As doenças do progresso na cidade de São Paulo: o caso das doenças cardiorrespiratórias, 1940-1970. *Mundos do Trabalho*, Florianópolis, v. 12, p. 1-14, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/mundosdotrabalho/article/view/73942>>. Acesso em: 10 abr. 2023. doi: <<https://doi.org/10.5007/1984-9222.2020.e73942>>.
- MOURA, Gerson. *Autonomia na dependência: a política externa brasileira de 1935 a 1942*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- PANDOLFI, Dulce (org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.
- PIKE, Frederick. *FDR's Good Neighbor Policy: sixty years of generally gentle chaos*. Austin: University of Texas Press, 1995.
- REIS, Nelson Botelho. Evolução histórica da Cardiologia no Brasil. *Archivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 371-386, 1986.
- SCARFI, Juan Pablo & TILLMAN, Andrew. *Cooperation and hegemony in US-Latin American relations: revisiting the Western Hemisphere idea*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2016.

- SILVA, Márcia Regina Barros da. *Estratégias da ciência: a história da Escola Paulista de Medicina, 1933-1956*. Bragança Paulista: EDUSF, 2003.
- SOUSA, Cynthia Pereira de. Saúde, educação e trabalho de crianças e jovens: a política social de Getúlio Vargas. In: GOMES, Ângela Maria de Castro (org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000, p. 221-249.
- SOUZA, Rodrigo Otávio Paim de. *História da Cardiologia no Brasil: a construção de uma especialidade médica (1937-1958)*. Dissertação de Mestrado em História das Ciências e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.
- SUPPO, Hugo Rogelio & LESSA, Mônica Leite (org.). *A quarta dimensão das relações internacionais: a dimensão cultural*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2012.
- TOSCANO-BARBOSA, Ely. *Sociedade Brasileira de Cardiologia: 50 anos de congressos (1944-1994)*. Sociedade Brasileira de Cardiologia, 1995.
- TOTA, Antonio Pedro. *O imperialismo sedutor: a americanização do Brasil na época da Segunda Guerra*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- VALIM, Alexandre Busko. *O triunfo da persuasão: Brasil, Estados Unidos e o cinema da Política da Boa Vizinhança durante a Segunda Guerra Mundial*. São Paulo: Alameda, 2017.
- VANNUCCHI, Marco Aurélio & ABREU, Luciano Aronne de (org.). *A era Vargas (1930-1945)*. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2021.
- WEISZ, George. *Chronic disease in the Twentieth century: a history*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2014.
- WEISZ, George. *Divide and conquer: a comparative history of medical specialization*. Oxford: Oxford University Press, 2006.

Recebido: 22/03/2022 – Aprovado: 23/02/2023

Editores Responsáveis

Miguel Palmeira e Stella Maris Scatena Franco