

Normas para admissão de cardíacos aos cargos públicos e particulares

OSCAR FERREIRA JUNIOR

*Docente livre da Faculdade Nacional
de Medicina*

*(Trabalho apresentado ao Primeiro Congresso Anual da Sociedade Brasileira de Cardiologia,
reunido em Campinas de 12 a 14 de fevereiro de 1944)*

O NÚMERO avultado de aorto-cardiopatias cria, no momento atual, um problema de alta relevância prática, quando se tem de opinar sobre a entrada, para cargos públicos ou particulares, de pacientes portadores de enfermidades cárdio-vasculares.

A possibilidade de poderem êstes indivíduos exercer funções compatíveis com o seu estado de saúde faz com que se torne necessária uma revisão das leis vigentes e nelas se defina claramente o modo pelo qual êstes pacientes possam ingressar no quadro do funcionalismo, tal como acaba o governo de fazer com os cegos.

O momento presente, em que se reúne em congresso grande número de cardiologistas, é bastante azado para que das discussões travadas se possam traçar normas que então serão encaminhadas aos poderes competentes, em nome da reunião que agora se realiza.

E' nosso intuito tão somente agitar o problema para se unificar o pensamento médico e se normalizar o paradoxo atualmente existente, de candidatos serem rejeitados por certas juntas e admitidos por outras, tudo ao sabor da opinião pessoal dos juizes. Ora, um candidato a emprego não deve, de modo algum, ficar sujeito ao critério pessoal dêste ou daquele perito chamado a opinar no laudo; êle deve ser orientado pelas normas que de antemão se estabelecerem, normas estas que ainda não existem no nosso meio e, daí, a justificativa do nosso trabalho.

I. A MARGEM DE UMA "EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS" DO D.A.S.P.

O "Diário Oficial" de 30 de setembro de 1943 publica a exposição de motivos do D.A.S.P. n.º 2.984, de 22-9-43, referente ao caso dum candidato a emprego, portador duma cardiopatia, que recorreu duma decisão do S.B.M. do I.N.E.P. que o inabilitou para o serviço público. Vale a pena analisar o processo, pois êle dará motivo a uma série de conjecturas muito atuais, referentes ao amparo que se deve prestar ao cardíaco, e salientar a premente situação em que nos encontramos, da necessidade duma legislação adequada, que solucione as centenas de outros casos semelhantes.

O problema do trabalho dos cardíacos é complexo mas nem por isso impossível de ser resolvido; na legislação trabalhista atual não há entretanto um meio de ampará-los sem que com isto se agrave a situação do empregador, seja êle o governo ou não.

Pela leitura da supracitada "exposição de motivos" conclui-se que se trata dum cargo de escrivão de polícia, cargo êste perfeitamente compatível com a cardiopatia em questão, como se depreende do atestado firmado pelo prof. Pedro da Cunha, junto ao processo. O S.B.M. manteve contudo o seu ponto de vista e o processo foi arquivado. O interessado, entretanto, interpôs recurso perante o Sr. Presidente da República, e o processo voltou a ser estudado tendo sido designados três peritos.

As discordâncias surgidas entre os peritos chamados a opinar dizem bem da necessidade de se

estudar e legislar definitivamente para casos análogos. Visando maiores esclarecimentos, propôs o D.A.S.P. vários quesitos, sendo o primeiro : “nas condições físicas em que atualmente se encontra, pode o candidato exercer eficientemente as funções de escrivão ou escriturário?”

Como os peritos respondessem afirmativamente a este quesito, deu o D.A.S.P. ganho de causa ao candidato e o mandou reintegrar no cargo que pleiteava.

Em parecer publicado na *Revista do Serviço Público* de outubro de 1943, estuda o Dr. Asterio Dardeau Vieira, diretor da Divisão de Estudos do D.A.S.P., alguns aspectos referentes ao caso em questão, pontilhando de maneira muito clara e muito consentânea com o nosso ponto de vista aqueles casos que podem ou não ser admitidos ao Serviço Público. Saliencia que os riscos de morte prematura por si só não representam contra-indicação, porque o “sistema dos benefícios de família é calcado em bases atuariais e o risco se dilui na massa”. Porém “devem ser rejeitados os candidatos que ofereçam o risco de queda do rendimento de trabalho, licenças freqüentes ou aposentadoria precoce e, ainda, os que já se apresentarem em condições de não poderem exercer a função com eficiência”. Borda ainda o diretor da D.E. comentários muito oportunos sobre o que se deve entender por Estado como “protetor” e Estado como “empregador”, situações estas que deixa bem claro e que não podem ser confundidas. O fato de o Estado ter obrigação precípua de defender o seu patrimônio humano e dar-lhe leis sociais avançadas e protetoras não significa que deva empregar, sem um estudo prévio, toda uma coorte de indivíduos de capacidade reduzida, com prejuízo do funcionamento da máquina administrativa. Este ponto, muito importante para o desenrolar do nosso raciocínio, está perfeitamente claro no supracitado parecer.

II. O CARDÍACO DEVE TRABALHAR

Fixadas estas preliminares, que motivaram o presente estudo, vejamos um segundo ponto referente à questão : O cardíaco deve ou não deve trabalhar ?

Neste ponto a opinião dos autores é unânime. Desde que não se trate de cardíacos descompensados, eles podem e devem trabalhar.

No 2.^o volume do magnífico livro de WILLIAM STROUD — *The diagnosis and treatment of cardiovascular disease* — há dois capítulos referentes a este problema : o primeiro intitula-se “The prevention and relief of heart disease as public health problem” e o segundo “The cardiac in industry”, onde são abordadas as múltiplas facetas deste tão momentoso tema.

Sob o ponto de vista que nos interessa, apenas o segundo é digno de nota e, para se ter uma idéia da alta compreensão em que são tidos estes problemas pelos povos de língua inglesa, citaremos esta frase de THOMAS LEWIS, estampada no supracitado capítulo, de autoria do próprio STROUD : “in the ideal State, no position in industry which might be filled by a person handicapped with cardiovascular disease should be filled with an entirely healthy individual”. Há naturalmente, neste conceito, força de expressão, mas ele diz bem do modo por que as cousas devem ser postas na prática.

Ora, entre os indivíduos de capacidade física reduzida, ocupam o primeiro lugar, nas estatísticas, os portadores de cardiopatias; sobressai daí, portanto, a importância que tais enfermidades podem desempenhar na inutilização parcial de suas vítimas e, pelo volume dos cardiopatas, como o assunto pode interessar ao Governo e à Saúde Pública.

Na Alemanha, após a guerra de 1914, o problema da redução da capacidade foi regulado por lei, exigindo esta que 2 % dos lugares fossem preenchidos por indivíduos cuja capacidade estivesse reduzida até 50 %.

Sem leis reguladoras, lutam as sociedades particulares destinadas a orientar o destino destes indivíduos, sobretudo com os patrões que, naturalmente, têm de defender seus interesses. Apesar destes empecilhos, entretanto, de 1926 a 1932 a “Philadelphia Heart Association” conseguiu empregar 280 indivíduos portadores de cardiopatias, alguns mais de uma vez, perfazendo um total de 388 empregos. A princípio, o cálculo da importância ganha pelos pacientes não foi computado; mas de 1929 a 1932 este foi feito, acusando a apreciável soma de noventa mil dólares. Vemos aí a finalidade prática da importante Associação, fazendo com que indivíduos relegados ao ostracismo tenham vida produtiva e útil, o que talvez não conseguissem sem o seu auxílio.

Cada cardiopata possui uma caderneta médica com diagnóstico anatômico, etiológico e funcional, indicação das ocupações que pode tolerar, etc., dados estes estudados pelo departamento social que os procura empregar em lugares próximos de suas residências, evitando longas e penosas viagens ou caminhadas ao local de serviço.

Apesar da luta para convencer os patrões a aceitarem tais empregados, salienta STROUD que no caso de se obter êxito com o primeiro, se este é bom trabalhador e desempenha a contento a tarefa, logo a sociedade tem, dêste patrão, pedido para colocação de outros em condições idênticas. No capítulo a que nos estamos referindo da obra de STROUD, há vários e magníficos exemplos de cardiopatas desempenhando perfeitamente a contento sua atividade nas fábricas americanas e ganhando assim o seu pão de cada dia.

De casos semelhantes também temos experiência. Sabemos hoje, perfeitamente bem, que indivíduos portadores de cardiopatias orgânicas são capazes de tolerar exercícios violentos sem nada sentir. De um ouvi eu, portador duma insuficiência aórtica bem caracterizada, dizer que passava muito bem e que rachava lenha tôdas as manhãs, para ajudar a mulher nos serviços domésticos, mostrando-se contrariado com uma junta médica que lhe havia cerceado certas pretensões monetárias. De minha observação é também o caso dum paciente portador duma lesão aórtica, carteiro de profissão, e que sem a menor dispnéia entregava-se pela manhã e à tarde ao seu árduo mister, devendo muitas vezes subir ladeiras e escadas para fazer chegar a correspondência ao seu destinatário.

Muitos cardiopatas puderam tolerar perfeitamente tôdas as agruras da guerra e a tese de LIDY — *Cardiopathies valvulaires et aptitude militaire* — está cheia de exemplos curiosos.

FISHBERG relata-nos o extraordinário caso de Joke e Suzman, dum corredor de maratona, portador duma estenose mitral e insuficiência aórtica, e que terminou em ótimas condições, em 3 horas e 20 minutos, uma corrida de 26 milhas, num dia de calor.

Nós mesmos, em várias publicações vindas a lume através as páginas de "Vida Médica", temos tido ocasião de mostrar como deve ser encarado

o problema do cardíaco, no momento atual, no que tange à sua atividade.

O fato de ser um indivíduo portador duma cardiopatia orgânica não significa que deva ser encarcerado num leito de hospital ou no seu próprio, a contar, aterrado, os minutos que o separam da morte. Uma vez que as condições do seu músculo cardíaco o permitam, deve ter êle permissão de se locomover e trabalhar, entregar-se a distrações compatíveis com seu estado de saúde, devendo ser até função precípua do médico assistente afastar do espírito dos doentes a idéia, de que às vezes se vêm possuídos, de serem portadores de grave afeção cardíaca. Com isto fazemos profilaxia do abatimento moral que muitas vezes acabrunha a vida do cardiopata, tirando-lhe os momentos de tranqüilidade e bem estar que ainda possa desfrutar na vida.

Conto, na minha clínica, vários aórticos e mitraes, que continuam a se entregar aos seus afazeres diários; um dêles, portador de grave lesão aórtica, com regular dilatação aneurismática dêste vaso, trabalha na seção de propaganda dum grande laboratório de produtos farmacêuticos e se vem mantendo perfeitamente bem até ao momento atual, mercê de rigoroso tratamento anti-sifilítico a que se submete com pontualidade religiosa.

Podemos ir até mais adiante, aconselhando mesmo um esporte leve àqueles que se acham bem compensados; êste ponto foi discutido no artigo de nossa autoria — "Um salão de ginástica para cardíacos" — publicado em "Vida Médica" de junho de 1939. Em junho de 1940, na mesma revista, abordamos tema semelhante — "Coração e esporte". E finalmente, em maio de 1941, voltamos a cuidar da questão em "Trabalho para cardíacos". Não repisaremos os pontos abordados nos supracitados artigos para não alongarmos demasiadamente o presente estudo.

III. APROVEITAMENTO DOS INDIVÍDUOS DE CAPACIDADE REDUZIDA

Mas, tudo o que acima dissemos refere-se ao estado atual do cardíaco; hoje êle pode tolerar até tôdas as intempéries duma guerra. Podê-lo-á amanhã? Aí está uma interrogação que não pode ser de pronto respondida. E depois de amanhã? Em geral a evolução dêstes casos se faz para a assintolia. Depois de amanhã é possível que surjam os

primeiros sinais de insuficiência cardíaca naquele que hoje rachou lenha a manhã inteira, sem nada sentir de anormal, ou no que andou toda a tarde no árduo mister da distribuição de cartas. E o paciente recai então na condição lembrada pelo Dr. Asterio Dardeau Vieira, em seu bem traçado parecer, linhas atrás comentado.

Porque o difícil é jogar com o futuro. Se tudo se resolvesse no problema atual seria facilíma a solução do caso do emprêgo do cardíaco; mas o problema principal não é o presente e sim calcular o tempo em que o empregado vai ser útil ao patrão, sem recair na circunstância acima, das licenças repetidas.

Foi por esta razão que na sua "exposição de motivos" formulou o D.A.S.P. outro quesito, referente ao caso citado no início dêste trabalho, e que foi o seguinte: "É provável que suas condições de saúde lhe permitam continuar a exercer eficientemente essas funções como se se tratasse dum indivíduo normal?"

O chefe do Serviço de Biometria Médica, Doutor Gavião Gonzaga, respondeu de modo claro e incisivo — "futuramente, não", na justa antevisão do evoluer do caso clínico. O raciocínio que ouvi algures — de que o governo é rico, pode arcar com estas e outras responsabilidades, e tem obrigação de amparar seus empregados — também não cabe no caso, porque, a seguí-lo, devíamos começar por extinguir tôdas as juntas médicas e admitir todos os candidatos indistintamente e tratar depois os que tiverem necessidade do auxílio da medicina. O critério, portanto, não cabe, porque se trata de defender o "Estado empregador" e êste só pode ser defendido, no caso do cardíaco, procurando-se analisar a vida futura do empregado no que tange à sua capacidade física. Se um critério muito seguro não nortear a admissão dos cardíacos ao funcionalismo público, acontecerá termos, ao cabo de algum tempo, concorrido para aumentar o número de indivíduos de capacidade reduzida, gozando dos mesmos direitos e garantias dos indivíduos normais.

Aliás o D.A.S.P. tem cuidado desta questão e, no Decreto-lei n.º 5.895, de 2 de outubro de 1943, manda justamente o Presidente da República que se cuide do problema do reajustamento dêstes pacientes. "Não se trata, porém, do aproveitamento de indivíduos com capacidade para rendimento abaixo do normal, de rendimento inferior ou desprezível. Nem tão pouco de movimento

altruístico sem outros fundamentos que não sejam os impulsos da humanidade e solidariedade. O que se pretende é ajustar o indivíduo a uma atividade profissional na qual as suas deficiências não sejam elementos perturbadores do rendimento", afirmou o Dr. Luiz Simões Lopes em entrevista à "A Noite".

O caso dos cegos já está previsto em lei e o governo emprega-os não só em vários cargos no Instituto Benjamin Constant, como mesmo na Imprensa Nacional, onde muito recentemente foram admitidos os dois primeiros funcionários privados da visão, Taurino Neves e Moacyr da Silveira D'Avila, segundo noticiou "A Noite", de 11 de janeiro de 1944. Em interessante exposição ao Presidente do Conselho Nacional do Trabalho, mostra o Dr. Fioravanti di Piero, ainda mais, como os cegos são aproveitados "nas usinas Ford, nas Fábricas Siemens, onde são incumbidos do ajuste de peças dos aparelhos elétricos". E mais adiante: "Em 1928, Niepel elaborou uma relação de 218 atividades, funções e profissões exercidas por cegos".

Assim os surdos-mudos, os que apenas têm um braço ou uma perna, etc., podem perfeitamente ser admitidos em serviços adequados às suas condições físicas. O cardíaco não é mais nem menos do que um indivíduo de capacidade física reduzida, no momento ou futuramente, e assim sua entrada para um serviço qualquer não requer mais do que uma legislação adequada que sane as imperfeições da atual, neste particular. Atualmente tudo fica ao sabor do médico que o examina, e êste não tem norma em que se basear senão no seu próprio raciocínio e julgamento; como o problema pode ser visto por vários prismas, pode acontecer que pacientes rejeitados por uma junta possam ser aceitos por outra, sem que um critério uniforme oriente a opinião do profissional.

Ora, isto é justamente o que estamos tentando fazer aqui: traçar normas que possam ser seguidas por todos, unificando o critério do julgamento.

Naturalmente o presente trabalho sairá incompleto por estar baseado apenas na experiência do seu autor. Um trabalho desta natureza só será completo, quando tiver contado com um número muito grande de casos estudados e analisados com cuidado e sobre os quais se tiver formado conceito. Cada paciente novo que surge a uma perícia pode apresentar uma faceta nova do problema, até en-

tão não pensada. O nosso trabalho visa portanto apenas agitar o problema, tão momentoso e tão útil aos que se dedicam às questões cardiológicas. Quanto à experiência de outros se tiver juntado à nossa, então um trabalho mais completo poderá vir a lume.

IV. LEGISLAÇÃO PARA TRABALHO DOS CARDÍACOS

O governo tem então de legislar sobre dois pontos :

- a) quais os cardíacos que podem e quais o que não podem ser admitidos ao serviço público ou particular;
- b) em que condições deve o cardíaco ser admitido.

A falta de lei que regule este ponto vem prejudicar sobremodo os interessados porque, sem uma legislação adequada, muitos cardíacos que poderiam trabalhar se vêm privados desta possibilidade, ou porque os patrões não os queiram, ou porque as juntas médicas não achem justo sacrificar o empregador. Esta deficiência da legislação foi claramente sentida no caso citado no início do trabalho, terminando os peritos por solicitarem do governo medidas neste sentido.

A legislação vigente na nossa terra dá ao empregado, público ou particular, uma série grande de garantias indo até a impossibilidade de ser despedido, ao cabo de 10 anos de serviço; o empregado público adquire imediatamente outra série de prerrogativas e direitos, de modo que o juiz, que tem de decidir da entrada dum paciente portador duma afecção orgânica do coração para um serviço qualquer, se vê numa posição difícil, podendo, com julgamento apressado, sobrecarregar futuramente o empregador. Ora, o intuito da obra social deve amparar um sem prejudicar o outro.

Atualmente, no que respeita à admissão de indivíduos portadores de cardiopatias orgânicas, as opiniões são contraditórias; assim, o meu caro amigo Dr. Genival Londres acha que mesmo na legislação atual se deve dar trabalho a qualquer cardíaco que se encontre bem compensado. Uma outra corrente entretanto pensa que, no estado atual, devem estes indivíduos ser afastados até que se ori-

ente o modo pelo qual possam ingressar no serviço público ou particular, e isto :

- a) porque o médico sabe que o cardíaco pode ser um peso futuro para o patrão, com licenças e aposentadorias precoces; licenças estas que no caso do empregado no comércio, por exemplo, são pagas pelo empregador, como determina o art. 79 do Código Comercial (1);
- b) porque vai colocar no mesmo pé de igualdade, no que respeita a garantias futuras, indivíduos sãos e doentes.

Trata-se então apenas de legislar e, sob este prisma, quatro soluções, no momento, podem ser lembradas :

1.^o Verificada a cardiopatia e uma vez compatível o estado de saúde do candidato com o cargo a exercer, seria este admitido e ganharia naturalmente pelo trabalho executado. O governo poderia oferecer um auxílio, no caso da agravação do mal, tudo dentro dum meio termo compatível com verbas destinadas a este mister, para não o deixar completamente abandonado quando mais estivesse necessitado dum auxílio, a menos que estes indivíduos se filiassem ao mesmo tempo a uma instituição filantrópica, como sugeriu o Dr. Waldemar Deccache em "Medicina Social" de dezembro p.p., ou mesmo que se organizasse uma instituição para ampará-los, nos moldes da atual "Legião Brasileira de Assistência", nada tendo a ver com isto o "Estado-empregador". Se o paciente conseguisse trabalhar 10 a 15 anos, neste caso, então, teria direito a uma *efetivação*, porque já teria prestado ao seu empregador considerável soma de trabalho e já teria feito jus a uma recompensa que seria a sua futura garantia.

2.^a Na "Vida Médica" de dezembro de 1943, — sob o título "Cardiopatia e trabalho" — estuda o Dr. Nelson Coelho de Oliveira, conhecedor profundo das questões de Assistência Social, justamente o problema da admissão dos cardiopatas aos serviços públicos e propõe uma outra solução : "Somos de parecer que os cardiopatas poderiam ser admitidos pagando uma contribuição majorada,

(1) "Os acidentes imprevistos e inculcados, que impedirem aos prepostos o exercício de suas funções, não interromperão o vencimento do seu salário, contanto que a inabilitação não exceda a três meses contínuos". (Art. 79 do Código Comercial).

cujas percentagens ficariam a critério da repartição atuarial competente, ficando-lhes garantidos todos os direitos previstos pela lei”.

Para que, entretanto, o cálculo atuarial não sobrecarregue em demasia o paciente, piorando muito a sua situação, acho que deveria êle incidir sobre toda a massa de empregados e não só sobre os cardíacos.

Esta solução, aliás, a da revisão das taxas atuariais, já foi proposta pelo Dr. Genival Londres, quando da sua brilhante atuação no Congresso de Montevideú, de modo a cobrir as despesas com as licenças uma vez que o problema da aposentadoria já está previsto.

Ao serem admitidos tais candidatos, dever-se-ia dar ciência do seu estado de saúde ao chefe imediato, que providenciaria evitar reuni-los numa mesma secção, para, no caso de possíveis licenças, não prejudicar a marcha da máquina administrativa.

3.^a Honrando-nos em discutir a nossa comunicação à Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, em 30 de novembro de 1943, acha o Dr. Genival Londres que se deve, mesmo na legislação atual, dar entrada a portadores de qualquer aorto-cardiopatia (insuficiências aórticas, aneurismas, etc.) para serviço público ou particular, desde que se ache o paciente em boa compensação, e que o cargo seja compatível com a lesão, é claro.

4.^a A última solução seria baixar um decreto obrigando todo empregador a ter uma percentagem X de inferiorizados, aqui se incluindo os do aparelho circulatório, tal como se fez na Alemanha após a guerra de 1914.

V. SELEÇÃO

Estudando o modo pelo qual o cardíaco pode ser admitido, vejamos agora a maneira porque devem ser êles selecionados e o critério a seguir diante dos múltiplos casos que se nos apresentam na prática diária. As normas que abaixo vão traçadas representam a experiência de muitos exames cardiológicos para admissão de funcionários a cargos públicos e particulares, tendo sido todos objeto de meticulosas ponderações a fim de não proteger ou sacrificar uma das partes, e é este sempre o ponto que se deve ter em mente. E' claro que esta enumeração não pode ser completa, pois é o primeiro

ensaio que tentamos neste particular; êle terá de ser posteriormente enriquecido com a experiência alheia; servirá apenas como ponto de partida de posteriores estudos visando traçar normas definitivas, que orientarão todos os médicos que tiverem de julgar candidatos a cargos públicos ou não; assim, todos os candidatos serão julgados por um critério uniforme e não ficarão ao sabor da opinião individual de quem os julgar, e, por outro lado, os que tiverem de intervir em casos semelhantes saberão onde encontrar normas já traçadas.

Nesta seleção temos de contar exclusivamente com o exame objetivo. A anamnese, tão importante no encaminhamento do diagnóstico, é aqui muitas vezes prejudicada. Quando um cliente vai a um consultório médico em busca de alívio para seus males, êle conta honestamente o que sente. Quando, entretanto, um candidato a emprêgo é encaminhado a uma banca para exame de saúde, procura, naturalmente, num movimento de defesa, ocultar tudo aquilo que possa dificultar seu acesso ao lugar; daí negar qualquer sinal subjetivo que possa pôr o médico na pista dum diagnóstico; nos candidatos à aposentadoria é o fato contrário que se observa. Cansado do trabalho, almejando o repouso que a lei lhe proporciona, é o candidato à aposentadoria “um poço de doenças”, como se costuma dizer vulgarmente.

Não me posso furtar ao desejo de relatar o seguinte e curioso caso de minha observação; um paciente, sentindo-se fatigado de trabalhar e desejoso duma licença, foi encaminhado, de acordo com a lei, a uma junta médica. Êle sabia que precisava ter uma doença para obter a licença. E contou: uma vez, durante uma partida de futebol, aconteceu ter um ataque, só voltando a si horas depois, etc., etc.; o médico perguntou se mordera a língua, se perdera completamente os sentidos, etc.; e a tudo ia o paciente respondendo afirmativamente. Por fim, continua o doente a nos contar, o médico voltou-se para o seu companheiro de junta e disse: “Um caso típico de epilepsia!” e concedeu seis meses de licença. O fato, entretanto, de se ver considerado epilético (agora o curioso da questão) acordou no paciente uma tal inquietação e angústia, e isto se agravou de tal modo, que se viu depois obrigado a procurar vários psiquiatras, para se livrar da idéia duma doença que êle próprio fantasiara.

Assim, não podendo contar de modo absoluto com a anamnese, resta-nos o exame clínico e os exames complementares que nos permitirão, na maioria das vezes, chegar a um diagnóstico exato.

Resta-nos estudar um modo pelo qual possam ser agrupados os candidatos a emprego no que respeita à sua capacidade física. A classificação deve atender às leis vigentes, orientando ao mesmo tempo o legislador no que respeita a uma revisão da matéria em futuro próximo. Sob este ponto de vista, dividimos os pacientes em três categorias :

1.^a categoria — Candidatos incapacitados para o trabalho, qualquer que seja a legislação vigente ;

2.^a categoria — Candidatos portadores de anormalidade incapaz, por si só, de os inabilitar ;

3.^a categoria — Candidatos que só poderiam ser admitidos na vigência de nova legislação.

Está bem entendido que se trata de uma divisão provisória, traçada apenas para atender à situação do momento, e que deverá ser substituída pela definitiva, tão cedo estudos especiais se organizem neste sentido.

Estudemos agora, com mais minúcia, os casos que se devem enquadrar em cada uma das supracitadas categorias.

CANDIDATOS INCAPACITADOS PARA O TRABALHO, QUALQUER QUE SEJA A LEGISLAÇÃO VIGENTE

Nesta categoria devem ser incluídos os portadores de :

- a) Cardiopatias não compensadas. Esta condição dispensa comentários.
- b) Endocardite lenta. Esta afecção pode permitir a locomoção do paciente durante meses. O trabalho a estes doentes, entretanto, deve ser poupado, dada a marcha inexorável da enfermidade. Tive ocasião de acompanhar um caso doloroso desta ordem, num judeu expatriado pela guerra atual; três meses antes de morrer, trabalhava numa loja de artigos fotográficos, onde o examinamos pela primeira vez. Aconselhamos internação tendo-se recolhido ao serviço da 7.^a enfermaria da Santa Casa. Seu estado geral conservou-se satisfatório, a despeito da anemia e da febre diária, até um mês antes da morte, quando a decadência física se acentuou.

- c) Lesões reumáticas ativas — aguardar a regressão do processo.
- d) Sinais eletrocardiográficos de infarto recente.
- e) Pericardite.
- f) Hipertensão maligna (com retenção azotada e lesões graves de fundo de olho).

CANDIDATOS PORTADORES DE ANORMALIDADE INCAPAZ, POR SI SÓ, DE OS INABILITAR

Incluí nesta categoria pacientes portadores de sinais clínicos capazes de caracterizar uma doença ou não, e cuja decisão só pode ser dada após completo e cuidadoso estudo; assim, por exemplo, um sopro de base pode caracterizar uma cardiopatia ou não; constitui então esta uma categoria mista donde os pacientes serão selecionados, ou podendo ser admitidos imediatamente ou devendo passar à terceira categoria.

Como veremos no decorrer destas linhas, muitos dos pacientes desta 2.^a categoria não podem ser chamados propriamente cardíacos, por não apresentarem lesões sistematizadas do coração, como acontece, por exemplo, aos portadores de simples sopros, arritmias sinusais, etc. Estes, mesmo na atual legislação, podem ser de pronto efetivados, pois os achados clínicos não acarretam incômodos futuros nem para o candidato nem para o empregador. Já por mim têm passado vários casos desta ordem e sempre opino pela admissão.

A 2.^a categoria é composta, então, de pacientes portadores de :

1.^o Sopros sistólicos de ponta ou de base — A existência dum sopro sistólico não deve, por si só, inutilizar o candidato, principalmente se se trata de sopro discreto, embora de audibilidade indiscutível. Muitas vezes temos registado sopros sistólicos de base, podendo deixar a suspeita do diagnóstico de aortite, diagnóstico que se não confirma tempos depois, quando da volta do paciente à consulta, porque novo e cuidadoso exame vem mostrar o desaparecimento do ruído antes auscultado. Isto é tanto mais importante quanto os verdadeiros sopros aórticos podem ser suaves e discretos, esteticamente semelhantes a estes sopros funcionais. Para destrinça temos então de lançar mão de outros meios. Em primeiro lugar, não julgar por um único exame; fazer o paciente voltar, duas

três, ou tantas vezes quantas as necessárias até deixar no espírito do julgador plena convicção da existência real e permanente ou não do ruído. Se este desaparecer em exames subsequentes, está encerrada a questão; se persistir, lançar mão dos exames radiológico e sorológico. Deve ser feito um exame cuidadoso da aorta em frontal e oblíqua, nunca esquecendo as variações biotipológicas, e concomitantemente reações sorológicas para a lues. Se a aorta estiver completamente normal e as reações para a lues forem negativas, não temos elementos para o diagnóstico de aortite, uma vez que não podemos contar com a anamnese e o paciente pode ser aceito; se houver dilatação insofismável do vaso (não diferenças de 1 ou 2 mm) e o sopro for persistente, pode-se firmar o diagnóstico de aortite e o paciente deve ser rejeitado qualquer que seja o resultado do Wassermann; se, entretanto, este for positivo, corroborará mais o diagnóstico de aortopatia e o candidato não poderá ser aceito.

A baixa idade não é motivo para se impugnar um diagnóstico de aortite sífilítica. Já tive ocasião de fazer este diagnóstico num menino de 16 anos, candidato a mensageiro, com sopro sistólico aórtico e exagerada saliência do botão aórtico, verificada aos Raios X.

HOCHSINGER, no *Handbuch der Kinderheilkunde* de PFAUNDLER e SCHLOSSMANN, regista casos em crianças de 8 e 11 anos: "Ich selbst habe Aortitis zweimal bei Kongenital-Luetischen Individuen gesehen und zwar ins achten and elften Lebensjahre".

Por outro lado, um aumento exclusivo do índice de alongamento da aorta, por si só, não deve ser causa de inabilitação; em tais circunstâncias já temos opinado favoravelmente.

Um parêntesis deve ser aberto para o sopro sistólico musical. Os livros em geral salientam que o sopro musical é atestado de lesão orgânica. Nem sempre isto é verdade. Possuo, no meu acervo de observações, dois casos cujas citações se enquadram bem nesta ordem de considerações que vimos fazendo.

No primeiro, trata-se duma paciente trazida à consulta na Santa Casa de Misericórdia pelo nosso caro colega Dr. Ary Miranda Lima, porque era portadora dum sopro sistólico musical, audível em toda a área cardíaca, principalmente no meio do precórdio. Como vinha simplesmente à consulta e não era candidata à emprego algum, os dados de

anamnese podiam ser levados em conta. Ausência de reumatismo; passado mórbido sem importância. A paciente nada sentia nem nunca sentira algo para o lado do coração. Já havia tido três filhos em condições normais, as gravidezes decorrendo sem acidentes. O sopro apresentava um caráter muito interessante: se se comprimisse fortemente o ouvido de encontro ao precórdio, elle se atenuava e chegava quase a desaparecer; este caráter, típico no caso em apreço, nos permitiu fazer o diagnóstico de sopro extracardiaco, passando-se possivelmente na língua de Luscka. O exame radiológico mostrou um coração completamente normal. Se esta paciente se candidatasse a um emprego, poderia ser de pronto admitida.

LIAN e col. relataram à Sociedade Francesa de Cardiologia ("Archives de Maladies Du Coeur" — Junho de 1937) vários casos de sopros musicais cárdio-pulmonares. A observação seguinte é curiosa e instrutiva:

"Il s'agissait d'une femme de 30 ans, "arterielle", néphritique chronique qui présentait, outre un bruit de galop, un souffle diastolique "énorme, musical, à timbre serratile", dont le maximum se trouvait à la base "un peu en dedans du sternum vers la gauche"; de là ce souffle irradiait en bas et aussi à gauche vers la pointe; il était d'ailleurs perçu dans toute la région précordiale. Il n'occupait qu'une part du grand silence, survenant après le 2me. bruit sans le continuer. Malgré l'absence de signes périphériques, plusieurs cardiologues éminents affirmèrent l'insuffisance aortique. À l'autopsie, les sigmoïdes aortiques se révélèrent parfaitement saines, souples, ne laissant pas refluer l'eau dans le ventricule".

No segundo caso, uma informação prestada por um colega, tio da paciente, e que a acompanha desde o nascimento, facilitou de muito o diagnóstico, tendo permitido opinar favoravelmente à paciente:

Maria... com 22 anos de idade, branca, brasileira, solteira, vem à consulta em 19 de novembro de 1942 para submeter-se a exame do aparelho cárdio-vascular, a fim de ser admitida como auxiliar datilógrafa.

Antecedentes hereditários: Pai falecido de arterioesclerose há 5 anos. Mãe viva e com saúde. Tem 3 irmãos vivos e com saúde.

Antecedentes pessoais: Em criança teve sarampo, coqueluche e varicela. Nega terminantemente reumatismo, nunca tendo se submetido a exame de sangue. Sempre tem desfrutado boa saúde. Informações obtidas através de um tio, médico da paciente, que a acompanha desde o nascimento, adiantam ser a

mesma portadora duma afecção congênita do coração, o que todavia não lhe impede entregar-se a uma vida absolutamente normal, no que se refere a esforços físicos.

Estado geral bom, assim como o pŕisismo e o estado de nutrição; altura 1,50; pŕeso 40 quilos; musculatura normalmente desenvolvida; mucosas visíveis normais; ausência de dispnŕia, edemas ou outro sinal de insuficiŕncia cŕdio-vascular; ausência de circulaçŕo colateral; pele, extremidades e articulaçŕes normais, assim como os gŕnglios lŕnfŕticos e a temperatura.

A inspeçŕo do precŕrdio nada revela de anormal. Ő apalpaçŕo nota-se o ictus no 5.º intercosto, para dentro da linha hemiclavicular; nŕo se percebem frŕmitos. Ő ausculta nota-se, com audibilidade mŕxima na ponta, mas tambŕm perceptŕvel nos focos da base, embora com menos intensidade, um ruŕdo sistŕlico, com carŕter musical, nŕo sendo acompanhado de frŕmito. A musicalidade do ruŕdo era variŕvel, diminuindo por vŕzes sensŕvelmente de intensidade.

Pulso bom, regular, isŕcrono, batendo 84 vŕzes por minuto. Pressŕo arterial Mx 11 Mn 7.

Aparelhos respiratŕrio, renal, digestivo e sistema nervoso normais ao exame clŕnico.

A roentgenfotografia mostrou aspecto normal de coraçŕo, que foi verificado pela radioscopia feita em 20-11-42.

Tornou-se indispensŕvel um E.C.G. para se julgar das condiçŕes do miocŕrdio e do sistema de conduçŕo. Este exame tambŕm nada revelou de anormal.

A informaçŕo prestada pelo colega que a assiste desde o nascimento permite afastar a hipŕtese de lesŕes adquiridas da mitral, o que ŕ corroborado pela ausŕncia completa de qualquer reaçŕo cavitŕria. Tambŕm, pelo mesmo motivo, parece-nos pouco provŕvel a hipŕtese dum sŕpro musical extracardŕaco.

Assim, tratando-se dum ruŕdo :

- a) congŕnito,
- b) musical,
- c) sem ser acompanhado de qualquer reaçŕo cavitŕria,
- d) coincidindo com exame electrocardiogrŕfico normal, parece-nos que a hipŕtese mais viŕvel ŕ a de se tratar duma cordoalha tendinosa aberrante.

A cordoalha tendinosa aberrante ŕ anomalia perfeitamente tolerŕvel e, assim sendo, acho que a paciente pode ser admitida como datilŕgrafa.

Vemos assim, entŕo, com exemplos concretos, que sŕo a existŕncia dum sŕpro musical nŕo deve ser bastante para inabilitar um paciente; se ŕle caracterizar uma lesŕo valvular, orgŕnica, uma endocardite, entŕo o problema muda de figura; mas isto, na prŕtica, nem sempre acontece.

Os sopros sistŕlicos de ponta, por si sŕo, tambŕm nŕo devem ser causa de inabilitaçŕo, cabendo aqui

o mesmo raciocŕnio supracitado, isto ŕ, sŕo tŕm valor quando caracterizam uma insuficiŕncia orgŕnica da mitral (antecedentes reumŕticos, aumento de cavidades verificado pelos Raios X, carŕter do sŕpro, rude, jato de vapor, com propagaçŕo nŕtida para a axila, etc.).

2.º *Sopros diastŕlicos de base* — Nŕo temos, atŕ o presente momento, experiŕncia prŕpria de sopros diastŕlicos de base que nŕo estivessem ligados a lesŕes orgŕnicas do coraçŕo. Nŕo nos devemos esquecer que os autores tŕm registado sopros diastŕlicos de origem cŕdio-pulmonar, embora mais raros que os sistŕlicos. BARIÉ, no *Traité des maladies du coeur et de l'aorte*, escreve ŕ pŕg. 125 :

“Quand ils siŕgent ŕ la base, on pourrait les confondre avec le souffle de l'insuffisance aortique”.

VAQUEZ esmiuçŕ mais o diagnŕstico diferencial escrevendo em *Maladies du coeur* :

“Le souffle diastolique extracardique de la base n'est pas exceptionnel, bien que l'on ait peut-être exagŕrŕ la frequence”. “Enfin, fait essentiel, il ne s'accompagne d'aucune modification du volume du coeur ni de la circulation peripherique. Par contre le souffle de l'insuffisance aortique, organique ou fonctionnelle, est toujours associŕ ŕ une hypertrophie cardiaque gauche et ŕ des troubles circulatoires”.

Mais recentemente, no livro de SIEBECK — *Afecçŕes do coraçŕo* — encontramos a seguinte observaçŕo :

“Sŕo raros os sopros diastŕlicos acidentais. Observei uma vez um doente no qual diagnostiquei estenose mitral, apŕs hesitaçŕo, devido ao sŕpro nŕo tŕpico, admitindo outros que se tratava de uma insuficiŕncia aŕtica. A necropsia nenhuma alteraçŕo mostrou no aparelho valvular”.

Daŕ se deduz a prudŕncia a se ter no julgamento de tais casos e a necessidade de se buscar nos demais meios semiŕticos elementos comprobatŕrios do diagnŕstico.

3.º *Clangor e desdobramento* — Da mesma maneira que o sŕpro sistŕlico de base, um clangor nem sempre indica aortite. Jŕ tenho anotado em minhas fichas de consultŕrio ruŕdos de clangor que nŕo torno a escutar em exames ulteriores, quando os pacientes jŕ estŕo habituados ao meu convŕvio. Nŕo poucas vŕzes, entretanto, o que acontece ŕ ficar-se na dŕvida se o que se estŕ ouvindo ŕ realmente clangor ou apenas alteraçŕo de intensidade de bulha. E' o que salienta o Dr. SILVA MELO

em várias passagens do seu livro "*Sífilis e a segunda bulha aórtica*", conceito este que representa uma grande verdade e de grande interesse prático, pois pode levar a erro os que não tiverem a devida prudência no julgar, inutilizando o futuro de indivíduos normais com diagnósticos intempestivos. Como no caso dos sopros, deve-se julgar o clangor após repetidas ausculta e juntamente com o resultado dum bem cuidado exame radiológico da aorta e das reações sorológicas para a lues.

No que respeita ao exame radiológico da aorta, é preciso chamar a atenção para a insuficiência das tabelas em voga. E' absurdo considerar uma aorta aumentada porque, após os cálculos matemáticos de correção, se encontrou um ou dois milímetros a mais do que a tabela; aqui, muito mais que para o exame clínico, é necessária grande experiência do radiologista para não aumentar injustamente o já grande número de aórticos; e tanto mais isto é delicado quanto não existem tabelas nacionais nas quais se possa confiar de modo absoluto; a questão do biotipo adquire aqui importância fundamental e as tabelas em geral computadas no nosso meio a ele não se referem; a aorta normal para um pícnico pode ser aumentada para um leptosômico; o Dr. DUQUE ESTRADA, fazendo, num mesmo indivíduo, medições do diâmetro tráqueo-pulmonar, em posição frontal, em inspiração e expiração profunda, encontrou diferenças de 5 mm!

Estas reservas não visam, de modo algum, diminuir o valor dos Raios X e elas nos foram transmitidas pelo nosso mestre de radiologia, o Dr. DUQUE ESTRADA, cuja experiência é conhecida e louvada; elas têm por fim mostrar que tais laudos radiológicos devem ser dados por técnicos bastante experimentados e prudentes; um laudo leviano de ectasia da aorta, num indivíduo de aorta normal que veio a uma consulta, poderá perturbar momentaneamente o paciente, que correrá a outras clínicas e o erro inicial poderá ficar esclarecido; num julgamento para cargo público ou particular, o problema é muito mais sério porque um laudo leviano de ectasia da aorta pode inutilizar o futuro duma criatura.

Não havendo tabelas rigorosas onde se basear, o técnico de radiologia tendo que contar muito com o "olhômetro", na pitoresca expressão do Dr. DUQUE ESTRADA, podemos por aí nos aperceber de como hábil e experimentado deve este ser, e que confiança deve o clínico nêle depositar, para inabilitar ou habilitar um indivíduo a emprego.

O problema do desdobramento do 2.^o tom na base é de solução menos complexa sendo, em geral, destituído de importância; se ele fôr permanente, entretanto, exige verificação radiológica especial do estado da aurícula esquerda, a ver se não se trata duma estenose mitral; outros sinais semiológicos, em geral, favorecem este diagnóstico.

O desdobramento da 1.^a bulha na ponta é de somenos importância.

4.^o *Arritmias* — Há arritmias que também, por si sós, não devem impedir a imediata estabilização do candidato, porque nem sempre condicionam processo orgânico do coração. Esta conclusão, todavia, só pode ser feita após cuidadoso exame electrocardiográfico do paciente, incluídas tôdas as derivações precordiais e exame radiológico.

Entre estas desordens do ritmo incluem-se as arritmias sinusais. Num indivíduo normal, clínica e radiologicamente, só a presença duma arritmia extra-sistólica não deve ser condição de rejeição; outro é o caso, entretanto, se ela vier concomitantemente com elevação permanente de pressão arterial ou sinais que indiquem comprometimento do músculo cardíaco; neste caso, então, o paciente deve ser incluído na 3.^a categoria.

5.^o *Doenças congênitas* — Nem tôdas as cardiopatias congênitas devem ser causa de inabilitação. Algumas são perfeitamente toleráveis e, não alterando a dinâmica circulatória, permitem aos seus portadores comportarem-se como indivíduos normais.

A dextrocardia, desde que se não acompanhe de outra anomalia, é malformação perfeitamente tolerável e seus portadores podem ser admitidos, quer se trate da forma com inversão visceral ou não. O regulamento militar francês previa (antes da guerra) esse caso, considerando seu portador apto ao serviço.

Se à dextrocardia se associam outros vícios cardíacos, então o problema muda muito de figura.

Além da dextrocardia isolada, podem ser admitidos os portadores de divertículo do pericárdio, quando este diagnóstico puder ser firmado, e arco aórtico à direita, desde que não acompanhado de outro vício cardíaco.

6.^o *Arco médio esquerdo* — Outra questão muito importante é a que diz respeito à interpretação clínica do arco médio esquerdo radiológico.

E' freqüente receber para perícia candidatos à emprêgo porque, no exame radiológico prévio, o radiologista anotou: — aumento do arco médio esquerdo. E' um problema delicado e que pode ou não ter importância.

O aumento do arco médio esquerdo pode ser normal; nos leptosômicos, um aumento discreto dêste arco não pode ser considerado patológico, fato êste já consignado no volume de *Biotipologia* do Prof. BERARDINELLI; tenho entretanto verificado êste abaulamento discreto não só em leptosômicos, como também em atléticos e pícnicos completamente normais.

Vejamos um dos vários casos que temos tido ocasião de examinar de abaulamento normal do arco médio esquerdo:

Arlette... com 19 anos de idade, branca, brasileira, solteira, vem à consulta em 28 de maio de 1943 para submeter-se à exame do aparelho cárdio-vascular, a fim de ser admitida como datilógrafa.

Antecedentes: Pais vivos e com saúde. Tem 9 irmãos vivos e com saúde. Perdeu 2, de causa ignorada, há muitos anos. Em pequena teve reumatismo e sarampo. Nega reumatismo. Praticou esportes com regularidade, tendo abandonado há meses. Sempre tem desfrutado boa saúde.

Estado geral bom, assim como o psiquismo e o estado de nutrição; altura 1,57; peso 53K e 1/2; musculatura normalmente desenvolvida; mucosas visíveis normais; ausência de dispnéia, edemas ou outro sinal de insuficiência cárdio-vascular; ausência de circulação colateral; pele, extremidades e articulações normais, assim como os gânglios linfáticos e a temperatura; não há tibialgia nem esternalgia.

A inspeção do precórdio nada revela de anormal. À apalpação nota-se o ictus no 5.º intercosto para dentro da linha hemiclavicular; não se notam frêmitos. À ausculta as bulhas se mostram com os caracteres fônicos normais.

Pulso bom, regular, isócromo, batendo 94 vezes por minuto. Pressão arterial Mx 11 Mn 7.

Aparelhos respiratório, renal, digestivo e sistema nervoso, normais ao exame clínico.

Tendo a roentgenfotografia revelado discreta acentuação do arco da pulmonar, é enviada à exame; não havendo porém outro sinal de comprometimento cardíaco, tal achado deve ser considerado normal.

Assim, em face dos resultados dos exames supracitados, acho que a paciente, no que se refere ao aparelho cárdio-vascular, pode ser admitida como datilógrafa.

Por outro lado, o aumento do arco médio aparece em séries outras de circunstâncias capazes de inabilitar um candidato, como por exemplo, na persistência do canal arterial.

Vejamos como opinei num caso desta ordem, numa paciente enviada à perícia porque o prévio exame radiológico torácico revelara aumento do arco médio.

Deu... com 18 anos de idade, branca, brasileira, solteira, vem à consulta no dia 23 de março de 1942, para submeter-se à exame do aparelho cárdio-vascular, a fim de ser admitida como datilógrafa.

Mãe viva e com saúde. Pai morto há muitos anos, de "infecção intestinal" (sic). Tem seis irmãos vivos e com saúde.

Teve sarampo, coqueluche e catapora, nos primeiros anos de vida. Em pequena, quando chorava, informa sua progenitora que os dedos e os lábios ficavam azulados, o que acontece ainda hoje quando se submete a prolongados esforços físicos. Há dois anos passados teve cachumba. No mais, sempre tem gozado boa saúde. Nega reumatismo. Nunca fez exame de sangue.

Estado geral bom, assim como o psiquismo e a nutrição. Altura 1,50; peso 47K. Musculatura normalmente desenvolvida; mucosas visíveis normais no momento do exame; ausência de dispnéia e edemas. Não há circulação colateral. Pele, extremidades e articulações normais, assim como os gânglios linfáticos e a temperatura.

A inspeção do precórdio nada revela de anormal. A apalpação também é normal. À ausculta percebe-se com o máximo de intensidade, no 2.º intercosto esquerdo, um sopro sistólico, intenso, audível além desta zona em todo o precórdio, oferecendo entretanto no dorso, na zona interescapulo-vertebral esquerda junto à borda da omoplata, nova zona de grande audibilidade; com intensidade muito mais fraca é também audível na zona basilar direita.

Pulso bom, regular, isócromo, batendo 80 vezes por minuto. Pressão arterial Mx 11, Mn 8. Aparelhos respiratório, renal, digestivo e sistema nervoso normais.

A paciente é levada à radioscopia; tendo sido necessário um exame radiográfico, êste é executado no mesmo momento. Do exame radiológico conclui-se por hipertrofia do V.E.; aumento da corda auricular direita, o que radiologicamente não significa sempre aumento da aurícula, podendo correr por conta do aumento do próprio V.D. Há aumento discreto do calibre da aorta, que bate vigorosamente; discreto abaulamento do arco médio.

A informação prestada pela genitora e o resultado dos exames, clínico e radiológico, fizeram com que se diagnosticasse a existência duma cardiopatia congênita. Pesadas cuidadosamente tôdas as possibilidades diagnósticas, pôde-se concluir pela persistência do canal arterial.

Tratando-se do diagnóstico radiológico da persistência do canal arterial, Pezzy e Laubry salientam a possibilidade do "exagêro do arco vascular superior; tem-se então uma dupla saliência formada pelos semi-círculos aórtico e pulmonar".

A cardiopatia, no momento, está perfeitamente compensada e bem tolerada, como sói acontecer nos casos desta natureza; até quando ela assim se manterá, isto é o que não se pode dizer. Diante desta impossibilidade, cremos que a paciente não deva ficar em paralelo de garantias com os que têm normais o seu aparelho cárdio-vascular. Assim, até que uma legislação especial salvguarde um direito futuro do empregador, acho que tais pacientes não devem ser admitidos a serviço efetivo de empresas que lhes garantem estabilidade de emprego.

Neste caso, então, o abaulamento do arco médio foi de importância, colocando-nos na pista da cardiopatia que inabilitou a paciente.

Outras cardiopatias podem determinar aumento dêste arco. Já o temos encontrado na estenose mitral e num caso interessante de aneurisma da artéria pulmonar, que foi publicado nos "Arquivos Brasileiros de Medicina" de outubro de 1936, circunstâncias estas últimas que condicionariam a inabilitação do candidato.

7.º *Casos não diagnosticáveis* — Incluí nesta rubrica indivíduos portadores de anormalidades, que não simples sinais, diante dos quais entretanto não podemos chegar a um diagnóstico preciso. E' claro que aqui não se enquadram os portadores de lesões orovalvulares, nem os que se podem de antemão incluir em qualquer das outras rubricas citadas. Para poderem ser admitidos, os candidatos incluídos nesta rubrica devem pertencer à classe 1 da classificação funcional e é preciso que se possa fazer um prognóstico altamente favorável. Se não preencherem estas formalidades, devem ser passados para a terceira categoria.

a) *Arco médio esquerdo* — O arco médio esquerdo ofereceu-nos ensêjo de estudar um caso desta ordem, caso de difícil interpretação; a descoberta foi casual, por motivo do exame torácico sistemático e a paciente enviada à perícia por aumento do arco médio esquerdo, que nesse caso era sensivelmente acentuado. Vejamos a observação e como opinamos a respeito:

Arlette... com 20 anos de idade, branca, brasileira, solteira, vem à consulta em 7 de junho de 1943 para submeter-se à exame do aparelho cárdio-vascular, a fim de ser admitida como datilógrafa.

Antecedentes: Pais vivos e com saúde. Tem um irmão vivo e com saúde. Perdeu um irmão com 3 meses de idade de "infecção intestinal". Em criança teve coqueluche, catapora e sarampo. Sempre tem gozado boa saúde. Nunca fôï operada. Reações de Wassermann e Kahn negativas, feitas em 2 de junho de 1943. Nega reumatismo.

Estado geral bom, assim como o psiquismo e o estado de nutrição; altura 1,55; peso 48, K 700; musculatura e pânículo adiposo normalmente desenvolvidos; mucosas visíveis normais; ausência de dispnéia, edemas ou outro sinal de insuficiência cárdio-vascular; ausência de circulação colateral; pele, extremidades e articulações normais, assim como os gânglios linfáticos e a temperatura. Ausência de tibialgia e esternalgia. Nunca apresentou cianose ou outro sinal de cardiopatia, segundo depoimento de sua progenitora.

A inspeção do precórdio nada revela de anormal. À apalpação nota-se o ictus no 5.º intercosto, para dentro da linha hemiclavicular; não se notam frêmitos. À ausculta, as bulhas se mostram normais.

Pulso bom, regular, isócrono, batendo 70 vezes por minuto. Pressão arterial Mx 11 1/2 Mn 7.

Em síntese, o exame clínico da paciente, e especialmente do coração, nada mostrou de anormal.

O exame sistemático roentgenográfico revelou entretanto abaulamento do arco médio esquerdo, sendo a paciente enviada a novo contrôlo radiológico, que constatou modificação da silhueta cárdiaca caracterizada por:

- 1.º) saliência do arco médio esquerdo;
- 2.º) dilatação da aurícula esquerda, que faz saliência no espaço retrocárdico;
- 3.º) discreto aumento da corda da aurícula direita.

Diante dêste exame, poder-se-ia pensar numa estenose mitral, hipótese que não me parece provável em face da ausência completa de sinais clínicos, embora alguns autores salientem ser isto possível em casos muito raros (Barié).

O resultado dos Raios X poderia também fazer suspeitar da existência duma comunicação interauricular, malformação que pode ser completamente muda e latente segundo vários autores. Não é entretanto, fácil chegar-se a tal conclusão e Valdiviesco e Urrutia a êste propósito escrevem: "Consideramos que su diagnostico es poco menos que imposible; y creemos que los diagnosticos de comunicación interauricular ratificados por la necropsia son más producto de la casualidad que de elementos clinicos bien valorados".

Será que tal achado radiológico corra à conta duma simples questão de posição do órgão no tórax?

A impressão que deixava o estudo do caso era a de se tratar realmente duma comunicação inter-

auricular; não era possível, todavia, eliminar um candidato por uma "impressão diagnóstica", e assim, na ausência completa de sinais clínicos, opinei em favor da paciente.

b) *Aumento de volume do coração* — Outro problema difícil e com o qual já me tive de haver duas vezes é o que diz respeito a indivíduos completamente normais, isentos de passado patológico capaz de ter deixado qualquer dano cardíaco, nos quais o exame clínico é incapaz de descortinar a menor anormalidade, indivíduos que se entregam normalmente aos seus afazeres diários, sem o menor sofrimento, e que, no entanto, enviados aos Raios X, descortina este exame um coração enorme, ultrapassando as medidas normais para a idade e biotipo do paciente.

No primeiro caso que observei, tratava-se dum engenheiro de 28 anos de idade, que viera à consulta porque um exame radiológico de rotina encontrou "grande aumento da área cardíaca". O paciente nada sentia nem nunca havia sentido algo para o lado do coração; ausência de cardiopatias congênicas na família. Passado mórbido sem importância. O exame clínico do coração nada revelou de anormal. Dilatação do coração? Hipertrofia? Cardiopatia congênita? Fazer diagnóstico é fácil; o difícil é fazer diagnóstico certo e poder demonstrar que está certo.

No segundo caso, tratava-se dum candidato à Standard Oil Co. A experiência do primeiro paciente permitiu-me crer na história do segundo, quando este afirmava que nada sentia. Hábito atlético. Estado geral magnífico. O exame radiológico mostrou um coração grande.

Nos atletas, pode-se encontrar aumento de volume do coração, mas esta não é uma regra absoluta. No "American Heart Journal" de maio de 1943, estudo WILCE este problema; uma de suas conclusões é a seguinte: "Generally, athletes hearts are larger than nonathletes hearts". Se no caso do segundo paciente esta hipótese podia ser aventada (o candidato praticava regularmente vários esportes), no do primeiro ela não cabia.

Na impossibilidade dum diagnóstico exato que permitisse prejudicar o futuro do paciente, e em face do ótimo estado geral presente, opinei pela admissão do candidato. Acho que não devemos sacrificar o futuro dum indivíduo quando, não podendo firmar um diagnóstico não temos assim cer-

teza do modo pelo qual uma anomalia apresentada possa evoluir.

Em tais circunstâncias, como por exemplo no supracitado e no precedente caso de Arlette..., penso que se deva sempre resolver em favor do candidato.

INDIVÍDUOS QUE SÓ PODERIAM SER ADMITIDOS NA VIGÊNCIA DE NOVA LEGISLAÇÃO

Chegamos finalmente à última e mais importante classe de indivíduos que atualmente se vêm privados de trabalho e que, no entanto, poderiam exercer muita atividade útil se outra fôsse a nossa organização.

Como já salientamos atrás, ao ser admitido um indivíduo a serviço público ou particular, é o patrão sobrecarregado de tais obrigações que este se vê na contingência de passar seus candidatos a emprêgo pelo crivo dos exames médicos a fim de salvar o futuro do seu empreendimento. Todas as duas exigências são perfeitamente humanas e justificáveis: 1.^a a da lei que protege o empregado; 2.^a a do patrão (seja este o governo ou não) que protege o seu negócio; mas a consequência deste jogo de interesses é o que se vê diariamente: a rejeição, por parte das juntas médicas, de indivíduos capazes de trabalhar.

Resulta daí, e com clareza meridiana, a necessidade de se modificar a lei.

Para incluir pacientes nesta categoria, devemos guiar pela capacidade funcional do coração, pois aos compensados pode ser dado trabalho, devendo os descompensados ser incluídos na primeira categoria, até se livrarem dos sintomas de descompensação, quando novamente poderão ser incluídos nesta terceira categoria.

No supracitado livro de SIEBECK, a pág. 220, encontra-se uma classificação funcional:

a) *Com capacidade de trabalho integral*

- 1.^o Os normais, os portadores de arritmia respiratória, extrassístoles isoladas, sopros acidentais, etc.;
- 2.^o Pessoas com lesões valvulares compensadas, hipertensão moderada, vaso-motores jovens, e fumadores com perturbações anginais, com volume do coração aproximadamente normal, etc.

b) *Redução de 30 % da capacidade de trabalho*

Lesões valvulares, hipertônias e miocardites, arritmias completas e perturbações da propagação do estímulo, compensadas, com manifestações de insuficiência leves e transitórias (dispnéia aos esforços não habituais, na anamnese).

c) *Redução de 50 % da capacidade de trabalho*

- 1.º Leves manifestações crônicas de estase, perturbações respiratórias aos esforços moderados, fígado de estase de grau leve, etc.;
- 2.º Nas cardiopatias que já tenham tido insuficiência grave;
- 3.º Casos de angina de peito.

d) *Redução de 70 % da capacidade de trabalho*

- 1.º Manifestações acentuadas de estase, etc.;
- 2.º Crises freqüentes de angina, etc.

e) *Incapacidade para o trabalho*

- 1.º Manifestações graves de estase que respondem pouco ao tratamento, cuja insuficiência se repete e necessitam tratamento constante;
- 2.º Graves crises de angina em repouso, sobretudo quando constatáveis sinais de infarto (1).

Os americanos padronizam normas mais simples:

Classe 1 — Indivíduos portadores de afecção cardíaca sem limitação de sua atividade física;

Classe 2 (antiga 2a) Indivíduos portadores de afecção cardíaca com moderada limitação de sua atividade física;

Classe 3 (antiga 2b) Indivíduos portadores de afecção cardíaca com acentuada limitação de sua atividade física;

Classe 4 (antiga 3) Indivíduos portadores de afecção cardíaca incapazes de executar sem padecimento qualquer atividade física.

Os indivíduos incluídos nas classes 1 e 2 poderiam exercer atividade produtiva.

(1) Na descrição desta classificação, servimo-nos das palavras do próprio tradutor da obra.

Sob o ponto de vista do diagnóstico anatômico, além dos indivíduos citados da 2.^a categoria, capazes de reverter à 3.^a, pertencem, no momento atual, a esta categoria:

a) *Sífilis ativa* — O serviço de Biometria Médica do I.N.E.P. traçou regras para habilitação e inabilitação dos candidatos. Na parte que nos interessa dá motivo à inabilitação:

- a) Sífilis ativa, com sintomas clínicos ou com reações sorológicas positivas.

Esta exigência reflete o estado atual do problema e o legislador, para, muito naturalmente, defender os interesses do empregador, viu-se na contingência de inabilitar os candidatos com reação sorológica positiva, "pois êstes são sempre aórticos em potência" (2). Com uma legislação diferente, salvaguardando interesses futuros do empregador, êstes pacientes poderiam trabalhar. Esta condição, então, que tem de prevalecer no julgamento, na legislação vigente, desapareceria em legislação futura.

b) *Aortite sífilítica simples ou com aneurisma* — Este problema já foi discutido a propósito dos sopros sistólicos de base. Se o diagnóstico de aortite fôr confirmado, o candidato deve ser incluído na 3.^a categoria. Bom critério para o diagnóstico é o seguinte, aconselhado por MOORE:

- a) sinais radiológicos de dilatação aórtica, especialmente se localizada na ascendente;
- b) aumento da maciez retromanúbica;
- c) antecedentes de dificuldade respiratória, principalmente dispnéia de esforço, com insuficiência progressiva do coração ou não;
- d) caráter timpânico do segundo ruído aórtico, débil ou fortemente percebido;
- e) sopro sistólico de base (aórtico);
- f) dor surda retro-esternal, com menos freqüência precordial, sem propagação e sem relação com o esforço;
- g) dispnéia paroxística sem relação com o esforço e geralmente noturna.

Num sífilítico, a presença de três dos supracitados sinais permite o diagnóstico de aortite; com dois sinais presentes, o diagnóstico é de probabilidade.

(2) PADILLA — Prefácio do livro de COSSIO, *Aortitis sífilítica*.

Nesta classe incluem-se também os aneurismas da aorta.

c) *Os portadores de lesões oro-valvulares bem compensadas* (aórticos ou mitraes), quer estas lesões sejam causadas pela lues ou pelo reumatismo. Para o caso importa menos o diagnóstico etiológico do que o funcional. Se o paciente não apresenta sinais de insuficiência cardíaca e se pode desempenhar sem sofrimento qualquer esforço, não há motivo para que não se lhe permita trabalhar. Entre os casos citados no artigo de STROUD, há indivíduos pertencentes às classes II e III da classificação funcional da "American Heart Association" desempenhando funções técnicas nas fábricas americanas. Tudo, portanto, depende da análise de cada caso individual.

Aqui podemos incluir as aortites sifilíticas a propósito das quais já firmamos conceito.

d) *Cardites reumáticas inativas* — Também aos portadores de cardites reumáticas seria permitido o trabalho, desde que a doença estivesse em fase de inatividade; se a cicatriz fôsse apenas um vício valvular, estaria o paciente incluído na supracitada rubrica; mas, mesmo que restassem sinais de bloqueio aurículo-ventricular, não seria motivo para inabilitação; tenho tido ocasião de observar pacientes desta ordem que passam relativamente bem, com sua capacidade funcional classe 1, a despeito do bloqueio comprovado electrocardiograficamente.

e) *Fibrilação e flutter* — Pacientes com flutter e fibrilação podem perfeitamente entregar-se a muitos misteres; a capacidade funcional destes indivíduos é assegurada durante muito tempo, dado o papel de segunda ordem, em relação ao ventrículo, que as aurículas desempenham no entretenimento da circulação. Tenho atualmente em tratamento um doente portador dum flutter irregular, datando de muito tempo, e que nunca interrompeu sua ocupação como chefe duma casa atacadista de artigos de relojoaria. Em meados do ano de 1943, examinei na Casa de Saúde S. Sebastião um cliente do Prof. GUERREIRO DE FARIA, portador dum flutter datando de mais de um ano, a julgar pela data do electrocardiograma que me foi apresentado; também, durante este tempo, não interrompera suas ocupações. A experiência mostra, portanto, que estes pacientes podem trabalhar; não há, entretanto, junta médica que seja capaz de

dar ganho de causa a um candidato a emprego portador de tal arritmia.

f) *Bloqueios* — Os casos de bloqueio se comportam do mesmo modo que os citados nas circunstâncias supras, sendo, em geral, conseqüentes ou a processos inflamatórios que comprometeram o sistema específico, ou a infartos.

Qualquer que seja o tipo de bloqueio, não constituiria contra-indicação ao trabalho uma vez suficiente o coração. Tive ocasião de tratar e acompanhar uma cliente enviada pelo Dr. SÍLVIO D'AVILA e portadora dum bloqueio A.V. incompleto, variedade irregular; esta paciente foi operada de abaixamento do reto, em ótimas condições, por este conhecido proctologista, a despeito da opinião em contrário de todos os demais clínicos que a examinaram; o êxito da intervenção foi obtido apenas porque a capacidade funcional do coração da paciente era perfeita a despeito do seu bloqueio.

g) *Infartos cicatrizados* — Os infartos cicatrizados constituem outro motivo para interessantes estudos, porque muitas vezes observamos a recuperação clínica do paciente a despeito de persistirem os sinais electrocardiográficos; em outras ocasiões, estes mesmos podem regredir. O caso relatado por SAMUEL BRADBURY é realmente notável. Trata-se duma mulher que sofrera uma punhalada no peito, comprometendo a descendente anterior que fôra ligada. Após um post-operatório mais ou menos tempestuoso, tudo regrediu e a paciente se refez, tendo sido reexaminada 32 anos após. Já era então avó e tão ativa aos seus 75 anos como se nada tivesse havido em seu passado; um E.C.G. então feito pôde apenas registrar uma extrassístole.

Os estudos anátomo-patológicos têm mostrado que oito semanas é o prazo exigido para recuperação cicatricial dos infartos, de modo a impedir a ruptura; como entretanto, às vezes, persistem os sinais no E.C.G. precisam estes casos ser estudados. Possuo uma observação interessante:

Manoel... branco, 58 anos, casado, é acometido súbitamente, no dia 27 de maio de 1942, de forte crise de dor precordial que o prostrou no leito. Quatro dias após, nova crise, que durou cerca de dez horas, mais grave que a primeira, com queda tensional; aos poucos, entretanto, as cousas melhoraram e um mês depois pôde o paciente submeter-se a exame electrocardiográfico que revelou Q₃ pro-

fundo, com ondas T negativas e acentuadas em DII e DIII, além do desnivelamento negativo com difasismo de T nas precordiais, sinais assim dum infarto posterior. Nesta ocasião, vem o paciente à consulta, recomendando-se continuação do repouso além da medicação adequada ao caso. Em julho de 1942, o paciente volta à consulta; está passando perfeitamente; a dor precordial não mais se reproduziu, queixando-se apenas de "reumatismo no braço esquerdo". Em agosto de 1942 continuava passando bem; o aspecto electrocardiográfico das derivações periféricas era ainda o mesmo; nas precordiais notamos apenas negatividade de T nas derivações V_4 , V_5 , V_6 . O paciente é revisto em 4 de fevereiro de 1943; durante este lapso esteve em repouso numa fazenda; nada mais sente e quer voltar ao trabalho; novo E.C.G. é feito; as derivações precordiais se normalizaram; nas periféricas, entretanto, permanece o Q_3 profundo. Como o serviço do paciente é perfeitamente compatível com seu estado cardíaco, dá-se-lhe permissão de voltar ao trabalho. E' reexaminado em 12 de outubro de 1943 e estava passando perfeitamente bem. Em janeiro de 1944 continuava, em ótimas condições, entregue aos seus afazeres diários.

Casos de cura clínica sem cura electrocardiográfica já têm sido assinalados pelos autores. No número de 19 de dezembro de 1942 do "The Journal of American Medical Association", a propósito de "*Cardiac efficiency and prognosis following recovery from acute coronary occlusion*", discorrem SIMON DACK e HARRY JAFFE longamente sobre este assunto, estribados no estudo de 202 pacientes portadores de oclusão coronária cujo tempo de observação variou de 2 a 8 anos.

Vemos assim, portanto, que mesmo nos casos de infarto do miocárdio, podem estes pacientes ser reconduzidos ao trabalho. O paciente da observação supracitada, desde 4 de fevereiro de 1943 até a data atual, é o chefe de sua família conseguindo proventos materiais para sustentá-la. Isto êle consegue, todavia, porque a doença apanhou-o já efetivado em seu emprego.

Outro caso interessante de nossa clínica é o dum indivíduo portador dum processo coronário, com sua onda Q_3 profunda e suas dores anginóides, que não concordou absolutamente em abandonar seu emprego como administrador de um dos nossos maiores hospitais e que hoje está perfeitamente bem, livre de suas dores anginóides, mas sempre com seu Q_3 profundo.

h) *Cardiopatias congênicas* — Algumas destas anomalias foram estudadas na segunda categoria; a não ser a dextrocardia, os divertículos do peri-

cárdio e o arco aórtico para a direita, que não influem na dinâmica circulatória, todos os demais, compatíveis com a vida até ao estado adulto, devem incluir seus portadores nesta terceira categoria, a não ser que se trate de casos de diagnóstico muito difícil, nos quais possa haver dúvida com uma situação que não comprometa a vida futura do candidato, como foi o caso atrás citado. Neste caso, decidir a favor do candidato. Por outro lado, os casos de doença azul, por exemplo, e que chegarem à idade adulta devem ser incluídos nesta terceira categoria, isto é, pacientes que só podem ser admitidos quando se modificar a legislação atualmente em vigor.

i) *Hipertensão arterial* — Em circunstância idêntica acham-se os portadores de hipertensão arterial. No que respeita ao critério diagnóstico, devem prevalecer como limites máximos da normalidade os valores registados na "*Nomenclature and criteria for diagnosis of disease of the heart*" e que são 14 para Mx e 9 para Mn. A não ser que se trate da hipertensão maligna, pacientes que devem ser de pronto rejeitados, os demais casos de hipertensão permanente devem ser incluídos nesta categoria, pois trata-se de indivíduos que têm necessidade de vigilância médica. A pressão deve ser tomada vários dias consecutivos, após prolongado repouso, a fim de se evitarem as ascensões causadas pelo eretismo cárdio-vascular, freqüente nos que se submetem a tais exames, principalmente entre o sexo feminino. O julgamento, nestes casos, deve ser feito sempre acompanhado dum exame de fundo de olho e de urina (elementos anormais e sedimento), para que o diagnóstico fique bem esclarecido; sendo útil, em certos casos, a dosagem da uréia e da creatinina no sangue.

j) *Angina de peito* — Um parêntesis deve ser aberto para o estudo da angina de peito. Ela não constitui problema para os que se candidatam a emprego. Mesmo que um indivíduo já tenha sido vítima duma crise, certamente a negará na anamnese. A angina do peito constitui problema de solução complexa entre os que se candidatam à aposentadoria. Porque, neste caso, êles acusam a dor e não dispomos de sólidos meios objetivos para averiguar da veracidade da afirmação; é a mesma situação em que se fica diante dum caso de epilepsia ou claudicação intermitente. O electro pode resolver muitos problemas, se der margem a um diagnóstico; em pacientes enviados à perícia pelo

Instituto de Transportes e Cargas, pelo meu caro colega e chefe, do serviço médico Dr. Oswaldo Araújo, o E.C.G. foi capaz de resolver o problema permitindo constatar alterações significativas; a prova de esforço já tem sido útil; mas se todos estes dados forem negativos? O paciente tem ou não angina de peito? A dor que relata é verdadeira ou trata-se duma mistificação para obter aposentadoria?

O seguinte caso, relatado por ROBERT LEVY no vol. 1.^o do livro de STROUD, é muito instrutivo:

Um corretor de fundos públicos, com 49 anos, vem à consulta porque há seis meses sente pressão no peito ao andar, acompanhada de dor precordial, sem irradiação para os braços. Foi feito o diagnóstico de esclerose coronária pela anamnese e crônica familiar, pois o pai e um irmão haviam morrido de doença cardíaca.

O exame do paciente era completamente negativo. Mx 112, Mn 78. Ritmo regular a 68. Bulhas normais. Um ortodiagrama não mostrou aumento do coração e a aorta estava perfeitamente normal. Um ECG também se mostrou com aspecto normal. Saindo do consultório médico, dirigiu-se o paciente a um cinema, onde subitamente sentiu-se desfalecer, sendo acometido de forte crise sudoral. Tomou um automóvel dirigindo-se para casa, onde se acamou. À noite foi visto por seu médico e estava passando bem, tendo a noite decorrido sem outro acidente. Na manhã imediata acordou bem disposto. Às 10 horas deu uns suspiros e morreu.

Diz ROBERT LEVY que tais casos não são frequentes, mas basta a lembrança de um para nos fazer vacilar o julgamento diante dum candidato à aposentadoria, e onde haja de se discutir entre uma verdadeira moléstia e uma mistificação.

Aliás, no mesmo trabalho, pouco adiante, relata o próprio ROBERT LEVY o caso dum banqueiro que sofria, havia três anos, de dores precordiais. "Numerous electrocardiograms were taken during this threeyear period, all of them showing no changes and all of them being similar in form to the one made immediately after the first attack". Apesar disto conclui: It seemed probable that this was one of the relatively uncommon cases of "coronary spasm" initiated by nervous reflexes".

Estas observações provam que os processos coronários podem evoluir sem sinais objetivos. São de ROBERT LEVY as seguintes palavras a propósito do diagnóstico de insuficiência coronária: "There may be no objective evidence of disease. The heart may be normal in size and the sounds of good quality.

The blood pressure is frequently not elevated. The electrocardiogram may show no changes."

E mais ainda, a dor da angina pode matar sem que a anatomia patológica, até ao momento atual, possa descobrir alteração do músculo cardíaco. No livro de HYMAN e PARSONET "*The failing heart of middle life*" — pgs. 98 — há o relato do curioso caso dum homem de 42 anos, possuidor de varias apólices de seguro contra invalidez, e que em plena saúde aparente, após subir 6 andares em virtude da paralisação dos elevadores, foi acometido de forte crise de dor precordial, diagnosticada — angina, pelo médico que o atendeu. Examinado no dia imediato nada se pôde apurar: "in fact the individual appeared about as robust and as normal as any of this period age could be." Um mês após, morria o paciente, subitamente, no escritório dum amigo. Foi feita autópsia e o coração cuidadosamente examinado, macro e microscopicamente, não se tendo encontrado traço de lesão.

Ora, compreende-se perfeitamente o desastroso efeito de se negar uma aposentadoria (e se esta é negada é porque o paciente é considerado em condições de trabalhar) a um indivíduo que venha a falecer dias ou mesmo um mês após, desastroso não só para o médico que assina o laudo como para a repartição competente, no caso de serviço público, por exemplo.

Este problema, entretanto, não é novo e mesmo nos Estados Unidos as companhias de seguro contra invalidez tiveram de se haver contra mistificadores. "Complaint of anginal pain has played a large rôle in claims for disability insurance. It is a simple matter for properly instructed subject to give a convincing history of painful seizures and even to feign attacks at opportune moments. The form of the electrocardiogram can be modified by taking digitalis or urginin. The "racket" exposed in New York City by the Federal District Attorney's office in 1938 showed the ease with which competent observers could be duped and large sums collected".

Em consequência destes fatos, "disability policies are no longer written by the insurance companies."

Descreve adiante ROBERT LEVY, o teste da anoxemia que pode ser útil no reconhecimento dos verdadeiros enfermos.

Destas considerações deduz-se a delicadeza da questão, que, se não representa um problema de

admissão a cargo público ou particular, constitui difícil situação para os que julgam aposentadorias, tão difícil e por vêzes tão complexo que é capaz de fazer a gente se condoer mais do médico que do doente!

No que respeita à admissão, este problema não existe praticamente; se o E.C.G. fôr negativo, o paciente burlará facilmente a junta médica, do mesmo modo que os epiléticos ou os portadores de claudicação intermitente.

Se o processo fôr descoberto pelo E. C. G. e se a capacidade funcional do candidato fôr boa, ele poderá ser incluído na 3.^a categoria.

Possuo clientes portadores de insuficiência cardíaca anginóide com alterações electrocardiográficas significativas e que conseguem entregar-se diàriamente às suas ocupações. Um dêles, enviado pelo caro colega Dr. Cataldo, apesar das dores que não conseguia debelar, entregava-se às suas ocupações até a data em que o vi pela última vez. Outro paciente, trazido pelo meu caro amigo Dndo. Flavio Antonio de Sicca, continua a dirigir seu escritório

comercial, a despeito da sua insuficiência cardíaca anginóide, rebelde à medicação aconselhada.

*
* *

Ao terminar, queremos frizar que apenas abordamos o problema sob o ponto de vista geral; centenas de outras questões poderão ainda ser trazidas à discussão quando tivermos de julgar indivíduos para misteres especiais (foguistas, maquinistas, etc;) problemas estes, todavia, que no momento não entraram em cogitação.

Passamos assim em revista uma série de circunstâncias clínicas que atualmente relegam o paciente a plano secundário, quando ainda poderiam ser úteis no sustento de suas famílias.

Espero que o Congresso opine neste sentido, agora ou depois de ouvir também os órgãos técnicos dos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões, o serviço de Biometria Médica do I. N. E. P. e outras organizações interessadas na unificação do problema, aconselhando as normas supracitadas ou alterando-as, de qualquer modo propondo uma diretriz, para o momento presente e para o futuro, diretriz que possa ser seguida pelos que têm de julgar candidatos a cargos públicos e particulares.