



JAMIL SALEH BARGHOUTI

**MEMÓRIA DE MÉDICOS ORTOPEDISTAS NO RIO GRANDE DO SUL:
CIRURGIA DO JOELHO**

ESTRELA, 2019

JAMIL SALEH BARGHOUTI

**MEMÓRIA DE MÉDICOS ORTOPEDISTAS NO RIO GRANDE DO SUL:
CIRURGIA DO JOELHO**

Relatório final de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Memória e Bens Culturais da Universidade La Salle, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Memória Social e Bens Culturais, Linha de pesquisa Memória, Cultura e Identidade.

Orientador: Prof. Dr. Artur César Isaia

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Patrícia Kayser Vargas Mangan

ESTRELA, 2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B251m Barghouti, Jamil Saleh.

Memória de médicos ortopedistas no Rio Grande do Sul [manuscrito] : cirurgia do joelho / Jamil Saleh Barghouti – 2021.

88 f.; 30 cm.

Dissertação (mestrado em Memória Social e Bens Culturais) – Universidade La Salle, Canoas, 2021.

“Orientação: Prof. Dr. Artur César Isaia”.

1. Memória social. 2. Cirurgia - joelho. 3. Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho.

Bibliotecária responsável: Melissa Rodrigues Martins - CRB 10/1380

JAMIL SALEH BARGHOUTI

Trabalho Final aprovado como requisito parcial para obtenção do título de mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Memória Social e Bens Culturais da Universidade La Salle.

BANCA EXAMINADORA



Documento assinado digitalmente
Marcos Fábio Freire Montysuma
IDM: 03/913021183141-8108
CPF: 478.944.862-04
Verifique se assinado em: <https://sica.ufsc.br>

Prof. Dr. Marcos Fábio Freire Montysuma
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Cleusa Maria Gomes Graebin
Universidade La Salle

Profa. Dra. Maria de Bourdes Borfes
Universidade La Salle

Profa. Dra. Patricia Kayser Vargas Mangan
Coorientadora – Universidade La Salle

Prof. Dr. Artur Cesar Isaia
Orientador e Presidente da Banca –
Universidade La Salle

Área de concentração: Memória Social e Bens Culturais

Curso: Mestrado em Memória Social e Bens Culturais

Canoas, 18 de março de 2021.

Ao meu amor Marília: não minha metade, mas sim, minha integridade. Aos meus filhos gêmeos Anice e Amir, minha razão de viver. Ao meu filho Michel, minha obra prima, meu apoiador, meu futuro colega de profissão. Ao meu orientador, amigo de todas as horas, professor Artur. A eles minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, especialmente aos meus pais que nunca mediram esforços para me ofertar condições para o estudo. Eles que hoje não estão mais nesse plano, mas sei que estão felizes com minhas conquistas.

Agradeço aos meus irmãos que sempre estiveram ao meu lado nos momentos mais complexos da vida. Agradeço a minha esposa e filhos por me proporcionarem muita alegria.

Meus sinceros agradecimentos aos colegas que entrevistei, pelo tempo, carinho e atenção que me foram ofertados. E, claro, por tudo que me ensinaram.

Meu orientador, amigo e conselheiro, professor Artur César Isaia, agradeço de coração por tudo e por toda essa trajetória do mestrado em que estive ao meu lado e que me ajudou a completar e a crescer como ser humano.

Agradeço as professoras Patrícia Kayser Vargas Mangan, minha coorientadora e Cleusa Maria Gomes Graebin pelos ensinamentos e pelo carinho de sempre.

Estendo meus agradecimentos a todos os professores do mestrado que contribuíram para minha formação.

Por fim, agradeço a Universidade La Salle por ter me proporcionado a oportunidade de cursar o mestrado.

"Nossas lembranças permanecem coletivas e nos são lembradas por outros, ainda que se trate de eventos em que somente nós estivemos envolvidos e objetos que somente nós vimos. Isso acontece porque jamais estamos sós."

(Maurice Halbwachs)

RESUMO

Este relatório final diz respeito às atividades desenvolvidas durante o Curso de Mestrado do Programa de Memória Social e Bens Culturais da Universidade La Salle, Canoas, RS. Dele constam informações sobre as pesquisas feitas, bem como sobre a produção de textos e reflexões de natureza teórica. O objeto de estudo, o qual se debruça este relatório, se refere aos profissionais que se dedicam à Cirurgia do Joelho no Rio Grande do Sul, na atualidade. Esses profissionais foram estudados e articulados à Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho. Foram feitas entrevistas com os referidos profissionais, nas quais se procurou compreender as suas memórias. Concluiu-se pela importância que a cirurgia artroscópica, minimamente invasiva, impôs-se frente a esses profissionais como paradigma científico.

Palavras-chave: Memória social. Cirurgia do joelho. Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho.

ABSTRACT

This Final Report is about the activities developed during the Master Course in the Social Memory and Cultural Property Program at La Salle University, Canoas, RS. It contains information about the research done, as well as essays and theoretical reflections. The object of study which this Report concerns is the professionals who are dedicated to Knee Surgery in Rio Grande do Sul today. These professionals were studied, aligned with the Brazilian Society of Knee Surgery. Interviews were conducted with these professionals, based on their memories. It was concluded the importance of minimally invasive surgery and arthroscopy as a scientific paradigm for these professionals.

Keywords: Social memory. Knee surgery. Brazilian Society of Knee Surgery.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Ficha	29
Quadro 2 - Roteiro inicial de entrevista	29
Quadro 3 - Formação profissional	62
Quadro 4 - Cirurgia do joelho no RS: médicos, formação e linhagens profissionais .	62
Quadro 5 - Inserção em estruturas de sociabilidade	63
Quadro 6 - A história da ortopedia (continua)	65
Quadro 7 - A ortopedia no Brasil (continua)	67

LISTA DE SIGLAS

AAHKS	Associação Americana de Cirurgia do Quadril e Joelho
AAOS	<i>American Academy of Orthopaedic Surgeons</i>
AMB	Associação Médica Brasileira
CBOT	Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia
CET	Comissão de Ensino e Treinamento
CETE	Centro de Traumatologia do Esporte
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico EPM Escola Paulista de Medicina
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FURG	Fundação Universidade do Rio Grande
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IOT	Instituto de Ortopedia e Traumatologia
ISAKOS	<i>Orthopaedic Sports Medicine</i>
PF	Passo Fundo
PUCCAMP	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
SBCJ	Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho
SBME	Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e do Exercício
SBOT	Sociedade Brasileira de ortopedia
SBRATE	Sociedade Brasileira de Artroscopia e Traumatologia do Esporte
SICOT	Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia Ortopédica e Traumatologia
SLARD	<i>Sociedad Latinoamericana de Artroscopia Rodilla y Traumatología Desportiva</i>
RBME	Revista Brasileira de Medicina do Esporte
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
TARO	Teste de Avaliação dos Residentes em Ortopedia
TEOT	Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia
UFMG	Universidade de Minas Gerais

UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	MEMORIAL.....	15
3	DISCUSSÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA	21
3.1	Projeto de pesquisa	21
4	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	31
4.1	Textos produzidos.....	68
<i>4.1.1</i>	<i>A Sociedade Brasileira de Joelho : representatividade e formação.....</i>	<i>68</i>
<i>4.1.2</i>	<i>A noção de paradigma</i>	<i>78</i>
<i>4.1.3</i>	<i>Estudo exploratório sobre prosopografia</i>	<i>80</i>
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
	REFERÊNCIAS.....	87

1 INTRODUÇÃO

Em linhas gerais, o projeto que originou este relatório de mestrado em Memória e Bens Culturais da Universidade La Salle, teve como propósito analisar as narrativas de memória produzidas por ortopedistas gaúchos envolvidos na introdução e desenvolvimento da especialidade, relacionada à cirurgia de joelho no Estado do Rio Grande do Sul.

Para dar conta do objetivo geral deste estudo, foram elencados os objetivos específicos a seguir:

- a) buscamos depoimentos e entrevistas de ortopedistas gaúchos envolvidos na introdução e desenvolvimento da cirurgia de joelho no Rio Grande do Sul;
- b) analisamos as falas dos médicos envolvidos na introdução e desenvolvimento da cirurgia de joelho no Rio Grande do Sul; e
- c) relacionamos as falas e os conteúdos de memória dos ortopedistas gaúchos com o contexto de desenvolvimento da ortopedia do joelho no Rio Grande do Sul.

Este relatório descreve, portanto, o que foi realizado ao longo do último ano, apresentando as principais atividades desenvolvidas, pois se trata de um estudo de memória social sobre a especialidade de cirurgia do joelho no Rio Grande do Sul. Serão abordadas a biografia e a entrevista realizada com cinco profissionais precursores em cirurgia no joelho, bem como os serviços nacionais e internacionais que os influenciaram, além do legado que deixarão para a referida especialidade.

2 MEMORIAL

Sou médico graduado pela Universidade Federal de Santa Maria-RS, Ortopedista pelo Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT) de Joinville-SC, sub-especialista em cirurgia do joelho (estágio no hospital Albert Einstein e UNIFESP), mestrando do programa de pós-graduação em Memória Social e Bens Culturais pela Universidade La Salle.

Era o ano de 1989 quando saí de Cachoeira do Sul, minha cidade natal e fui residir em Santa Maria para concluir o segundo grau e me preparar para o vestibular de medicina. Etapa necessária para quem queria seguir nos estudos e em uma Universidade Federal. Era o início de um sonho e de uma longa jornada. Santa Maria era a cidade mais próxima e mais tranquila que a capital, na visão dos meus pais e o custo de vida era mais acessível.

Não era tarefa fácil passar no vestibular para medicina em uma Universidade Federal, ainda mais para um estudante proveniente de escola pública. Estudar muito, era pouco. Depois de muito estudo e preparação consegui ingressar no curso de medicina no meu segundo vestibular.

Em 1992 comecei o curso de medicina, ano tumultuado por greves nas Universidades Federais e, sendo assim, iniciei o ano letivo em abril daquele ano. Durante a graduação residi em uma pequena casa no bairro Camobi, mesmo bairro do *campus* universitário, isso facilitava meu deslocamento a pé ou de bicicleta.

Minha família de classe média baixa, se empenhou muito nesse período para que eu pudesse ter uma certa tranquilidade nos estudos. Meus pais eram de poucas posses e de muitos filhos (tenho seis irmãos). Sou o caçula dos homens, de uma família patriarcal, de origem árabe, e meu pai era meu grande orientador. Estimulava-me nas minhas escolhas e me apoiava com fervor. Pessoa cultíssima, tinha uma capacidade de ver e prever o futuro. Gostava de história, política e filosofia. Sonhava em me ver formado, mas se contentava em saber que eu estava trilhando meu caminho.

A graduação foi um período muito prazeroso e de muito estudo. Nesse período, tive a companhia de um dos irmãos que também iniciava o curso de odontologia. Talvez, os quatro primeiros semestres tenham sido de muitos estudos e pouco saborosos. O famoso período das disciplinas básicas (bioquímica e biofísica, me levaram madrugadas adentro), das quais de nada lembro hoje, a não ser dos queridos

professores.

Em 1995 estava no meu quarto ano de faculdade quando meu pai, cardiopata, faleceu. Perdia meu orientador, minha referência. Foi um ano difícil para mim. Aquele que me ensinou a andar, aquele que me lapidou para ser um ser humano sensível e cuidar do próximo, partia. Tive uma dificuldade enorme em retomar a vida, o caminho. Comecei aos 23 anos, a entender e a perceber a finitude da vida.

O curso de medicina é composto de seis anos de graduação. Por mais que pareça ser um período longo, é curto para tantas áreas: clínica; cardiologia; nefrologia; infectologia; pneumologia; hematologia; psiquiatria e tantas outras. Por isso é preciso, ao final da graduação, escolher alguma especialidade predileta, que seria realizada em uma pós-graduação. Feita a escolha se vai à luta para conseguir a vaga. Passamos por algo similar a um vestibular, porém, a concorrência é mais seleta: É de colegas médicos que tiveram formação igual ou até melhor. Passamos por uma prova, a da residência. Ou seja, quem passar na prova, faz residência na especialidade, reside no hospital, ou melhor, dedica seu maior tempo para nessa ocupação. Dedicase a estudar e avaliar pacientes junto a preceptores da área. O tempo livre do residente é, basicamente, para cuidar da higiene pessoal, estudar e dormir.

Fiz minha especialidade (pós-graduação) em ortopedia e traumatologia no Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT) em Joinville-SC de 1998 a 2000. A especialidade tem duração de três anos e é a parte da medicina que estuda e trata as doenças do sistema osteomuscular, locomoção, crescimento, deformidades e as fraturas. Nesse período, entre plantões e estudos, conheci a mãe do meu primeiro filho, que hoje aos 20 anos, está cursando medicina e trilhando a trajetória não do pai, mas a dele, embora tenha recebido estímulo para seguir o caminho.

Depois da pós-graduação, percorri algumas cidades para trabalhar. Estava com meus 30 anos e a procura do primeiro emprego. Sim, devido ao longo período de formação, o médico especialista inicia tarde o seu ingresso no mercado de trabalho. Ainda estava em Joinville no fim do ano de 2000, quando em um passeio ao shopping, comprei e fazia com certa frequência, o jornal Zero Hora. Comprei para procurar emprego no Rio Grande do Sul-RS (naquela época, como todos sabem, não existiam as redes sociais. Não tinha *Google*). Encontrei um anúncio que procurava por ortopedista na cidade de Três Passos. Três Passos é uma cidade do noroeste do RS e, na época, contava com, mais ou menos, 20 mil habitantes. Precisei de uma mochila para carregar o que precisava.

Aceitei a proposta de iniciar logo o trabalho. Ainda não havia nenhum ortopedista na cidade. Fiquei alguns dias em um pequeno hotel da cidade, até encontrar um apartamento que abrigaria a mim, esposa e filho. O apartamento era no segundo andar de uma loja de confecções em frente à praça da cidade, ou a praça era na frente do prédio. Da sacada via o movimento da avenida. Era a única avenida, não recordo o nome. Lembro-me do som do sino da Igreja que ficava logo acima da praça. Tenho boas lembranças da cidadezinha. Pessoal pacato e muitos já me reconheciam antes de começar a trabalhar, pois a cidade anunciava nos jornais e rádios que chegaria um ortopedista.

Exerci minha profissão por nove meses na cidade. Fiz alguns sobreavisos nos dois hospitais da cidade (sim, apesar de pequena tinha dois hospitais concorrentes). Parece que nas cidades pequenas o tempo passa lentamente. As pessoas têm mais tempo para conversar, se visitar. Ao longo dos meses que fiquei nessa cidade, percebi que, definitivamente, não era lugar para passar o resto da vida. Era distante dos grandes centros, dificultando minha atualização e o acesso a cursos. Nesse período, já tinha definido procurar aperfeiçoamento em uma subespecialidade: joelho.

A especialidade de joelho na ortopedia, na época, era muito rara, pois a especialidade era jovem demais. Defini ir a São Paulo para realizar minha formação em joelho. Para isso, precisava reservar alguma economia e procurar um serviço que me recebesse. Lembro que eu tinha um livro sobre joelho de autoria de um ortopedista de São Paulo, o qual admirava. Soube que o mesmo estaria em Porto Alegre em um encontro de ortopedistas. Percorri em torno de 470 quilômetros de Três Passos a Porto Alegre, cerca de seis horas de viagem para participar de tal encontro e conhecer aquele que viria a ser meu preceptor, meu orientador, na subespecialidade que segui e na qual trabalho até hoje, que é a cirurgia do joelho. Recordo que Dr. Moisés Cohen disse para me organizar e procurá-lo assim que eu estivesse pronto para o estágio. Era julho de 2001.

Posterguei minha ida para 2002, assim teria tempo para me organizar melhor, para fazer “um pé de meia”. Não era fácil, ainda mais com família. Recebi uma proposta de trabalho mais atraente em Canoinhas, cidade do planalto norte de Santa Catarina. Em dezembro de 2001 defini minha saída de Três Passos, onde deixei bons amigos e muita saudade. Em cidades pequenas parece que sempre cultivamos grandes amizades.

Canoinhas era uma cidade maior, próximo de 40 mil habitantes. Fiz muitos

plantões e atendi a muitos fraturados. Fiz muitas amizades e, até hoje, cultivo a amizade com um colega fantástico que me recebeu, na época, com muito carinho. O Dr. Marcelo Gallotti continua em Canoinhas e fazendo um ótimo trabalho na ortopedia. Minha estada em Canoinhas durou alguns meses e logo fui atrás de um sonho: aperfeiçoar-me em cirurgia de joelho. Fazer o *fellowship*, com Dr. Moisés Cohen.

Foram seis meses de estudos na capital paulista. Período que acompanhei meu preceptor em cirurgias no Hospital Albert Einstein, aulas teóricas na Escola Paulista de Medicina e no Centro de Traumatologia do Esporte (CETE-UNIFESP). Participei de cirurgias de atletas, profissionais renomados, dos quais me recordo até hoje. Conheci muitos colegas e alguns hospitais. Conheci o Sírio Libanês e uns outros da periferia da capital. Foi um período intenso em termos de estudos e cirurgias. Especialmente, um período de maturidade profissional e pessoal. Até hoje mantenho um vínculo com os serviços em que fiz minha formação.

Em 2003, já em Lajeado-RS, comecei a colocar em prática meu aprendizado em cirurgia do joelho e trauma esportivo. Lajeado é a maior cidade do Vale do Taquari. Iniciei minha trajetória profissional em consultório, plantões de sobreaviso em Lajeado, Teutônia e Arroio do Meio. Também, desde 2003 trabalhei como ortopedista do Clube Esportivo Lajeadense, único clube de futebol profissional da região do Vale do Taquari. Acompanhei muitos jogos pelo interior e contra a dupla GRENAL (Grêmio e Internacional). Muitas glórias tive com o clube e, naturalmente, muitas tristezas. Algo comum no esporte. Até o ano de 2010, trabalhei como ortopedista geral e me dedicava, especialmente, as patologias do joelho, vindo, a partir de então, a me dedicar apenas a cirurgia do joelho.

Ao longo desses anos fui me dedicando a especialidade, participando de congressos nacionais e internacionais, não lia nenhuma literatura a não ser sobre patologias do joelho. Para se destacar a uma profissão é preciso dedicação, na medicina essa necessidade é maior ainda. Sou de família de professores de história e filosofia, sempre gostei de leitura, mas a medicina pouco me permitia sair da literatura médica. Quando atingi certa maturidade e a estabilidade profissional, retomei minhas leituras *outside*.

Em 2015 conheci minha atual esposa. Marília além de muitas virtudes, é uma contumaz leitora. Consumidora de livros de filosofia, política e de negócios. Com o objetivo de ampliar conhecimentos, sai temporariamente da literatura médica, para ampliar a visão de mundo e a formação como ser humano, busquei, juntamente com

minha esposa, o mestrado em Memória Social e Bens culturais da Universidade La Salle. Foi uma escolha maravilhosa e um tanto corajosa. Digo um tanto corajosa, porque exigiu um esforço quase hercúleo para conciliar muitas tarefas: conciliar consultório, cirurgias e o mestrado foi desafiador.

Comecei o mestrado em meados de 2018. A abertura de uma turma na cidade onde resido com minha família, foi fundamental para que pudesse me decidir ao mestrado. Tive a oportunidade de cursar as seguintes disciplinas, as quais muito me acrescentaram e me possibilitaram uma visão mais humanística do meu objeto de trabalho: Memória Social; Cultura; Gestão Cultural; Oficina de *Marketing* Cultural; e Economia da Cultura e Bens Culturais.

A partir dessas disciplinas e dos contatos com os professores Artur e Patrícia, pude tornar mais clara minha proposta de investigação no mestrado da Unilasalle. Desta forma, pude constatar as relações existentes entre o exercício profissional, o campo da memória e a articulação dos profissionais, a espaços e redes de sociabilidade. Assim, defini o percurso que trilharia e o enfoque teórico com o qual abordaria a temática escolhida. Direcionei meu trabalho para as memórias dos profissionais precursores da cirurgia de joelho no Rio Grande do Sul e fiz um trabalho prosopográfico desses profissionais.

Desta forma, defini um espaço de sociabilidade, no qual os profissionais aqui estudados estavam ligados: a Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho (SBCJ), com sede em São Paulo. Articulados a este espaço de sociabilidade, passei a focar nas redes que se formavam com o percurso dos profissionais aqui nominados e entrevistados (em ordem alfabética):

- 1- André Khun;
- 2- João Fernando Argento Pozzi; 3- João Luiz Ellera Gomes;
- 4- José Idílio Saggin; e
- 5- Luiz Roberto Stigler Marczyk.

Essas entrevistas foram momentos, particularmente, importantes nessa etapa de descobertas e conquistas do mestrado. Representaram ocasiões, nas quais pude articular de forma mais direta a bagagem teórica recebida nas aulas, com a “produção” de um conhecimento próprio. Constatei a extrema presença dos conteúdos de memória nas narrativas desses profissionais sobre suas trajetórias. Pude constatar na prática, por meio dessas entrevistas como realmente, a memória é indissociável da

dimensão social, como propôs Halbwachs e de como a dimensão narrativa é fundamental para a compreensão dessas memórias, como propôs Ricoeur.

Uma “descoberta”, particularmente importante para mim e que me possibilitou uma compreensão mais clara do meu objeto de pesquisa, foi a leitura de Thomas Kuhn. Nesse sentido, o conceito de paradigma foi fundamental para pensar a construção de uma “normalidade” científica pré e pós-marcada pelo método de cirurgia do joelho, utilizado atualmente: a artroscopia, procedimento cirúrgico realizado de forma minimamente invasiva e outros tantos procedimentos com incisões mínimas, possibilitando, assim, uma recuperação mais rápida do paciente.

Ao longo do mestrado fui conhecendo meus professores, aos quais aprendi a admirá-los. Particularmente, nomeio aqui os professores Artur (meu orientador), Patrícia (minha coorientadora) e Cleusa, com os quais convivi mais diretamente ao longo do curso. Confesso que tive grande dificuldade de adaptação para entender novos termos, novo vocabulário, novo ritmo de aprendizado. Estava acostumado a ler técnicas cirúrgicas com termos médicos e em um “pisar de olho” entendia tudo e seguia adiante. A nova literatura exigia de mim, estava começando a sair da zona de conforto e, nesse sentido, a presença dos professores foi fundamental.

Particularmente, professor Artur, meu orientador, tornou-se um grande amigo. Em muitas situações particulares me ajudou, me guiou com suas belas e confortáveis palavras, como por exemplo, quando perdi minha querida mãe para o Alzheimer em julho de 2019. Nós, muitas vezes, não entendemos o motivo e a razão de tantas coisas e tantos acontecimentos. Em março de 2020 minha esposa Marília perdeu o pai. Em novembro ela dá à luz a gêmeos. Parece que o tempo nos tira entes queridos, mas a vida os repõe. A natureza se renova, a vida se renova e o ciclo da vida continua apesar de tudo e da pandemia.

Diria que a vida ficou muito mais alegre com os gêmeos. Partilhei e partilho esses momentos com o professor Artur. Toda vez que falamos ao telefone, a primeira pergunta dele é: Como estão os gêmeos? Amir e a Anice vieram para alegrar nossas vidas. Hoje estão com um ano e dois meses. Estão descobrindo o ambiente, caminhando.

Gostaria de continuar a escrever, mas a Anice quebrou alguma coisa na cozinha e o Amir bateu a testa... Ser pai de gêmeos também é um aprendizado diuturno, ainda mais quando, aos pequenos, soma-se a presença do meu filho Michel, hoje com 20 anos e seguindo os passos profissionais do pai.

3 DISCUSSÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

3.1 Projeto de pesquisa

3.1.1 Introdução

A cirurgia do joelho começou a acontecer no Brasil a partir da década de 1970, com os médicos Marco Amatuzzi, Gilberto Camanho, Olavo Padilha, Osmar Arbix Camargo e Yoshiki Chumura. Todos do Estado de São Paulo, os quais, em 1983, durante o Simpósio Brasileiro de Cirurgia do Joelho, ocorrido na mesma cidade, fundam oficialmente a Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho (SBCJ).

No Rio Grande do Sul, conforme relatos do colega Osvandré Lech (2002), o primeiro cirurgião a operar rotineiramente menisco no RS foi o médico Guerra Blessmann, cirurgião geral, entre 1935 e 1945. Porém, como especialidade, a cirurgia do joelho começou a se organizar no fim do ano de 1976, quando Luiz Roberto Marczyk retorna de um estágio de sete anos em São Paulo, com o título de Mestre em Ortopedia e Traumatologia pela Universidade de São Paulo (USP), trazendo na bagagem a experiência de ter trabalhado em cirurgia de joelho com Marco Martins Amatuzzi entre outros. Em 1976, Marczyk cria no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), um grupo de estudos com seus residentes, entre eles Luiz Ellera Gomes.

Em 1979, realizou-se no Rio Grande do Sul, no HCPA, a primeira meniscectomia parcial endoscópica (resseção da parte doente do menisco, deixando a parte sadia intacta, sem corte cirúrgico), provavelmente da América do Sul.

Em 1981, João Luiz Ellera Gomes retorna de estágio de aperfeiçoamento no Canadá, trazendo novas técnicas e novos instrumentos, fazendo com que a cirurgia artroscópica do joelho saísse do estágio experimental e passasse, definitivamente, a pertencer ao arsenal terapêutico ortopédico. Até então, as cirurgias ligamentares e meniscais eram abertas.

O grupo de joelho do HCPA começou a dar importantes frutos:

- a) em setembro de 1981, durante o *XV World Congress SICOT* (Rio de Janeiro), Ellera Gomes e Marczyk apresentam trabalho inédito: *Looped semitendinosus tenodesis for cruciate ligaments reconstruction*. Pela primeira vez, um tendão livre na articulação;
- b) em dezembro de 1981, os mesmos autores publicam na Revista Brasileira

- de Ortopedia, o trabalho: “Reconstrução dos ligamentos cruzados do joelho com tendão duplo do semitendinoso”;
- c) em março de 1984, é publicado em *The American Journal of Sports Medicine*, o artigo *Anterior cruciate ligament reconstruction with loop or double thickness of semitendinosus tendon*;
 - d) em setembro de 1984, durante XVIII World Congress SICOT (Londres), Ellera Gomes e Marczyk, apresentam um dos primeiros trabalhos de reconstrução via artroscópica do ligamento cruzado anterior;
 - e) em 1985, o trabalho *Anterior cruciate ligament reconstruction with a loop or double thickness of semitendinosus tendon* é escolhido como um dos melhores trabalhos de medicina esportiva do ano, na área de cirurgia do joelho e é publicado no *Year Book of Sports Medicine*; e
 - f) em 1987, o mesmo trabalho passa a ser, então, citado no livro *Campbell's Operative Orthopaedics* (considerado um livro referência da ortopedia mundial) com três citações.

Esses trabalhos colocaram a cirurgia do joelho do Rio Grande do sul, não só em destaque nacional, como também internacional.

Ainda nos anos 1980, o Hospital Independência também foi importante serviço na divulgação e ensino da especialidade de joelho, sendo a equipe comandada por João Pozzi, este sendo um dos pioneiros e divulgador das técnicas da escola francesa de Lyon na área de joelho. Pozzi organizou e deu início à Jornada Lyonesa no Brasil, sendo que a primeira ocorreu no Estado do Rio Grande do Sul, no ano 2000. É uma jornada bienal e no ano de 2019 ocorreu na cidade do Rio de Janeiro. Em 2021, “ano da maioria, pois completa 21 anos, está marcada para Porto Alegre, lugar em que tudo começou” conforme o seu idealizador Dr. Pozzi, na sua fala no encerramento da última jornada. Dr. Pozzi sempre foi e continua sendo referência na cirurgia de joelho até hoje, especialmente no tocante aos distúrbios patelofemorais. Sua experiência e conhecimentos são difundidos nos serviços de residência do Brasil inteiro, por meio de visitas aos serviços, congressos e capítulos de livros sobre ortopedia.

Também nos anos de 1980, Passo Fundo se tornou importante centro em cirurgia de joelho no RS. Importantes professores estrangeiros como Henry Dejour e Pierre Chambat por lá estiveram, a convite de João Pozzi e José Saggin que passaram a desenvolver a cirurgia de joelho naquela cidade. Atualmente, Passo Fundo continua

referência em ortopedia e cirurgia do joelho, sendo que um dos profissionais do joelho dessa cidade, André Khun é, atualmente, vice-presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho (SBCJ) neste biênio (2019/2020), vindo, provavelmente, a presidir a no próximo biênio e, assim sendo, o primeiro colega gaúcho a se tornar presidente.

No início dos anos 1990, o HCPA continuou a liderar importantes pesquisas na área:

- 1991, no *Combined Congress of the International Arthroscopy Association and the International Society of the Knee* em Toronto, no Canadá, Ellera Gomes e Marczyk apresentaram o trabalho *Medial patellofemoral ligament reconstruction for recurrent dislocation of the patella: A preliminar report*;
- 1992, em *The Journal of arthroscopic and Related Surgery*, Ellera Gomes publica sua tese de mestrado defendida na Escola Paulista de Medicina; e
- 1991, *Medial patellofemoral ligament reconstruction for recurrent dislocation of the patella*.

Do seu início para cá, as técnicas empregadas nas cirurgias do joelho foram se modificando. Inicialmente, as cirurgias do joelho eram abertas e pouco anatômicas e tinham resultados clínicos não satisfatórios para o ortopedista e, especialmente, para o paciente. Atualmente, as cirurgias são mais anatômicas e minimamente invasivas, apresentando resultados mais satisfatórios, tanto para o médico quanto para o paciente. As técnicas cirúrgicas continuam evoluindo no Rio Grande do Sul, por meio dos novos profissionais de diversos serviços.

Como pertencço à terceira geração de médicos a praticar a cirurgia de joelho no Rio Grande do Sul, moveu-me a curiosidade científica de perscrutar os seus inícios, a sua trajetória, as suas transformações históricas. Sendo assim, este trabalho aborda, conforme o seu sumário, tanto uma história da cirurgia do joelho no Brasil e no Rio Grande do Sul, quanto uma análise das narrativas de memória de seus pioneiros. Quanto à problemática de pesquisa que proponho, a mesma diz respeito às peculiaridades das narrativas de memória dos primeiros médicos a praticar a cirurgia de joelho no Rio Grande do Sul, sua vinculação institucional e a possibilidade de integrarem uma rede de sociabilidades, marcada pelo interesse profissional comum.

3.1.1.1 Objetivos

Como objetivo geral, este estudo tem a intenção de analisar as narrativas de memória produzidas por ortopedistas gaúchos, envolvidos na introdução e desenvolvimento da especialidade relacionada à cirurgia de joelho no Rio Grande do Sul.

Como objetivos específicos deste estudo, estão:

- a) buscar depoimentos e entrevistas de ortopedistas gaúchos envolvidos na introdução e desenvolvimento da cirurgia de joelho no Rio Grande do Sul;
- b) analisar as falas dos médicos envolvidos na introdução e desenvolvimento da cirurgia de joelho no Rio Grande do Sul; e
- c) relacionar as falas e os conteúdos de memória dos ortopedistas gaúchos com o contexto de desenvolvimento da ortopedia do joelho no Rio Grande do Sul.

3.1.1.2 Delimitação

A delimitação espacial do trabalho será o Rio Grande do Sul e a delimitação temporal será do ano de 1980 até os dias atuais.

Na medicina ortopédica atentamos para técnicas cirúrgicas, nos preocupamos com o bem-estar do paciente e o melhor resultado cirúrgico. Deixamos sem registros nossa trajetória, nossas memórias. Não são comuns os livros sobre memória e história, nem da nossa especialidade, nem das demais existentes na área médica. É tentando preencher lacunas na produção científica, relativa à memória da especialidade médica a que me dedico e que comecei a me interessar sobre a temática, procurando o Programa de Pós-Graduação em Memória Social e Bens Culturais da Unilasalle.

O amor pela profissão, a gratidão a esses profissionais pioneiros que contribuíram para o surgimento e evolução da especialidade e, ainda, o reconhecimento daqueles colegas que difundiram esses conhecimentos no interior do Estado, motivou-me para a realização desse projeto. É um trabalho interdisciplinar, mas com um claro endereçamento a estudantes de medicina, residentes da especialidade de joelho, ortopedistas e médicos em geral, evidentemente. Não tem a pretensão de ser um trabalho completo, abrangente.

3.1.1.3 Justificativa

Muitos registros importantes de memória não poderão aparecer nos limites deste trabalho e me adianto para pedir excusas. Esse trabalho é apenas um “pontapé” inicial para trabalhar a memória da nossa especialidade.

Inserido em um mestrado profissional, um lugar de destaque em nosso horizonte de estudos está relacionado ao produto final a ser desenvolvido, que será um relatório de pesquisa, com textos produzidos no período, podendo estes serem apresentados em reuniões científicas e, possivelmente no futuro, encaminhados para publicação.

3.1.2 Revisão conceitual

Para viabilizarmos este estudo, vamos nos embasar na perspectiva social da memória. Nesse sentido, vamos endossar os estudos de Halbwachs (2006), para quem a memória tem um conteúdo essencialmente social, pois não lembramos nada sozinhos. A afirmação central de Halbwachs (2006) sobre memória é a de que, quaisquer que sejam as lembranças do passado que possam ter e por mais que pareçam resultado de sentimentos, pensamentos e experiências, exclusivamente pessoais, elas só podem existir a partir de quadros sociais da memória. Halbwachs (2006, p. 31) diz o seguinte:

Outras pessoas tiveram essas lembranças comigo. Mais do que isso, elas me ajudam a recordá-las e, para melhor recordar, eu me volto para elas, por um instante adoto seu ponto de vista, entro em seu grupo, do qual continuo a fazer parte, pois experimento ainda sua influência e encontro em mim muitas das idéias e maneiras de pensar a que não me teria elevado sozinho, pelas quais permaneço em contato com elas.

Essas palavras norteiam nossa apreensão sobre o caráter social da memória. Outro autor que trabalharemos será Pierre Bourdieu (2001). Vamos partir da noção de campo, para compreender a posição dos entrevistados e/ou depoentes. A própria condição de pioneirismo entre os médicos aqui enfocados dá, aos mesmos, uma condição profissional especial, a qual focaremos a partir da referida noção de campo. Segundo Miceli, a noção de campo de Bourdieu está relacionada à própria lógica da divisão social do trabalho (MICELI, 2001, p. XXXVIII). Por campo, entendemos como

sendo os diferentes espaços da vida social ou da prática social, que possuem uma estrutura própria e relativamente autônoma, com relação a outros espaços ou campos sociais. Esses campos se organizam em torno de objetivos e práticas específicas e apresentam – apesar das homologias que os unem – uma lógica própria de funcionamento, que estrutura as relações entre os agentes no interior de cada um deles. Assim, a relativa autonomia é uma característica inerente à noção bourdieuniana de campo (MICELI, 2001, p. XXXVIII).

Dessa forma, em todos os domínios do conhecimento vamos ter uma divisão, na qual profissionais e produtos do trabalho acumularão diferentes graus de capital, dito simbólico (no nosso caso, níveis de valorização profissionais diferentes). Assim, as falas dos profissionais aqui enfocadas terão uma diferente base performática: alguns falarão com mais legitimidade reconhecida do que outros.

Partiremos, também, da necessária relação entre memória e identidade: os médicos aqui enfocados, à medida que constroem narrativas de memória, constroem também uma identidade (pessoal, profissional), de acordo com a visão de Joel Candau (2011).

Um autor deveras importante para compreendermos as práticas médicas será Kuhn (2005), do qual vamos derivar os conceitos de paradigma e ciência normal. Para Kuhn (2005, p. 30), o conceito de paradigma é usado, referindo-se a modelos “dos quais brotam as tradições coerentes e específicas da pesquisa científica”. A partir do conceito de paradigma, o autor chega a outro conceito, o de “ciência normal” para referir-se às pesquisas abrigadas em um consenso científico, proporcionado pelo paradigma. Daí a instrumentalidade desse conceito para esta pesquisa: por exemplo, em nossos dias, a cirurgia do joelho obedece a critérios científicos propostos, de maneira especial pela SBCJ: minimamente invasivas, corretivas, obedecendo a padrões de precisão por meio do uso de vídeo (artroscopia). O conjunto desses procedimentos, seu embasamento científico e o protocolo técnico seguido, formam um paradigma na acepção de Kuhn (2005). Assim, os médicos que seguem esse paradigma podem ser vistos como profissionais de uma “ciência normal”. Esta “ciência normal”, terá existência até o surgimento de um novo paradigma (uma possível nova maneira de encarar a cirurgia do joelho).

Os conceitos de paradigma e ciência normal de Kuhn (2005), remetem-nos para lugares específicos de prática profissional, nos quais os médicos colocam-nos em prática, referendando-os, fazendo-os circular pelas redes de sociabilidade

estudados por Sirinelli (2003). A SBCJ será encarada, portanto, como um lócus de sociabilidade médica, como uma rede de sociabilidade. Essas redes configuram:

Relações estruturadas em rede que falam de lugares mais ou menos formais de aprendizagem e de troca, de laços que se atam, de contatos e articulações fundamentais [...] a noção de rede remete ao microcosmo particular de um grupo, no qual se estabelece vínculos afetivos e se produz uma sensibilidade que se constitui marca desse grupo (SIRINELLI, 2003, p. 38).

Um conceito fundamental para compreendermos a inserção social e profissional desses médicos será a de “Estrutura de Sociabilidade”. Para Sirinelli (2003), essas estruturas configuram-se como lugares em que se desenvolvem regras próprias, formas de convivência profissional. Como exemplo dessas estruturas temos as associações científicas, literárias, artísticas, no âmbito das quais se desenvolvem regras de convivência, padrões profissionais, científicos e estéticos. É neste âmbito que aparece a Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho e a cirurgia artroscópica como paradigma aceitável e necessário de “ciência normal”, conforme Kuhn (2005).

Igualmente, para Sirinelli (2003), no âmbito das estruturas de sociabilidade, desenvolvem-se as redes de sociabilidade, formadas em torno de profissionais que a integram, de suas inserções profissionais peculiares. No caso aqui estudado, os médicos integram uma “Estrutura de Sociabilidade”, a Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho, mas ao mesmo tempo, formam grupo sob sua liderança, nucleados em hospitais, clínicas, programas de pós-graduação, programas de residência médica.

Sendo este um estudo interdisciplinar e vinculado a um Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar, essa característica vai frequentar todo o projeto e as atividades como mestrando. Na esteira da interdisciplinaridade trataremos com alguns conceitos específicos da área médica, que passamos a discriminar a seguir, por serem de uso técnico e bastante restrito à especialidade médica que praticamos:

- **cirurgia ligamentar** – existem múltiplos ligamentos no joelho que servem para dar estabilidade a esta articulação. A cirurgia ligamentar refere-se ao reparo (sutura) ou reconstrução (substituição por enxerto) desses ligamentos, visando recompor a anatomia e, conseqüente, estabilidade articular (TRIA, 2002, p. 159-255);
- **cirurgia meniscal** – a cirurgia meniscal refere-se aos meniscos, que são duas estruturas fibrocartilaginosas (medial e lateral) em forma de crescent, e que ficam sobre a face articular da tíbia (osso da perna). Eles atuam como

estabilizadores da articulação, nutrição da cartilagem, absorvedores do impacto articular, além de terem uma função proprioceptiva. A cirurgia meniscal consiste na sutura ou na menissectomia parcial (retirada da porção lesada do menisco), quando estes sofrem lesão (STROBEL, 2000, p. 33 e 152).

3.1.3 Metodologia

As entrevistas e/ou depoimentos obedecerão ao protocolo profissional previsto em Alberti (1990). Dessa forma, temos em mente que estamos produzindo um documento, que para ter valor como instrumento de pesquisa, precisará obedecer ao previsto nesta obra: as entrevistas e/ou depoimentos serão transcritos, depois serão submetidos aos entrevistados e/ou depoentes para verificação do conteúdo do documento e, se for o caso, assinatura do termo de concordância. Somente assim, é que poderemos utilizar essas entrevistas e/ou depoimentos como documentos.

Quanto às fontes escritas, partiremos da leitura, fichamento e discussão das mesmas. Dessa forma, o fichamento vai constar de: transcrição, resumo e apreciação do texto.

A pesquisa aqui evidenciada será de molde qualitativo. A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis (MINAYO, 2002). Assim, esta pesquisa terá uma característica marcadamente exploratória.

Inicialmente, reunimos uma amostra de cinco sujeitos a serem entrevistados. Obviamente, pretendemos ampliar este universo. Os médicos foram escolhidos, a partir dos seguintes critérios: pioneirismo na especialidade de joelho; faixa etária; notabilidade profissional; inserção em uma rede de sociabilidade profissional considerável; e o fator geográfico, no Rio Grande do Sul. Sendo assim, foram programadas entrevistas com os profissionais elencados no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 - Ficha

Nome do médico	Localização (cidade)	Faixa Etária	Inserção profissional
André kuhn	Passo Fundo	Entre 50 os 60anos	Membro da SBCJ,
João Fernando Argento Pozzi	Porto Alegre	60-70 anos	Membro da SBCJ
João Luiz Ellera Gomes	Porto Alegre	Entre os 60 e os 70 anos	Membro da SBCJ
José Idílio Saggin	Passo Fundo	60-70 anos	Membro da SBCJ
Luiz Roberto Marczyk	Porto Alegre	70-80 anos	Membro da SBCJ

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

Dessa forma, foi elaborado um roteiro inicial de perguntas a serem formuladas, as quais, obviamente poderá sofrer modificações devido a peculiaridades existentes no perfil do entrevistado, conforme exposto no Quadro 2.

Quadro 2 - Roteiro inicial de entrevista

1. O senhor, como pioneiro na cirurgia do joelho no RS poderia falar sobre sua trajetória profissional?
2. De forma mais detalhada, onde o senhor buscou formação na área do joelho e quem foram os seus mestres?
3. O senhor tem na lembrança algum evento que lhe marcou na profissão e poderia relatá-lo?
4. Que lembranças o senhor tem das cirurgias ligamentares e meniscais nas décadas de 1980 e 1990?
5. Tem alguma recordação dos primórdios da cirurgia de joelho no RS?
6. E, por fim, ao longo desses anos, o que o senhor considera magnífico e o que considera desastroso para o desenvolvimento da cirurgia de joelho?

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

3.1.4 Proposta(s) de produção técnica e/ou artística

A proposta de trabalho final reside em um relatório de pesquisa, no qual reuniremos, entre outras informações, textos produzidos e demais informações referentes à atuação durante o mestrado. Estes textos produzidos poderão ser, também, socializados em reuniões científicas, frequentadas durante o período aqui trabalhado. Optamos por este formato de produção final, devido às características do objeto de estudo, o qual não possui presentemente bibliografia ou produção correspondente. O interesse, portanto, é socializar uma produção científica que ainda não existe, razão pela qual vamos insistir na produção de textos e sua socialização em reuniões científicas, o que vai ao encontro do formato relatório de pesquisa,

aqui escolhido.

Nesse sentido, já elaboramos um primeiro texto, o qual foi encaminhado e aceito para publicação em um livro científico. Trata-se de um estudo sobre a Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho, no qual abordamos a importância científica desta instituição para o desenvolvimento da técnica cirúrgica aqui analisada.

4 DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Como proposto no projeto para este estudo, foram entrevistados cinco médicos renomados em cirurgia do joelho e as referidas entrevistas serão reproduzidas na íntegra, para depois, fazermos uma análise conjunta das mesmas. O primeiro entrevistado, seguindo o proposto já mencionado no memorial e no projeto, é o Dr. André Kuhn, o qual segue sua biografia e entrevista realizada.

ANDRÉ KUHN



Fonte: SBCJ (2019).

Nascido em Carazinho em 1966, concluiu o curso de medicina em 1990, na Universidade de Passo Fundo. Fez estágio em ortopedia no Instituto de Ortopedia e Traumatologia de Passo Fundo (IOT-PF) e acompanhou entre outros, o Dr José Saggin. Fez residência em Ortopedia e Traumatologia nesse mesmo serviço (1991-1993). O Dr. Saggin junto com Dr. Pozzi o influenciaram e o estimularam a optar pela cirurgia do joelho. A exemplo do Dr. Pozzi, também seguiu para Lyon, França, onde fez sua especialização em cirurgia do joelho (1994-1995), e também acompanhou o serviço do Dr. Henri Dejour.

Ao retornar ao Brasil, iniciou sua profissão em Carazinho e Passo Fundo, sendo também preceptor da residência no IOT. Tem trabalhos científicos produzidos e publicados em diversas revistas de ortopedia. Dentro da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho (SBCJ) ganhou notoriedade, exercendo diversos cargos, vindo a

ser, em 2020, presidente da sociedade. Assim, é o primeiro ortopedista gaúcho a exercer a presidência da SBCJ. Atualmente, continua como preceptor da residência no IOT e atende em seu consultório particular.

Passamos a transcrição da entrevista concedida pelo Dr. Andre Kuhn, exatamente como foram ditas as palavras e com os erros de linguagem que apresentaram.

P: Como pioneiro da cirurgia de joelho no RS, poderia falar sobre tua trajetória profissional?

R: Muitas pessoas nem sempre têm a real noção de como foi o início da vida profissional de alguns colegas e tendem a achar que não serão capazes de alcançar metas pessoais maiores que de outros colegas que já alcançaram e desistem dos sonhos profissionais. A tendência do ser humano é sempre criticar, achar tudo difícil ou até quase impossível sem entender a história, as dificuldades que as pessoas enfrentaram e como elas conseguiram alcançar os objetivos. Então às vezes os mais jovens olham para passado e não levam em consideração o que foi trilhado e caminhado, e nem sempre elas entendem como chegar a algum lugar, e às vezes a gente poder se espelhar em algumas pessoas ajuda a encurtar caminhos, evitar erros que já foram cometidos, algumas coisas assim que facilitam a vida. Claro que cada época é uma época, a gente nunca tem como botar o sapato do passado, pois estamos vivendo o sapato do hoje para o amanhã que é completamente diferente da época que já passou. Passado é passado. O passado serve para nortear o futuro mas ele não volta mais, então o mundo tem uma tendência atual de evolução muito rápida. E a ortopedia é uma especialidade que, se olharmos parar pensar no que nós aprendemos na nossa formação, hoje revolucionou completamente as condutas e disponibilidades de tecnologias. A traumatologia também obteve um melhoramento muito grande e na formação atual a figura do traumatologista geral praticamente extinguiu pela evolução das áreas de atuação em subespecialidade da traumatologia e ortopedia. Mas ela tem princípios e bases que os pioneiros, na retidão com que eles exerciam a profissão, são responsáveis talvez pelo êxito dela porque, o que acontece: quando a gente era jovem antes de talvez entrar na faculdade, olhávamos um médico traumatologista como um cara com pouca formação médica, diferente, a gente não via ele como um médico na essência da medicina, a gente via ele como um “arrumador de osso”, “massagista”, alguém assim mais prático, de relacionamento profissional objetivo e tanto na vida como com o paciente. Então às vezes nem sempre a pessoa tem uma referência na escolha da profissão da medicina olhando um traumatologista. E hoje acho que isso já mudou, a ortopedia resgatou uma imagem médica de evolução, tecnologia e procedimentos de alta complexidade e resolução reconstrutiva tanto na traumatologia como na ortopedia.

Finalizei meu segundo grau em Carazinho no colégio La Salle com 15 anos, fazendo 16 no mês de setembro de 1982. Fui fazer um intensivo pré-vestibular em Santa Maria para tentar passar e obviamente que a realidade de formação e o nível de exigência do vestibular era muito além do que havia aprendido para poder competir e passar no vestibular. Fiz cursinho durante o ano de 1983 em Santa Maria e foi uma experiência muito importante, pois convivi com vários amigos universitários e outros fazendo cursinho pré-vestibular numa pensão no centro de Santa Maria. Peguei greves e senti a dificuldade do ensino público no Brasil e aquilo foi causando uma impressão negativa. Mas a cidade era envolta do espírito jovem pelo clima de convivência com estudantes de todas as regiões do Estado e até de outros

estados do país.

Sou filho de professora Estadual e pai agricultor que precisou parar de estudar para ajudar a família. Obtive todo o apoio para estudar dos meus pais que na época morávamos na granja perto da cidade em Carazinho e na época a comunicação era por telegrama, pois não tínhamos telefone na granja para comunicação. Então era carta e telegrama para coisas urgentes, tipo “pai manda mais dinheiro”!!!!. E o meu pai me mandava. Lembro que tinha aberto uma conta no Banco do Brasil, pois eu era menor de idade e na época tinha que ter autorização especial para poder ter conta bancária.

Então eu pensava em fazer medicina para depois fazer pediatria, gineco, “vou cuidar da mãe fazendo obstetrícia e vou cuidar da criança, tinha aquela coisa assim de médico “faz tudo”. Então esses eram meus espelhos para fazer medicina. Aí quando saiu o provão em Santa Maria, que classificava dois por um, eu resolvi fazer também na Fundação em Porto Alegre, que era uma semana antes. E a Fundação classificava 3 por 1. E eu passei na Fundação, passei em Santa Maria, e em Santa Maria já tinha saído a redação. Era só 10 questões de biologia e 10 questões de química na segunda fase e a Fundação era 3 por 1 e não tinha saído a redação ainda, tinha que fazer a redação e depois as provas escritas que eram mais 3 dias de prova. Eu estava me sentindo o gás da Coca né, pensei vou fazer em Porto Alegre por mais que eu gostasse de Santa Maria. Aí eu tinha me inscrito pra fazer de novo um intensivo de química e biologia nesse cursinho em Santa Maria. Eu me lembro até hoje que o ônibus de Carazinho pra Santa Maria era 00:45h. Meia noite e quinze o pai tirava o carro da garagem para me levar pra rodoviária e daí eu disse “não vou mais pra Santa Maria”. Meu pai disse “como não vai, tá tudo comprado, e pago o cursinho” e eu disse “não, não vou, desisti, vou fazer em Porto Alegre, não gostei da minha redação”. Porque a redação era um desenho que era para falar sobre o Papa e em Santa Maria eram 15 linhas a redação, tu tinha que ter um poder de síntese muito grande e valia bastante a redação, aí não fui pra Santa Maria, fui fazer o vestibular na Fundação. O único curso da Fundação que não precisou fazer vestibular no meio do ano, porque não preencheu as vagas pelas reprovações foi medicina. E eu me lembro que rodei por duas questões de física, porque eu era bom em matemática, mas não caía matemática caía física. E física foi uma prova que reprovou todos os cursos, o único que preencheu as vagas foi medicina e eu consegui acertar de 30 questões, 12 acertos e não podia acertar menos que 9. Se eu tivesse acertado 14 eu teria passado na segunda turma. E aí não passei porque ninguém desistia e fiz nas particulares onde passei em Caxias e em Passo Fundo. E Passo Fundo era um lugar que eu não tinha a menor vontade de fazer medicina, pois não gostava da cidade, meu pai tinha uma irmã que morava em Passo Fundo e eu achava a cidade feia, cheia de buraco, nada a ver se comparada com Santa Maria ou Porto Alegre. Mas acabei escolhendo Passo Fundo em 1985. E aí entrei na faculdade, comecei a gostar, e no primeiro ano comecei a fazer estágio no pronto socorro do Hospital São Vicente e ali a gente fazia sutura, podia fazer injeção, coisa bem básica, eramos mais um técnico de enfermagem do que qualquer coisa, mas era legal porque você colocava a “mão na massa”. E ali eu conheci a vó, a tia, a mãe das crianças e em poucos meses disse “pediatria nem pensar, isso não é medicina, não quero nem saber”. Então já no primeiro ano já tinha desistido da pediatria, mas eu não tinha contato com gineco e obstetrícia então aquilo sempre foi uma coisa que me encantava e como a disciplina era só no quinto ano da faculdade então eu sempre estava distante da especialidade. E eu carreguei muitos anos aquilo como uma vontade de fazer. eu morava num apartamento perto do hospital São Vicente e do primeiro pro segundo ano, no início do segundo ano nós morávamos em 3, e aí tinha um colega meu que era de Xaxim, que era muito “mão de vaca”, e ele disse que era muito caro dividir o apartamento (era um quarto pra cada um), “vamos ter que botar mais um, eu divido o meu quarto”. E aí veio um colega que hoje trabalha em Lages que estava determinado a fazer ortopedia e traumatologia. Eu disse “tu é louco, o que tu quer saber dessa especialidade,

isso não é medicina” e ele falava encantado. Ele foi procurar fazer estágio no IOT, e aí ele conseguiu, começou a fazer estágio, fazia uns 30 dias que ele estava fazendo estágio antes das férias, daí ele me disse “quem sabe tu vai lá, vamos aprender a fazer gesso, o pessoal é legal, ensinam bastante e dá pra fazer um plantão”. Daí eu disse “tá vou lá ver, mas não tenho a menor pretensão e, fazer traumatologia. E aí eu fui conheci as pessoas, os funcionários, e a gente acompanhava os ambulatórios de atendimento médico. Me encantei pelo grupo que era o Saggin, o Bertol, o Osvandré, o Tercildo e o Lauda, os 5 que formavam na época o IOT. E o Bertol era um cara diferente, pois era sério de pouca conversa mas com muito conhecimento técnico, ele quase não atendia convênios, era um cara mais diferenciado, usava um avental todo diferente, saía do consultório, deixava o paciente sentado, ia no andar de cima que tinha uma biblioteca grande, ia lá abria um livro, deixava um papel dentro, voltava e terminava a consulta. Era um cara muito técnico e tudo que falava nas reuniões de Rx e discussão de casos clínicos e Rx era o que tava no livro. Aquilo me impressionava e então aquilo foi me intrigando, tu vai tendo um olhar diferente. E o Saggin era um cara bonachão e era um folclore o ambulatório dele. Era piada, risada, divertido e explicava para gente, fazia festa com todo mundo, sempre foi muito espontâneo com todos e com os pacientes. De uma relação médico – paciente quase que única. O Tercildo era um cara bastante técnico também, um alemão seco mas educado, gentil com os pacientes. O Lauda já é um cara mais tranquilo e de todos talvez o que menos falava teoria, bom relacionamento com o paciente e bastante habilidade cirúrgica. E o Osvandré era o professor, sempre queria ensinar todo mundo, fazia você entender e perguntar e era chato com a gente no sentido de cobrança, muito metódico. Aí o estágio lá foi legal, eu aprendi e aquilo mudou minha cabeça, parei de falar mal da especialidade e comecei a acompanhar. Comecei a fazer plantão e tinha oportunidade de fazer estágio na clínica e no hospital para ajudar a atender os pacientes no plantão, na emergência, entrar em cirurgia, e aquilo foi me fazendo ter uma paixão pela especialidade e a mudar minha cabeça. Então eu entrei no terceiro ano já bem focado na ortopedia, e no quarto ano a gente tinha oportunidade de fazer estágio em vários serviços da faculdade dentro do hospital. Existiam alguns estágios que eram clássicos e muito concorridos, que era o estágio da gastro com a equipe do professor Madalosso, o estágio da neuro, que era só os feras, os “bãm-bãm-bãs” que faziam... tipo o cara que fazia estágio na neuro já era “médico”, no quarto ano já tinha “pose de doutor”. E da nefro. Aí eu resolvi fazer estágio na gastro, então eu fazia três estágios na faculdade: na ortopedia na clínica, no hospital, e mais o da gastro. Então aquilo me ajudou a aprender bastante, então eu tinha uma boa visão da cirurgia geral, mas eu já estava meio decidido, no quarto ano eu já tinha decidido, vou fazer gastro para aprender mas eu já sei o que eu quero, que é traumato-ortopedia. Então fui indo, e quando eu estava do quinto para o sexto ano era eu e mais um outro colega meu de faculdade que também queria fazer ortopedia. E no ano que eu queria fazer a residência só ia ter uma vaga, e nós éramos dois para uma vaga, e o cara já era mais antigo que eu, um ano a mais. Ele era meu colega mas ele já tinha rodado, já começara a fazer estágio antes de mim no IOT, e aí aquilo me dava um frio na barriga, porque se eu for fazer traumato- ortopedia só faço se for aqui em Passo Fundo. Então como eu fazia estágio na gastro, cirurgia geral, eu pensava: se não for fazer ortopedia aqui em Passo Fundo vou fazer cirurgia geral em Porto Alegre. Tanto que quando eu fiz a prova da residência, a prova da AMRIGS, eu me inscrevi em todos os lugares. O único lugar que eu me inscrevi pra traumato e ortopedia foi em Passo Fundo e o resto eu me inscrevi pra cirurgia geral. Porque eu não tinha nenhum outro lugar de referência pra fazer ortopedia, e naquela época se tu não fazia estágio no lugar podia tirar a melhor nota que tu não entrava, os caras te ralavam na entrevista pois era a entrevista que determinava, se tu não tinha alguém indicando, um QI, um padrinho, tu era carta fora do baralho. E aí no sexto ano ninguém mais fazia estágio eu era doutorando no hospital e aí o Osvandré me viu e disse “o que

tu tá fazendo aí?”, e eu disse “tô fazendo plantão”, e ele “mas tu é sexto anista, já é doutorando”... e eu “mas eu to estudando, quero fazer residência”... “mas tu já tá dentro da residência, tu acha que não vai entrar? O outro cara não gosta de estudar, tu estuda, o perfil de vocês são diferentes” e eu falei “bom isso você pode pensar mas eu não sei, eu tenho um concorrente né”. E aí ele disse “não... pára de fazer isso, a vaga é tua”. Daí aquilo me deu uma aliviada. assim, até parei de fazer os plantões porque era puxado, para estudar pra prova da AMRIGS. A diferença de clima entre o IOT para o PSF (hoje HO) era muito grande e o pessoal do HO eram nossos professores da faculdade mas a relação de trato com o residente era diferente. Acho que muitas vezes as pessoas determinam e induzem o aluno e eles induzem seus discípulos pelos seus exemplos. Eu tinha eles como exemplos de pessoas e profissionais. O Marco Aurélio (ele está hoje em Tubarão, faz quadril lá) meu colega de faculdade que seria meu concorrente para a vaga de residência o Saggin arrumou pra ele fazer a residência no PSF. Eles gostavam da gente, então foi uma atitude de muita nobreza, em um momento que eles viram que só tinha uma vaga e tinha duas pessoas, se sentiram no compromisso de ajeitar uma vaga. Eu me lembro que o Saggin ligou para o Milton Roos e disse “olha, nós só temos uma vaga, temos duas pessoas, nós temos que escolher uma mas nós queremos ver se vocês tem duas vagas porque nós temos uma pessoa pra indicar para vocês. Daí ele foi lá e deram a vaga para ele. Então o Saggin meio que apadrinhou ele e ajeitou. E aquilo foi uma coisa que me marcou bastante pelo caráter, pelo respeito, criando um vínculo sentimental além do que é a especialidade né. Aí comecei a fazer a residência, me formei em 90 e janeiro de 91 já era residente e você vai se espelhando... tem aquelas pessoas que cobram daí me lembro que na faculdade no sexto ano o Bertol estava naquele período de ir para Porto Alegre, e ele é um cara muito criterioso na cirurgia, metódico e alguns residentes não gostavam de entrar na cirurgia porque ele cobrava conhecimento. E ele me tratava bem porque eu não era residente, eu ia sempre nos ambulatórios dele, ajudava, atendia tudo e sabia as coisas, estudava... e ele gostava que eu ajudasse ele na cirurgia. Eu me lembro que eu até gazeava algumas aulas para ajudar ele nas cirurgias . Aprendi muito de ortopedia pediátrica com ele, eu era R1 e sabia bastante de ortopedia pediátrica, uma especialidade difícil. E o Osvandré que era um cara que ensinava a gente e era bem cobrador com o residente no sentido de exigir mas ensinava e mostrava a anatomia . Ele é um exímio anatomista. Uma pessoa que, se tu olha a história de vida dele é fácil de entender, pois batalhou, nada caiu no colo dele, o pai dele era representante de laboratório, ele pagou a faculdade dele particular dando aula em cursinho pré-vestibular, e se virou, pois nada veio de graça para ele. Então ele queria que a gente tivesse a mesma retidão e respeito a oportunidade que estava sendo dada, não era um simples número que estava ali para “lambretar” uma cirurgia, ele queria que tu aprendesse. E a filosofia do IOT foi nunca esconder o jogo, ou seja, eles sempre quiseram que os seus discípulos fossem melhores que as criaturas, então isso foi uma marca que determinou muito na minha formação profissional. O Saggin sempre queria alguém com ele para fazer joelho e o primeiro cara que ele convidou, hoje está em Concórdia, que é o Marcos Dias de Paula. O Marco terminou o segundo ano na época (o terceiro ano era optativo pois era para o título da SBOT, no segundo ano tu já tinha o certificado do MEC de ortopedista) e ele saiu de férias, foi trabalhar em Concórdia, voltou pra fazer o R3 mas ele não fez a prova da SBOT, e aí acabou não estudando, fazia muito plantão, e isso era uma das coisas que precisava do título pra entrar no IOT, e o Saggin queria que ele fizesse joelho com ele mas o Marco optou pelo trabalho em Concórdia . Hoje ele é cirurgião de joelho em Concórdia, está bem mas não fez a prova da SBOT. E o Jorge Borges era um cara que iria ficar em Passo Fundo pois a família dele era de Passo Fundo. Aí ele viu uma oportunidade na época eu me lembro que teu estava no primeiro ano da residência e o Saggin tinha ajeitado pra ele acompanhar o Marczyk e o João Ellera nas quintas feiras. Então o Jorge era

meu R3, todas quartas ele ia para Porto Alegre de tardinha e voltava na sexta-feira de meio-dia, e nós éramos quatro residentes. Eu era R1 e tinha dois caras que eram meus R2. Então todos os plantões do Jorge sobravam para mim. Não podíamos brigar na residência, e daí na metade do meu R2 o Bertol disse que não iria mais vir pra Passo Fundo e foi onde deu a guinada da mudança, o que eles fizeram, convidaram o Jorge para fazer ortopedia pediátrica, ajeitaram para o Jorge ir pros Estados Unidos fazer ortopedia pediátrica. Daí eu comecei a solicitar para o Osvandré que eu queria fazer um estágio em Porto Alegre lá no Independência, e aí acompanhar o Pozzi. O Osvandré trabalhava em Porto Alegre, ajeitou, o Saggin também ligou para o Pozzi, e daí fui lá acompanhar o ambulatório de joelho com o Pozzi, Breno e o Everton Konkewicz. Aí eu adorei, na época o Salvador era residente na época no Independência e fiz amizade com todos eles e aprendi bastante, muita coisa com o Pozzi, pois ele aprendeu em Lyon e me encantei mais ainda e resolvi: vou fazer joelho. E aí no meu terceiro ano de residência teve um congresso de joelho em São Paulo no Maksoud Plaza, e eu pedi pro Saggin se eu podia ir para o congresso. Daí me disseram “o que tu quer ir num congresso de joelho, tem que ir em um congresso de ortopedia”, daí eu disse “quero fazer joelho” e o Saggin disse “vem comigo”. Aí eu fui de carro com o Saggin, de Passo Fundo a São Paulo de carro, lembro que ele tinha na época um Santana. Fomos eu, o Saggin, passamos em Concórdia pegar o Marcos Dias de Paula, e a mulher do Saggin, a Ligia. Então fui no congresso, e nesse congresso estava o Jimmy Andrews e o professor Henry Dejour. Aí eu comecei a assistir às aulas e falei “bah, gostei das aulas do professor Dejour”, e eu sabia que o Pozzi tinha feito com ele e pedi pro Saggin me apresentar e perguntar como se faz pra fazer estágio lá na França. Daí o Saggin perguntou “tu quer fazer joelho mesmo?”, eu disse “sim quero fazer joelho”. Então ele disse que iria falar com o Pozzi. Aí no outro dia ele me chamou ali junto com o Pozzi, me levaram e me apresentaram para o professor Dejour. Lembro que o Dejour estava com um terno todo bege de linho, falava com um vozeirão, me deu *bonjour*, ele tinha um vozeirão forte, eu não sabia falar nada em francês. Daí o Pozzi disse “esse menino tem vontade de fazer joelho, ir para França”. Ele me olhou e disse (em francês) “muito bem! Só me diz quando que, se o Pozzi pediu tá pedido”. E daí ele já me garantiu que eu podia ficar lá o tempo que eu quisesse, e daí me atraquei a estudar francês, a estudar para prova da SBOT, e eu era o único que iria fazer a prova naquele ano. Daí o Jorge tinha voltado já dos Estados Unidos e ficou me dizendo “não vai rodar, nessa prova nunca rodou ninguém” e isso me “fervia o radiador”, e aí cada minuto que eu tinha eu me atracava a estudar. E aí eu fui bem na prova, fiz a prova da SBOT, lembro que fui primeiro lugar de todos da região Sul, do Paraná para baixo, fiz média 8,4 na época. Era menos gente, na época éramos 170 pessoas fazendo a prova, na Unicamp do TEOT. Mas foi bem legal assim, porque aí eu voltei da prova e na época o único cara que tinha entrado no IOT era o Jorge, e eles eram bem fechados, então assim ninguém tinha ninguém trabalhando com ninguém. Aí o Saggin disse “olha, então quando tu estiver fora eu vou mudar a situação aqui para quando voltar trabalhar comigo e aí vai inicialmente para Carazinho que é a tua cidade, mas depois quando tu voltar da França nós vamos conversar e tu vai trabalhar comigo. Fiquei 10 meses na França e antes de retornar em 95 teve uma jornada de Lyon que o Professor Dejour organizava e na época era a última jornada que o professor Henry Dejour iria presidir porque depois ele iria se aposentar, e ele tinha uma aula dele que era de osteotomia de deflexão do joelho, e era a menina dos olhos dele, era uma das cirurgias que ele mais gostava, que ele tinha na época uns 25, 26 casos em toda a vida dele que ele tinha feito, e aí ele tinha que dar uma aula. Ele me chamou uns 3 meses antes do congresso e disse “olha, eu sei que vai vir bastante brasileiros e eu quero dar um presente para os brasileiros e essa aula é minha conferência magna, mas eu não vou dar ela e quem vai dar é você no meu lugar”. Aquilo me gelou as pernas. “Você tem 3 meses para me entregar um trabalho e tem que fazer e me mostrar, vou te ajudar, mas você

vai apresentar no meu lugar essa aula, e eu só vou dizer isso mais perto do congresso, mas é tu que vai dar essa aula.” Então eu assumi a responsabilidade, comecei a juntar os casos para fazer o trabalho. Aí eu convidei um colega Tunisiano de estágio que era muito bom, mas era tímido não entrava em cirurgia. Os tunisianos são alfabetizados em francês, e aí ele me ajudou a escrever o trabalho, tanto que eu fiz em 45 dias o trabalho. E aí quando eu apresentei o trabalho o professor Dejour caiu da cadeira “como assim está pronto o trabalho?”. Daí eu disse que pedi ajuda para o colega tunisiano e solicitei para colocar o nome dele também no trabalho. E aí comecei a estudar todo o trabalho, a apresentação, e quando teve a jornada veio uns 50 e poucos brasileiros, até o professor Amatuzzi veio, os figurões de São Paulo, daí na época foi lá o brasileirinho... eu tinha 27 para 28 anos de idade, e apresentei em francês 15 minutos de aula com 5 minutos de perguntas da plateia. E aí o Pozzi tinha trazido bem naquela época a Isabel, que iria fazer ombro com o Gilles Walch, e aí a Isabela ficou no meu apartamento que eu morava e passei minhas coisas para ela, e aí uma semana depois da jornada eu vim embora. E aí quando voltei, fui para Carazinho e comecei a trabalhar lá. Aí na outra semana o Saggin me ligou dizendo que queria que trabalhasse com ele. Aí eu fiquei trabalhando duas vezes por semana com o Saggin em Passo Fundo e o resto do tempo em Carazinho. E no final desse ano em 95 o Saggin tinha 49 pra 50 anos de idade e teve uma angina, levou um susto, daí ele disse “quero que tu te mude, que tu venha pra Passo Fundo pra assumir mais coisa aqui comigo”.

Daí eu me mudei pra Passo Fundo, comecei a trabalhar e as coisas foram acontecendo. Então tu está num serviço que é referência, tem uma formação boa e o trabalho vai engrenando, e as coisas foram acontecendo. O IOT sempre tem participação científica nos eventos. Em Passo Fundo organizado pelo outro serviço que é o pessoal do HO. O IOT ajudava na organização tanto que o primeiro congresso gaúcho foi em Passo Fundo, onde começou toda a questão do Congresso Gaúcho junto da Jornada de Passo Fundo. E aí você vai trabalhando e a residência te projeta bastante você aprende a lidar com os residentes. E no início dos anos 2000 começamos a ter os *fellows* de Joelho. O primeiro que a gente teve foi um rapaz que veio de Curitiba, depois veio um do Rio de Janeiro, e aí foi indo e o serviço foi crescendo, e a minha história dentro da sociedade do Joelho começou sem a menor pretensão. Foi em 2006, eu estava no Congresso de Joelho na Costa do Sauípe, na época o Rogério Fuchs iria assumir a presidência e era o João Maurício Barreto o presidente da SBCJ naquele congresso. E ele era um congresso que começava de manhã, terminava às duas da tarde. Era num resort e depois começava às cinco da tarde de novo. Das duas às cinco era o intervalo para ir pra piscina. E eu me lembro que teve uma assembléia da SBCJ, e eu já era membro da SBCJ, e aí eu estava sentado e eles escolhendo onde ia ser o próximo congresso e tinha que indicar os delegados regionais. Aí o Rogério olhou pra mim assim e disse “o André vai ser o do Sul”. Daí eu “tá, tá bom, vou assumir” mas eu nem sabia o que era um delegado regional. Aí assumi a função na gestão do Rogério. Fui numa primeira reunião em São Paulo, a SBCJ ainda não tinha sede própria. A reunião era dentro da SBOT, aí naquele dia eles estavam escolhendo uma sala para comprar - que é a atual sede hoje da SBCJ. Organizaram as tarefas e funções dos Delegados Regionais e disseram “vocês precisam fazer uma jornada regional. A do Sul será no RS porque a cada dois anos é em um Estado e dessa vez você tem que coordenar entre os três Estados uma jornada”. Aí chegou mais perto e eu disse “posso fazer em Passo Fundo?”. “Poder pode, mas é complicado e como tu vai chamar as pessoas para Passo Fundo?”, eu disse “deixa comigo”. Daí eu comecei a me virar e convidei o David Dejour para vir na jornada. Era 5 mil dólares a passagem executiva. Aí consegui com uma empresa um patrocínio, eu lembro que na época era 14 mil reais a passagem. Falei com um cara numa empresa de turismo para cuidar na internet a hora que baixar para 10 mil ele comprar. Aí foi e o cara me liga, de noite, “tem uma passagem por 8.500” daí eu disse “pode comprar”.

Arrumei o patrocínio e comecei a convidar um monte de gente, falei que iria vir o David Dejour e coloquei 170 pessoas na jornada em Passo Fundo. Fiz um programa que incluiu os três Estados, até o João Ellera fiz vir. Aí eu fiz num hotel em Passo Fundo, fiz uma janta de abertura no último andar do Hotel com vista noturna da cidade . Foi um evento muito bem organizado. Fizeram reunião na época da Diretoria da SBCJ e me convidaram para fazer parte da diretoria que a Márcia Uchoa estava montando, aí eu entrei na diretoria em 2009 da SBCJ. Fui galgando os espaços, as pessoas vão te conhecendo tu vai conhecendo o ambiente, mas é difícil né... logo que eu entrei quase não tinha vôo de Passo Fundo a São Paulo. Pegava um ônibus leito de madrugada e ia pra Porto Alegre, de manhã cedo pegava o avião, ia para São Paulo participava da reunião, voltava de noite, de madrugada entrava em um ônibus de novo e no outro dia estava trabalhando. Então era bem puxado, mas tu te vira como tudo na vida. Agora está um pouco mais fácil porque tem vôos de Passo Fundo a São Paulo, tinha cinco vôos antes da pandemia, três da Azul e dois da Gol, então facilitou. O mais legal de toda história toda é que as pessoas acabam querendo saber como que alguém de Passo Fundo, que é uma cidade de 200 mil habitantes, tem essa projeção que todo o país conhece Passo Fundo. E aí tu começa a entender o caminho que algumas pessoas construíram. Quando eu era residente, o Osvandré fazia isto na época participando dos congressos que eram bem diferentes, então um médico que extremamente dedicado a divulgar a sua atuação , ele fazia folderzinhos de algumas coisas, de uma patologia, de reabilitação e ele ia lá dava um jeito de conseguir as divulgações dentro das pastas do congresso da SBOT . Isso vários faziam, tanto que hoje isso é proibido porque as pessoas faziam marketing e quando o cara abria a pasta tinha mais de 50 folders na pasta do congresso, de todo mundo . E o Osvandré sempre foi decidido e sempre foi de presença e de bom relacionamento com todos os colegas do país e podemos dizer que foi o embaixador da ortopedia de Passo Fundo no país. E ele é um cara que abriu as portas, que fez Passo Fundo ser conhecida no cenário nacional de uma maneira enorme, tanto que o pessoal pergunta “tu é do serviço do Osvandré? Tu é de qual serviço?”. Ele é uma referência. Vindo a tornar-se presidente de todas as sociedades que participa. Hoje a gente tem um serviço que é bem conhecido e atualmente tem uma produção científica grande, uma estrutura de trabalho com os residentes . Quando você começa a olhar as publicações do sul do Brasil observa que o nosso serviço é um dos que mais tem publicações, tanto nacional quanto internacional. E isso foi consolidando mas porque algumas pessoas de uma maneira muito destemida, enfrentaram e quebraram barreiras. Então a minha história foi seguir exemplos de pessoas que eu tive como referência, como tudo na vida, a gente tem que ter referência. Eu graças a Deus tive algumas pessoas que pra mim foram determinantes como exemplos de perseverança, caráter, e de querer sempre que as pessoas sejam melhor que elas. O próprio Osvandré, por mais que ele seja uma pessoa que é chamado de “pavão”, mas é um cara que o prazer dele é ver que as pessoas aprenderem e que são às vezes melhores do que ele é. O Saggin é a mesma coisa, é uma pessoa muito humilde e que nunca escondeu o que sabia fazer. Não gosta de aparecer, tanto que ele não gosta muito de falar em público. Ele é um cara extrovertido mas na hora de dar uma aula, de falar, parece que ele fica ansioso.

P: Tem algum evento assim que tu lembra que foi marcante na tua profissão?

R: Teve o congresso de joelho que eu fui em São Paulo em 1993, eu era meu R3, onde estava o professor Dejour quando o conheci, foi um evento que determinou e consolidou o que eu queria fazer. O congresso na Costa do Sauípe, eu me lembro que eu tava cansado, tinha tomado umas caipira na piscina mas pensei “tenho que ir lá” naquele compromisso de sentar lá, no horário, e se eu tivesse ficado no quarto talvez nada teria acontecido. Então

assim, às vezes, algumas coisas que você por preguiça deixa de fazer são várias oportunidades que talvez tua vida seria totalmente diferente. Então acho que as pessoas jamais devem desistir de sonhos ou se acomodarem. Então pra mim o que aquilo serviu: a inquietude e não ser acomodado é determinante na tua vida. São duas coisas, duas épocas, que pra mim determinaram muito. A outra coisa foi esse congresso lá em Lyon que eu tive que apresentar e enfrentar a dificuldade da língua e, ao mesmo tempo, enfrentar uma plateia e ter que saber arguir e responder as perguntas. Então eu me defendi, fui lá, ninguém foi maldoso e nada, respondi bem e todo mundo queria saber quem eu era, porque nunca um brasileiro tinha falado na jornada de Lyon. Então aquilo foi algo que me deu muita força de acreditar que tudo é possível. E no momento atual, dentro da SBCJ, ao mesmo tempo as pessoas vão te conhecendo. tem um respeito muito grande. Às vezes o bastidor político é um bastidor pesado mas você com o trabalho, com a credibilidade, consolida opiniões e consegue fazer com que as pessoas com interesses diferentes participem conjuntamente contigo. Isso é o aprendizado da bagagem que as pessoas que serviram como exemplo te deram, ou positivos ou negativos. Então todos nós principalmente pessoas que lidam com pessoas que estão fazendo formação, nós temos um papel que às vezes a gente não enxerga o quão importante que ele é. E eu acho que contar a história que nem você está fazendo é importante, porque às vezes as pessoas precisam ver e entender um pouco do que que foi, como aconteceram as coisas, nem tudo é fácil. Quem olha assim parece que tudo foi sucesso, mas não. O sucesso é um segundo, a dificuldade às vezes é uma eternidade, os momentos difíceis são muito maiores que os momentos prazerosos, e a gente depende desses momentos difíceis pra conseguir esses momentos prazerosos. Hoje por exemplo, eu não sou um cara muito assim de ego, vaidade, mas claro que você acaba naturalmente lidando com o sentimento mas é uma grande vaidade ser o primeiro presidente da SBCJ do RS, um cara do interior do Estado, então eu sou o primeiro cara fora de uma cidade fora do eixo das grandes cidades.

P: Que lembrança tu tem das cirurgias ligamentares e meniscais da década de 80/90?

R: As primeiras cirurgias que eu assisti foram o famoso Dejour com Lemaire para o ligamento cruzado anterior aberto. O Professor Dejour nunca chamou a cirurgia dele de Dejour, era chamdada KJ (Keneth Jones). A gente fazia um tubo de gesso com pé em rotação externa e deixava seis semanas num gesso fofão, era um algodão enorme. E os pacientes voltavam com a perna atrofiada depois de tirar o gesso. E aquilo era uma cirurgia diferente porque os pacientes voltavam a jogar futebol, e eu via neles a figura do meu pai que teve seu ligamento cruzado anterior rompido, mas a cirurgia que recebeu na época tinha sido uma menisectomia por lesão em alça de balde. E sempre falseava o seu joelho e meus primos também tiveram lesão de cruzado, precisaram parar de jogar bola. Por isto a cirurgia do joelho sempre me chamou a atenção desde a minha infância pela incapacitação que gerava. Então eu vivi toda essa mudança, vi as primeiras próteses de joelho serem feitas, o Saggin foi um dos pioneiros a fazer prótese no Rio Grande do Sul, eu era residente e me lembro que eles faziam na época bilateral simultânea, faziam um e depois faziam o outro, Eu vivi toda a mudança, a artroscopia era feita “no olho”. O meu irmão fez uma lesão de menisco, eu era R2, o Saggin disse “eu não sei fazer isso direito, vamos levar ele para o Pozzi operar o teu irmão”. O Pozzi fez uma sutura de menisco lateral com artroscópio “no olho”, fez dois pontos no corpo do menisco lateral. Depois eu lembro que esse mesmo joelho o meu irmão rompeu o cruzado, eu acabei operando o cruzado e anos depois o outro joelho dele e estava inteiro o menisco lateral suturado pelo Pozzi. Então assim quando eu voltei da França onde aprendi a fazer artroscopia comecei a fazer muitas cirurgias artroscópicas. Aí fui pegando a mão... e pude presenciar várias mudanças na cirurgia do joelho e, se a gente

olhar pra trás o que mudou de instrumental, material, a qualidade é impressionante. Ontem em um grupo que eu participo de cirurgiões de joelho no WhatsApp, que tem alguns cirurgiões do Brasil, alguns estavam discutindo sobre prótese não cimentada. E no meu tempo de faculdade, não residente, o Saggin fazia prótese não cimentada, já tinha alguns modelos que vinham dos Estados Unidos, e eu me lembro que ao revisar as próteses a maior dificuldade era conseguir tirar, aquilo adería de um jeito que era difícil retirar e tinha que pegar uma serrinha de gígle e ir cortando o osso ao redor do implante. Então assim, vivi várias coisas diferentes, a falta de materiais em época dos anos 90 que faltou muito implante. Prótese de revisão a gente quase não tinha, mesmo as próteses nacionais a qualidade era baixa. Mas a evolução foi muito grande e a principal evolução é a cirurgia artroscópica, a cirurgia de menisco, as suturas, é uma especialidade que tem que estar sempre aprendendo, ela está sempre mudando. Às vezes tem ano que eu participo de 20 e poucos congressos entre jornada e congresso de joelho. E sempre aprendo uma coisa nova com a atividade. Sempre tem uma novidade, tem um detalhe, então essa inquietude é o que mantém a gente ativo. O profissional quando perde a inquietude de ir atrás, acabou, aí a medicina se torna uma coisa chata. Acho que isso é uma coisa que eu tenho dentro de mim. Não sei como vai ser agora quando eu sair da diretoria da SBCJ porque vai ser um abismo entre estar cheio de coisa e, a partir de um momento, ter muita coisa para ser reinventada. Mas a gente tem que saber se reinventar (KUHN, 2019).

Feita a transcrição da entrevista do Dr. Andre Kuhn, passamos a transcrição da entrevista e biografia concedida pelo Dr. João Fernando Argento Pozzi, exatamente como foram ditas as palavras e com os erros de linguagem que apresentaram.

JOÃO FERNANDO ARGENTO POZZI



Fonte SBCJ (2019).

Nascido em Porto Alegre em 1950, Pozzi como é conhecido por todos seus

colegas e alunos, formou-se em medicina em 1977, pela Fundação Universidade de Rio Grande (FURG). Primeiro médico da família e apaixonado pela ortopedia, foi levado por uma enfermeira, amiga da família que chefiava a sala de gesso, ao hospital de Pronto Socorro Municipal de Porto Alegre, ainda cursando o segundo ano da faculdade. Acompanhou seu primeiro mestre na ortopedia, que foi o professor Laviera Laurino, a quem o acompanhou mesmo antes de cursar a cadeira de Ortopedia. Fez residência médica no Hospital Independência.

Motivado pelo colega José Gouveia, escolheu a área de joelho para se aperfeiçoar. Sua formação em joelho deu-se em três diferentes serviços: Primeiro em Columbia, Georgia, USA, com o professor Jack Hughston em 1982/3. A seguir foi ao Serviço do Professor Henri Dejour, Lyon, França, em 1983/4. Em 1990, acompanhou o Professor John Insall, em Nova York.

Tiveram um destaque especial na sua formação, o Professor Dejour e outro lyonês, o Dr Pierre Chambat. Fez parte da equipe do IOT-PF (Instituto de Ortopedia e Traumatologia de Passo Fundo) de 1979 a 1984.

Em 1984, fundou e presidiu o grupo de joelho do Hospital Independência e de 1990 a 1999 foi preceptor da residência médica em ortopedia da Santa Casa-RS. Em 2003, assumiu a chefia da ortopedia da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), e criou, com o aval da SBCJ, o programa de especialidade em cirurgia do joelho.

Em 2009, devido ao fechamento do Hospital Independência, que pertencia a ULBRA, transfere o grupo de joelho para o Hospital Beneficência Portuguesa.

Reconhecido em nível nacional e internacional, recebeu e recebe convites para participar de congressos e de publicações no país e no exterior. É “pai” da Jornada Lyonesa no Brasil, tendo sua primeira edição em 2000, em Porto Alegre, e a cada biênio ocorre em uma capital brasileira.

Teve como *hobby*, por muitos anos, a criação de cavalos mangalarga, ganhando mais de 200 premiações em exposições.

Atualmente, atende em sua clínica particular e ainda exerce a orientação dos fellows da cirurgia do joelho, que acompanham suas cirurgias.

Passamos a transcrição da entrevista concedida pelo Dr. João Fernando Argento Pozzi, exatamente como foram ditas as palavras e com os erros de linguagem que apresentaram.

Bom dia, Dr. Pozzi!

R: Bom dia Jamil, que prazer te ter aqui comigo hoje.

P: Sem muitas “delongas” (já diria o gaúcho) vou direto ao questionário aqui. O senhor como pioneiro na cirurgia do joelho no Brasil e aqui no RS poderia falar sobre sua trajetória profissional?

R: A minha trajetória profissional acho que começou como todos nós, passei um bom período da faculdade acompanhando meu mestre, professor de Ortopedia, Dr. Laviera Laurino. Fiquei praticamente mais da metade da minha faculdade sob as suas asas, entrando em todas as cirurgias dele e isso me deu uma vivência muito boa para quando eu chegasse na residência médica, que foi no Hospital Independência sob a tutela do Dr. Cesar Ávila. Terminada a residência fui convidado a trabalhar em Passo Fundo onde me uni a outros três jovens colegas que já estavam lá. No ano que cheguei lá, em 1980, nós iniciamos a primeira residência de ortopedia do interior do estado, numa parceria do Hospital São Vicente de Paulo com os serviços de ortopedia da cidade, IOT e PSF, o nosso primeiro residente foi o Osvandré Lech, ex-presidente da Sociedade Brasileira de Ortopedia.

Obviamente nós tínhamos muitas falhas no nosso aprendizado. Naquela época a residência era de apenas dois anos e não nos brindava com algumas especialidades. Nós tínhamos algumas coisas bem definidas na residência do Hospital Independência como cirurgia de coluna, de quadril, de mão, ortopedia infantil, mas não tínhamos nada de joelho.

Portanto, no dia a dia ortopédico a cirurgia de joelho nessa época era muito falha, eu estou falando já no anos de 1979/80. Tudo que nós sabíamos fazer era tirar menisco inteiro, porque a regra era essa, não se podia deixar um pedacinho de menisco e havia até quem preconizasse que se tivesse um menisco roto tirava logo os dois! Muita coisa se fez, muito joelho se estragou por causa disso. A minha definição por cirurgia de joelho veio daí, pela incapacidade que nós tínhamos de resolver os joelhos que chegavam na nossa mão. Nós operávamos um joelho e, posso te dizer, a grande maioria ficava muito ruim.

P: Doutor, onde o sr. buscou formação na área do joelho e quem foram seus mestres?

R: Bem, a minha formação na área de cirurgia do joelho começou pelos Estados Unidos, em Columbus, na Geórgia, onde existia o serviço do Dr. Jack Hughston, na época era um dos mais famosos cirurgiões de joelho do mundo. Inclusive, quando eu estudava lá ele assumiu a presidência da sociedade mundial de cirurgia de joelho da época. Ele era um ícone da cirurgia de joelho e uma pessoa fantástica como indivíduo, me ensinou muito, foi muito gentil comigo, enfim, me encaminhou muito bem. De lá eu parti para ir morar na França, em Lyon especificamente, no serviço do Professor Henri Dejour, que era o maior ícone da cirurgia de joelho na Europa na época e, no serviço dele, também fui extremamente bem recebido. Era uma pessoa de personalidade marcante que me ensinou muito, me privilegiou muitas coisas no seu serviço porque, na verdade, eu fui um pioneiro do Brasil lá. Antes de mim havia passado no serviço um outro colega brasileiro, José Luís Furtado Gouveia, que ficou algum tempo lá. Mas o professor literalmente me adotou e dizia que eu era o primeiro brasileiro do serviço. Na verdade eu não era, eu era o segundo, mas foi muito bom. Depois disso eu fiz mais uma temporada nos Estados Unidos, aí com Dr. John Insall em Nova Iorque, pra ver prótese de joelho especificamente.

P: Não sei se é possível responder essa, mas vamos lá: O sr. tem na lembrança algum evento que lhe marcou na profissão ou alguns eventos que poderia relatá-los?

R: Têm muitas coisas. Quando a gente fica velho vira contador de histórias (risos). Então, existem muitas passagens memoráveis durante a nossa formação ortopédica. Eu lembro de uma vez, quando era estudante ainda, estava de plantão na clínica do meu professor, eram mais ou menos cinco horas da manhã quando ligaram do hospital, Santa Casa de Rio Grande, dizendo “olha, tem um sujeito aqui que tirou o braço fora do lugar”. Eu prontamente liguei pra casa do meu professor e disse “professor, é assim, tem um sujeito lá que tirou o braço fora do lugar”. Daí ele disse “vai lá, vai examinado ele, e qualquer coisa tu me chamas”. Eu ia pensando numa luxação de ombro ou alguma coisa semelhante. Quando eu chego lá vejo um sujeito deitadinho, com um lençol por cima e uma pequena mancha de sangue na região do ombro. Quando eu levanto o lençol, vejo que o braço inteiro estava fora, dentro de uma bacia! Ele tinha simplesmente arrancado o braço, então telefonei desesperado para o meu professor “vem aqui ligeiro”!! (risos). Essa foi uma passagem extremamente chocante no início da minha vida como pretense ortopedista. Depois, muitas outras mais aconteceram ao longo da vida e acho que vão continuar acontecendo, não é?... Sempre teremos surpresas!

P: Que lembrança o sr. tem das cirurgias ligamentares e meniscais na década de 80 e 90?

R: Bem, na verdade até que eu sair do Brasil, o que eu fazia e via em cirurgia de joelho era uma coisa muito grotesca. Nós fazíamos, quando já nos sentíamos um pouco mais cirurgiões, uma meniscectomia com duas incisões para tirar todo o menisco porque assim era o preconizado. Eu andei indo a São Paulo antes de ir para fora assistir algumas cirurgias de joelho, que eram, eu diria assim, levemente mais refinadas do que nós fazíamos, mas eram muito longe da cirurgia de joelho que se praticava em outros lugares do mundo. E quando fui para os EUA, com o Dr. Jack Hughston, eu aprendi muito sobre semiologia do joelho. Nós, na verdade, não sabíamos examinar um joelho, nós não sabíamos diagnosticar uma instabilidade ligamentar. Só se fosse uma coisa extremamente grosseira nós, então, supúnhamos que tinha. Também não tínhamos métodos diagnósticos auxiliares. Na época, tudo que tínhamos era uma artrografia de má qualidade. A semiologia que aprendia me levava ao possível diagnóstico, comecei a aprender reconstruções ligamentares, técnicas ligamentares de substituição, porque, por exemplo, o Dr. Jack Hughston não reconstruía ligamento cruzado anterior, ele fazia uma plastia extra-articular que estabilizava o joelho, impedia de fazer o pivô, sem reconstruir o LCA. Então, essas coisas todas eram totalmente desconhecidas para mim. Quando fui para o serviço do professor Dejour, vi uma cirurgia de joelho ainda mais diferente, onde ele reconstruía o ligamento cruzado anterior. Todas essas novidades foram se somando e, quando voltei para cá, voltei com bagagem que aprendi e com toda a vontade do mundo, para praticar uma cirurgia de joelho de verdade.

P: A quinta, e penúltima: tem alguma recordação dos primórdios da cirurgia de joelho no Rio Grande do Sul? Talvez seja repetitiva, mas aqui, como que era naquela época, na década de 70/80 que a gente está falando aqui?

R: É, existiam algumas coisas hilárias na cirurgia do joelho na década de 70. Por exemplo, nós conhecíamos um cirurgião que raramente atuava lá no Hospital Independência, ele não fazia parte do “*staff*” que nos ensinava, mas ele ia lá raramente operar algum paciente. Por uma incisão bem pequeninha, anterior no joelho, pinçava o corno anterior do menisco e enfiava um meniscótomo sem enxergar nada, e fazia (som). Ele pedia sempre que alguém o aparasse, porque ele se dependurava no menisco e às vezes ele caía para trás, então queria que estivesse sempre alguém atrás dele para amparar. Eram coisas hilárias mas eu tenho uma passagem extremamente

interessante: já em 1985, quando eu já fazia cirurgia de joelho no Hospital Independência, resolvi chamar todos os pacientes que haviam feito menissectomias com mais de 10 anos de recuo. Me lembro exatamente dos números, chamei mais de 600 pacientes mas consegui revisar 222 pacientes, gravei bem o número. Foi assustador o resultado que encontramos. Nós obtivemos em torno de 86% de maus resultados e apenas 8% (18 casos) de bons resultados, e esses bons resultados, revisando os prontuários nós víamos que eram pacientes portadores de lesões em alça de balde, onde foi retirada somente a alça e não tinham lesões ligamentares. A maioria dos pacientes tinha lesões de ligamentos associadas, e alguns com resultados dantescos. Nós encontramos pacientes anquilosados e encontramos uma paciente que acho que foi a mais importante desse estudo. A paciente tinha sido operada a primeira vez quando eu era estagiário, e fui eu quem fiz a descrição da cirurgia (trabalho do estagiário sempre), onde descrevi uma menissectomia medial branca, ou seja, foi retirado o menisco e não tinha nenhuma lesão. Anos depois essa paciente continuava com queixas e foi submetida a uma patelectomia. Na ocasião deste estudo essa paciente voltou com as mesmas queixas, os mesmos sintomas. A paciente era portadora de uma instabilidade fêmoro-patelar e continuava luxando o tendão patelar. Nós fizemos um realinhamento e resolvemos a, então sequela, adquirida pelos tratamentos sem diagnóstico adequado.

P: E por fim, ao longo desses anos, o que o sr. considera magnífico e o que considera desastroso no desenvolvimento da cirurgia do joelho?

R: Acho que o que tem de bom na cirurgia do joelho é que, realmente, se progrediu muito. No início dos anos 80 as nossas artroscopias eram muito limitadas. Nós começamos fazendo artroscopia diagnóstica, depois passamos para uma que outra menissectomia por artroscopia, e hoje sim, se tem um desenvolvimento da cirurgia artroscópica fantástico, hoje os jovens cirurgiões de joelho sabem fazer isso muito bem e, vou te dizer, até melhor do que nós antigos. Penso que, outra coisa positiva é que nesses anos todos, me dedico à cirurgia de joelho há 36 anos, acho que consegui passar a minha experiência para muitos jovens que hoje são excelentes cirurgiões de joelho. Então, isso é a parte extremamente positiva. Outra coisa muito positiva é que todas as técnicas melhoraram muito, as próteses de joelho se tornaram muito mais anatômicas e funcionais. As primeiras próteses que fazíamos, quando o paciente chegava a 90 graus de flexão, era uma festa. Hoje colocamos o paciente com 24 horas de pós-operatório em pé e o estimulamos a usar o novo joelho. O restabelecimento para as atividades do cotidiano são restabelecidas e plenamente satisfatórias, obviamente não para o esporte de impacto.

Coisas negativas existem, infelizmente. Via de regra, essas não são cometidas por aqueles que se dedicam seriamente à cirurgia do joelho, principalmente artroscopias sem indicação. Então isso é o que de ruim eu vejo na especialidade.

Feita a transcrição da entrevista do Dr. João Fernando Argento Pozzi, passamos a biografia e transcrição da entrevista concedida pelo Dr. Luiz Roberto Stigler Marczyk, exatamente como foram ditas as palavras e com os erros de linguagem que apresentaram.

LUIZ ROBERTO STIGLER MARCZYK



Fonte: Francielle Caetano (2019).

Dr. Marczyk como é conhecido pela maioria, é natural de Alegrete e filho de médicos. Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 1969. É apaixonado por esportes, especialmente, basquete e futebol. Durante a faculdade foi jogador de basquete pelo Petrópolis Tênis Clube, vindo a ser campeão portoalegrense, na época. O amor pelo esporte o estimulou a gostar da traumatologia esportiva. Ao final da faculdade partiu para São Paulo, a fim de realizar a especialização em ortopedia e traumatologia pelo Hospital das Clínicas de São Paulo (1973), na época referência em ortopedia. Fez mestrado em Ortopedia e Traumatologia pela Universidade de São Paulo, em 1976. Apaixonado pelo Rio Grande do Sul, pela família e pelo Grêmio, retornou ao Estado, apesar do convite em permanecer em São Paulo.

Tem inúmeros trabalhos publicados em revistas nacionais e internacionais. Seus trabalhos, na área do joelho, são citados em livros de várias nacionalidades, muitos desses trabalhos foram em parceria com seu colega João Ellera Gomes. É um dos precursores da cirurgia artroscópica no Estado e no Brasil e, por muitos anos, foi médico ortopedista do Grêmio. Atualmente, é professor titular do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e atende em sua clínica particular. Tem experiência em cirurgia ortopédica, área do joelho.

Passamos a transcrição da entrevista concedida pelo Dr. Luiz Roberto Stigler Marczyk, exatamente como foram ditas as palavras e com os erros de linguagem que

apresentaram.

P: Estamos com o Dr. Marczyk, é 9 de setembro, e ele vai contar um pouco da sua trajetória para nós. Onde o senhor começou sua formação em medicina?

R: Para começar, meu pai Carlos Marczyk era médico formado na UFRGS, em 1944. Minha mãe era médica formada na UFRGS, também em 1944. Meu pai se formou em primeiro lugar da sua turma, era durante a Segunda Guerra Mundial. Daí eles foram para o Alegrete, porque meu pai foi convocado, pois tinha feito CPOR, para atuar no Hospital Militar em Alegrete.

E aí eles nunca mais saíram do Alegrete, ele e minha mãe. Então eu, filho de médicos, gostava da Medicina, vim estudar em Porto Alegre, no Colégio do Rosário. Fiz o vestibular e passei de primeira na UFRGS e passei de primeira na Faculdade Católica de Medicina, mas escolhi ficar na UFRGS. Fiz toda minha formação lá. Quando terminei, resolvi ir para São Paulo fazer minha residência em Traumatologia e Ortopedia na U.S.P. no Hospital das Clínicas de São Paulo. Como eu tirei primeiro lugar na residência em São Paulo, os paulistas já começaram a gostar de mim, e aí teve o exame para título de especialista da SBOT e eu tirei o primeiro lugar no Brasil, no primeiro exame que teve no Brasil todo. E aí os paulistas disseram “tu não vai sair daqui de São Paulo”. Eu pretendia voltar para ser ortopedista no Alegrete, mas acabei ficando em São Paulo e comecei a gostar. De início eu trabalhei muito com ortopedia infantil, mas logo depois, quando conheci o Marco Martins Amatuzzi, comecei a trabalhar com a articulação do joelho, e ajudava a operar os jogadores do Palmeiras, naquela época com o Dr. Roberto Vignola era o cirurgião da equipe do Palmeiras, e comecei a gostar então da articulação do joelho, e do trauma esportivo no mesmo.

P: Na década de 80 que o senhor voltou para cá ?

R: Eu voltei no final de 77, em 78 eu já estava aqui no H.C.P.A, na UFRGS.

P: Formou em seguida grupo na área do joelho?

R: Mas antes disso lá em São Paulo eu fiz o concurso para professor da USP e virei Professor. E essa coisa foi importante para mim, porque a USP é sempre a USP, Não é ?

P: Professor de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina de São Paulo em 1975, você tinha vinte e quatro anos de idade ?

R: Na verdade 30 anos de idade. O Professor Flávio Pires de Camargo era o Professor Titular, os adjuntos eram os professores Mânio Nápoli e o Lauro de Abreu. E os professores assistentes eram o João Rossi, Enéas Fusco, Aldo Fazzi, Guilherme Mistrorigo e eu. E todos aqueles que estão aqui, que hoje são importantes, na época eram só médicos assistentes, mas não eram da faculdade, eram só do Hospital de Clínicas. Então você vê quanta gente... e outros eram residentes, se você pegar o livrinho você vai ver que teve uns que foram residentes, gaúchos. O meu primeiro residente é meu sócio até hoje, o Dr. Paulo Bertol. Então este livreto aqui é de 1975, eu fiquei até 1977 em São Paulo e aí eu voltei para cá. Resolvi copiar e fazer a mesma coisa igualzinho, tudo está igual, está vendo? Copiei com atualização dos médicos daqui. Fiz o corpo clínico, professores adjuntos e auxiliares de ensino e os médicos do Hospital de Clínicas e da Santa Casa de Misericórdia, Foi bolado por mim e realizado pelo Dr. Clodoaldo Pinilla, A única diferença entre o livreto de São Paulo e o daqui, é que eu tive que botar propaganda de remédio para poder fazer a publicação, ou seja para pagar os custos.. Mas aí surge uma coisa sensacional que você vai ver, um dos remédios que eu botei no livrinhos

e mantém até hoje o Dividol, medicação analgésica que se manteve de 1977 até hoje. Os outros medicamentos todos desapareceram do comércio. O tempo passa rápido.

P: Doutor, estava lendo que em 1979, acho, segundo alguns relatos, que foi feita a primeira cirurgia endoscópica no Hospital das Clínicas de São Paulo, ou talvez da América do Sul. Como é que foi isto?

R: Eu comecei a fazer em São Paulo só quando voltei para Porto Alegre eu comecei a fazer a artroscopia cirúrgica aqui. Eu vou te mostrar aqui o que foi escrito pelo Prof. Dr. Marco AmatuZZi : “O que é a artroscopia”. Então, agora você lê isto.

P: A artroscopia, inicialmente diagnóstica, foi introduzida no Brasil na década de 70, mais precisamente no Rio de Janeiro, por Jair Vieira Gomes, e logo em seguida se desenvolveu sob forma cirúrgica no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pelas mãos de Luiz Roberto Marczyk. A técnica cirúrgica não demorou a se difundir pelo Brasil, graças, principalmente, aos cursos proferidos em São Paulo e no país pelo Grupo do Joelho do Hospital das Clínicas. Foi assim não?

R: Assim que eu comecei lá, a fazer, mas no início era pouca coisa e i foi quando comecei a fazer mais acabei voltando para cá, e aí comecei a fazer bastante. Então, quando eu saí de lá, diminuí o número de cirurgias artroscópicas em São Paulo, mas aqui aumentou bastante..

P: E de lá para cá, junto com seu pupilo, seu residente, o Dr. Ellera Gomes, surgiram vários trabalhos por aqui relacionados à cirurgia ligamentar dos cruzados, e cirurgia do cruzado anterior com enxerto do semitendíneo.?

R: Mas antes eu fui para Toronto no Canadá. Agora eu fui convidado um ano e meio atrás, durante a eleição que o Bolsonaro se elegeu, que eu não estava aqui no segundo turno, eu estava lá no Canadá. Recebi uma homenagem por ter feito meu “Fellow Clinical Resert “ lá.. Eu fui lá com o Dr. Jackson fazia 40 anos que eu fiquei seis meses lá no Canadá, ainda na década de 70 quase 80. Eu fui lá e uma das coisas que a gente fazia era o ligamento artificial, eu fiz muito ligamento artificial e que hoje ainda, no Canadá, fazem muito e na França eles usam muito ligamento artificial. E aí quando eu vim para cá, o que eu via era o seguinte: muitas das rupturas eram de ligamentos de jogador de vôlei, de basquete, e aí você fazer com o tendão patelar, o que acontecia... você reconstruía com o tendão patelar e ia mal, porque os “caras” depois não conseguiam pular, pois passavam a ter dor da retirada do tendão. No futebol é melhor, porque não pula tão alto, você vê hoje esses jogadores, eles nem são tão pesados. Os jogadores de basquete, por exemplo, a grande maioria pesa mais de 100kg e jogador de futebol é 70, 80 no máximo.

P: Você tem, na lembrança, algum evento que lhe marcou na profissão, quer relatar alguma peculiaridade assim, doutor?

R: Não, o que eu acho assim é que uma das coisas fundamentais foi sempre o esporte, que eu sempre fui fanatizado pelo esporte, sempre gostei. E com isso quero sempre que as pessoas melhorem, que elas possam praticar o esporte, e isso me fez gostar muito da ortopedia e traumatologia esportiva.

P: Tem alguma recordação de como eram as cirurgias ligamentares na década de 80, 90?

R: O problema era o seguinte: quando eu comecei a fazer, o ligamento cruzado anterior, por exemplo, e o menisco lesado era só retirado e jogado

fora, e o cruzado ninguém reconstruía, mandavam fazer só fisioterapia. O que acontecia é que cada quatro jogadores que arrebentavam o cruzado, um voltava a jogar e três não conseguiam. Então, por exemplo, o capitão da Seleção Brasileira era o lateral direito Carlos Alberto, tinha ruptura de cruzado anterior e jogava porque caiu nesses 25% que se adaptava, ou seja o músculo segurava e estabilizava o joelho. Mas a grande maioria não jogava mais e aí eu me entusiasmei com isso aí. Temos que consertar os ligamentos para que todos possam voltar a jogar, como antes da lesão.

Deixa eu te mostrar uma coisa aqui. Só para você ter ideia da minha vida. Você está vendo ali uma estrelícia (flor), mas atrás o que tem? Dois joelhos. Aqui você está vendo um joelho, feito por um grande escultor de madeira, que é o joelho de um atleta que ele bolou e me deu de presente. Aqui veja é um joelho feito pela Arminda Lopes, que é uma artista nossa, que fez uma mulher com dor no joelho. Ali atrás você vê o joelho, um guerreiro com cavalo, escudo, mas o que está bem na frente? O joelho. Lá você está vendo uma mulher, mas o que está na frente? O joelho. Lá você vê um cavalo, mas o que está na frente? O joelho. Aqui você vê um desenho de uma mulher, feito pelo irmão daquele que faz comida na televisão, aquele que fala "voltaremos" (Anonymus Gourmet), Ivan Pinheiro Machado que fez este aqui. Mas aí você vê o seguinte, esse eu ganhei da Tânia Carvalho, aquela da televisão, que eu tratei o joelho. Só não deixo assim, porque já me derrubaram duas vezes, se você olha aqui, você vê uma machucada, então eu boto ele assim, para não ter risco de cair. Então aqui, você vê que é a casa do joelho e aí nós ganhamos as coisas bacanas, como por exemplo aqui uma paciente me deu esta foto com estes dizeres: **"Mãos tão nobres, mãos tão sábias, mãos tão ágeis, Deus criador para a cura formou. Nos joelhos cansados, pesados, doídos, sobre o corte certo, a força da vida tão logo voltou. Como a gema preciosa e que em solos tão áridos, tão duros, Deus colocou. Assim era a arte tão forte, tão grande, as mãos escolhidas Deus presenteou. Obrigado senhor, obrigado doutor"**. Não é uma "coisa" bacana? Então, essas coisas que ganhamos, ficam ao lado vários livros em que, por exemplo este aqui só sobre cruzado, feito pelo Douglas Wayne Jackson e aqui você vê quando vai falar em novas cirurgias do joelho, aí depois tem uma história maravilhosa, aqui a história dos ligamentos feitos e de repente está aqui, essa é a nossa (minha e do Dr. João) Dupla banda com o semitendíneo e gracilis, aí você vê a figura 5, mostrando como nós fizemos e foi o primeiro trabalho com a utilização livre dos tendões para substituir os ligamentos cruzados, porque todos os outros usavam para substituir o cruzado rompido tendões presos aos músculos. Ou seja eles inseriam o tendão após passar na posição do ligamento cruzado sem liberar o tendão do músculo. Mas nós tivemos a ideia de fazer ele "free" (solto) com o tarugos ósseo para imitar o que foi feito com o tendão patelar, que era o tendão patelar e as duas pontas (osso tendão osso). Mas aqui você vê um outro livro, aqui, só sobre ligamentos do joelho e você vai ver aqui a reconstrução. Este não publicou o nosso desenho, mas copiou o mesmo do artigo que foi publicado em 1984, mas aqui colocado está: *by permission!* Então, essas coisas vão entusiasmando, e foram ficando escritas, e aqui por exemplo, esse aqui, é um artigo publicado "A história da lesão do L.C.A." esse é do Dr. Robert Jackson do Canadá, e aqui você vai ver o trabalho feito por ele Jackson e assessorado por mim mostrando os caso da ruptura do ligamento cruzado anterior sem o tratamento cirúrgico, e como é que evoluíam os casos, isso em 1980.

Então, nesse, o Dr. João não tinha sido meu residente ainda, isso era tudo antes. Mas graças a Deus depois me encontrei com o Dr. João Luiz Ellera Gomes e fizemos uma dupla de sucesso, porque ele é excepcional. E fará sucesso.

P: Houve reconhecimento no nível do nosso Estado, no nível nacional e internacional?

R: Muito reconhecimento aqui em Porto Alegre, no Brasil e até Internacionalmente, coisas assim, que vamos sempre ver por aqui no consultório: Por exemplo, eu fui presidente da SBRATE, então todas estas elogios e prêmios que vamos ganhando, mas aqui tem mais estas coisas escritas em livros importantes da época. Aqui no livro do Campbell, aparece coisas que ficamos felizes. Aqui por exemplo, só para te mostrar, isso é um livro que lançaram nos Estados Unidos, *the first edition*, "líderes do mundo", e aqui me botaram... "Marczyk... nasceu em 45 no Alegrete..." então me botaram aqui como um dos 1000 líderes de publicação e citação científica. Então, estas coisas são boas, pegamos e vê quanta gente famosa está aqui dentro é um privilégio estar junto, não é? Uma outra coisa que você vai ficar impressionado a revista internacional *Arthroscopy* (volume 191) olha aqui quem eram os membros do Corpo Editorial Internacional, quem é que comandava a revista era o Editor Chefe e associado ao corpo internacional. Então lê aqui, primeiro, Christopher, Constant da Inglaterra, Dupont, Jean da França, Gillquist, Jan da Suécia), outro da Austrália, opa um do Brasil aqui (Porto Alegre) Marczyk, um da Itália, outro do Japão, outro da Itália e outro da Índia. Então eu te pergunto: tem alguém do México? Tem alguém da Argentina? Da Venezuela? Então você vê, aqui tem o Jean Carlo Puddu, que é meu amigo de Roma na Itália, embora faça horas que não o vejo. Então, isso é uma coisa impressionante... deixa eu te mostrar uma outra atração aqui. Aparece na capa, ano 2004, da revista *Arthroscopy*, veja você aqui, é uma coisa curiosa Lê aqui "*undercover*" na capa da revista eu e João Gomes mandamos uma lesão na cartilagem por uma bala de arma de fogo. Ou seja um Paciente que levou um tiro. no joelho, típico do Brasil. Foto da cirurgia vídeo-artroscópica para retirar o projétil e tratar a cartilagem lesada. Estas coisas todas são importantes, porque vão mostrando onde a gente se fixa, portanto parte da nossa vida.

P: Por fim, ao longo desses anos, o que o senhor considerou fantástico dentre as coisas que foram vistas aqui? E tem algo que o senhor considerou muito ruim para a cirurgia do joelho?

R: Não. Eu só acho o seguinte: eu acho que existem bons exemplos e maus exemplos, principalmente na medicina esportiva. Por quê? Porque para um jogador é fundamental, no dia em que ele rompe o ligamento, faz uma ressonância e opera no dia seguinte ou dali a dois dias? Você vê no Internacional, agora foi o centroavante, o Guerrero. É importante porque o jogador de futebol, vamos dizer que o Guerrero esteja ganhando 800 mil por mês. Se ele demorar muito para voltar a jogar, vai ter meses e meses, vamos dizer que ele vai demorar 10 meses para voltar, vai ser 8 milhões que vão pagar para ele fazer nada. Agora, vem uma pessoa que às vezes torce o joelho, não é esportista, estira o ligamento e arrebenta o ligamento cruzado anterior, o que você vai fazer? Vai tratar conservadoramente, reforçar a musculatura e ver se a pessoa se adapta. Se ela tiver instabilidades depois disso, aí opera a instabilidade e não a ruptura do ligamento.

Então, eu vou dar outro exemplo que o pessoal gosta muito, esses dias até apareceu na televisão de novo o Manga, que foi meu paciente. Os dedos dos goleiros do passado eram todos tortos, até que botaram a luva. Com a luva melhorou a parte da articulação e protegeu a mão,. Por que se o goleiro da seleção brasileira não usa joelheira, por que ele vai usar? Mas o que acontece, hoje onde é que o goleiro treina? Ele treina em um colchão de ar, em um colchão de espuma ou colchão de areia, ali onde ele treina não precisa joelheira. Agora vai o pobrezinho do guri do colégio onde tem terra, pedra, "troço" duro e machuca o joelho. Coisa muito comum.

Os goleiros não tem mais mãos estragadas. Mas em compensação, os goleiros do passado, que não usavam luvas, todos usavam joelheiras. E hoje nenhum goleiro usa joelheira, porque na grande maioria dos gramados, na área da goleira, a grama é normal (bonitinha). Só que isso é 10% dos gramados. Os outros 90%, que é o que tem nos colégios e em outros lugares,

o único lugar que não tem grama é na goleira e o goleiro não usa joelheira. Por que se o goleiro da seleção brasileira não usa joelheira, por que ele vai usar? Mas o que acontece, hoje onde é que o goleiro treina? Ele treina em um colchão de ar, em um colchão de espuma ou colchão de areia, ali onde ele treina não precisa joelheira. Agora vai o pobrezinho do guri do colégio onde tem terra, pedra, troço duro e machuca o joelho. Culpa de quem? Dá maneira de ver as “coisas”.

Às vezes, o esporte na Imprensa dá uma visão errada para o não esportista. Então, todo mundo acha que se arrebenta o cruzado anterior tem que operar. Não, você tem que operar a instabilidade decorrente da lesão do cruzado. Evidente que se a pessoa é um atleta profissional aí você tem que operar logo, mas muitos pacientes não precisam operar o ligamento cruzado, porque não tem ainda a instabilidade. Tratar conservadoramente se não é desportista ou ter uma profissão que force muito o joelho. Muita musculação, Então, todo mundo acha que se arrebenta o cruzado tem que operar. Não, você tem que operar a instabilidade decorrente da lesão do cruzado. Evidente que se a pessoa é um atleta profissional aí você tem que operar logo, mas muitos pacientes não precisam operar o ligamento cruzado anterior, porque não tem instabilidade atrapalhando-o. Ganhar uma coxa forte e levar sua vida. Mas se no futuro tiver instabilidade aí sim operar (MARCZYK, 2020).

Feita a transcrição da entrevista do Dr. Luiz Roberto Stigler Marczyk, passamos a biografia e transcrição da entrevista concedida pelo Dr. João Luiz Ellera Gomes, exatamente como foram ditas as palavras e com os erros de linguagem que apresentaram.

JOÃO LUIZ ELLERA GOMES



Fonte: COE (2019).

É graduado em medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), mestre em Ortopedia e Traumatologia pela Escola Paulista de Medicina de

São Paulo (1990) e doutor em Medicina Cirúrgica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2002). Atualmente, é médico do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, médico do Hospital Mãe de Deus, médico do corpo clínico do Hospital Moinhos de Vento e Professor Adjunto IV da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tem experiência na área de medicina, com ênfase em cirurgia ortopédica, atuando principalmente nos seguintes temas: reconstrução ligamentar; artroscopia; técnicas cirúrgicas; patologias do joelho; e ligamento cruzado anterior. Um dos pioneiros da cirurgia do joelho no RS, juntamente com Dr. Marczyk, é um dos precursores da cirurgia artroscópica no Rio Grande do Sul e do país.

Possui inúmeros trabalhos publicados na área da ortopedia e reconhecidos em nível nacional e internacional, especialmente, em joelho e artroscopia.

Passamos a transcrição da entrevista concedida pelo Dr. João Luiz Ellera Gomes, exatamente como foram ditas as palavras e com os erros de linguagem que apresentaram.

P: Bom, são 18h25, do dia 11 de novembro de 2019. Estou, agora, com o Dr. João Ellera Gomes, em seu consultório, para realizar esta entrevista para o mestrado em Memória Social e Bens Culturais. Então, vamos direto à primeira pergunta: o senhor, como pioneiro na cirurgia do joelho no Rio Grande do Sul e no Brasil, naturalmente, poderia falar sobre sua trajetória profissional?

R: Posso, posso falar sobre minha trajetória e passar a visão que eu tenho dela. Para começar, quando fiz vestibular e entrei para medicina, tinha uma ideia bem diferente do que era medicina e confesso que, até o quarto ano, estava com sérias intenções de abandoná-la, porque havia um vácuo, um tédio, uma coisa chata, não via nada interessante. Aí surgiu por acaso, por uma questão de circunstância, de sorteio de estágio, eu acabei na ortopedia e me interessei por ela, o que foi minha salvação para continuar no curso. Quando entrei para fazer a minha residência, por sorte, eu fui apresentado para a artroscopia. Um colega, o Dr. Marczyk, tinha recebido uns artroscópios do pai dele, que tinha vindo do Japão, uns needlescópios, que eram artroscópios de 2,5mm ele me perguntou se eu não queria experimentar. Eu experimentei, me apaixonei e comecei a tentar fazer algumas coisas com aquilo ali. Na época, nós usávamos, simplesmente, para fazer o diagnóstico e não tinha ressonância, nós tínhamos só artrografia e raio-x. Então, a artroscopia nos forneceu a possibilidade de ver *in loco*, aquilo que era nossa suspeita diagnóstica, confirmando ou não. Claro que, depois que você começa a fazer alguns casos e começa a enxergar a patologia, você quer tratar. Continuei a estudar e pensar em instrumentais para cirurgia artroscópica. Peguei uma pinça pituitária e fui em um armeiro, que era amigo meu, desenhei as modificações que queria e com uma lima, ele conseguiu modificar a forma da pinça que eu tenho até hoje. E com ela eu comecei as primeiras cirurgias, tirando os corpos livres, coisas do gênero, que era difícil de se fazer com o material que se tinha na época. Depois, claro, você tira um corpo livre, faz uma biópsia e faz o diagnóstico. Apresentei meu primeiro trabalho de artroscopia em 1979. Todas as coisas que vou te falar, todas tem documentação, são fáceis de comprovar e é só olhar o currículo Lattes.

Então, em 1979, eu apresentei o primeiro trabalho de artroscopia que foi um caso muito interessante. O paciente tinha uma hemartrose secundária, a sinovial patológica, e eu tinha *slides* belíssimos que apresentei em 1979 e tal. Ali comecei a receber as primeiras críticas à artroscopia, porque, assim como em qualquer lugar do mundo, no Brasil, também existe uma dificuldade de sair da zona de conforto. Nessa época, comecei a realizar as primeiras ressecções de lesões meniscais, mas com muita dificuldade. Como era uma coisa nova, começaram a surgir as críticas. Entende? Aquilo era uma coisa nova e ameaçava pessoas que estavam sedimentadas no mercado e que não estavam com idade e nem vontade de começar uma coisa nova. Então, começavam aquelas críticas do tipo “porque eu vou olhar pela fechadura se posso abrir a porta”, coisas assim. Os pacientes vinham até mim, dizendo que tinham ido consultar o fulano e perguntavam: “O senhor faz essa técnica nova?” E eles diziam: “Não, minha especialidade é tratar os maus resultados que eles têm”. Então, era um ambiente pesado. Nas entrelinhas eu era o picareta, era não sei o que, bom... vamos seguindo em frente. Nesse meio tempo, ciente das minhas dificuldades, pois não tinha muita expertise, resolvi ir ao Canadá, porque o Dr. Jackson, que foi o introdutor, na América do Norte, da artroscopia, esteve em 1981 no HCPA. Nesse ano fundando a Sociedade Internacional de Artroscopia no Rio de Janeiro, quando me fez na época um convite para ficar lá durante um ano. E eu fui com a ideia de ficar um ano, mas chegando lá, para minha surpresa, as dificuldades que eles tinham eram as mesmas que nós tínhamos. Todo mundo estava mal começando, éramos todos autodidatas. Vi que eu não teria nenhum “lucro”, não iria agregar muita coisa em termos de conhecimento. Então, da minha ideia inicial de ficar um ano, eu acabei ficando sete, oito meses e percebi que não ia conseguir muito mais do que havia conseguido. Voltando, comecei a me dedicar mais profundamente à artroscopia. Uma coisa que me marcou foi, quando estava no Canadá, tive a oportunidade de frequentar o serviço do Dr. Mackintosh e me lembro de um caso em que ele abriu, ele foi tirar um corpo livre de uma menina. Começou com uma incisãozinha de 5cm e essa incisão terminou em 25cm para retirar um corpo livre do tamanho de um grão de feijão. E aí ele, que era contra a artroscopia, quando terminou me olhou, sabia que eu estava com o Dr. Jackson disse: “É, talvez fosse um bom caso para artroscopia” (risos). Fizeram uma transamazônica de 25cm para retirar um grão de feijão (risos). Então, voltei no final de 1981 e continuei fazendo as pequenas coisas que eu fazia, mas aumentando a minha audácia em relação a algumas patologias. Passei, nesse momento, pela dificuldade de me decidir entre duas correntes: a corrente do Mackintosh, que propunha o reparo extra-articular das lesões de cruzado; e havia alguns que defendiam a reconstrução intra-articular, mas de uma maneira muito primitiva. Então, a moda mesmo era a reconstrução extra-articular. Antes de ir para o Canadá, eu tinha dúvidas entre qual seria a melhor abordagem, a cirurgia intra ou extra-articular. Tanto que eu acreditava que se nós tivéssemos a possibilidade de ter um enxerto longo o suficiente, sem a morbidade patelar de Kenneth Jones, talvez pudéssemos fazer a cirurgia intra-articular ser mais divulgada, mais utilizada. Olhando cadáveres, vi que o semitendinoso tinha um tamanho razoável para isso, podia sobrar duas vias, três vias, até quatro com muito esforço, mas daria para fazer dobrando. Mas confesso que apesar de ter começado a fazer os primeiros casos em fins de 1979, não tinha segurança de estar fazendo o ideal. Contudo, ao comparar os resultados pós-operatórios do Jackson e do Mackintosh, com os que eu estava obtendo aqui, fiquei convencido de que a reconstrução intra-articular era o caminho a ser seguido. Mas, a grande dificuldade na época, e hoje você vai dar risada sobre isso, era o conceito de que uma estrutura colocada dentro da articulação sem vascularização iria ser consumida, absorvida pelo líquido sinovial. Então, para mim, foi meio traumático, porque apresentei esse trabalho pela primeira vez em 1981, em um congresso Internacional de Ortopedia no Rio de Janeiro e lá levantou Apley, do teste de Apley, me recordo quando terminei a palestra e ele disse “a tua sorte é que tu mora no Brasil, porque se tu morasse na Inglaterra, tu

pode ter certeza de uma coisa, eu ia protestar para cassarem o teu diploma, porque isso que tu estás fazendo é uma iatrogenia médica”. Eu só tinha 27 anos e ele era um nome famoso, então, podes imaginar como eu me senti. Por sorte, na saída, estavam o Van Reens, o Jackson e outros médicos, que disseram: “não, não dá bola, ele é assim mesmo, meio excêntrico, não dá bola, segue com o teu trabalho”. Eu seguia, tinha muita liberdade para fazer isso no Hospital de Clínicas e, em 1984, publiquei o primeiro trabalho que tenho conhecimento com enxerto livre dos isquiotibiais na reconstrução do LCA, no *American Journal of Sports Medicine*, com o título “Anterior cruciate ligament reconstruction with semitendinosus free graft”, Eu havia iniciado essas reconstruções por via aberta, mas comecei a fazer casos por via artroscópica em 1982, de modo que apresentei essa técnica em Londres, em 1984, no congresso combinado IAA e IKS, que depois se fundiram dando origem a ISAKOS, com o título “Astroscopic anterior cruciate ligament reconstruction”. Também levei ferro de tudo que é lado, “é um absurdo, isso não pode, é impossível, não tem referência”. Você não faz ideia do que ouvi. Continuando, depois veio uma repórter falar comigo, de um jornal chamado *Orthopaedics News*, e ela gostou do trabalho, dei uma entrevista, expliquei tudo o que achava, o que eu fazia, e ela me disse: “olha, eu estou voltando para Nova Iorque, mas antes de ser publicado isso aqui, o meu editor vai entrar em contato contigo para ver se está tudo ok”. Pensei que era conversa de jornalista, mas 45, 60 dias depois, estava na sala de gesso do Hospital de Clínicas, naquela época a gente brincava entre nós que era mais fácil ir lá na sala de gesso falar com alguém do que tentar por telefone. Então... era um horror! E aí a secretária diz assim “não, é a segunda vez, a terceira que ligam para cá, para falar com o senhor, e é um pessoa que fala uma língua estranha, um espanhol sei lá o que, aí eu fui falar com ele, que após se identificar, pediu para falar em inglês: “Aqui é o fulano de tal, editor do *Orthopedic News* de Nova Iorque e a minha repórter fez uma entrevista contigo, queria ler a reportagem para ver se não tem nada que abone o que foi escrito”. Ele leu toda a reportagem e eu disse “está tudo ok”. Então você vê, naquela época havia respeito e consideração para com a informação. Já a nossa imprensa sempre foi complicada, pois em 1983, a *Veja* publicou uma reportagem falando de três jogadores do Flamengo que estavam indo ser operados nos Estados Unidos e que era um absurdo que aqui não tinha artroscopia e aí me senti ofendido. Juntei cartas de médicos (não de pacientes), de colegas médicos – um de Santa Maria, outros tantos, um outro chefe de serviço – que tinham sido operados e anexaram cartas confirmando, e nós juntamos tudo, mandamos para a *Veja* e dissemos “O paciente tem o direito de se tratar aonde ele quiser e com quem ele quiser”. Cláusula pétrea, entende? Agora, dizer que eles foram para lá porque não tinha opção aqui, aí é diferente, porque existia essa possibilidade e ela foi, inclusive, uma reportagem bem cáustica, em relação ao avanço da ortopedia brasileira. Na verdade tinha só não tinha onde eles queriam, que era no Rio ou no centro Rio-São Paulo. Passou aquela época e o que aconteceu, a cirurgia com patelar tomou conta, os americanos se apaixonaram e transformaram no que foi chamado de *gold standard*. Então, as cirurgias com os isquiotibiais ficaram em banho-maria, porque “ah... não é bom, não presta, isso aí é só para velho e para mulher, para atleta tem que ser um troço mais forte, não sei o quê”. Só que daí começaram a aparecer os problemas do patelar. E é como eu digo sempre: “uma prótese não cimentada tem todos os problemas da cimentada, menos um – que jamais vai acontecer – que é endurecer o cimento enquanto você está batendo a prótese” (risos). Isso não vai acontecer, entende? Então, o patelar tem todos os problemas que o semitendinoso tem, mas quando ocorrem os problemas específicos, eles são muito mais difíceis de resolver. Tem pacientes que fizeram patelar, que até hoje não conseguem tirar a dor, não conseguem resolver e dor... e dor... e o semitendinoso, quando dá problema, qual o problema que dá? Arrebentou e não sei o que, mas isso também ocorre com o patelar, mas não tem a mesma dificuldade de resolver: tira do outro lado, faz de novo. E aí nós entramos naquela briga do intra contra

o extra. No fim, com o tempo, prevaleceu a reconstrução intra-articular. Daí veio aquela grande discussão “ah, mas não precisa fazer o extra”. Hoje, na minha opinião, existem indicações muito claras para fazer o extra junto com o intra. Naquela época, quem não viveu aquela época não imagina, foi uma época diferente, porque, às vezes, o paciente vinha assim – eu era o sétimo, oitavo ortopedista a ser consultado – e a história era sempre a mesma: “eu torci o joelho, disseram que foi só uma torção, eu fiz fisioterapia, aí disseram que eu tava pronto, voltei a jogar e torci de novo, não sei o que eu tenho”. Não tinha ressonância naquela época, examinávamos e o joelho tinha um “baita” de um *Jerk test*, o joelho quase luxava, então, só no intra, naquela época, era praticamente impossível resolver o problema, entende? Porque já eram lesões multiligamentares, o paciente muitas vezes já tinha tirado menisco, tinha paciente que deitava na mesa e fazia o Pivô shift sozinho, ele mesmo. Hoje eu tenho dificuldade de ver casos assim, eu tenho um aluno que está fazendo mestrado e ele quer tentar graduar Pivô Shift, mas Pivô Shift grande, está difícil de conseguir, porque depois do trauma inicial, em 40 dias, o paciente já está no consultório de alguém com a ressonância, tem lesão do cruzado e quer operar. Então, ele é outro perfil de paciente, de qualquer maneira, com extra ou sem extra, prevaleceu que o intra é superior ao extra isolado. Esse foi um ponto para uma guerra difícil também, porque as pessoas têm dificuldades de sair da zona de conforto e resistem muito. Seguindo nesta linha, fiz meu trabalho de conclusão em 1979 com *release* de patela, baseado nas teorias do livro de Ficat. E alguns, na época, preconizavam ou faz Elmslie-Trillat ou faz o *release*. Mas o *release* era insuficiente, você fazia 10 casos, quatro ou cinco ficavam com a luxação e a Elmslie-Trillat era uma cirurgia maravilhosa, mas também, você ia ao contrário, fazia entrega de *motoboy* com um Fenemê (caminhão), nem todos os pacientes precisavam de uma cirurgia daquele tamanho, entende? Então, estava entre a cruz e a espada, e aí eu fui de novo para os cadáveres. Vi que, se a gente conseguisse fazer o *link* e reproduzir o ligamento patelofemoral medial, conseguiria criar um cinto de segurança, um estabilizador, e não se faria uma cirurgia tão grande como o Trillat, nem tão pequena quanto o *release* isolado. Foi quando eu desenvolvi essa ideia em 1985 e até ganhei, em 1986, um prêmio da Sociedade Brasileira, quando apresentamos esse trabalho. O Marczyk foi e apresentou em 1991 no Canadá e em 1992 publiquei na forma da minha dissertação de mestrado, na Arthroscopy, com o título “Medial patello femoral ligament reconstruction: a preliminary report” Então, realmente, essa foi uma revolução, não na medicina brasileira, mas na medicina do joelho. Eu recentemente fiz um trabalho de anatomia com o ligamento patelofemoral, porque eu queria verificar e tem mais de mil trabalhos na literatura hoje. Na verdade, durante uns 10 anos, ele ficou em banho-maria, começou a se falar de 2000 para cá, quer dizer que em menos de 20 anos tem mil trabalhos na literatura, é trabalho que não acaba mais. Então, isso aí foi uma outra coisa bem interessante. Outra coisa bem interessante que nós conseguimos desenvolver e verificar é que, quando eu era diretor médico do Inter, houve uma conversa entre o fisioterapeuta e o diretor técnico da época. O fisioterapeuta dizendo para ele que tinha um atleta, que era muito bom, mas tinha um problema: Ele era ruim de cintura, duro de cintura, do quadril. Não tinha muita flexibilidade de cintura. Eu perguntei: Que idade tem esse guri?”, “não, o guri tem 18 anos”. Eu disse “eu quero ver esse guri”, então eu examinei e ele devia ter uns 30º de rotação interna/externa de quadril. Estamos falando da década de 90, eu examinei aquele atleta e achei que ele tinha um quadril displásico. Levei o caso para o Abreu e ele discordou de mim. O fato é que aquele caso me chamou a atenção e eu comecei a trabalhar e investigar e tal, e no final em 2008 eu consegui publicar um trabalho inédito na literatura, mostrando que existe uma correlação entre a diminuição do quadril e as lesões do ligamento cruzado anterior de uma maneira significativa, do ponto de vista estatístico. Existem outras causas, mas essa é uma causa importante. Isso, também, trouxe bastante repercussão, porque até então esse *link* não era feito. Se você pega

um jogador que tem rotação limitada e tem lesão do cruzado, tem de fazer intra e extra, não tem outro jeito, senão ele vai arrebentar.

P: Uma segunda pergunta, mas acho que o senhor já abordou é: onde buscou a formação na área do joelho e quem foram seus principais mestres?

R: Olha, eu digo o seguinte... foi uma época muito complicada, porque ninguém sabia nada. Foi uma época de autodidatas, hoje o residente vai e recebe tudo mastigado e não faz ideia do que se passamos... quantas cirurgias nós criamos que estão publicadas. Não vou ficar citando todas, mas tem coisas que publiquei, tipo *joystick* para patela, que hoje eles recebem tudo mastigado. Naquela época, éramos todos autodidatas. Então, quem realmente me despertou para a cirurgia do joelho, foi o Dr. Marczyk, com quem eu trabalhei vários anos. Mas quem me ensinou não foi ninguém, entende, não estou querendo desmerecer esse ou aquele colega, mas a verdade é que todos andávamos no escuro, buscando uma luz e ninguém sabia nada. Você pegava uma coisa daqui, outra ali. Fui dar uma olhada no que o Jackson fazia, mas o Jackson também não sabia nada, estávamos todos começando. Interessante é o seguinte, para você ter uma ideia: eu peguei a transição de um platô para outro. Então, às vezes, o que acontece... chega um paciente trazendo um filho com 25 anos, 27 anos, e diz "vim trazer meu filho, o senhor operou tempos atrás, o que o senhor acha?", e eu: "vou fazer uma artroscopia". "Mas doutor, o que é isso? O senhor me operou 27, 30 anos atrás e vai fazer a mesma coisa com meu filho?". E se não mudar, se não houver uma mudança... e eu tenho expectativa de que essa mudança vai ser em nível de terapia celular, daqui a 30 anos estarei fazendo artroscopia, você está entendendo? Nós estamos agora naquele mesmo platô, do qual eu alavanquei quando comecei a carreira. Então, naquela época da transição, ninguém sabia nada. Então... eu teria que citar as pessoas que foram importantes na minha carreira, do ponto de vista do aprendizado: Jackson (canadense, de Toronto) e o Albert Trillat. Essas pessoas foram fundamentais, mas não houve um guru exclusivo, porque ninguém tinha "O Segredo". Todos estávamos começando a engatinhar.

P: Tens alguma lembrança de algum evento que marcou muito naquela época, algum evento, alguma cirurgia que fez, poderia relatar?

R: Uma cirurgia que me marcou bastante, foi uma que fiz em um jogador do Grêmio. Tinha uma partida, uma decisão com o Ajax e eles contrataram um jogador do Flamengo. Ele veio para cá, mas no primeiro treino, caíram por cima do joelho dele e fez uma lesão do colateral medial, cruzado anterior, foi um prejuízo. E aí o que aconteceu? O Grêmio tinha gastado uma fortuna pelo jogador que não ia jogar, porque a partida era três meses e meio depois. E eu disse "vamos operar e ver o que acontece". Operei e ele fez fisioterapia de manhã, de tarde e de noite, e ele foi jogar. Jogou a partida inteira. Foram para os pênaltis. O Grêmio perdeu nos pênaltis e ele foi um dos batedores, mas o dele, ele acertou (risos). Nunca ouvi falar de um caso semelhante, onde após uma reconstrução do LCA e LCM, um jogador voltasse ao campo para uma partida tão importante com três meses e meio de pós-operatório. Já na década de 80 tínhamos jogadores que voltaram a jogar, depois de uma meniscectomia de 10 a 15 dias, o que era um fenômeno, porque nenhum jogador voltava a jogar em 14 dias naquela época. Houve um surfista famoso que teve de fazer uma reconstrução multiligamentar, após cair de uma onda gigante de 9, 10 metros. Rompeu o cruzado anterior e posterior, colateral medial e deu certo e ele está bem até hoje.

P: Ao longo desses anos, o que o senhor considera magnífico e o que considera desastroso, no desenvolvimento da cirurgia do joelho?

R: Bom... quando comecei minha carreira, pela incisão, *design* da incisão,

sabíamos quem era o ortopedista. Porque tudo eram incisões grandes, claro e aí o médico fazia torto... assim... reto ou fazia atravessado... então, pela incisão eu já sabia quem era o cirurgião. Eu acho que a artroscopia foi uma coisa que veio para ficar, mas teve muitas dificuldades no início. A artroscopia começou a ter uma grande aceitação social dos anos 90 em diante. Mas, ao mesmo tempo, ela foi desastrosa, porque eu sempre disse isso e sempre vou dizer, que quem realmente tornava a artroscopia uma coisa ruim, não era o método, mas os ortopedistas. E hoje, você vê o seguinte, as indicações são muito mais agressivas do que jamais foram, pelo menos é o que penso. E as pessoas, às vezes, exageram, estão exagerando na indicação da artroscopia. Eu acho que de desastroso foi isso, se é um procedimento aparentemente simples, porque nesses meus anos, todas as catástrofes que eu vi, complicações tão graves, infecção, lesão de nervo, lesão de cartilagem, entende? Então, já vi tragédia com artroscopia simples, e não é tão inócua assim, como é vendida. Mas até diria, pela quantidade de procedimentos que são feitos, estatisticamente ela é pequena e isso é o grande desastre, porque popularizou o método e se você entra nas redes sociais, nos grupos, se você pegar grupo de mães e filhos, tem ali as referências de pediatras, “fulano é bom, fulano é ruim, não vai nesta ou naquela emergência porque demora muito, vai em tal lugar que é mais rápido”, tem de tudo! E os grupos de ortopedia, de joelho, tem lá... “eu vou fazer artroscopia, mas tô com medo”, “ah não, tu tem que ter sorte, 50% melhora, 50 não” (risos). Isso é um conceito que já está enraizado e a artroscopia não era para ser assim. Nós somos os grandes culpados (21 min.) (GOMES, 2019).

Feita a transcrição da entrevista do Dr. João Ellera Gomes, passamos ao quinto e último médico entrevistado, com sua biografia e transcrição da entrevista concedida pelo Dr. José Idílio Saggin, exatamente como foram ditas as palavras e com os erros de linguagem que apresentaram.

JOSÉ IDÍLIO SAGGIN



Fonte: IOT-PF (21019).

Dr. Saggin, nascido em Colorado-RS em 1946, formou-se em medicina pela Universidade Federal de Santa Maria-RS em 1976. Fez sua residência médica no Hospital Independência, com o Dr. César Ávila.

Em 1979 é convidado a trabalhar em Passo Fundo, onde já trabalhava o Dr. Gouvéia, paulistano e, no mesmo ano, iniciaria os trabalhos junto com Dr. Pozzi. Três anos depois, o Dr. Gouvéia retorna em definitivo para São Paulo. Um ano após, Dr. Pozzi retorna a Porto Alegre, ficando com Dr. Saggin a missão de dar continuidade a especialidade de joelho em Passo Fundo. Desde então, a cidade é reconhecida nacionalmente como referência em ortopedia.

Dr. Saggin aperfeiçoou-se em cirurgia do joelho em Barcelona, na Espanha em 1982 e, em Nova Iorque, em 1992. Hoje ainda atende em seu consultório particular em companhia de seu filho, também ortopedista, na área de joelho, Paulo Renato Saggin.

Passamos a transcrição da entrevista concedida pelo Dr. José Idílio Saggin, exatamente como foram ditas as palavras e com os erros de linguagem que apresentaram.

P: Dr Saggin! É ua honra conversar com o senhor. Agradeço a gentileza por me ceder um pouco do seu precioso tempo. Poderia me contar um pouco de sua trajetória profissional?

R: Me formei na Universidade Federal de Santa Maria, fiz residência no Hospital Independência com o Dr. César Ávila, daí tive convite para trabalhar em Passo Fundo em 1979. Então a cirurgia do joelho veio no decorrer dos primeiros anos que eu vim pra cá (Passo Fundo), porque eu não vim com formação inicial de cirurgia do joelho, eu vim como ortopedia geral e, quem fazia primeiro joelho aqui em Passo Fundo foi o Dr. Gouveia que era um paulista que ficou 3 anos aqui com a gente e depois foi embora pra São Paulo. Aqui foi continuada com o Dr. Pozzi que, também, um ano depois de o Gouveia ter ido embora, foi pra Porto Alegre. Daí então que eu comecei a fazer a cirurgia do joelho aqui. O início foi meio turbulento mas tive diversas orientações e comecei a operar praticamente só joelho em 1983. De início o Pozzi veio algumas vezes me ajudar pra fazer próteses, cirurgias mais complexas. O Bolzoni também veio porque nas próteses quem fornecia esse material era o Vasconcelos da Protil. E aí o Bolzoni trazia o material e o instrumentador, porque naquela época a gente tava engatinhando, se sabia pouco das cirurgias complexas tipo prótese, fazíamos mais ligamentos, muitos ligamentos de instabilidade anterior com tendão patelar e isso foi um número extremamente grande, assim como depois continuamos a fazer prótese. Então comecei aqui em 1979, de início fiz ortopedia geral e depois fui assumindo aqui a cirurgia do joelho depois do Gouveia e depois do Pozzi. Eu estou agora com 74 anos, praticamente me ausentando da vida, e sorte que tenho um filho maravilhoso que tá assumindo com muita competência, ele até tem mais formação que eu, ficou com o Dejour lá em Lyon, ele domina muito o inglês e o francês, então teve mais facilidade.

P: O Sr. falou de França e do Dejour, o Sr. esteve lá também. O Sr. buscou a

formação na área do joelho. quem foram os seus mestres, seus pilares que lhe orientaram na cirurgia do joelho naquela época?

R: Quando eu vim pra Passo Fundo eu tive oportunidade de sair 6 meses e fui pra Barcelona, então o início meu também não foi de cirurgia de joelho, porque nós tínhamos aqui cirurgiões de joelho, foi de ortopedia geral. Muitos traumas, fixadores externos e poucos joelhos. Daí depois que eu voltei pra cá e caiu na minha mão a cirurgia de joelho eu comecei, eu fui diversas vezes a São Paulo. O Gouveia tinha ido pra lá e trabalhava comigo aqui. E fui pelo mundo assim, nunca longos períodos. Fiquei 2 meses em Nova Iorque com o Insall, aprendi muita prótese com ele e foi o Pozzi e eu, fomos juntos. Depois mais com congressos, cursos, essas coisas mas nunca fiquei um ano, por exemplo, num serviço fazendo só joelho... isso nunca aconteceu, tive que ser meio autodidata. Sempre ajudaram muito esses colegas de São Paulo, o Marco Amatuzzi, o médico de Campinas no início das artroscopias, o Pozzi, o Gouveia, os professores anteriores que me orientavam assim.

P: O Sr. tem alguma lembrança das cirurgias ligamentares e meniscais da década de 80? E de 90? Como que eram?

R: Sim, a grande novidade que a gente praticamente iniciou no Brasil, eu acredito que a primeira grande cirurgia de reconstrução de cruzado anterior com tendão patelar foi feita aqui em Passo Fundo. O Gouveia tinha ido pra Lyon com o Dr. Dejour e aí a gente começou a fazer tendão patelar. Na época se fazia muita plastia externa apenas, não se fazia plastia interna. E o tendão patelar ainda é o grande substituto do cruzado anterior, nós iniciamos a colocação do tendão patelar livre, porque antes já se fazia mas com ele não livre. Daí que a grande novidade foi com fixação tibial e femoral com parafusos. O ligamento cruzado anterior tinha duas técnicas na época que são as mesmas de agora. O cruzado anterior era substituído por tendão patelar ou com tendões flexores. Em Porto Alegre a turma do clínicas fazia muito mais tendões flexores, inclusive eles fizeram um trabalho pioneiro, acredito, com tendões flexores. Nós aqui em Passo Fundo sempre priorizamos o tendão patelar, mas acho que as duas técnicas dão praticamente resultados idênticos quando bem colocado o tendão, tanto faz um ou outro, quando se faz bem a cirurgia se dá boa estabilidade. Mas então o início foi lá por 1982, 83... que se iniciou a fazer tendão patelar livre aqui em Passo Fundo. Depois o Gouveia foi pra São Paulo e o Pozzi foi pra Porto Alegre e aí nesses três lugares de fazia tendão patelar e tendão flexor mas nós continuamos fazendo tendões patelares. Só ultimamente agora com a vinda do meu filho, meu filho fez faculdade na UFRGS aí ele acompanhou um pouco ali o João e o Marczyk é que ele faz muito bem inclusive o tendão flexor, mas continuamos fazendo tendão patelar pois achamos que dá bons resultados. As lesões meniscais naquele tempo se iniciou a fazer as menissectomias parciais, porque antes disso se fazia menissectomia total. Tinha um meniscótomo, dissecava e expunha o menisco, colocava o meniscótomo e dava uma puxada pra trás assim e tirava o menisco inteiro. Era uns crimes, mas dizia-se que até tinha absurdos de colegas que aproveitavam e tiravam os dois meniscos de uma vez só pra não incomodar mais. Dizia-se que não era uma estrutura importante do joelho, ao passo que no passar dos anos a gente foi observando que é muito importante. Retirar um menisco resolve muito pouca coisa no joelho, exceto lesões graves assim mas, lesões radiais pequenas é um absurdo fazer o que a gente fazia. Mas nós não tínhamos culpa, a culpa era da ciência na época, da orientação que a gente recebia.

P: Falando dessas recordações, dessas memórias, dentro da profissão, do fazer o joelho, tem algum caso que ficou marcado e que o senhor não vai esquecer nunca mais?

R: Olha, recordo por exemplo, aqui eu fiz uma reconstrução com tendão patelar em um jogador de futebol do Passo Fundo em 1990. Eu fiz a reconstrução, talvez um pouco antes disso, e recomendei - ainda hoje eu recomendo - que não joguem futebol antes dos 8 meses de pós operatório. Então, tem gente que dá 6 meses mas eu sempre fui mais conservador. E esse jogador de futebol do Passo Fundo recebeu a cirurgia e foi devidamente orientado mas que ele não devia jogar futebol antes dos 6 meses. Depois disso iniciaram devagarinho. E qual não foi a minha surpresa que, 2 meses depois de ter operado ele fui ver jogar num jogo entre o Internacional e o Passo Fundo aqui no estádio do Passo Fundo, e o cara tava em campo mandando ver. Aí tu tem muitos aprendizados com essas coisas porque... você acha que rompeu o cruzado dele? Pois não rompeu, depois ele veio e eu o repremi. Como não seguiu as orientações, queria deixar de atender ele. O nome dele era Irineu e ele me pediu pelo amor de Deus que eu acompanhasse ele, continuei acompanhando ele teve uma sinovite mas não rompeu o cruzado. Foi um caso que me marcou assim, porque dois meses e um pouquinho é muito pouco tempo para uma reconstrução. Então das reconstruções este foi um caso que me marcou, assim como me marcou aqueles que com 8 meses vão jogar e em seguida fazem uma re-ruptura. Existem coisas que a gente não conhece bem ainda como é que evoluem de uma maneira em alguns pacientes e de outra maneira em outros.

P: Ao longo desses anos, o que o senhor considera magnífico e o que considera desastroso para o desenvolvimento da cirurgia do joelho?

R: Eu acho que a cirurgia do joelho teve um desenvolvimento natural e a gente aprendeu muito cedo que tinha lesões que não deviam ter, existem contraindicações absolutas de se fazer, por exemplo... a artroscopia veio pra ajudar bastante a gente. Só que se fez artroscopia em quase tudo que era coisa no joelho, se fazia em quase todas as doenças do joelho. Depois se observou que adiantava pouca coisa. Fazer artroscopia numa artrose grave não vai ajudar o paciente, então essa é uma das evoluções que a gente aprendeu, ainda bem. Em situações onde a gente não encontra outra solução, até pode-se indicar mas eu não vejo benefícios com o paciente. A evolução das próteses foi também assim. Tem coisas que a gente não consegue explicar e isso não está ainda definido. Eu tenho próteses feitas com 25 anos, faz 40 que eu faço próteses aqui. Tem próteses com 25 anos que eu ainda vejo alguns pacientes, embora a maioria já morreu, mas tem coisas que a gente não explica "como uma prótese com desenho antigo, com materiais que não eram os que realmente deram melhor resultado, com técnicas que a gente ainda desconhecia, não tinha a habilidade que se tem com o desenvolver dos anos, duraram 25 anos. E outras próteses, salvo as complicações por infecção, em um ano, dois anos, três anos no máximo, a prótese "afrouxa" e não conseguimos explicar qual é o motivo que aconteceu isso. Então o desenvolvimento da prótese ainda tem coisa pra explicar, ainda acredito que existem fatores de cada pessoa que fazem com que o organismo tenha algum grau de rejeição que a gente ainda não consegue resolver este problema (SAGGIN, 2019).

A partir das entrevistas realizadas com os médicos precursores de cirurgia do joelho no Estado do Rio Grande do Sul, passamos à análise das narrativas e suas contribuições para este estudo.

ANÁLISE DAS NARRATIVAS DOS ENTREVISTADOS

Os cinco profissionais entrevistados são os precursores e desbravadores da especialidade de joelho que, até então, não existia. Essa especialidade iniciou seus primeiros passos na década de 70. Os profissionais aqui citados contribuíram para o seu surgimento e sua organização, em uma época que pouco se sabia sobre cirurgia do joelho e o acesso a informação era mais difícil. Na época, as cirurgias do joelho não tinham resultados satisfatórios nem para o médico e, muito menos, para o paciente.

As entrevistas tiveram como objetivo preencher lacunas quanto a memória da especialidade, uma vez que pouco se tem publicado a respeito. Para resgatar parte dessas memórias, recorreremos aos depoimentos desses colegas. Segundo Halbwachs (2006, p. 29), “recorremos a testemunhas para reforçar ou enfraquecer e também para completar o que sabemos de um evento sobre o qual já temos alguma informação, embora muitas circunstâncias a ele relativas permanecem obscuras para nós.”

O que as narrativas de todos os entrevistados têm em comum é a questão da necessidade de melhores resultados cirúrgicos, uma vez que, na época, não haviam trabalhos científicos mais profundos ou mais focados na cirurgia do joelho. Todos procuravam aperfeiçoamento fora do Estado do Rio Grande do Sul e citam os serviços que visitaram, muitas vezes, os mesmos serviços de ortopedia. Cada um relata sua experiência em tais serviços. Todos têm recordações distintas, embora relacionadas aos mesmos eventos. Citaríamos, novamente, Halbwachs (2006, p. 30), em que ele diz que “nossas lembranças permanecem coletivas e nos são lembradas por outros, ainda que se trate de eventos em que somente nós estivemos envolvidos e objetos que somente nós vimos. Isso acontece porque nunca estamos sós.”

Da década de 70 em diante, muitas pesquisas e muitos artigos foram publicados em revistas nacionais e internacionais por estes profissionais. Surge, então, o reconhecimento nacional e internacional. A cirurgia do joelho evoluiu de forma extraordinária na década de 80 e 90 no Rio Grande do Sul, no Brasil e no mundo. Os pacientes operados com as novas técnicas começaram a ter melhores resultados e qualidade de vida. Cada um desses profissionais contribuiu muito para os avanços da especialidade no Estado e no Brasil.

A partir de meados da década de 70, a cirurgia de joelho tornou-se uma especialidade. Todo ortopedista que se interessava pela área, tinha de procurar um

serviço renomado para se aperfeiçoar. Os serviços renomados eram e continuam sendo dos precursores da especialidade.

Esses profissionais hoje têm seus méritos, seus troféus, conforme Pierre Bourdieu (2001) aborda sobre a noção de Campo. Segundo o mesmo autor, o campo é sempre um campo de forças, em que os agentes sociais estão dispostos em diferentes posições, cada qual com suas estratégias, para tentar dominar o campo ou conseguir seus troféus específicos.

Tem-se percebido que a cirurgia de joelho evoluiu muito e se difundiu no interior do país e do Estado. Muitos colegas do interior praticam a especialidade tendo bons resultados cirúrgicos e devolvendo ao paciente, a sua vida normal e, muitas vezes, possibilitando o retorno ao esporte. O grande salto na cirurgia do joelho, sem dúvida, é a videoartroscopia, que é uma técnica cirúrgica ou diagnóstica minimamente invasiva. É realizada com auxílio de um vídeo que amplia a imagem das estruturas intra-articulares e permite que o cirurgião corrija ou cure patologias com pequenos cortes, possibilitando, assim, que o paciente tenha uma recuperação mais breve e com menos riscos inerentes as cirurgias comuns. A artroscopia e as técnicas novas e aperfeiçoadas atualmente são consideradas a “ciência normal” conforme Kuhn (2005), referindo-se às pesquisas abrigadas em um consenso científico proporcionado pelo paradigma. Para Kuhn (2005, p. 30), o conceito de paradigma é usado, referindo-se a modelos “dos quais brotam as tradições coerentes e específicas da pesquisa científica”.

A seguir expomos quadros com as devidas formações profissionais dos entrevistados, cirurgias do joelho que realizaram no RS, bem como a linhagem profissional, além da inserção em redes de sociabilidade que fazem parte.

Quadro 3 - Formação profissional

Profissional	Formação
André Kuhn	Graduação – Medicina – Universidade de Passo Fundo (UPF) – RS. Pós-Graduação – Ortopedia e Traumatologia – Instituto de Ortopedia e Traumatologia de Passo Fundo (IOT).
João Fernando Argento Pozzi	Graduação em Medicina – Fundação Universidade de Rio Grande (FURG) – RS. Pós-Graduação – Ortopedia e Traumatologia – Hospital Independência – Porto Alegre-RS.
Luiz Roberto Stigler Marczyk	Graduação em Medicina – UFRGS. Pós-Graduação – Ortopedia e Traumatologia – Hospital de Clínicas – UFRGS e Hospital das Clínicas de São Paulo – USP. Mestrado em Ortopedia e Traumatologia – USP.
João Luiz Ellera Gomes	Graduação em Medicina – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pós-Graduação – Ortopedia e Traumatologia – Hospital de Clínicas – UFRGS. Mestrado em Ortopedia e Traumatologia – Escola Paulista de Medicina (EPM). Doutorado em Medicina Cirúrgica – UFRGS.
José Idílio Saggin	Graduação em Medicina – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – RS. Pós-Graduação – Ortopedia e Traumatologia – Hospital Independência – Porto Alegre-RS.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Quadro 4 - Cirurgia do joelho no RS: médicos, formação e linhagens profissionais

Profissional	Linhagem Profissional
André Khun	-José Idílio Saggin (Brasil) -Henri Dejour (França)
João Fernando Pozzi	-Laviera Laurino (Brasil) -Cesar Avila (Brasil) -Jack Hughston e John Insall (USA) -Henri Dejour e Pierre Chambat (França)
Luiz Roberto Stigler Marczyk	-Marco Amatzuzi (Brasil) -Robert Jackson (Canadá)
João Luiz Ellera Gomes	-Luiz Roberto Stigler Marczyk (Brasil) -Robert Jackson (Canadá) -Albert Trillat (França)
José Idílio Saggin	-Cesar Ávila (Brasil) -Collado Herrera (Espanha) -John Insall (USA)

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Quadro 5 - Inserção em estruturas de sociabilidade

Profissional	Estruturas de Sociabilidades
André Khun	Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho (SBCJ) Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT)
João Fernando Pozzi	Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho (SBCJ) Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT) de Passo Fundo. Sociedade Portuguesa de ortopedia e Traumatologia (SPOT) <i>Hughston Society</i>
Luiz Roberto Stigler Marczyk	Sociedade Brasileira de de cirurgia do Joelho (SBCJ) Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT)
João Luis Ellera Gomes	Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho (SBCJ) Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) Sociedade Brasileira de Artrosopia e Traumatologia do Esporte (SBRATE)
José Idílio Saggin	Sociedade Brasileira de Cirurgia do joelho (SBCJ) Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT)

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

CIRURGIA DO JOELHO NA ATUALIDADE

Olhando no retrovisor do tempo, a cirurgia do joelho passou por uma evolução muito rápida em termos de aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, instrumentais e material cirúrgico.

Desde que a cirurgia do joelho tornou-se uma subespecialidade da ortopedia (década de 70), no mundo inteiro houve intensas pesquisas, trabalhos, congressos, trocas de informações e experiências que fizeram a cirurgia evoluir de forma muito satisfatória. Temos de reconhecer que, juntamente com o aperfeiçoamento do cirurgião, a evolução dos exames de imagem ajudou muito na acurácia dos diagnósticos e na condução de melhores resultados cirúrgicos. Aqui citamos, especialmente, a ressonância magnética, cujo uso só se difundiu na década de 1990 no Brasil. As imagens geradas pela ressonância permitem visualizar lesões e programar as cirurgias.

Não há dúvida nenhuma de que a cirurgia artroscópica foi a inovação que revolucionou a cirurgia do joelho no mundo. Cremos que o maior uso da artroscopia no Brasil, começou nos fins dos anos 90 e início de 2000 e está, cada vez se popularizando mais, entre os profissionais ortopedistas. A artroscopia é um procedimento cirúrgico que permite olhar para dentro da articulação, por meio de um aparelho chamado artroscópio, que se parece com uma caneta contendo uma fonte

de luz e uma câmera na ponta. O aparelho é inserido na articulação, por meio de uma pequena incisão (corte) na pele, que chamamos de portal e, então, as imagens que são geradas pela câmera são transmitidas por um monitor de vídeo. Por intermédio de outros portais são inseridos instrumentos com os quais o cirurgião realizará o procedimento. A artroscopia pode ser usada com duas finalidades: diagnóstica ou para corrigir lesões de estruturas intra-articulares. Ao contrário da cirurgia “aberta”, em que o corte é grande, a artroscopia é menos invasiva e permite uma recuperação mais breve.

Tal procedimento é usado pela grande maioria dos cirurgiões para tratar da maioria das lesões que acometem o joelho. Usamos o artroscópio para tratar pacientes da população em geral e, sobretudo, para tratar de lesões articulares de atletas profissionais e amadores de todas as modalidades.

A evolução da cirurgia do joelho permitiu que pudéssemos corrigir lesões de menisco, lesões ligamentares, de cartilagem, inflamações e outras tantas.

Quanto à cirurgia de menisco, antigamente era feita com corte grande, onde se retirava toda a estrutura dele, uma vez que não se tinha ideia da grande importância na articulação e não se dispunha de artroscópio.

Nas últimas três décadas, retirávamos apenas a parte rompida do menisco que já era uma grande evolução. Evoluímos mais ainda e hoje costuramos (suturamos), o menisco com a ajuda do artroscópio, uma vez que aprendemos que, anatomicamente, o menisco exerce uma grande função para estabilizar a articulação e amortecer o impacto na cartilagem do joelho. Preservar a cartilagem, significa evitar ou minimizar a possibilidade do surgimento da artrose.

Nas rupturas dos ligamentos cruzados também evoluímos e hoje realizamos uma reconstrução próxima da anatomia original dos mesmos, usando enxerto retirado do próprio paciente.

Um dos maiores desafios da atualidade na cirurgia do joelho é a lesão da cartilagem articular. Sua lesão, invariavelmente, evolui para a artrose, doença degenerativa que causa dor e incapacidade na articulação comprometida.

As lesões de cartilagem têm inúmeros estudos em andamento. Hoje abordamos regularizando-as, estabilizando-as (microperfurações e mais atualmente nanoperfurações) e até reconstituindo-as com enxerto osteocondral, que chamamos de mosaicoplastia. O tratamento dos defeitos da cartilagem, atualmente, também está sendo tratado com membrana de colágeno que, geralmente, é de origem animal

(suína ou bovina) e que estimula a formação de cartilagem. O procedimento é chamado de condrogênese induzida por matriz autógena, cuja sigla em inglês é AMIC. Há outros tantos estudos que, certamente, virão para modificar a cirurgia do joelho, ou seja, novos paradigmas para modificar a “ciência normal”, conforme Thomas Kuhn (2005).

A seguir apresentamos um quadro síntese sobre a história da ortopedia no mundo, para melhor visualização de sua evolução.

Quadro 6 - A história da ortopedia (continua)

Datação	Descrição dos processos ortopédicos
Fósseis pré-históricos	– Consolidação de ossos fraturados e alinhados, provavelmente sujeito a processos de imobilização rudimentar.
Século XXVII a.C	– Papiro egípcio atribuído ao médico Imhotep em que aparecem informações sobre uma classificação dos traumas ósseos: os passíveis de tratamento, os que deveriam ser combatidos e os não passíveis de tratamento.
Século XXIV a.C	– Uso comprovado de muletas no Egito (tumba de Hirkouf, na qual se encontra uma escultura, em que aparece uma figura usando muletas).
Séculos V e IV a.C	– Há textos na Grécia Antiga, na qual se descrevem vários tipos de luxações, a partir dos conhecimentos de Hipócrates. Além disso, há informações sobre o tratamento do pé torto congênito.
Século II a.C	– Há registros de cirurgias ortopédicas feitas por Galeno nos gladiadores romanos. Galeno passou a ser conhecido como o “pai da medicina esportiva”.
Século III	– Ruphus de Éfeso deixou descrição sobre o cisto sinovial, bem como do seu tratamento por compressão. – Antyllus praticou a tenotomia subcutânea, com o fim de aliviar as contrações de uma articulação. – Registro neste período do uso de brocas, serras e cinzéis.
Século VII	– Paulo de Aegina trabalhou em Alexandria, deixando uma obra na qual tratou de fraturas e luxações. Essa bibliografia foi levada pelos árabes após a invasão de Alexandria. Foi um persa, de nome Abu Mansur Muwaffak, quem deixou as primeiras descrições do uso de gesso para tratar fraturas.
Século X	– Surgimento do chamado “gesso de Paris” (água adicionada a um sulfato de cálcio desidratado em forma de pó).
Século XIII	– Teodorico de Bolonha deixou registro de tratamento de fraturas na coluna espinal, conhecimento ainda atual.
Século XVI	– Relatos de cirurgias ortopédicas realizadas por Ambroise Paré na França. – Bourg Herent projetou instrumentos como próteses, botas ortopédicas e coletes destinados ao tratamento de escoliose.
Século XVII	– Thomas Sydenham deixou descrição do tratamento da gota, com informações sobre o reumatismo agudo, a coreia, o escorbuto e a desinteria.

Quadro 6 – A história da ortopedia (conclusão)

Datação	Descrição dos processos ortopédicos
Século XVIII	<ul style="list-style-type: none"> – Nicholas Andry, francês, foi o primeiro a usar o termo ortopedia para o tratamento das deformidades ósseas. – O genebrino Jean-Andre Venel fundou o primeiro instituto de ortopedia do mundo em Canton Wasdt.
Século XIX	<ul style="list-style-type: none"> – O cirurgião militar holandês Antonius Mathysen inventa um método novo para o tratamento dos membros fraturados: a atadura de gesso.
Final do século XIX	<ul style="list-style-type: none"> – Em 1895, o Raio X é inventado por Wilhelm Conrad Rongten. – O inglês Robert Jones publica o primeiro relatório sobre o uso de radiografia, com o fim de localizar uma bala em um punho.
Século XX	<ul style="list-style-type: none"> – Invenção da haste intramedular pelo alemão Gerhard Kuntscher (1900-1972), o que permitiu uma recuperação bem mais rápida dos soldados feridos em campo de batalha. – O americano Austin Moore (1890-1963) criou uma prótese de substituição articular do fêmur proximal feita de “vitallium”. – Entre a Primeira e a Segunda Guerra, Eugen Bircher foi o primeiro cirurgião a usar, em larga escala, a artroscopia em joelhos.
Século XXI	<ul style="list-style-type: none"> – Surgimento de novas técnicas, com o uso da Internet para fins clínicos e avanço nos estudos biomecânicos. São promissoras as possibilidades de decifração do genoma humano para o tratamento ortopédico.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Karam e Lopes (2005).

A partir do Quadro 7 apresentando uma síntese da história da ortopedia no mundo, incluímos um quadro sobre a ortopedia no Brasil, para melhor visualização de sua evolução.

Quadro 7 - A ortopedia no Brasil (continua)

Datação	Descrição Factual
1935	<ul style="list-style-type: none"> - A ortopedia no Brasil começa a se organizar com a fundação da Sociedade Brasileira de ortopedia (SBOT) em 19 de outubro. Foi idealizada por membros do Pavilhão Fernandinho Simonsen. Fundada pelos Dr.s Luiz Ignácio Barros Lima, Luiz de Resende Puech e Achilles Ribeiro de Araújo.
1936 – 1939	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidação da SBOT: nesses primeiros anos, os ortopedistas conseguiram se firmar como especialistas no Brasil, ter sua <i>expertise</i> reconhecida e enraizar um hábito muito saudável: As reuniões científicas. - Em 1936, no Pavilhão Fernandinho Simonsen, em menos de um ano da fundação da SBOT, em 1º de junho, foi aberto o primeiro Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia. - Consolidação Regional: regionais da SBOT começam a surgir no país. O Rio de Janeiro inaugura, ainda em 1936, a primeira regional da SBOT. - São reconhecidos quatro Estados trabalhando de forma intensa pela especialidade: Rio de Janeiro; São Paulo; Pernambuco; e Rio Grande do Sul. - Ortopedistas brasileiros já convidavam e recebiam palestrantes estrangeiros. - Fred Houdlette Albee (1875-1945) esteve no Rio de Janeiro e fez conferências (“Tratamento dos tumores malignos dos ossos pela ressecção e substituição por enxertos ósseos”, “Fraturas do colo do fêmur” e “Estado atual do tratamento das osteomielites”). - Temas científicos nos congressos da época eram baseados no “como eu trato”, “como eu opero” e “o que tenho visto”. - Os poucos dados estatísticos eram de casuísticas pessoais ou de incidências locais. - Fundada a Revista Brasileira de Ortopedia.
1940	<ul style="list-style-type: none"> - O ensino da Ortopedia passa a ser feito como disciplina autônoma e obrigatória dos cursos universitários de todas as escolas médicas do país, com a necessidade da criação de um Departamento de Ortopedia chefiado por especialista titulado pela SBOT.
1967	<ul style="list-style-type: none"> - O Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia passa a ser concedido pela Associação Médica Brasileira (AMB).
1968	<ul style="list-style-type: none"> - É criada a Comissão de Ensino e Treinamento (CET), inicialmente com o objetivo de vistoriar os serviços credenciados de treinamento em ortopedia e traumatologia e criar o Exame de Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia (TEOT). É formada a Comissão de Defesa Profissional, na defesa das condições de trabalho e remuneração dos ortopedistas (na época, junto ao Instituto Nacional de Previdência Social, INPS).
1969	<ul style="list-style-type: none"> - É criado oficialmente o Plano Nacional de Residência em Ortopedia e Traumatologia.
1970	<ul style="list-style-type: none"> - Forma-se a primeira Comissão de Ensino e Treinamento.
1972	<ul style="list-style-type: none"> - É realizada a primeira prova de Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia (TEOT), em Belo Horizonte, com aprovação de 54 dos 59 participantes.
1986	<ul style="list-style-type: none"> - Realizado o primeiro Teste de Avaliação dos Residentes em Ortopedia (TARO), aplicado a residentes de primeiro, segundo e terceiro anos, para avaliar a qualidade de treinamento concedido pelos Serviços Credenciados.

Quadro 7 – A ortopedia no Brasil (conclusão)

Datação	Descrição Factual
2000	– É instituído o Título de Recertificação em Ortopedia e Traumatologia.
2002	– O TEOT é reconhecido oficialmente pela AMB e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).
2008	– A American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) faz homenagem especial à SBOT, reconhecendo a ortopedia brasileira como referência mundial e tratando-a como convidada de honra no maior congresso da especialidade do mundo.
2009	– A SBOT passa a realizar o Fórum de Preceptores, uma reunião entre as pessoas que treinam os residentes durante três anos, para obterem o título de especialista em ortopedia.
2011	– A SBOT contabiliza 131 Serviços Credenciados de Treinamento em Ortopedia e Traumatologia em todo o Brasil. – Começa a ser aplicada oficialmente a Prova de Habilidades Práticas no TEOT.
2014	– SBOT realiza o Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia (CBOT), em conjunto com o Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia Ortopédica e Traumatologia (SICOT), realizando um grande evento internacional, no Rio de Janeiro.
2020	– Devido a pandemia da COVID-19, aconteceu o primeiro congresso on-line da especialidade.
2021	– Em novembro ocorrerá o 53º Congresso Anual da SBOT, será presencial e importantes convidados nacionais e internacionais estão sendo confirmados.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Reis e Mercadante (2010).

4.1 Textos produzidos

Ao longo do curso de mestrado, à medida em que avançava nas leituras de natureza teórica e na pesquisa, fui elaborando textos nos quais sistematizava essas informações e que me foram sumamente úteis como recurso capaz de organizar o conhecimento e, aprofundá-los, buscando, com o auxílio dos professores orientador e co-orientador, bem como com bibliografia adequada.

4.1.1 A Sociedade Brasileira de Joelho : representatividade e formação

Resumo

Este trabalho tem como preocupação principal historicizar o surgimento da Sociedade Brasileira de Cirurgia de Joelho. O trabalho procura enfatizar a importância

desta instituição para a formação dos médicos brasileiros, notadamente dos especializados em ortopedia. Salientando a importância profissional desta instituição, apresento seus presidentes, no afã de demonstrar a sua relevância profissional, revelada no currículo daqueles que a nortearam e a norteiam no presente.

Palavras-chave: Memória social. Cirurgia de joelho. Ortopedia.

Introdução

Na década de 70, a preocupação de estudiosos sobre o diagnóstico da dor no joelho e a padronização da pneumoartrografia contrastada do joelho fez surgir o primeiro clube do joelho do Brasil, que mais tarde originaria a Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho (SBCJ).

Os grupos especializados começavam a surgir no Departamento de Ortopedia da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP); o então Dr. Marco Amatuzzi, na época interessado em patologia do pé, começava a se interessar pela pneumoartrografia. O Grupo de Joelho do Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT) começou a se reunir às quintas-feiras à noite e nas sextas-feiras pela manhã para atender pacientes que iam em busca de pneumoartrografias e esclarecimento diagnóstico de doenças do joelho.

Em 1979, a Associação Paulista de Medicina trouxe ao Brasil, a maior autoridade norte-americana em Cirurgia do Joelho e Medicina Esportiva, o Dr. Jack C. Hughston, que se apresentou na XVIII Jornada do Interior do Estado de São Paulo, em Cursos de Joelho do Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT) do Hospital das Clínicas da FMUSP. A participação de Hughston consolidou conceitos e condutas, como a ficha de exame clínico, proposta pelo Clube do Joelho, que passou a ser modelo aos ortopedistas do Brasil.

Em 1983, o Grupo de Joelho do IOT viabilizou o Primeiro Simpósio Brasileiro de Cirurgia do Joelho, realizado em São Paulo, quando, oficialmente, foi fundada a Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho (SBCJ). Durante o evento, ocorreu a aprovação do logotipo e estatutos da SBCJ, bem como a eleição da primeira diretoria, composta pelos doutores Marco Amatuzzi (presidente), Gilberto Camanho, Olavo Padilha, Osmar Arbix Camargo e Yoshiki Ohumura.

A partir de então, muitos congressos foram realizados em diversas regiões do

país. Atualmente, os congressos da SBCJ são bienais. A troca de estagiários e as visitas frequentes criaram um laço de amizade entre os diversos sócios da SBCJ, que é a sua marca. Os congressos parecem festas de aniversário de família, nas quais o encontro com pessoas queridas é comemorado.

A Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho na profissionalização médica brasileira

Muitos serviços tornaram-se credenciados pela SBCJ que formaram e formam profissionais capacitados para lidar com as patologias do joelho.

A SBCJ estabeleceu, por intermédio de seus membros, sólidas relações internacionais, que deram muita sustentabilidade a sua estrutura de educação médica continuada.

A partir de então, a cirurgia do joelho no Brasil, passou a receber maiores olhares da classe médica, aprofundando, cada vez mais, os estudos na área e ampliando o intercâmbio de conhecimento com outros países, principalmente europeus. A organização de eventos científicos relacionados passou a ser uma constante, contribuindo para o aprimoramento das técnicas empregadas no Brasil e consolidando nossa Sociedade.

Desde seus primórdios até a atualidade, vários colegas assumiram a presidência da sociedade conforme sua notoriedade e atuação constante e contribuição para a especialidade.

Presidentes da Sociedade Brasileira do Joelho: do surgimento à atualidade

Dr. Marco Marins AmatuZZi (1983-1988)

O primeiro presidente da SBCJ, como foi acima mencionado, foi o Dr. Marco AmatuZZi que é graduado em medicina pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Residência em Ortopedia e Traumatologia no Hospital das Clínicas da FMUSP, após a qual foi nomeado médico assistente do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas, cargo em que foi efetivado após concurso. Possui doutorado em Ortopedia e Traumatologia em 1972. Livre Docência em 1983 pelo Departamento de Ortopedia e Traumatologia da FMUSP. Em 1996, por intermédio de concurso, em que concorreu com mais dois candidatos, foi indicado por unanimidade

Professor Titular do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Suas linhas de pesquisa são: Desenvolvimento de Ensaio e Modelos para Substituições Articulares e Ensaio sobre Instabilidades Articulares. Possui experiência nos temas relacionados a joelho, ortopedia geriátrica e medicina esportiva. Também destacou-se ministrando aulas e cursos sobre Humanização na Medicina e Interprofissionalismo na Saúde. Em 2005 recebeu o título de Professor Emérito da Faculdade de Medicina da USP.

Dr. Gilberto Luis Camanho (1989-1990)

Possui graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1970), mestrado em Ortopedia e Traumatologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1984), doutorado em Ortopedia e Traumatologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1987) e Livre Docência pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1990). Atualmente é Professor Titular do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Presidente do Conselho Diretor do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Ortopedia e Traumatologia, atuando, principalmente, nos seguintes temas: patologia do joelho; regeneração articular; e substituição articular.

Dr. Neylor Pace Lasmar (1991-1993)

Possui graduação em medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (1966) e graduação em medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (1963). Especialização pela Universidade de São Paulo (USP), com o título: Ortopedia e Traumatologia. Atualmente é diretor de uma Clínica Particular. Diretor da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, chefe da clínica ortopédica e traumatológica do Hospital Universitário São José e professor titular da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Foi Ortopedista da Seleção Brasileira de Futebol.

Dr. Wilson de Mello Alves Junior (1994-1996)

Cirurgião ortopédico com especialização em Medicina Esportiva pela *Hughston Orthopaedic Clinic* (1980/1981) e em Ortopedia Pediátrica pela *The Alfred I. Du Pont*

Institute (1980). Possui residência médica no Centro Médico de Campinas (1977). Atualmente é Diretor do Instituto Wilson Mello (www.iwmello.com.br) e Presidente do Grupo de Estudos do Joelho de Campinas (www.grupodojoelho.com.br). É médico voluntário na especialidade Joelho do Departamento de Ortopedia e Traumatologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro (PUC-Campinas). Tem ampla experiência na área de ortopedia, com ênfase em cirurgia do joelho. Tem interesse em Educação Médica, atuando por seis anos na Comissão de Ensino e Treinamento da SBOT. No Núcleo de Estudos do Instituto Wilson Mello, coordena os projetos de pesquisa na área de Ortopedia e orienta residentes (R4) de joelho.

Dr. Moisés Cohen (1997-1998)

Graduação em medicina pelo Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba da PUC-SP (1977) e especialização em Ortopedia e Traumatologia na Santa Casa de São Paulo. Realizou o mestrado no Programa de Pós-graduação em Ortopedia e Traumatologia pela Escola Paulista de Medicina (1990) e o doutorado em (1994). Realizou concurso de provas e títulos para Professor Livre Docente (2001) no Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP. Em 2006, iniciou a carreira docente no Departamento de Ortopedia e Traumatologia (EPM-UNIFESP), como Professor Adjunto. Em agosto de 2010, foi eleito Chefe do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Escola Paulista de Medicina/UNIFESP, sendo reconduzido por outros três anos em novembro de 2013. Realizou concurso para Professor Titular do Departamento de Ortopedia e Traumatologia, aprovado em novembro de 2012. Das atividades anteriores: coordenador pelo Departamento de Ortopedia e Traumatologia na graduação da Escola Paulista de Medicina (2009-2010); implantou e supervisionou a Residência Médica em Medicina Esportiva no DOT-EPM-UNIFESP (2007-2010); e implantou e chefou as atividades do Setor de Traumatologia do Esporte (1997- 2010). Orientador no programa de Pós-graduação em Ortopedia e Traumatologia da UNIFESP (1998-2010), e em Ciências Aplicadas ao Aparelho Locomotor – modalidade Mestrado Profissional (2004-2008). Atualmente é Professor Orientador do Programa de Pós-graduação em Cirurgia Translacional da UNIFESP (Medicina III, Capes nota 6). Revisor e/ou Corpo Editorial dos periódicos *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopy and Related Surgery*, *American Journal of Sports Medicine*, *Cartilage*, *Clinics* (USP), *Acta Ortopédica Brasileira*, *Revista Brasileira de Ortopedia* e Editor da *Revista*

Brasileira de Medicina (volume especial Ortopedia); e Presidente da ISAKOS, biênio 2011-2013. Atualmente atua em três linhas de pesquisa, com captação de recursos FAPESP, com projetos regulares e temáticos e CNPq (edital universal). Tem experiência na área de medicina, com ênfase em Ortopedia e Traumatologia, atuando principalmente nos seguintes temas: Ortopedia e Traumatologia; Cirurgia do Joelho; Artroscopia; e Traumatologia Esportiva. Recadastrado como Professor Orientador no Programa de Pós-graduação em Cirurgia Translacional da UNIFESP (Capes nota 6 – 2016-2021) e coordenador do Programa de Pós-graduação em Medicina do Esporte e da Atividade Física – modalidade Mestrado Profissional (2016-2020). Presidente da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) em 2019.

Cabe aqui comentar que Dr. Moisés foi meu preceptor de estágio na minha formação na área de joelho e trauma esportivo no ano de 2001.

Dr. Arnaldo José Hernandez (1999-2000)

Graduou-se em medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) em 1980. É mestre (1990), doutor (1994) e livre-docente (2004) em Ortopedia e Traumatologia pela mesma Universidade. É docente da FMUSP desde 2000, tendo atuado como Professor Colaborador até 2007 e como Professor Associado desde então. Atualmente, é Chefe do Grupo de Medicina do Esporte do IOT-HC-FMUSP e coordenador do respectivo Programa de Residência Médica. Sua atuação profissional e de pesquisa científica concentra-se nas seguintes áreas: joelho; medicina esportiva; ortopedia e traumatologia esportivas; lesões do ligamento cruzado anterior; e artroplastia total do joelho. Foi também presidente da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e do Exercício (SBME). Tem participado ativamente das últimas gestões da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT). É membro do conselho editorial de diversas publicações especializadas, sendo, atualmente, o Editor-Chefe da Revista Brasileira de Medicina do Esporte (RBME).

Dr. René Jorge Abdalla (2001-2002)

Possui graduação em medicina pela Faculdade de Medicina de Vassouras (1980), mestrado em Ciências (Ortopedia e Cirurgia Plástica Reparadora) pela Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo (1988) e doutorado em Ciências (Ortopedia e Traumatologia) pela Universidade Federal de São Paulo (1994). Professor Orientador do Programa de Pós-graduação em Ortopedia e Traumatologia

da EPM-UNIFESP (2007-2010). Professor Afiliado – modalidade Ensino, no Departamento de Ortopedia e Traumatologia da EPM- UNIFESP desde maio de 2012. Realizou Concurso de livre docência no Departamento de Ortopedia e Traumatologia da EPM-UNIFESP (novembro de 2012). Realizou estágio de Pós-doutorado no Programa de Pós-graduação em Cirurgia Translacional (2012-2014), com projeto Auxílio Regular a Pesquisa FAPESP. Atualmente é Professor coorientador do Programa de Pós-graduação em Cirurgia Translacional (Capes nota 6) da EPM-UNIFESP. Diretor médico do Hospital do Coração (SP). Tem experiência na área de medicina, com ênfase em Artroscopia, atuando principalmente nas instabilidades articulares (Ligamento Cruzado Anterior e Ligamento Cruzado Posterior).

Dr. Marco Antonio Percoppe de Andrade (2003-2004)

Possui graduação em medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (1978), mestrado em medicina pela Universidade Federal de São Paulo (1999) e doutorado em medicina pela Universidade Federal de São Paulo (2002). Atualmente é Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Tem experiência na área de medicina, com ênfase em Ortopedia e Traumatologia – Cirurgia do Joelho, atuando principalmente nos seguintes temas: joelho; tratamento cirúrgico; artroplastia; ligamento cruzado anterior; e femoro-patelar.

Dr. João Maurício Barretto (2005-2006)

João Maurício Barretto é do Rio de Janeiro, onde se formou pela Universidade Federal Fluminense, doutor pela Universidade de São Paulo e é diretor científico do Grupo de Joelho do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. Barretto também foi chefe do Serviço de Ortopedia da Santa Casa do Rio de Janeiro. Com largo histórico de serviços em entidades associativas.

Dr. Rogério Fuchs (2007-2008)

Dr. Rogério Fuchs é formado em medicina pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) e especialista em Cirurgia de Joelho e Artroscopia. Sua formação teve passagens pela Santa Casa de São Paulo; *Centre Hospitalier Lyon-Sud*, na França; e na *Doctors Hospital Baptist Health*, da Universidade de Miami. É membro efetivo da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT); Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho (SBCJ); *International Society of Arthroscopy* e *Knee Surgery and*

Orthopaedic Sports Medicine (ISAKOS).

Dr.^a Márcia Uchôa de Rezende (2009-2010)

Possui graduação em medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1988), especialização em Medicina Desportiva pela Escola Paulista de Medicina (1993), mestrado em Ortopedia e Traumatologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1996), doutorado em Ortopedia e Traumatologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2000), pós-doutorado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2015) e residência-médica pelo Departamento de Ortopedia e Traumatologia – FMUSP (1993). Atualmente é funcionária da Fundação Faculdade de Medicina, Médica Assistente do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da FMUSP, Médica da Hospital Israelita Albert Einstein, Revisora de periódico da Revista de Ciências Médicas (PUCCAMP), Professora Colaboradora Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Revisora de projeto de fomento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Tem experiência na área de medicina, com ênfase em Ortopedia e Traumatologia. Atuando, principalmente, nos seguintes temas: ortopedia e traumatologia.

Dr. Ricardo de Paula Leite Cury (2011-2012)

Possui graduação em medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Santos (1989), mestrado em medicina, Ortopedia e Traumatologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (2001) e doutorado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (2012). Atualmente é chefe do Grupo de Joelho do Pavilhão Fernandinho Simonsen da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e Professor Instrutor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Tem experiência na área de medicina, com ênfase em cirurgia do joelho, atuando, principalmente, nos seguintes temas: ligamento cruzado anterior; osteotomia; e ligamento cruzado posterior.

Dr. Hugo Alexandre de Araújo Barros Cobra (2013-2014)

Atualmente é médico do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. Mestrado em Ciências Aplicadas ao Sistema Musculoesquelético pelo Instituto

Nacional de Traumatologia e Ortopedia/Ministério da Saúde. Tem experiência na área de medicina, com ênfase em Cirurgia Ortopédica. Membro Internacional da Academia Americana de Cirurgia Ortopédica (AAOS) Membro Internacional da Associação Americana de Cirurgia do Quadril e Joelho (AAHKS) Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia(SBOT).

Dr. Marcus Veinícus Malheiros Luzo (2015-2016)

Graduação em medicina pela Escola Paulista de Medicina (1983-1988), Residência médica em Ortopedia e Traumatologia pelo Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Escola Paulista de Medicina (1989-1991), curso de especialização em Medicina Desportiva pela Escola Paulista de Medicina (1990), especialização em Cirurgia do Joelho e Artroscopia pela EPM (1992), realizou mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ortopedia e Traumatologia da EPM- UNIFESP (1995-1997) e doutorado (1998-2002). Obteve o título de Professor Afiliado (modalidade Ensino/Assistência) em 2012. Realizou o concurso para a carreira docente na categoria de Professor Adjunto em 2012, com lotação na disciplina de Ortopedia do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da EPM- UNIFESP. Passou a exercer o cargo de coordenador da graduação do Departamento de Ortopedia e Traumatologia na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (2012-atual). Em 2016 foi indicado como Vice- coordenador do curso Médico-Escola Paulista de Medicina/UNIFESP; em 2016 assumiu como chefe da Sub-Comissão do 3º e 4º anos médicos e membro titular do Núcleo Docente Estruturante do Curso Médico. Desde 2013 exerce a chefia do Grupo do Joelho e Artroscopia da disciplina de Ortopedia do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da EPM-UNIFESP. Presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho (SBCJ) (2015-2016), membro titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT), membro titular da *Sociedad Latinoamericana de Artroscopia Rodilla y Traumatología Desportiva* (SLARD), membro titular da Sociedade Brasileira de Artroscopia e Trauma do Esporte (SBRAT), membro da *International Society of Arthroscopy, Knee Surgery and Orthopaedic Sports Medicine* (ISAKOS), Membro da *American Academy of Orthopaedic Surgeons* (AAOS). Linha de Pesquisa envolvendo desde o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento da articulação do joelho nas afecções traumáticas, não traumáticas e degenerativas. Atua na Ortopedia e Traumatologia, cirurgia do joelho e artroscopia, nos seguintes temas: instabilidade articular do joelho; traumatologia

esportiva; artroscopia; joelho degenerativo; lesões ligamentares do joelho; tendíneas; e artroplastias.

Dr. José Francisco Nunes (2017)

Professor da Faculdade de Medicina da PUCAMP (1976-1989); professor da Faculdade de Fisioterapia da PUCAMP (1976-1989); professor do Curso de Pós-Graduação em Fisioterapia do Esporte da UNIMEP; Coordenador do Grupo de Cirurgia do Joelho do Hospital Beneficência Portuguesa de Campinas.

Dr. Wagner Guimarães Lemos (2018)

Formou-se na UFMG em 1990, fez residência médica no Hospital das Clínicas da UFMG nos anos 1991 a 1993 e, posteriormente, especialização em cirurgia do joelho no ano de 1994. Passou um ano na cidade de Lyon na França se aperfeiçoando nas disciplinas de medicina esportiva e cirurgia do joelho. Atua como membro do grupo de cirurgia do joelho do Hospital das Clínicas da UFMG e é professor assistente da Universidade Católica.

Dr. José Ricardo Pécora (2019-2020)

Possui graduação em medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1981), mestrado em Ortopedia e Traumatologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1996) e doutorado em Ortopedia e Traumatologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1999). Atualmente é médico assistente do grupo de joelho do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Tem experiência na área de medicina, com ênfase em Cirurgia Ortopédica, atuando principalmente nos seguintes temas: artroplastia do joelho; joelho; fatores de risco; instabilidade articular/cirurgia; e articulação do joelho/cirurgia. Vale a pena anotar aqui que o vice-presidente atual biênio da SBCJ é o Dr. André Khun, gaúcho e atua em Passo Fundo. No próximo biênio, conforme a tradição, assume a presidência da SBCJ, tornando-se, assim, o primeiro presidente gaúcho na sociedade.

4.1.2 A noção de paradigma

A palavra paradigma aparece na filosofia clássica desde as reflexões de Platão e Aristóteles. Platão usava a palavra paradigma com o sentido de “modelo”. Para o ator haveria um “modelo” das realidades sensíveis no mundo das ideias. Já Aristóteles usou a palavra paradigma com o sentido de “exemplo”, sentido que persistiu na filosofia medieval. Neste último sentido, a palavra “exemplo” era usada significando “uma generalização indutiva que parte do particular e termina no particular, omitindo a premissa universal” (ABBAGNANO, 2000, p. 398).

A noção atual de paradigma vem das reflexões de Thomas Kuhn, de fundamental importância para o avanço da história das ciências e da filosofia. Thomas Kuhn, americano de Cincinnati, nasceu em 1922 e faleceu em 1996. Sua obra está bastante interessada em ultrapassar uma visão essencialmente etapista, baseada na ideia de progresso. Esta visão estava presente nas críticas de um interlocutor bastante importante de Kuhn, Karl Popper. Este pensador elaborou uma crítica à metafísica para a construção do pensamento científico. Popper elaborou o princípio da falseabilidade como capaz de comprovar ou refutar uma hipótese. Este princípio da falseabilidade estava baseado em uma pesquisa empírica, na qual se buscava os fatos particulares, capazes de refutarem uma teoria. Dessa forma, ficava patente para Popper a inferioridade da metafísica, como não dotada de uma correspondência com a pesquisa empírica por estar embasada, justamente, no aspecto transcendente da realidade sensível. Conforme Abbagnano (2000, p. 661), a metafísica na atualidade é encarada como “ciência daquilo que está além da experiência”.

Ao contrário de Popper, Thomas Kuhn valorizou a metafísica para a história da ciência. Não apenas a metafísica clássica e medieval, como a persistência da metafísica na construção do conhecimento contemporâneo. Nesse sentido, a ciência não seria construída apenas por constatações, mas persistiria nessa construção, crenças compartilhadas (RIBEIRO, 2015). Isto fica muito claro quando Kuhn posiciona-se quanto a forma com a qual um paradigma é socializado e aceito pela comunidade científica:

Já vimos que uma comunidade científica, ao adquirir um paradigma, adquire igualmente um critério para a escolha de problemas que, enquanto o paradigma for aceito, podem ser considerados como dotados de uma solução possível. Numa larga medida, esses são os únicos problemas que a comunidade admitirá como científicos ou encorajará seus membros a

resolver. Outros problemas, mesmo muitos dos que eram anteriormente aceitos, passam a ser rejeitados como metafísicos ou como sendo parte de outra disciplina (KUHN, 2005, p. 60).

Valorizando a metafísica, contrariamente a Popper, Kuhn reconhece em cada paradigma científico a presença, não apenas do que existe no diálogo entre a pesquisa empírica e a reflexão teórica, mas de um conteúdo a que chama de metafísico. Neste sentido, Ribeiro (2015) evidencia a presença da metafísica na própria noção de paradigma. É importante frisarmos que a autora refere-se à esta presença da metafísica na noção de paradigma científico, usando o substantivo “crenças”:

Paradigmas são crenças reguladoras, modelos ontológicos e heurísticos, teorias gerais acerca da estrutura do mundo, como a teoria corpuscular-mecanicista. Mas também são crenças bastante mais específicas, por exemplo, crenças que induzem os cientistas a associar o calor à energia cinética. Ora, um aristotélico não faria essa associação: associaria o calor aos dois elementos quentes, o Fogo e o Ar. A tendência é olhar para definições desse tipo como puramente científicas. Mas, de acordo com Kuhn, as leis quantitativas da ciência não são extraídas simplesmente através de medições, de experiências empíricas; não são factos objectivos, mas antes crenças metafísicas que estipulam quais as analogias ou metáforas permitidas (RIBEIRO, 2015, p. 2).

Para Kuhn, contrariamente à Popper, o qual advogava que a ciência avançava por meio de refutações que expurgariam as crenças metafísicas, o conhecimento científico era marcado por uma característica histórica, justamente dotada a partir da ideia de paradigma. É a vigência e a ultrapassagem de paradigmas que conferiria o carácter histórico de qualquer ciência. Esses paradigmas seriam “modelos consensuais adotados pela comunidade científica de uma época” (SANTOS, 2021). A partir da vigência de um paradigma inaugurar-se-ia o que Kuhn chama de ciência normal ou de normalidade científica. Nesse período, toda a pesquisa é orientada pela noção de paradigma, refutando, a comunidade científica, as pesquisas que não estiverem embasada em tal noção. Para Kuhn, a ciência normal

Não tem como objetivo trazer à tona novas espécies de fenômenos; na verdade aqueles que não se ajustam aos limites do paradigma frequentemente nem são vistos. Os cientistas também não estão constantemente procurando inventar novas teorias; frequentemente mostram-se intolerantes com aquelas inventadas por outros. Em vez disso, a pesquisa científica normal está dirigida para a articulação daqueles fenômenos e teorias já fornecidos pelo paradigma (KUHN, 2005; p. 44).

4.1.3 Estudo exploratório sobre prosopografia

RESUMO

Este texto é um estudo exploratório, de caráter bibliográfico sobre a prosopografia e sua utilidade para o estudo de formação profissional. Partimos das propostas de Lawrence Stone, as quais confrontamos com as de Lorena Madruga Monteiro e Carla Beatriz de Almeida. Com esse estudo, pretendemos aumentar o suporte teórico para a compreensão da trajetória e inserção profissional de cinco médicos estudados em nossa pesquisa de mestrado.

Palavras-chave: Prosopografia. Teoria. Metodologia científica.

INTRODUÇÃO

A palavra prosopografia vem do grego “prosopongrafhein” (prósopon= pessoa + grafhein = descrever).

A prosopografia é, portanto, o estudo da carreira de uma pessoa por meio da informação sobre ela, constante em fontes históricas. A pesquisa prosopográfica tem por objetivo desvendar os padrões de relações e atividades via estudo da biografia da coletividade.

PROSOPOGRAFIA: MÉTODO E PESQUISA CIENTÍFICA EM CIÊNCIAS SOCIAIS

Nas últimas quatro décadas, a biografia coletiva (segundo os historiadores modernos), a análise de carreiras (segundo os cientistas sociais) ou a prosopografia (segundo os antigos historiadores) desenvolveu-se como uma das mais valiosas e familiares técnicas do pesquisador histórico. A prosopografia é a investigação das características comuns de um grupo de atores na história, por meio de um estudo coletivo de suas vidas. O método empregado constitui-se em estabelecer um universo a ser estudado e, então, investigar um conjunto de questões uniformes – a respeito de nascimento e morte, casamento e família, origens sociais e posição econômica herdada, lugar de residência, educação, tamanho e origem da riqueza pessoal, ocupação, religião, experiência em cargos e assim por diante. Os vários tipos de

informações sobre os indivíduos no universo são, então, justapostos, combinados e examinados em busca de variáveis significativas. Eles são testados com o objetivo de encontrar tanto correlações internas quanto correlações com outras formas de comportamento ou ação.

De acordo com Stone (2011, p. 115-116):

A prosopografia é usada como uma ferramenta com a qual se atacam dois dos mais básicos problemas na história. O primeiro refere-se às origens da ação política: o desvelamento dos interesses mais profundos que se considera residirem sob a retórica da política; a análise das afiliações sociais e econômicas dos agrupamentos políticos; a revelação do funcionamento de uma máquina política e a identificação daqueles que manipulam os controles. O segundo refere-se à estrutura e à mobilidade sociais: um conjunto de problemas envolve a análise do papel na sociedade, especialmente as mudanças nesse papel ao longo do tempo, de grupos de *status* específicos (usualmente da elite), possuidores de títulos, membros de associações profissionais, ocupantes de cargos, grupos ocupacionais ou classes econômicas; um outro conjunto de problemas refere-se à determinação do grau de mobilidade social em determinados níveis por meio de um estudo das origens familiares (sociais e geográficas), dos novatos de um certo *status* político ou posição ocupacional, o significado dessa posição em uma carreira e o efeito de deter essa posição sobre as fortunas da família; um terceiro conjunto de problemas lida com a correlação de movimentos intelectuais ou religiosos com fatores sociais, geográficos, ocupacionais ou outros. Assim, aos olhos de seus expoentes, o propósito da prosopografia é dar sentido à ação política, ajudar a explicar a mudança ideológica ou cultural, identificar a realidade social e descrever e analisar com precisão a estrutura da sociedade e o grau e a natureza dos movimentos em seu interior. Inventada como um instrumento da história política, ela é agora crescentemente empregada pelos historiadores sociais.

O desenvolvimento da prosopografia pode ser dividido em duas escolas: a escola eletista e a escola de massas. A escola eletista preocupa-se com a dinâmica de pequenos grupos e os temas de estudo são em geral, as elites de poder. Baseia-se em uma investigação detalhada da genealogia, dos interesses comerciais e políticas do grupo, para isto, é utilizado o estudo de caso e pouco utilizados estudos estatísticos. Já a escola de massas é mais voltada ao estudo das massas e é mais voltada às ciências sociais. Os adeptos dessa escola entendem que a história é mais determinada pelos movimentos de opinião popular, do que pelas decisões das elites e são mais preocupados com história social do que com política.

Tanto no campo das Ciências Sociais, quanto da História, a prosopografia será considerada um método ou uma técnica auxiliar de pesquisa, conforme a construção do objeto de investigação. Portanto, a abordagem prosopográfica terá determinado papel na construção do conhecimento, independentemente da área disciplinar,

conforme o peso e a importância que o pesquisador atribuir a este modo de abordagem científica.

A prosopografia é uma técnica de pesquisa de análise de dados sobre grupos historicamente situados e tem longa tradição na História. Trabalhos que se utilizam da análise prosopográfica emergiram, sobretudo, a partir dos anos 1970. Nesse período, o enfoque predominante nos estudos historiográficos preocupou-se em determinar a composição dos parlamentos, dos grupos administrativos e das elites locais em determinados períodos históricos.

Conforme Stone (2011), a partir da prosopografia seria possível abranger as dinâmicas, os sentidos e os significados da ação política, assim como compreender o tipo de mobilidade social em distintos períodos históricos em dada sociedade. Entretanto, sua definição de prosopografia não avança para além da mera explicação dos atributos e das características dos grupos políticos e sociais específicos.

Stone (2011) comenta que os principais problemas que ocorrem no uso acrítico da prosopografia são a ausência de dados adequados, erros na classificação dos dados, erros na sua interpretação e problemas na interpretação teórica dos dados. Porém, a identificação desses problemas não objetiva negar a importância da prosopografia, e sim, alertar sobre os perigos que o uso inadequado dela pode acarretar.

O método prosopográfico, segundo Stone (2011, p. 131),

[...] funciona melhor quando é aplicado para grupos facilmente definidos e razoavelmente pequenos, em um período limitado de não muito mais que 100 anos, quando os dados são obtidos de uma diversidade grande de fontes que e enriquecem umas às outras e quando a pesquisa é dirigida para solucionar um problema específico.

Pesquisas ambiciosas sobre muitas centenas de indivíduos, durante períodos temporais muito amplos, usando apenas as fontes materiais escritas mais facilmente acessíveis e aplicando uma abordagem no estilo “metralhadora giratória” aos problemas que podem ser formulados, são muito menos prováveis de produzir resultados convincentes.

O QUE OS AUTORES NACIONAIS AQUI CITADOS PENSAM SOBRE PROSOPROGRAFIA

A prosopografia continuará a se desenvolver em ambos os lados do Atlântico e é o fato de ser tão idealmente adequada aos requisitos de artigos de pesquisa e de teses de doutorado. Ela apresenta ao estudante novato uma grande variedade de fontes, ensinando a avaliar as evidências e a aplicar seu julgamento para resolver contradições, demanda acurácia meticulosa, a organização das informações de maneira metódica e oferece um tópico que pode ser facilmente expandido ou reduzido, pela modificação do tamanho da amostra, de modo a adequar-se aos requerimentos dos recursos e prazos disponíveis.

Segundo Monteiro (2014), a abordagem prosopográfica tem sido questionada em diferentes domínios disciplinares quanto a sua natureza científica. No campo da História, por exemplo, há confusão quanto à prosopografia ser uma técnica, um instrumento de pesquisa, uma ciência auxiliar ou método.

Nas Ciências Sociais, a prosopografia não é vista apenas com um instrumento de pesquisa, mas como um método associada a uma ideia teórica da apreensão do mundo social. A análise de biografias coletivas adquiriu *status* científico nas últimas décadas, por meio das investigações empreendidas por Pierre Bourdieu, dentre outros, sobre os grupos dirigentes em distintas esferas de atuação social na França (MONTEIRO, 2014). Portanto, a prosopografia está imbricada, como método, na teoria dos campos sociais de Pierre Bourdieu.

Monteiro (2014) problematiza o enfoque prosopográfico a partir de seus diferentes usos e a expõe como técnica de pesquisa histórica e após, como método de análise sociológica, para então, destacar seus procedimentos e limites metodológicos.

Já Almeida (2011), faz uma reflexão sobre a prosopografia e sua aplicabilidade na pesquisa histórica, podendo ser um recurso para a compreensão do papel histórico, desempenhado por determinadas coletividades.

De acordo com Almeida (2011), prosopografia não é algo novo, o que é novo a bem da verdade, seria a intensidade e o entendimento metodológico com os quais a prosopografia hoje é exercida na pesquisa histórica, mas não é só isso, mudaram-se as expectativas e os objetivos ligados à prosopografia como método aplicado à pesquisa histórica, bem como seus objetos.

CONCLUSÃO

Percebemos que o trabalho prosopográfico não é algo novo, porém, está em um processo de amadurecimento. O que é novo seria a intensidade e o entendimento metodológico, com os quais a prosopografia hoje é exercida na pesquisa histórica, mas não é só isso, mudaram-se as expectativas e os objetivos ligados à prosopografia como método aplicado à pesquisa histórica, bem como seus objetos.

Outro motivo para a expansão subsequente da prosopografia é a chegada do computador. Como os historiadores lenta e timidamente começaram a explorar as potencialidades da nova ferramenta tecnológica, eles começaram a perceber sua quase ilimitada capacidade de lidar precisamente com o tipo de material que a prosopografia apura. A correlação de numerosas variáveis afetando grandes massas de dados, reunidas em uma base uniforme, é precisamente o que o computador pode fazer melhor; é também o que há de mais laborioso e, em vários casos, virtualmente impossível de trabalhar sem auxílios eletrônicos, mesmo para os historiadores com orientação mais matemática.

É doloroso admitir que o advento de um aparato técnico poderia ditar o tipo de questões históricas formuladas e os métodos utilizados para solucioná-los, mas seria adotar a postura do avestruz, fingir que isso não está acontecendo agora e que não acontecerá em uma escala ainda maior nos próximos anos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório oportunizou-me a sistematização das informações e das descobertas realizadas durante o período em que cursei o mestrado do Programa de Pós-Graduação em Memória Social e Bens Culturais da Universidade La Salle, Canoas-RS. A própria escolha do trabalho final na forma de relatório foi, em parte, motivada pelo desejo de poder sistematizar e relatar as pesquisas desenvolvidas ao longo do curso. Isso porque, vindo da área médica, a bibliografia que embasou este trabalho, representou uma descoberta e uma total mudança de paradigmas, de caminhos de pesquisa, de construção de evidências. Sendo assim, senti necessidade de sistematizar essas muitas informações, a maioria novas para mim, em um trabalho final capaz de ordená-las e de torná-las mais inteligíveis. Dessa maneira, penso que, até mesmo para o leitor da área médica, meus colegas de profissão, poderão encontrar essas informações de maneira menos teórica e mais voltada para o direcionamento do seu cotidiano de trabalho.

No decorrer da pesquisa aqui desenvolvida, descobri um caminho de investigação totalmente inusitada para mim: a posopografia, a qual não aparecia no meu projeto de pesquisa inicial. Como o estudo das características afins a um grupo de atores profissionais, a posopografia abriu-me uma possibilidade jamais vislumbrada de compreensão do meu objeto empírico. Uma dessas regularidades profissionais aqui estudada foi, justamente, a adoção do paradigma de cirurgia artroscópica por parte dos profissionais integrantes da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho.

Uma das primeiras conclusões a que cheguei foi da validade do uso da categoria paradigma, herdado de Thomas Kuhn. Sem sobra de dúvida, o advento da cirurgia artroscópica representou uma inflexão para o tratamento do joelho no Brasil. Esta presença da cirurgia artroscópica na memória e nas fontes consultadas, evidenciou, igualmente, a sua importância nas memórias narradas e construídas pelos profissionais que a introduziram e desenvolveram no Brasil.

Particularmente, a Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho representou, no Brasil, uma Estrutura de Sociabilidade importantíssima, reunindo médicos articulados a um paradigma de cirurgia do joelho: a artroscopia. A leitura da bibliografia de cunho teórico a que me dediquei ao longo do curso, mostrou-me como seria impossível pensar esta Sociedade sem suas regras éticas, comportamentais e profissionais.

Obviamente, entre essas regras aparece o paradigma da cirurgia artroscópica. Assim, o estudo desta Sociedade mostrou-me as articulações políticas e os jogos de poder no seu interior. Desta feita, tudo isso parece muito distante para o leigo, o qual provavelmente vislumbra apenas a agremiação científica neutra e desinteressada. Da mesma maneira, a análise do material colhido, principalmente das entrevistas, facultou-me compreender as interfaces entre as memórias dos médicos e o desenvolvimento de uma identidade profissional no Brasil. Neste sentido, a leitura de Candau (2011) foi fundamental ao mostrar-me uma narrativa de memória que é, ao mesmo tempo, uma forma de construção de identidade.

As peculiaridades de formação, de percepção profissional, invalidam, sem dúvida, a validade das “retóricas holistas” propostas por Candau. Dessa forma, deixo aqui nessas conclusões, uma questão a qual pretendo voltar futuramente no rastro das contribuições de Candau: a necessidade de uma compreensão das particularidades próprias da inserção desses profissionais na Estrutura de Sociabilidade e nas Redes de Sociabilidades aqui apresentadas.

Sem dúvida, se a memória e a identidade não podem ser vistas a partir dessas “retóricas holistas”, penso que não se pode chegar a uma memória e a uma identidade una, indivisível, inquestionável da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho. Pode-se compreender algumas regras estruturantes da convivência profissional dos médicos, mas impõe-se a necessidade de compreendermos as articulações dos médicos a essas regras gerais.

Assim, o estudo das muitas Redes de Sociabilidade, formada pelos médicos integrantes da Sociedade parece-me o caminho mais indicado para uma compreensão não essencialista da mesma. Este é um caminho de pesquisa, o qual pretendo trilhar no futuro. Penso que a curiosidade científica voltada para o campo da memória, a qual aprendi a desenvolver no curso de mestrado em Memória Social e Bens Culturais da Universidade La Salle é um caminho sem volta. A mim, só cabe aceitar o desafio de aprofundar, em um possível doutorado, as pesquisas aqui iniciadas e desenvolvidas.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- ALBERTI, Verena. **História Oral: a experiência CPDOC**. Rio de Janeiro FGV, 1990.
- ALMEIDA, Beatriz de. A prosopografia ou biografia coletiva: limites, desafios e possibilidades. **Anais do XXVI Simpósio de História – ANPUH**, São Paulo, 2011.
- BORDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- CANDAU, Joel. **Memórias e identidade**. São Paulo. Contexto, 2011.
- GOMES, João Luiz Ellera. **Vida profissional**. [Entrevista cedida a] Jamil Saleh Barghouti. 2019. Entrevista gravada em MP3 player.
- HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. São Paulo: Centauro, 2006.
- KARAM, Francisco Consoli; LOPES, Maria Helena Itaquí. Ortopedia: origem histórica, o ensino no Brasil e estudos metodológicos no mundo. **Scientia Medica**, v. 15. n. 3, 2005.
- KUHN, André. **Vida profissional**. [Entrevista cedida a] Jamil Saleh Barghouti. 2019. Entrevista gravada em MP3 player.
- KUHN, Thomas. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2005.
- LECH, Osvandré. **História da ortopedia gaúcha**. Porto Alegre, 2002.
- MARCZYK, Luiz Roberto Stigler. **Vida profissional**. [Entrevista cedida a] Jamil Saleh Barghouti. 2019. Entrevista gravada em MP3 player.
- MICELI, Sérgio. Introdução. *In*: BORDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- MONTEIRO, L. C. **Prosopografia de grupos sociais, políticos situados historicamente: método ou técnica de pesquisa?** Pelotas, 2014.
- POZZI, João Fernando Argento. **Vida profissional**. [Entrevista cedida a] Jamil Saleh Barghouti. 2019. Entrevista gravada em MP3 player.
- REIS, Fernando Baldy dos; MERCADANTE, Marcelo Tomanik. **75 Anos da SBOT Registro Histórico**, 2010.
- RIBEIRO, Claudia. Prometeica. **Revista de Filosofia y Ciencias**, v.4, n. 10, 2015.

SAGGIN, José Edílio. **Vida profissional**. [Entrevista cedida a] Jamil Saleh Barghouti. 2019. Entrevista gravada em MP3 player.

SANTOS, Wagner Junior Pereira dos. A noção de paradigma pensada por Thomas Kuhn. **Brasil Escola**. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/filosofia/a-nocao-paradigma-pensada-por-thomas-kuhn.htm>. Acesso em: 4 jan. 2021.

SIRINELLI, François. Os intelectuais. *In*: REMOND, René (org.). **Por uma nova história política**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA DO JOELHO. Disponível em: <https://sbcj.org.br/historia/>. Acesso: 19 abr. 2019.

STONE, Lawrence. Prosopografia. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 19, n. 39, p. 115-137, jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782011000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jan. 2021.

STROBEL, Michael. **Joelho**. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2000.

TRIA, Alfred. **Lesões ligamentares do joelho**. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2002.

TRINTA ANOS DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA DO JOELHO, UMA IDEIA QUE DEU CERTO. **Revista Brasileira de Ortopedia**. São Paulo, v. 48, n. 3, p. 209-210, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162013000300209&lng=pt&nrm=iso. Acesso: 13 ago. 2019.