



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 13 • Junho 2010

In Memoriam

Prof. Doutor Jaime Celestino da Costa

(1915-2010)



O Prof. Jaime Celestino da Costa faleceu no dia 2 de Fevereiro, com 94 anos vividos intensamente e conseguindo transbordar os limites da sua circunstância.

Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina de Lisboa e Director de Serviço de Cirurgia do Hospital de Santa Maria formou um escol de cirurgiões que se espalharam pela cidade e pelo país, muitos deles tendo sido ilustres Directores de Serviços de Cirurgia em diversos hospitais.

O Prof. Celestino da Costa deixou uma Escola de Cirurgiões Universitários, tendo vivido o tempo que lhe permitiu ver o seu último assistente chegar a Professor Catedrático e assistir às Provas de Doutoramento de um discípulo da terceira geração.

Para todos nós, que tivemos o privilégio da sua influência directa, o Prof. Celestino da Costa não deixará facilmente de ser contemporâneo. Muitas ideias que defendeu, durante o seu magistério e a sua actividade assistencial, como essenciais para a educação de cirurgiões e a sua actividade profissional, aparecem

nos hoje incorporadas no léxico educacional e na terminologia dos gestores da saúde, de tal forma que a sua presença nos parece acompanhar, como sempre gostou de fazer – com o seu conselho e visão estratégica.

Impulsionador das Carreiras Médicas e de Concursos Públicos competitivos, fez toda a progressão para obter os títulos profissionais académicos e cirúrgicos, que achava fundamentais para ocupar os lugares de destaque em que veio a evidenciar-se. Em 1945 Doutorou-se, em 1948 foi Cirurgião dos Cíveis e assim veio a poder Concorrer para Professor Catedrático em 1961, sendo Director do Serviço de Propedêutica Cirúrgica do Hospital de Santa Maria desde 1958.

Contestou sempre as tentativas de desvalorizar as Carreiras e nunca aceitou que os doentes fossem convertidos em “utentes”, num Serviço Nacional de Saúde que tanto prezava.

Os dois grandes, lúcidos e pormenorizados relatórios que elaborou em 1961 e 1969, sobre ensino e treino cirúrgico na Propedêutica Cirúrgica, são um



exercício impar de “*accountability*” e de discussão de governabilidade. Esta “actualidade” não foi uma questão semântica, estamos seguros que correspondia à genuína necessidade de relatar e prestar contas da evolução qualitativa e quantitativa da sua “equipe” de assistentes e internos. Mas foi também um documento de apresentação para abrir as portas da modernização do serviço, o que viria a ocorrer particularmente no campo da cirurgia cardíaca e torácica.

Mas, tendo designado este último relatório como “Uma experiência de educação médica”, antecipou cinco décadas a modernidade do processo educacional, centrando o ensino/aprendizagem da cirurgia na prática tutelada e com autonomização progressiva. As tabelas

que ali apresenta demonstram esta sua preocupação com a evolução dos internos. Tendo sido seu interno posso testemunhá-lo.

Como nos ensinou o Prof. Celestino da Costa, “a experiência cirúrgica só os mestres e a prática a podem dar, aliados naturalmente às qualidades pessoais de quem aprende”. E não deixava de reafirmar a necessidade de aprendizagem ao longo da vida e a importância da transculturalidade e transferência de processos, que são a mais-valia para quem faz estágios noutras instituições, mas são sobretudo de grande importância para os serviços que sabem conviver com essa diversidade, enviando os seus para outros centros, não se enquistando no deleite da obra conseguida. Vários dos seus escritos abordam a necessidade do treino complementar recorrendo, na época, à cirurgia experimental, mas hoje via como grande aquisição a simulação para o mesmo fim: treino protegido e possibilidade de aperfeiçoamento.

Na Lição de Abertura do Curso de Medicina Operatória (1961) intitulada “Porquê o Farabeuf”, faz para os alunos a desconstrução do anacronismo da concepção puramente anatomista do ensino da cirurgia, que se traduzia nas provas de cadáver “farabeuficas” e anuncia que vai vender o seu exemplar do “Manual”, pois o valor de mercado era apeteável.

Criticando esta visão passada do paradigma cirúrgico, talvez ainda não pudesse antecipar as suas

mudanças futuras, mas aplaudiu-as quando surgiram e enamorou-se delas.

Sem pretender entrar na discussão que alimentou, nas últimas décadas do século passado, tantos *fora* inflamados de filósofos sobre a tipologia da realidade de Popper, vou-me socorrer dela para visitar a evolução do paradigma do acto operatório, que afortunadamente tantas vezes tive oportunidade de conversar com o Prof. Celestino da Costa.

Para Popper, existem 3 mundos reais: o físico (*mundo 1*), o mental, das emoções e pensamentos (*mundo 2*) e o dos produtos da mente humana (*mundo 3*).

No tempo que precedeu o Farabeuf, o paradigma operatório comportava a interpenetração dos 3 *mundos* do cirurgião, com os 3 *mundos* do doente. As mãos, o pensamento e as emoções do cirurgião, actuavam em conjunto com o instrumental cirúrgico para interferir nos amuletos, na dor e sentimentos do paciente e nas suas moléstias físicas (*mundos 1, 2 e 3* do doente).

A destribalização e a evolução científica da arte cirúrgica, estamos em crer que foram afastando da cena cirúrgica, e das preocupações do operador, todos, ou quase todos, os produtos do *mundo 3* do doente, fixando, neste mudar, o primeiro grande salto de paradigma, em que os 3 *mundos* do cirurgião se concentram nos *mundos 1 e 2* do doente que estava a ser operado, controlando a dor e tratando os males.

Mas veio a ser a descoberta da anestesia e a sua evolução, que de forma mais espectacular modificou o paradigma operatório – o cirurgião passa a poder concentrar todas as potencialidades dos seus 3 *mundos* no *mundo 1*, o mundo físico do doente, já que o *mundo 2* fica ao cuidado da anestesista que controla a desconexão do pensamento, a dor e os sentimentos do doente, enquanto garante a homeostase e assegura a vida.

Mas, se até então, cada novo paradigma substituiu o anterior, chegados a esta fase, esta forma de abordagem operatória, não foi ainda hoje abandonada e continua a ser amplamente aplicada.

Na generalidade dos actos operatórios dos nossos dias, os 3 *mundos* do cirurgião complementam-se den-



tro do mundo físico do doente, e o “jeito de cabeça do cirurgião”, como lhe chamava o Prof. Celestino da Costa, é pelo menos tão importante como o seu jeito de mãos – “a cirurgia é coisa mental”.

Há cerca de três décadas, a cirurgia minimamente invasiva viria a ter um desenvolvimento e aplicação que nem os mais destemidos visionários ousaram prever. Abriu-se um campo de progresso cirúrgico fantástico, assente num novo paradigma: o mundo físico do cirurgião, as suas mãos, deixava de entrar no mundo físico do doente. Assim, os *mundos 1 e 2* do cirurgião, passaram a controlar os produtos da sua mente, introduzidos, do exterior do doente, dentro do *mundo 1*, ou físico, do doente.

O trabalho manual passa assim a ser efectuado sobretudo fora do doente, mas na sua proximidade e o “jeito de cabeça” assume indiscutível predominância.

A maioria destas intervenções, que permitem a abordagem do cérebro, do tórax, do abdómen, das articulações, dos vasos fazem-se numa sala operatória convencional e são possíveis porque as tecnologias de informação e de imagem podem ser trazidas para o ambiente operatório convencional.

Esta revolução na imagem, que tanto encantava o Prof. Celestino da Costa porque podia ver agora o “homem transparente” na morfologia e na função, foi um dos progressos da ciência médica aplicada que o maravilhou - estou seguro que gostou de viver para ver estas realizações.

Mas a aplicação da robótica nos actos operatórios veio exigir outro paradigma. O cirurgião, nos seus 3 *mundos*, foi afastado do doente para trabalhar numa consola, controlando com grande precisão, através de *joysticks*, os movimentos que a sua mente pretende que os instrumentos efectuem dentro do *mundo 1* do doente, na sala de operações que fica ao lado. Desta “telecirurgia”, de proximidade ou à distância, dizia: “a mente controla cada vez mais o gesto, a limitação pode vir por ser difícil interpretar para executar”, mas não temia que viesse a constituir um risco de “desumanização da cirurgia”.

O Prof. Celestino da Costa foi o grande impulsio-

nador, entre nós, da postura de fisiologista que o cirurgião deve assumir na sua prática. Este pensamento esteve sempre subjacente nas suas propostas de remodelação institucional. Concebeu o casamento da cardiologia médica com a cirúrgica, para combinar o conhecimento das lesões anatómicas com as suas repercussões funcionais. A sua unidade de cuidados pós-operatórios de cirurgia cardíaca, instalada mesmo ao lado do bloco, foi também um modelo de “laboratório” para a compreensão da função cardíaca e vascular aonde, quando fazíamos urgências, podíamos perceber, no rigor da monitorização, as variações da hemostase, seu significado e a nossa eficácia ou impotência para as corrigir.

Em “O Ensino Clínico” (1967) dizia que “sem essa gigantesca oficina que é um hospital de ensino não há hoje educação médica. Como é possível que leigos, ou recém-chegados a estes problemas, nos falem da “utilização” de hospitais para o ensino ... O hospital não é uma concepção arquitectónica ou administrativa: é uma concepção médica, biológica se quisermos, e deve ser concebido, arquitectado e posto a funcionar à imagem e semelhança do próprio organismo humano. O hospital de ensino tem de viver de departamentos (que representam os aparelhos e sistemas) integrados no todo (como no individuo).” E deu como exemplos a gastroenterologia e a cardiologia médico-cirúrgicas.

Defensor da perspectiva “flexeneriana” do desenvolvimento integrado das actividades assistencial, docente e de investigação por parte dos cirurgiões académicos, viveu com profunda alegria o dia da institucionalização do Centro Académico de Medicina, que abriu as portas para o hospital universitário que sonhou e tão bem soube defender.

A sua “aura” de pedagogo e de tribuno assentavam no rigor da pesquisa e estruturação dos dados, na superior inteligência para os tratar e na elegância para elaborar a sua apresentação. Mas a forma de dar as suas aulas e conferências era também um motivo para que os alunos não faltassem e as salas se enchessem para o ouvir dar um tema.

O Prof. Celestino da Costa foi um homem da cidade e do mundo. Com uma cultura abrangente e



universal, surpreendia sempre pela invulgar capacidade de estabelecer pontes de ligação entre domínios nem sempre afins. Conheceu gente e ideias. Elevou o seu imperativo cívico a tal ponto que integrou várias comissões de intervenção social. Praticou e ensinou a música e arte equestre. Coleccionou obras belas e conquistou amigos para sempre. Não subvalorizava os “inimigos” mas não os trazia no coração. Nunca desistiu de saber e pensar por si.

Talvez que o que mais aprendi no seu convívio seja a sua forma intensa de ser e de amar a vida.

O Prof. Celestino da Costa foi um Mestre e legou-nos um Escola de pensar e executar a Cirurgia, assim nos deixou a responsabilidade de a perpetuar e honrar.

O Prof. Jaime Celestino da Costa foi um dos *founding fathers*, entre outras, da nossa Sociedade Portuguesa de Cirurgia e a memória de si ficará entre nós.

Paulo Costa

Professor Catedrático de Cirurgia

