



José M. D. Poças

Médico Internista e Infecionista; Diretor de Serviço de um Hospital EPE, em regime de CIT sem exclusividade

As verdades que se impõe serem ditas com prudência, coragem e esperança - última parte

"Quem não pode o que quer, queira o que pode"

Leonardo da Vinci, génio do Renascimento italiano, 1452-1519

V)- Algumas propostas para ajudar a solucionar "o problema"

Os diversos (e verdadeiros) obreiros de todo este vasto conjunto de normativos legais, o que fizeram, no fundo, foi, a par da sua edificação, começar a retirar, aos poucos, as "peças" que sustentavam o anterior edifício que sustentava, ele sim, a vitalidade e a própria viabilidade do SNS. Mas, pelo menos na "aparência" imediata, de uma forma supostamente "calculada" e "responsável", "apenas", pois, com o anunciado propósito de lhe estar a "modernizar" um pouco a antiquada "fachada", mas nunca pensando em colocar em causa os seus fundamentos, pois este até estaria a ficar "mais leve" e "funcional". O risco real é o de que, um dia destes, se conclua que os "cálculos" foram afinal mal efetuados e, então, com uma simples corrente de ar provocada pelo abrir de porta do gabinete pessoal de um qualquer futuro Ministro do setor que ali venha iniciar funções, este assista, estupefacto, ao seu súbito e inapelável desmoronamento. É claro que os seus antecessores irão sempre afirmar que, quando saíram de funções e passaram a

pasta dos "dossiers", ele estava "solidamente" de pé à vista de todos os cidadãos...!!!

Convém não confundir SNS (Sistema Nacional de Saúde), com SNS (Serviço Nacional de Saúde). O segundo integra o primeiro, sendo, e devendo continuar a ser, na minha opinião (e da generalidade dos profissionais e dos demais cidadãos), o seu principal sustentáculo, embora seja desejável a complementaridade com os sistemas privado e social, com regras de funcionamento e âmbito de ação bem definidos, tal como a lei prevê, mas o facto é que a sua aplicação e a correspondente e imprescindível verificação dos princípios que garantem efetivamente essa mesma condição, nem sempre foram devidamente respeitados. Uma das realidades que não se podem tolerar é, por exemplo, a existência de uma cobertura pelos seguros privados atualmente existentes no nosso país que permite "apenas" que os doentes só tenham aparente direito ao tratamento de doenças ditas "banais" porque, para as outras, já têm que ir sobrecarregar obrigatoriamente o já saturado setor público, e que, por sua vez, este tenha tantos subsistemas que se

torna num verdadeiro, complicadíssimo e quase ingerível imbróglio, quando poderia e deveria ter apenas um e que colocasse todos os cidadãos em igualdade de circunstâncias. E porque não, na forma de um seguro público de saúde, gerido por um organismo estatal independente, com um clausulado, simultaneamente indutor da responsabilização individual de cada cidadão, mas suficientemente abrangente para não deixar, nunca, ninguém ou nenhuma doença de fora, seja em que fase da vida for?

A principal razão do aumento vertiginoso dos gastos, e que se tem acentuado desde o início deste século e desequilibrado completamente os sucessivos orçamentos anuais do Ministério, é a inovação tecnológica e, dentro desta, com uma especial preponderância, os gastos que correspondem aos novos medicamentos baseados na biotecnologia. É por esta razão que tenho afirmado e reafirmado publicamente algumas propostas, que poderiam ter um impacto substancial sobre a saúde financeira do Ministério e das instituições públicas sob a sua dependência, bem como possibilitariam a necessária e imprescindível promoção

da transparência nas relações e nas negociações bilaterais com os responsáveis da indústria farmacêutica, tal como transmiti recentemente à hierarquia ministerial, quando esta questionou os CAs dos hospitais públicos, aquando da preparação do Orçamento de Estado para 2017, quais as ideias que, se fossem aplicadas, poderiam contribuir para a sustentabilidade do SNS. Algo que, nem sequer, apesar de constituir uma grande preocupação dos conselhos de administração e das direções médicas dos hospitais, estes jamais poderão ter uma perspetiva de poder colaborar na respetiva solução de forma consequente e com uma perspetiva de mais longo prazo, dada a reduzidíssima autonomia que efetivamente possuem, gastando praticamente todo o tempo e energias, submersos que estão a tentarem resolver problemas correntes e de curto prazo que lhes despejam em diárias catadupas. É que, para além de se ter que resolver urgentemente essa rotura financeira, há também que por cobro à rotura constante de medicamentos nas farmácias, causada porque ou os medicamentos são demasiado baratos, e então ninguém os quer fabricar, ou os armazenistas os revendem para outros países, porque aí as margens de lucro são-lhes muito mais favoráveis!!! Referiria então várias estratégias passíveis de serem implementadas que, estou convicto, obviariam à solução radical que alguns já se atreveram a apontar explicitamente: “*acabar com a investigação e a inovação tecnológica*”. Assim, citaria diversas medidas, onde incluem: a compra centralizada de medicamentos (como se faz há muito noutros países); o estabelecimento de um preço de referência igual para fármacos do

mesmo grupo farmacológico e geração (extensivo às co-formulações); o estabelecimento de um preço para estas últimas, idêntico ao da soma dos seus componentes (incluindo obviamente os que já tiverem genéricos comercializados no nosso país) acrescido de um coeficiente que se entender ser justo para retribuir a sua maior valia em termos de melhorar o imprescindível perfil de adesão dos doentes (10-15%?); pagamento por ciclo terapêutico, independentemente da sua duração ou da dosagem, e não por custo diário; estabelecimento de um número **máximo de doentes** a poderem ser tratados anualmente para as patologias que utilizem fármacos inovadores com impacto económico significativo (acima dessa cifra, a indústria farmacêutica suportaria o valor que ultrapassasse o seu custo real). Isto é, atualmente, tão mais importante quanto se reconhece consensualmente que não há muita margem para aumentar a despesa do Estado com este tipo de medicação, embora se reconheça que, na área das doenças transmissíveis, e em particular no VIH/SIDA e na hepatite C, temos de tratar muito mais doentes, quer por razões da saúde individual dos infetados, quer por questões de natureza meramente epidemiológica, já que se sabe que a transmissão da infeção na comunidade se reduz em cerca de 95% nos doentes infetados por VIH com carga viral negativa, por exemplo; conceção e implementação de um programa vertical de financiamento específico, por patologia, que traduza efetivamente a realidade da despesa, incluindo o custo dos doentes que necessitem de terapêuticas mais onerosas (sejam portadores de resistências primárias ou

adquiridas, tenham necessidade de serem transplantados, etc.); o pagamento pela ACSS ao Hospital prestador dever acompanhar o doente (e a sua respetiva doença), obviando à transferência de doentes por motivos não clínicos e contra a sua própria vontade e a dos seus médicos assistentes, como infelizmente ainda acontece; informatização com programas que sejam rápidos e intuitivos, que forneçam com toda a facilidade os dados necessários ao bom tratamento do doente e à avaliação periódica de resultados segundo parâmetros a serem consensualizados com as Sociedades Científicas respetivas e os Colégios de especialidade da Ordem dos Médicos, para além de permitirem a elaboração das mais variadas estatísticas, com a fiabilidade e a regularidade necessárias, de que o país tão carenciado está; e estabelecer uma partilha de riscos conjunta com a indústria farmacêutica (ex.: no doente a quem não se consiga obter o objetivo terapêutico pretendido “*a priori*”, por ineficácia do mesmo, existir uma forma tacitamente aceite entre as partes de reduzir o pagamento a metade do seu preço real de custo). Também se deveria proceder à constituição de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica Nacional integrada no INFARMED, presidida por um médico especializado em Farmacologia Clínica e composta por elementos desta classe profissional, farmacêuticos e economistas da saúde, com novas e mais amplas funções que incluíssem as seguintes: atualizar regularmente os formulários terapêuticos nacionais (de ambulatório e hospitalar); elaborar regularmente *guidelines* por patologia (em colaboração com as sociedades científicas, os

colégios respetivos da Ordem dos Médicos e as respetivas associações de doentes); fazer a avaliação fármaco-económica prévia dos fármacos inovadores a serem introduzidos; atribuir os regimes de participação; negociar os preços com os respetivos fabricantes; negociar o número **máximo de doentes portadores de patologias com elevada despesa** associada e cuja medicação seja financiada integralmente pelo SNS; e definir também as condições objetivas dos programas de financiamento específicos por patologias cujo tratamento comporte um impacto económico significativo.

Neste contexto, os médicos e as suas organizações de classe devem demonstrar ter também genuínas preocupações para com a sustentabilidade do SNS e das instituições onde trabalham, embora devam fazer da sua missão assistencial, desempenhada com a maior competência possível e com o respeito estrito pela ética e deontologia profissionais, o seu principal lema, não deixando de clamar também pelo acesso adequadamente célere à inovação terapêutica que se comprove apresentar efetivas vantagens clínicas e/ou fármaco-económicas. Devem, ainda, aceitar, de bom grado, subir o patamar da ponderação do preço dos medicamentos na decisão final da sua escolha aquando da respetiva prescrição, passando-o de penúltimo para segundo lugar, pois, se nunca foi, na verdade, o último fator a ser valorizado, parece igualmente inaceitável que passe agora a ser o primeiro e muito menos o único, porque a Medicina sempre foi e deverá continuar a ser, na sua essência, a arte da ciência personalizada, no respeito pelas características próprias de uma

doença concreta em cada doente específico, numa determinada altura da sua vida, num determinado contexto psicossocial, e não a aplicação sistemática, indiscriminada e acrítica de uma qualquer norma que tenha apenas um substrato economicista, e seja pois discordante com os fundamentos científicos validados pelas sociedades especializadas e reconhecidamente credenciadas, descontextualizada da experiência individual do médico prescritor, ou ainda, desfasada da idiosincrasia do doente concreto. Por fim, destacar que se impõe que os **médicos** possuam e implementem uma agenda simultaneamente autónoma da indústria farmacêutica, do poder político, e das associações de doentes, baseada em critérios idóneos de índole científica e famaco-económica, suportados nos pareceres dos colégios de especialidade da Ordem dos Médicos e nas diversas sociedades científicas, tendo sempre como objetivo prioritário a defesa do interesse do doente e da boa prática profissional, tal como a Declaração de Helsínquia há muito tempo preconiza e é sistematicamente invocado por todas as autoridades envolvidas nesta temática.

Caberá aos responsáveis do Ministério, portanto, saber dar a devida resposta a certas perguntas incómodas, mas pertinentes, acerca da presente realidade: fará algum sentido, o preço dos medicamentos variar de hospital para hospital, num mesmo país, e ser determinado com base numa negociação que, por vezes, envolve volumes de vendas que remetem para várias especialidades, e isso supostamente vir a pesar nas estratégias de tratamento dentro de cada hospital e ter que ser ponderado sempre

que houver “novos dados” ou “novas negociações” (o que até pode levar apenas escassos dias ou semanas)? Não se sentirão os doentes, se souberem, como que uma “moeda de troca sem direito a voz própria” no seu seio? E que mais do que nefastas implicações, isso poderia precipitar irremediavelmente a perda de confiança que deve existir nos médicos e nas instituições que os tratam? O preço compreensivo pago para os doentes com VIH ter sido calculado para os doentes “naïve”, e ser aplicado a todos, sem se ter em conta o custo das terapêuticas de resgate (muito mais onerosas)? Porque é que, por exemplo, no Canadá, a diferença de preço entre a co-formulação de anti-retrovíricos mais económica e a mais dispendiosa é inferior a 2 dólares, e isso não acontece em Portugal? Porquê colocar em dúvida a valia real das co-formulações para o tratamento do VIH, quando elas foram inventadas já há várias décadas e com provas inequívocas dadas, para promover a imprescindível adesão dos doentes com tuberculose ao seu tratamento, e esta estratégia ter sido mais recentemente estendida, com a mesma lógica, à terapêutica de outras patologias crónicas igualmente prevalentes e importantes (hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, etc.) sem que ninguém tivesse, nestes casos, colocado em causa a sua vantagem efetiva? Porquê colocar as comissões de farmácia e terapêutica e os conselhos de administração de cada um das várias dezenas de hospitais públicos existentes por todo o país a gastarem centenas de horas nas negociações com a indústria farmacêutica, quando isso deveria (e poderia...) ser antes feito centralizadamente, com o

necessário e explícito empenhamento da hierarquia ministerial, como acontece noutros países? E porque não, o preço dos medicamentos passar a ser estabelecido em função do PIB de cada país e isso ser o garante da sustentabilidade dos respetivos sistemas de saúde? É que o parâmetro geralmente referido de 50000 USD/QALY para se aferir da adequação do preço de cada novo medicamento, relativamente à sua real mais-valia em termos do impacto medido pela sobrevida em anos com qualidade de vida, foi calculado para economias financeiramente muito mais desafogadas do que a nossa, não devendo pois ser integralmente aplicado à realidade de Portugal!

Se o direito à saúde é vulgarmente considerado como um dos mais importantes numa sociedade democrática, e se os recursos não são infinitos e existe a premência de também responder eficazmente a outras necessidades fundamentais, como por exemplo a educação, a justiça e a segurança, não deverão as opções políticas a serem implementadas abranger assim os cidadãos e a própria sociedade, numa partilha de responsabilidades com os principais atores envolvidos, com a máxima determinação e transparência possíveis? O que se passou em Portugal com o caso da terapêutica para a Hepatite C foi, nesse aspeto, paradigmático. Não fora o Ministério ter agido “à última hora” sob a pressão de doentes que estavam literalmente em situação desesperada, a escassos meses de eleições legislativas, e de se ter negociado, nessa altura, em exclusivo, com apenas um dos vários laboratórios da indústria farmacêutica envolvidos (e não com todos, como seria su-

posto), e o que se passou poderia ter sido apresentado perante todo o mundo como um notável exemplo daquilo que tenho vindo a expor. Um outro senão foi o facto de **não** ter beneficiado de forma igualitária os doentes de todos os hospitais nacionais pois, nalguns, a implementação dessa legislação foi muito lenta, o que se me afigura verdadeiramente insustentável e antiético. É que é necessário, e mesmo imperioso, encontrar respostas cabais para todo este complexo conjunto de problemas, pois também as estatísticas nos dizem que a nível comunitário, o Estado português é dos que diretamente menos financiam os cuidados de saúde, em percentagem da riqueza do próprio país, ao passo que os cidadãos são dos que mais despendem diretamente com os mesmos!

Há uns quantos anos, fui convidado, por uma instituição privada de ensino superior, para integrar o seu corpo docente, nas duas tentativas em que a mesma se candidatou a abrir a este setor, o exigente, mas aliciante, ensino da Medicina. Ainda não existiam as restantes faculdades que posteriormente se seguiram às denominadas cinco clássicas onde a maioria dos médicos que exercem atualmente se formaram. Lembro-me de, numa das entrevistas a que compareci, ter dito ao então responsável desse projeto que só aceitaria tal honroso convite, se não fosse para formar médicos em excesso, ou para fomentar o desemprego e a emigração dos recém-formados, mau grado ter posteriormente lamentado que o mesmo não tivesse tido a devida autorização ministerial, porque me parecia muito bem estruturado em termos pedagógicos, ao prever, por

exemplo, uma vivência clínica muito precoce, envolvendo os três grandes hospitais públicos da Península de Setúbal (Almada- HGO, Barreiro- CHLB, e Setúbal- CHS).

Volvidos uns anos, no decorrer dos dois triénios em que presidi à distrital de Setúbal da Ordem dos Médicos, e nos quais se desenvolveram muitas dezenas de iniciativas de interesse geral para a classe e para os demais setores da sociedade, lembro-me de ter dedicado um dia ao tema da “medicina privada”, e de se ter procedido à visita de duas unidades hospitalares, bem como de ter organizado uma mesa redonda com diversos temas em debate. Nesta, um dos oradores, concretamente o então Presidente da Associação Nacional de Hospitalização Privada, defendeu a edificação de várias unidades de internamento dispersas pelo país, sobretudo vocacionadas para o denominado “turismo médico”, bem como de uma faculdade de medicina privada, nada o parecendo incomodar que viessem, eventualmente, a ser formados médicos em excesso para a necessidade do país, porque dizia que Portugal se deveria transformar na “Cuba da Europa”, para que estes profissionais, se necessário, fossem depois exercer para África, e sobretudo para os PALOPs. Tentei contra-argumentar que não seria correto confundir o tema do “turismo médico”, uma atividade de índole mais comercial e com interesses económicos que, sendo embora legítimos, jamais se deveriam confundir com a superior necessidade de se dever garantir à população do nosso país o acesso a uma medicina de qualidade, tal como não entendia que médicos formados nesses ditos hospitais, onde a pa-

tologia geriátrica e crónica iriam ser largamente predominantes, fossem competentes para irem depois tratar doentes com tuberculose, malária ou SIDA, em países ainda em desenvolvimento, com meios muito mais exíguos do que aqueles com que tinham tido a sua formação e experiência pré-graduada.

Estas duas histórias exemplificam, pois, aquilo que sempre considere, ou seja, que tem existido uma enorme falta de planificação no que concerne à abertura de um número perfeitamente desajustado de faculdades de medicina a nível nacional, e que a “propositada” formação de um número manifestamente excessivo de licenciados a prazo é bem pior para os cidadãos, para os doentes, e para a própria sociedade, do que a que decorre da sua relativa (não demasiada) carência, pelo simples facto de que, para além do mais, é necessário vivenciar a profissão com o mínimo de tranquilidade, devendo também existir tempo e condições adequadas para adquirir a imprescindível experiência, o que jamais aconteceria se os médicos tivessem que “disputar” os doentes para sobreviverem economicamente. O número de médicos, no global e em cada especialidade, deverá então ser determinado em função das necessidades assistenciais efetivas da uma sociedade, e não obedecendo a outro qualquer condicionalismo estratégico conjuntural ou em resposta a outros propósitos de índole predominantemente económica e setorial de um qualquer grupo profissional ou empresarial existente. Condições que, logicamente, tanto as faculdades públicas, como as privadas, se deveriam comprometer a respei-

tar, devendo os ministérios da Saúde e da Educação constituir-se como que o garante efetivo de tal verificação!

VI- Conclusões

“O maior problema e o único que nos deve preocupar é vivermos felizes” (Voltaire, ensaísta francês, 1694-1778)

Já no decurso deste ano, fui convidado para fazer a conferência de encerramento de uma reunião patrocinada pela Sociedade Portuguesa de Artistas e Escritores Médicos, tendo o tema sido “pintura e medicina”, cuja cuidada e exaustiva preparação, curiosamente, não deixou de influenciar a minha visão dos problemas que aqui tenho vindo a escarpelizar. Este é um projeto de livro que gostaria, um dia, de ter tempo suficiente para concretizar. O que já fiz referência, *“Ode ou Requiem”*, não o considero, propriamente, na verdadeira essência, um livro, mas antes, como já lhe chamei, um “vómito da alma”, pois foi escrito de rajada e num impulso incontido, movido por uma mescla muito forte de recordações e de sentimentos. Este artigo, que trazia há muito na minha cabeça, é como que um “vómito da consciência”, pois é fruto de alguém que se considera dos mais inconformados com o rumo que a Medicina tem estado a trilhar, tal como já descrevi, embora, igualmente, dos menos surpreendidos, tal como já o tenho expressado em muitas conferências e em outros tantos artigos de opinião que tenho protagonizado.

Vivemos uma crise de confiança no sistema político e nas suas lideranças, só comparável à que

ocorreu na primeira metade do passado século e que coincidiu com o deflagrar dos dois conflitos mundiais que arrasaram a Europa e se refletiram negativamente em muitos outros países (incluindo o nosso) dispersos por esta “nossa casa coletiva” que se chama planeta Terra. A enorme crise que, estou convicto, futuramente se irá agravar ainda mais, será determinada por diversos fatores, onde se destacam a não renovação geracional, fenómeno que é já uma realidade no seio da classe médica ao nível nacional. Acresce ainda o facto de, como as condições de trabalho são cada vez menos atrativas e com maior insegurança quanto às perspetivas futuras, uma parte importante dos jovens médicos (onde se incluem os que já se formaram em universidades estrangeiras) estão a emigrar em números crescentes, enquanto outros também pensam poder tomar idêntico rumo, hipótese que até mesmo aqueles que já são de outras gerações bem anteriores não desdenham completamente... Ao afirmar-se correntemente que temos um serviço de Saúde “demasiadamente” bom para a realidade do país, não se estará a fazer precisamente o contrário do que seria lógico, ou seja, fazer elevar o nível dos outros setores para aquele que, de facto, é (ainda!...) o melhor serviço público jamais existente em Portugal? É que, para o defender com coragem e assertividade, é necessário muito mais do que apenas determinar a obrigação de se passar a ter que colocar um monograma alusivo ao SNS nos “sites” e na correspondência oficial emanada pela hierarquia e pelos restantes funcionários do Ministério da Saúde, ou erigir

bustos ao venerável fundador do SNS...

Então, como ter e transmitir esperança se, como digo textualmente em *“Ode ou Requiem”*, *“...o dinheiro, que sempre foi meio para a obtenção de poder, viu-se agora promovido ao estatuto de virtude suprema com direito a um regime fiscal favorável a condizer (...) e as condições adequadas à prática da Medicina estão a ser indevidamente postas em causa pelos(s) poder(es) político(s) que nos têm sucessivamente governado através da incessante implementação das eufemísticas «reformas», «reestruturações» e «requalificações»?!...”*. A que acrescentaria, quando presenciamos que as denominadas “elites” primam pela falta de verdadeira cultura, não se preocupando em ser a personificação do bom exemplo, e quando o mundo é literalmente governado por anónimos e hediondos agiotas, que tanto ganham fortunas com os grandes negócios “sujos” (droga, armas, prostituição, tráfico humano, etc.), quanto com os supostamente “decentes”, mas que não têm qualquer pejo em “abastardar”, vindo frequentemente a ditar a falência fraudulenta de empresas e até, mesmo, de países, pouco se importando com o Ser Humano, desde que os seus próprios interesses sejam (in)devidamente salvaguardados, por certo, segundo os seus próprios padrões (a)“morais” de comportamento!

Impõe-se, assim, perguntar, porque é que, presentemente, ser rico é sinónimo de ser virtuoso, segundo esses referidos padrões? E porque é que se teima em espartilhar as nações com um conjunto de compromissos financeiros que demagogicamente nos anunciam o “éden” depois do “purgatório”, quando a incó-

moda verdade é que jamais saldaremos a dívida contraída, estando mais do que falidos só com o esforço (inglório?...) para pagar os juros da mesma. Isto, apesar de se saber que, certamente, com muitas culpas próprias que importaria assumir também, a crise internacional vigente resultou, em grande parte, da conjugação de duas realidades: a concretização de projetos “faraónicos” de natureza imobiliária que nos fizeram crer que tinham um financiamento comunitário a “fundo perdido” e que, mais do que os cidadãos e a sociedade, foram antes essas “elites” a serem realmente beneficiadas; bem como pela imposição feita pelos dignos representantes dos valores anteriormente (d)enunciados, de serem os povos a terem de vir salvar *in extremis* o sistema financeiro internacional dos seus respetivos países, a pretexto de se evitar o que aconteceu durante o período denominado de *“lei seca”*, no início do passado século, onde grassou, à semelhança de hoje, a mais obscena idolatria do “deus dinheiro” e a mais generalizada das corrupções, onde a honradez e o verdadeiro sentido de solidariedade eram (e são), para os mesmos, conceitos risíveis e vazios de qualquer sentido.

Não querendo ser demasiado “naíve”, diria que, talvez só quando as futuras gerações tomarem as rédeas do poder, e vierem a evitar aquilo que muitos outros já acreditam ser a “única” e, certamente, a “pior” das soluções: um novo conflito bélico em grande escala que, se vier mesmo a ocorrer, será certamente provocado, não só pelo enorme desespero dos povos e pela ganância desmesurada e predadora dos verdadeiros “senhores do mundo”, mas também pela grande

plêiade de nacionalismos extremistas reemergentes, em alegada resposta ao fratricida e não menos nefasto confronto entre as diversas facções religiosas mais fanatizadas, qual eclosão anunciada e sempre temida do *“armageddon”* bíblico...

Notas Finais: Dedico este artigo a todos os cidadãos e doentes do nosso país que estoica e pacientemente vão combatendo todos os dias as enormes adversidades que a doença, a degradação das condições sociais e a desagregação do tecido familiar tão negativamente condicionam a sua vida, e que apesar disso continuam a confiar nos médicos que os tratam. Também aos profissionais de saúde que não desistem, mesmo apesar das enormes dificuldades aqui abundantemente referidas, de minorar o sofrimento e de incutir esperança aos seus doentes, atitudes sem as quais a sua simples existência ficaria completamente desprovida de qualquer sentido. Em especial, ao meu colega e amigo, o ainda Bastonário José Manuel Silva, por ser a personificação do verdadeiro exemplo de verticalidade e de coerência para toda a classe médica, pela maneira como sempre soube defender estes mesmos princípios que, espero, sejam também o mote do pensamento e da ação do seu sucessor.

Nota:

4^ª de 4 Partes. Capítulo anterior IV) - O Sistema no nº 174 de Novembro.