



“VALOR EM SAÚDE DA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA 90%-90%-90% PARA A INFEÇÃO POR HIV: COMENTÁRIOS ACERCA DA REALIDADE PORTUGUESA”

José M. D. Poças

Diretor do SDI CHS HSB Setúbal

Potenciais Conflitos de Interesse...

□ **“Advisory Boards”**

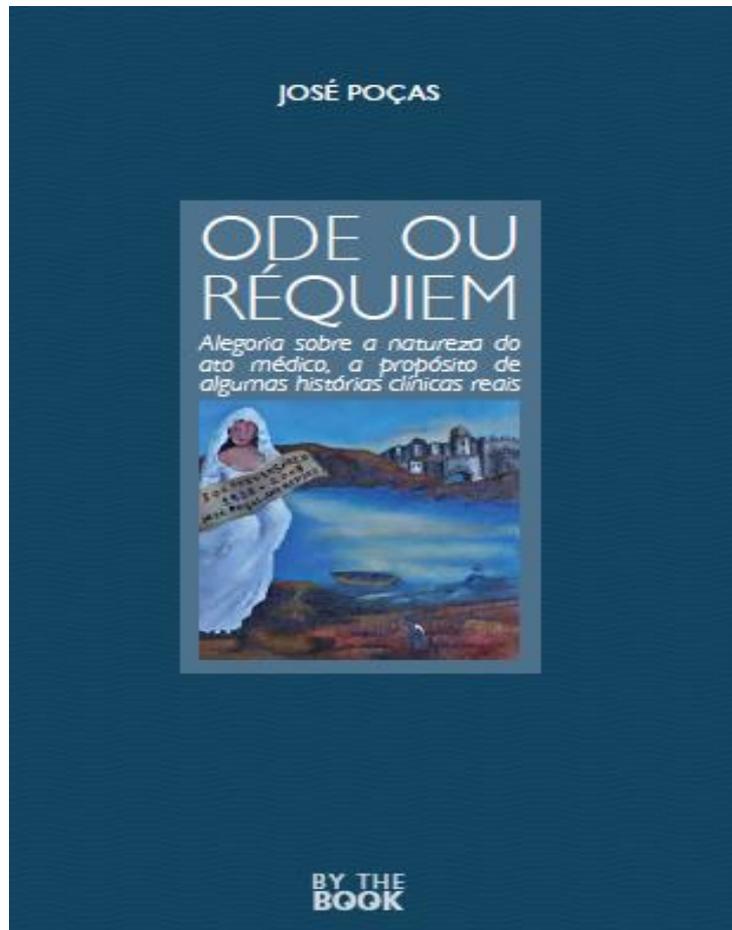
- **Gilead**
- **Janssen**
- **VIIV**
- **BMS**
- **MSD**



□ **Congressos e Palestras**

- **Abbott**
- **Bayer**
- **BMS**
- **Boheringer Ingelheim**
- **Gilead**
- **Janssen**
- **MSD**
- **ROCHE**
- **VIIV**

Os meus únicos e verdadeiros conflitos de interesse!!!



INTRODUÇÃO

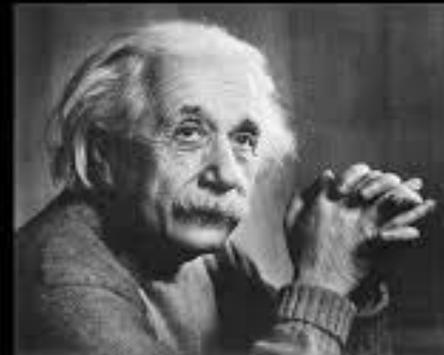


Primeiros Pensamentos



- “... todo aquele que tem Saúde tem Esperança e todo o que tem esperança tem Tudo...”
(sic. Provérbio Árabe)

ARABIC PROVERBS



"The world will not be destroyed by those who do evil, but by those who watch them without doing anything." - Albert Einstein

Receive updates from the HIV Modelling Consortium



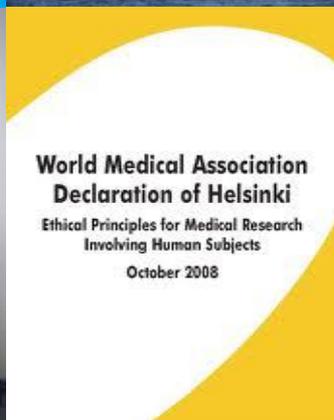
ENQUADRAMENTO GERAL DE CONCEITOS



As palavras não podem ser uma mera conveniência de circunstância

□ Adenda de 1989

- “Todo e cada um dos doentes deve beneficiar do melhor tratamento conhecido possível”



O Governo Português também legislou no mesmo sentido

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei n.º 15/2014
de 21 de março

Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde

CAPÍTULO II

Direitos do utente dos serviços de saúde

Artigo 2.º

Direito de escolha

1 — O utente dos serviços de saúde tem direito de escolha dos serviços e prestadores de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes.

2 — O direito à proteção da saúde é exercido tomando em consideração as regras de organização dos serviços de saúde.

Artigo 4.º

Adequação da prestação dos cuidados de saúde

1 — O utente dos serviços de saúde tem direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita.

2 — O utente dos serviços de saúde tem direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos.

3 — Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente.

Artigo 9.º

Queixas e reclamações

1 — O utente dos serviços de saúde tem direito a reclamar e apresentar queixa nos estabelecimentos de saúde, nos termos da lei, bem como a receber indemnização por prejuízos sofridos.

2 — As reclamações e queixas podem ser apresentadas em livro de reclamações ou de modo avulso, sendo obrigatória a resposta, nos termos da lei.

3 — Os serviços de saúde, os fornecedores de bens ou de serviços de saúde e os operadores de saúde são obrigados a possuir livro de reclamações, que pode ser preenchido por quem o solicitar.

CAPÍTULO V

Da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde

Artigo 25.º

Objetivo e conteúdo

1 — A Carta dos Direitos de Acesso visa garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo SNS e pelas entidades

convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente do SNS, nos termos da presente lei.

2 — A Carta dos Direitos de Acesso define:

a) Os tempos máximos de resposta garantidos;

b) O direito do utente à informação sobre esses tempos.

3 — A Carta dos Direitos de Acesso é publicada anualmente em anexo à portaria que fixa os tempos máximos garantidos.

4 — A Carta dos Direitos de Acesso é divulgada no portal da saúde e obrigatoriamente afixada em locais de fácil acesso e visibilidade em todos os estabelecimentos do SNS, bem como em todos os que tenham convencionado a prestação de cuidados de saúde aos seus utentes.

Artigo 26.º

Tempos máximos de resposta garantidos

1 — Para efeitos do disposto no artigo anterior, o membro do Governo responsável pela área da saúde estabelece, por portaria, os tempos máximos de resposta garantidos para todo o tipo de prestações sem carácter de urgência, nomeadamente ambulatório dos centros de saúde, cuidados domiciliários, consultas externas hospitalares, meios *Diário da República, 1.ª série — N.º 57 — 21 de março de 2014* 2131 complementares de diagnóstico e terapêutica e cirurgia programada.

2 — Gradualmente, os tempos máximos de resposta garantidos por tipo de prestação são discriminados por patologia ou grupos de patologias.

3 — Cada estabelecimento do SNS, tomando como referência a portaria referida no n.º 1, fixa anualmente, dentro dos limites máximos estabelecidos a nível nacional, os seus tempos de resposta garantidos por tipo de prestação e por patologia ou grupo de patologias, os quais devem constar dos respetivos plano de atividades e contratos-programa.

Artigo 27.º

Informação ao utente

De forma a garantir o direito do utente à informação, previsto no artigo 25.º da presente lei, os estabelecimentos do SNS e do sector convencionado são obrigados a:

a) Afixar em locais de fácil acesso e consulta pelo utente a informação atualizada relativa aos tempos máximos de resposta garantidos por patologia ou grupos de patologias, para os diversos tipos de prestações;

b) Informar o utente no ato de marcação, mediante registo ou impresso próprio, sobre o tempo máximo de resposta garantido para prestação dos cuidados de que necessita;

c) Informar o utente, sempre que for necessário acionar o mecanismo de referenciação entre os estabelecimentos do SNS, sobre o tempo máximo de resposta garantido para lhe serem prestados os respetivos cuidados no estabelecimento de referência, nos termos previstos na alínea anterior;

d) Informar o utente, sempre que a capacidade de resposta dos estabelecimentos do SNS estiver esgotada e for necessário proceder à referenciação para os estabelecimentos de saúde do sector privado, nos termos previstos na alínea b);

e) Manter disponível no seu sítio da Internet informação atualizada sobre os tempos máximos de resposta garantidos nas diversas modalidades de prestação de cuidados;

f) Publicar e divulgar, até 31 de março de cada ano, um relatório circunstanciado sobre o acesso aos cuidados que prestam, os quais serão auditados, aleatória e anualmente, pela Inspeção -Geral das Atividades em Saúde.

Artigo 28.º

Reclamação

É reconhecido ao utente o direito de reclamar para a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), nos termos legais aplicáveis, caso os tempos máximos garantidos não sejam cumpridos.

Aprovada em 20 de fevereiro de 2014.

A Presidente da Assembleia da República, *Maria da Assunção A. Esteves*.

Promulgada em 11 de março de 2014.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 13 de março de 2014.

O Primeiro-Ministro, *Pedro Passos Coelho*.

O mais económico dos melhores tratamentos e não o melhor dos medicamentos mais baratos



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

64/CNECV/2012

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA
PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

**PARECER SOBRE UM MODELO DE DELIBERAÇÃO
PARA FINANCIAMENTO DO CUSTO
DOS MEDICAMENTOS**



CNECV

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

D. Conclusões

2. O CNECV recomenda que, nas decisões sobre racionalização de custos, esteja patente que as opções fundamentais serão entre os “mais baratos dos melhores” (fármacos de comprovada efectividade) e não sobre os “melhores dos mais baratos”.

12. Em qualquer caso, o CNECV tem como essencial que tudo o que se faça não pode de modo algum pôr em causa a relação de confiança e de aliança terapêutica entre os doentes e os profissionais de saúde.

O CASO PARTICULAR da INFEÇÃO POR VIH



A Custo-efetividade da Terapêutica

International AIDS Society–USA

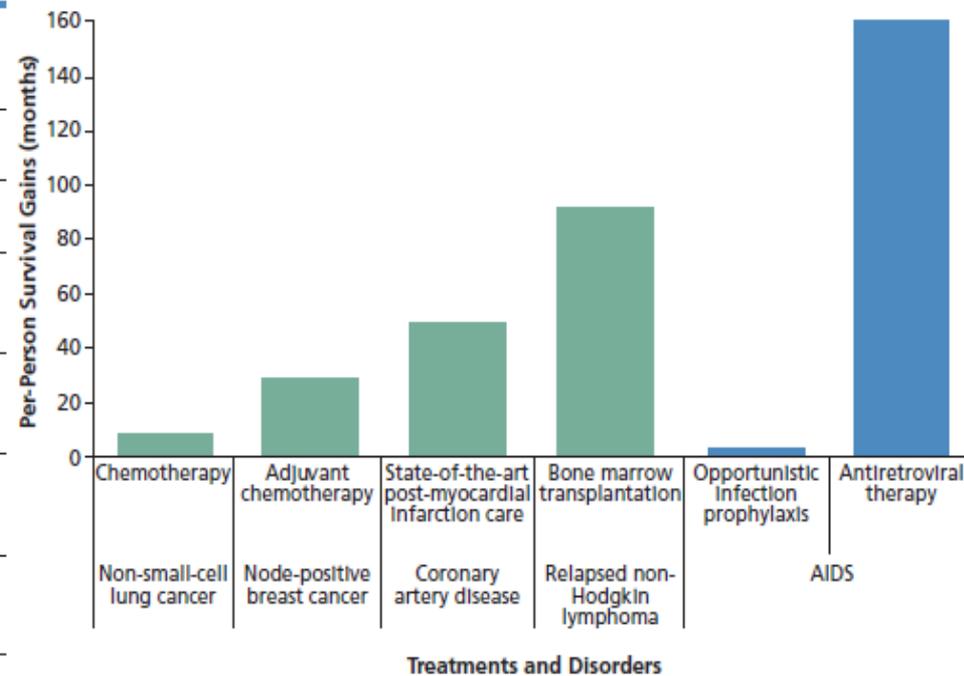
Topics in HIV Medicine

Perspective

Cost-Effectiveness of HIV Interventions: From Cohort Studies and Clinical Trials to Policy

Table 1. Per-Person Survival Benefit in AIDS Patients by Treatment Era

Years	Intervention	Per-Person Survival Benefit (months)	No. of Patients Diagnosed and Entering Care	Total Survival Benefit (years)
1989-1992	PCP prophylaxis	3.1	158,370	40,912
1993-1995	PCP prophylaxis + MAC prophylaxis	24.4	226,458	460,465
1996-1997	PCP prophylaxis + MAC prophylaxis + ART Era 1	93.7	72,716	567,788
1998-1999	PCP prophylaxis + MAC prophylaxis + ART Era 2	132.6	52,702	582,359
2000-2002	PCP prophylaxis + MAC prophylaxis + ART Era 3	138.8	71,946	832,179
2003	PCP prophylaxis + MAC prophylaxis + ART Era 4	159.9	24,780	330,189
Total				2,813,892



ART indicates antiretroviral therapy; Eras 1-4, periods characterized by improvements in antiretroviral therapy over time; MAC, *Mycobacterium avium* complex; PCP, *Pneumocystis jirovecii* pneumonia. Adapted from Walensky et al, *J Infect Dis*, 2006.

Figure 1. Per-person survival gains with treatment in patients with AIDS compared with gains associated with interventions for other common diseases in the United States. Adapted from Walensky et al, *J Infect Dis*, 2006.

A custo-efetividade do diagnóstico precoce

Table 2. Cost-Effectiveness Ratios for Select HIV-Related Interventions and for HIV and Non-HIV-Related Screening Interventions

Intervention	Drug	Cost-Effectiveness Ratio (\$/QALY)*	Reference
HIV Interventions			
PCP/Toxoplasmosis prophylaxis	TMP-SMX	\$2600	Freedberg et al, JAMA, 1998
Antiretroviral therapy	Zidovudine/lamivudine/efavirenz	\$13,000	Freedberg et al, N Engl J Med, 2001
Genotypic resistance test, at treatment failure	NA	\$17,900	Weinstein et al, Ann Intern Med, 2001
Genotypic resistance test, treatment-naive	NA	\$20,200	Sax et al, Clin Infect Dis, 2005
Inpatient HIV screening	NA	\$15,100	Walensky et al, Am J Med, 2005
MAC prophylaxis	Azithromycin	\$44,500	Freedberg et al, JAMA, 1998
HIV and Other Screening Interventions			
HIV screening every 5 years in patients at high risk	NA	\$42,200	Faltiel et al, N Engl J Med, 2005
Breast cancer screening: annual mammogram, 50-69 years old	NA	\$57,500	Salzmann et al, Ann Intern Med, 1997
Colon cancer screening: FOBT + sigmoidoscopy every 5 years, 50-85 years old	NA	\$53,600	Frazier et al, JAMA, 2000
Type 2 diabetes: one-time FPG, > 25 years old	NA	\$63,000	CDC, JAMA, 1998

CDC indicates Centers for Disease Control and Prevention; FOBT, fecal occult blood test; FPG, fasting plasma glucose; MAC, Mycobacterium avium complex; NA, not applicable; PCP, Pneumocystis jirovecii pneumonia; TMP-SMX, trimethoprim-sulfamethoxazole. *All costs adjusted to 2001 US dollars. Ratios from Walensky et al, Am J Med, 2005.

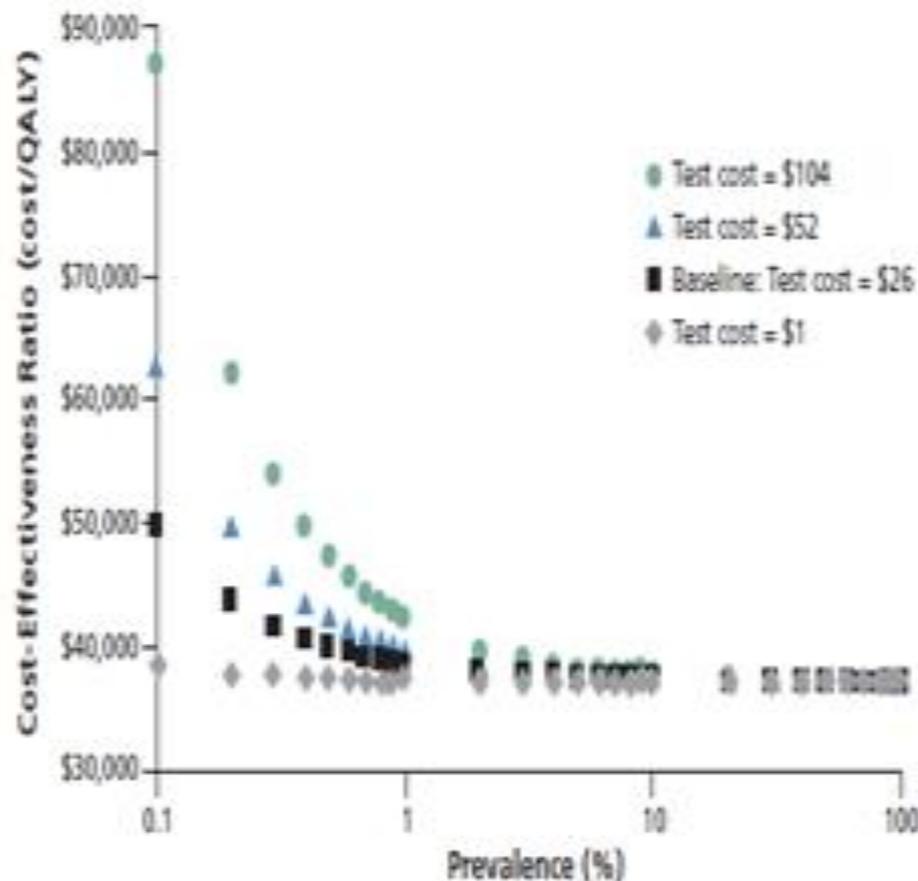
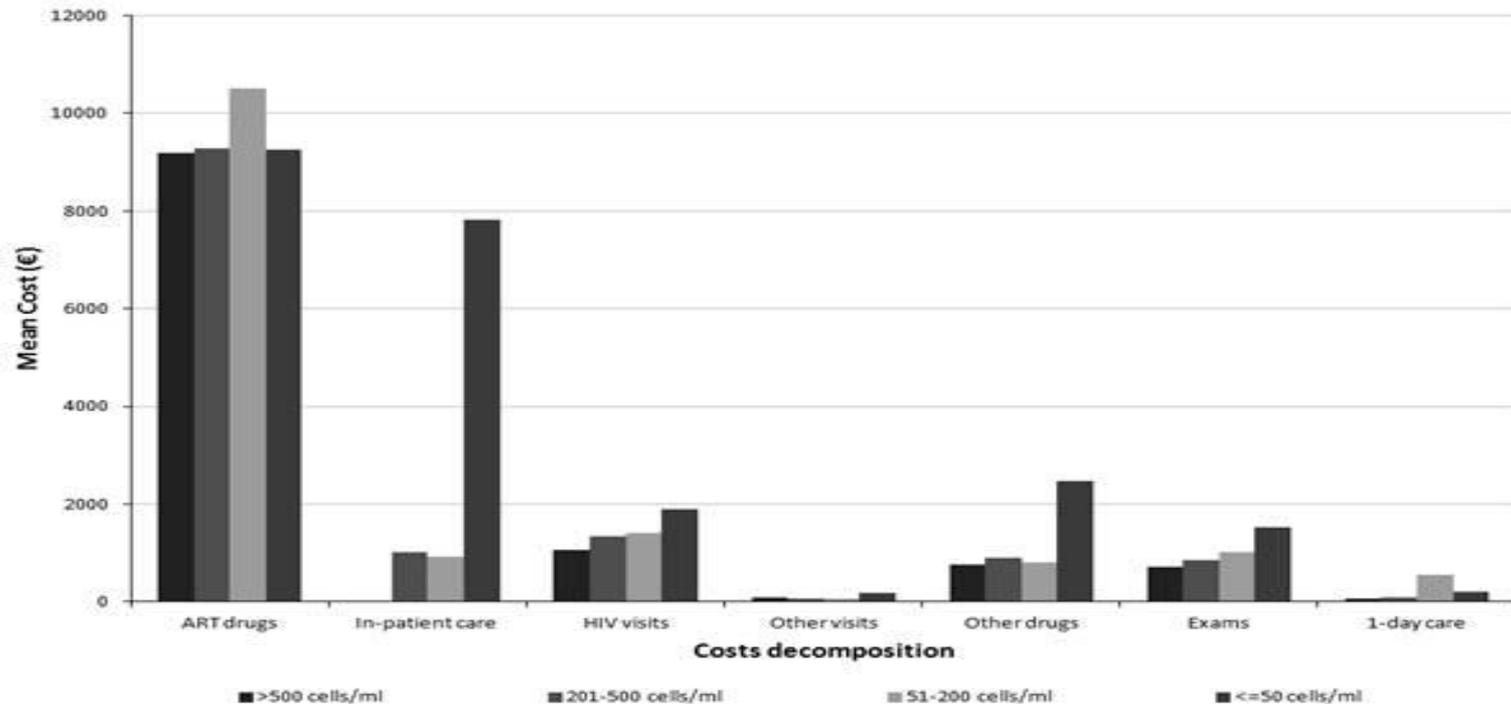


Figure 2. Cost-effectiveness ratios of HIV screening according to prevalence of undiagnosed HIV infection in the testing population and different hypothetical test costs. QALY indicates quality-adjusted life-years. Adapted from Walensky et al, Am J Med, 2005.

Premissa que também já foi demonstrada em Portugal

DIRECT TREATMENT COSTS OF HIV/AIDS IN PORTUGAL

Julian Perelman^{1,2}, Joana Alves¹, Ana Cláudia Miranda³, Céu Mateus^{1,2}, Kamal Mansinho^{2,3}, Francisco Antunes⁴, Joaquim Oliveira⁵, José Poças⁶, Manuela Doroana⁴, Rui Marques⁷, Eugénio Teófilo⁸, João Pereira^{1,2}



Os estudos fundamentais e as recomendações terapêuticas

Health benefits, costs, and cost-effectiveness of earlier eligibility for adult antiretroviral therapy and expanded treatment coverage: a combined analysis of 12 mathematical models

Jeffrey W Eaton*, Nicolas A Menzies*, John Stover, Valentina Cambiano, Leonid Chindelevitch, Anne Cori, Jan A C Hontelez, Salal Humair, Cliff C Kerr, Daniel J Klein, Sharmistha Mishra, Kate M Mitchell, Brooke E Nichols, Peter Vickerman, Roel Bakker, Till Barnighausen, Anna Bershteyn, David E Bloom, Marie-Claude Bolly, Stewart T Chang, Ted Cohen, Peter J Dodd, Christophe Fraser, Chitra Gopalappa, Jens Lundgren, Natasha K Martin, Evelinn Mikkelsen, Elisa Mountain, Quang D Pham, Michael Pickles, Andrew Phillips, Lucy Platt, Carel Pretorius, Holly J Prudden, Joshua A Salomon, David A M van de Vijver, Sake J de Vlas, Bradley G Wagner, Richard G White, David P Wilson, Lei Zhang, John Blandford, Gesine Meyer-Rath, Michelle Remme, Paul Revill, Nalinee Sangrujee, Fern Terris-Prestholt, Meg Doherty, Nathan Shaffer, Philippa J Easterbrook, Gottfried Hirnschall, Timothy B Hallett



OPEN ACCESS Freely available online

PLOS MEDICINE

Review

HIV Treatment as Prevention: Models, Data, and Questions—Towards Evidence-Based Decision-Making

The HIV Modelling Consortium Treatment as Prevention Editorial Writing Group*

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

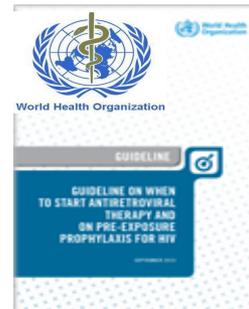
ESTABLISHED IN 1812

NOVEMBER 30, 2006

VOL. 355 NO. 22

CD4+ Count-Guided Interruption of Antiretroviral Treatment

The Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group*



HIV Modelling Consortium

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

AUGUST 27, 2015

VOL. 373 NO. 9

Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection

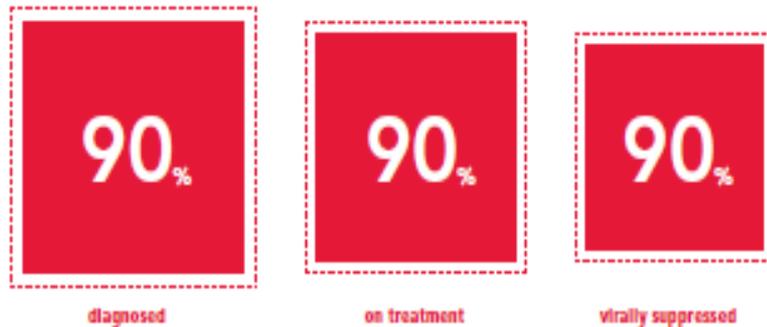
The INSIGHT START Study Group*

A estratégia 90%-90%-90% da UNAIDS

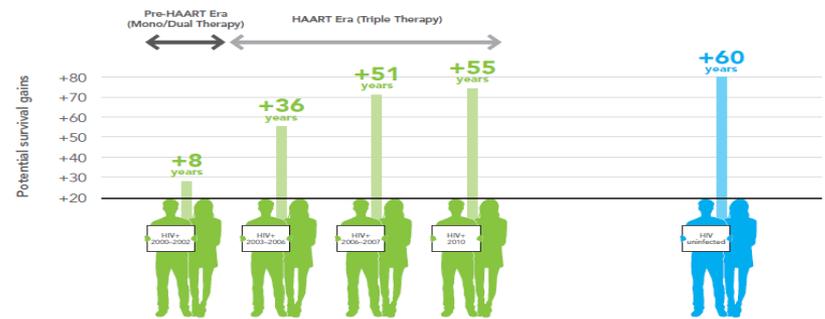
90-90-90

An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic

THE TREATMENT TARGET



HIV TREATMENT CAN NORMALIZE SURVIVAL



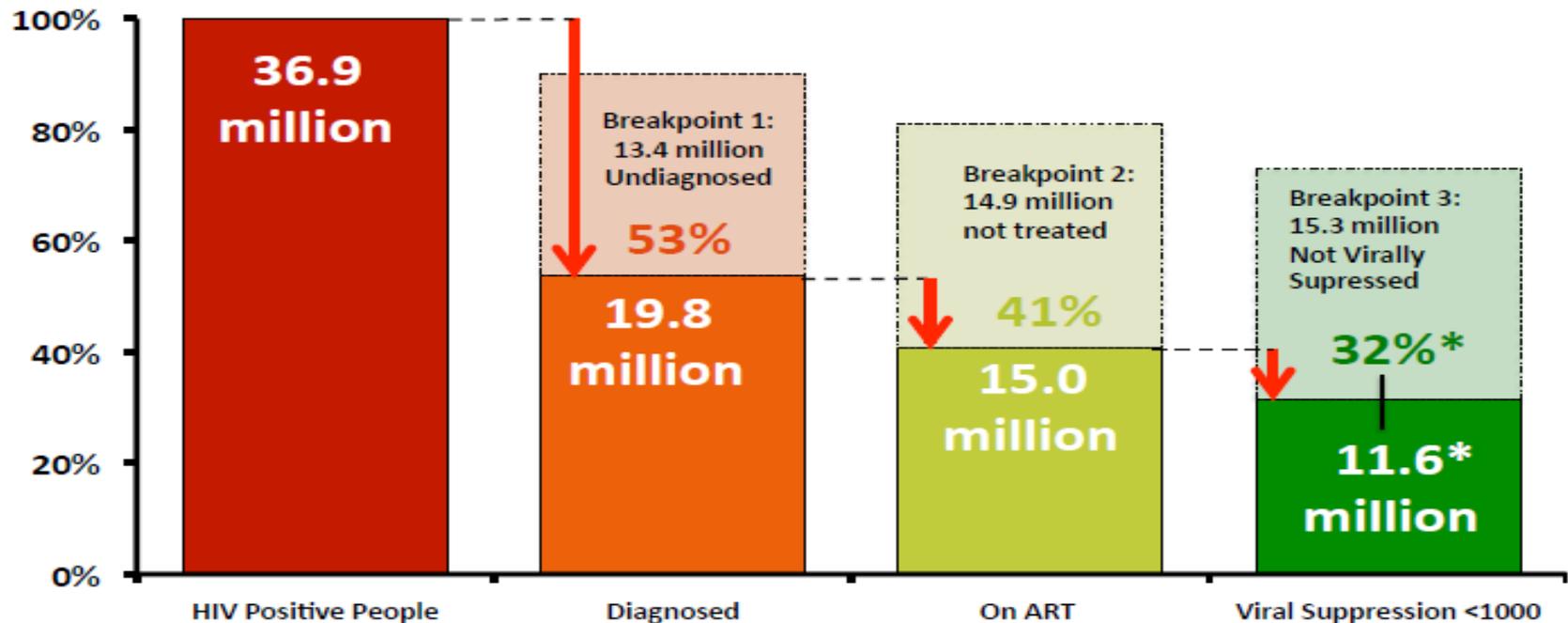
Expected impact of HIV treatment in survival of a 20 years old person living with HIV in a high income setting (different periods)
Source: Samji H et al., PLoS ONE, 2013.

THE CHOICES



As diferenças entre a intenção e a realidade

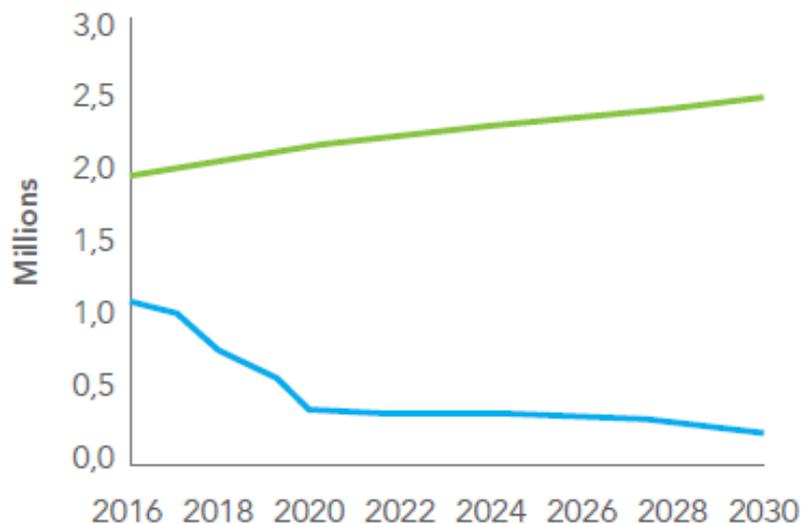
Global Estimates (2014-15) vs the Gap to reach 90-90-90 Targets



Os objetivos e os impactos

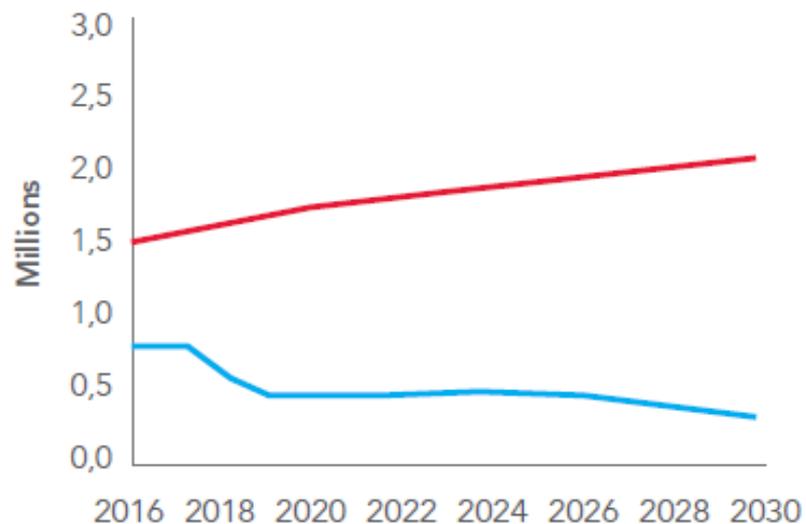
IMPACT OF THE 90-90-90 TARGET ON HIV INFECTIONS AND AIDS-RELATED DEATHS, 2016-2030

New HIV infections



— 2020 Goal — Constant Coverage

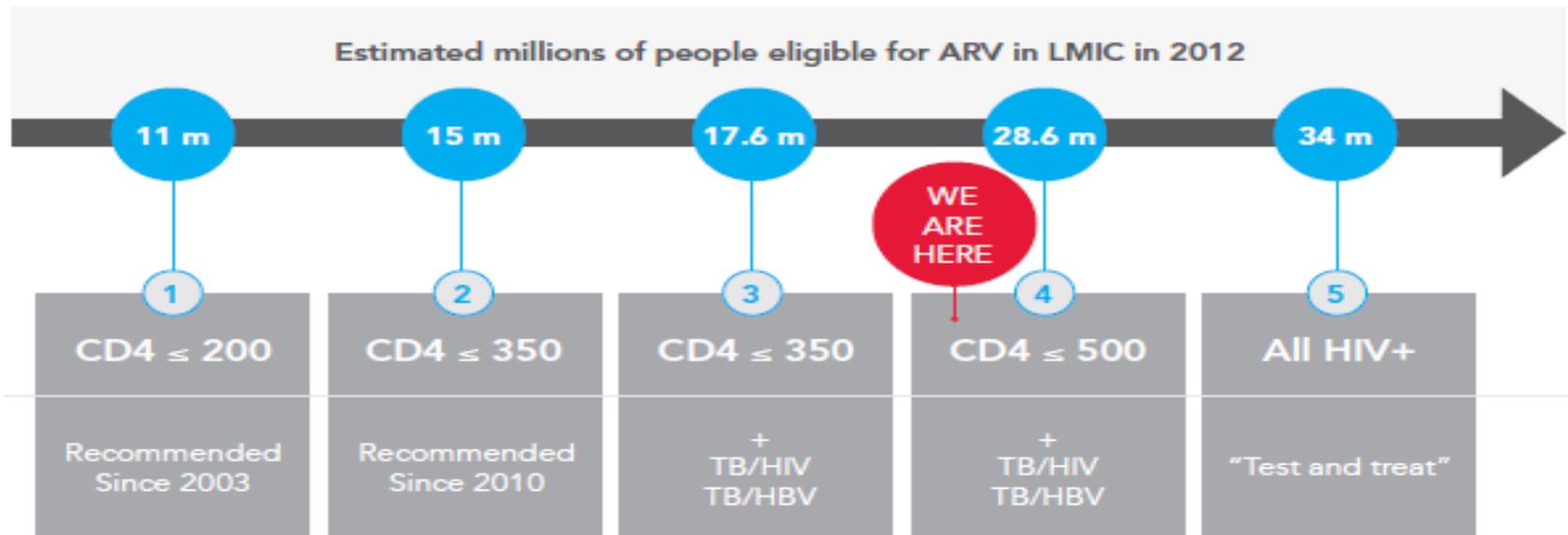
AIDS-related deaths



— 2020 Goal — Constant Coverage

A Magnitude efetiva desta estratégia

SCENARIOS OF ANTIRETROVIRAL TREATMENT ELIGIBILITY: WHO VISION



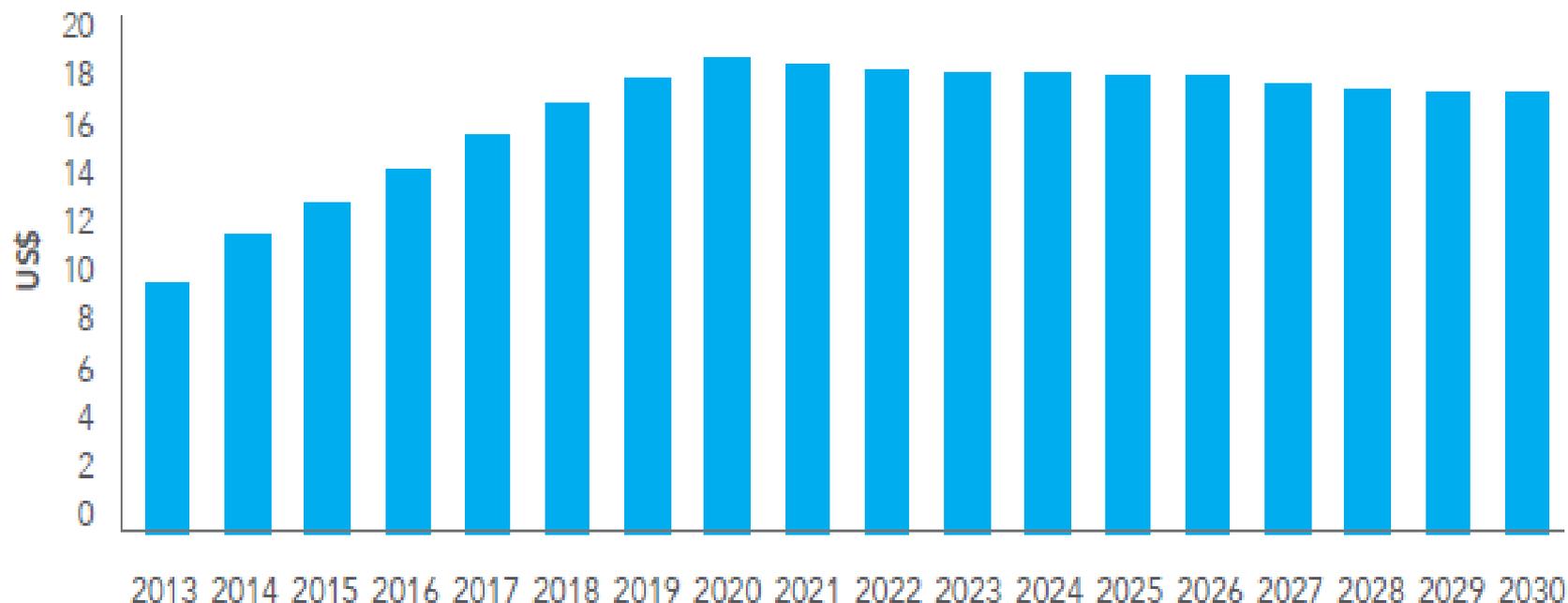
Scenarios of ARV eligibility

ART regardless of CD4 count for:

- Serodiscordant couples
- Pregnant women
- Children < 5 years

Sendo certo que os custos diretos serão enormes, os da não implementação desta estratégia serão, contudo, a prazo, muito superiores

RESOURCE NEEDS FOR THE 90-90-90 TREATMENT TARGET, 2016-2030 (DRUGS, SERVICE DELIVERY, TESTING AND COUNSELLING, COMMUNITY MOBILIZATION AND PRE-ART COSTS)



Source: UNAIDS Global Price Tag Estimates, September 2014. Unpublished results.

Uma condição logística fundamental: O “linkage” e o “retencion to care”

Linkage, Engagement, and Retention in HIV Care Among Vulnerable Populations Volume 21 Issue 4 September/October 2013

Perspective

Linkage, Engagement, and Retention in HIV Care Among Vulnerable Populations: “I’m Sick and Tired of Being Sick and Tired”

There are disparities in engagement and retention in HIV care and outcomes of care across segments of society. For example, HIV mortality rates remain markedly elevated among black women and men compared with their white counterparts. These differences reflect broader disparities across social, economic, and cultural lines. Improvement in engagement and retention in HIV care requires interventions that account for forces present in the socioecologic framework of health behaviors. Improvement in linkage to care at HIV testing is crucial to overall engagement and retention in care. Strategies for linkage to care at testing can help overcome many of the forces that result in failure to engage and remain in care by starting the patient on a solid path to clinical care. This article summarizes a presentation by Victoria A. Cargill, MD, MSCE, at the IAS–USA continuing education program held in New York, New York, in May 2013.

Keywords: HIV care disparities, linkage to care, socioecologic framework, engagement and retention in care, practitioner behavior

IAS–USA

Topics in Antiviral Medicine

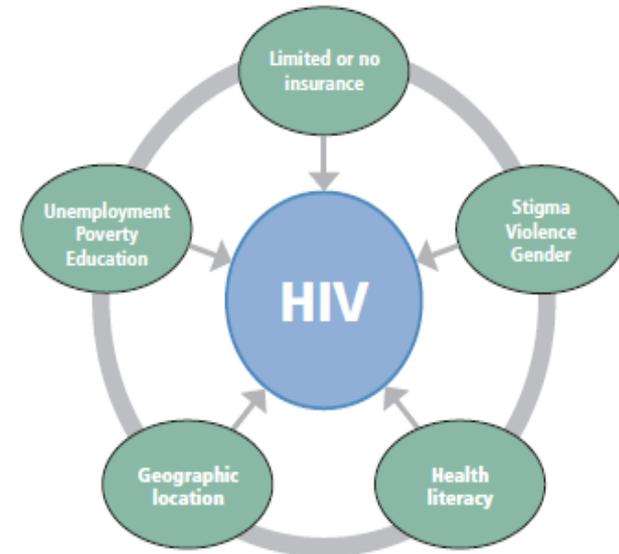


Figure 2. HIV infection: A single factor among many potential socioecologic disparities.

A homenagem devida: “O seu a seu dono”!!!



NIH Public Access Author Manuscript

Curr HIV/AIDS Rep. Author manuscript; available in PMC 2015 December 01.

Published in final edited form as:

Curr HIV/AIDS Rep. 2014 December ; 11(4): 496–504. doi:10.1007/s11904-014-0237-5.

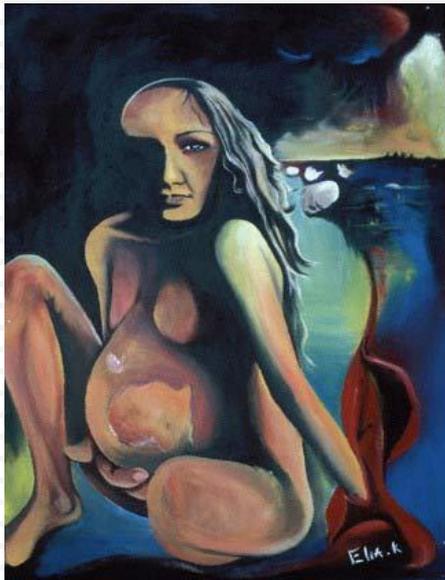
Treatment as Prevention—Where Next?

Mark Hull^{1,2}, Joep Lange^{3,*}, and Julio S.G. Montaner^{1,2}



¹BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, Vancouver, Canada ²University of British Columbia, Vancouver, Canada ³University of Amsterdam, the Netherlands

PROPOSTAS CONCRETAS QUE TENHO VINDO A FAZER





José M. D. Poças

Diretor do Serviço de Doenças Infecciosas do CHS HSB Setúbal



OPINIÃO

Carta Aberta aos Colegas Directores de Serviço dos Hospitais Públicos Nacionais

Carta aberta ao CA do Hospital onde Trabalho

□ Propostas

- 1)- **Compra centralizada dos Medicamentos**
- 2)- **Preço de referência igual p/ fármacos do mesmo grupo farmacológico e geração**
- 3)- **Preço das co-formulações idêntico ao da soma dos seus componentes (incluindo genéricos) acrescido de um coeficiente justo (10%?) a ser negociado entre MS e IF**
- 4)- **Estabelecimento de um n° máximo de doentes a serem tratados anualmente para as patologias que utilizem fármacos inovadores c/ impacto económico significativo (acima desse valor a IF suportaria os custos)**
- 5)- **O pagamento ao Hospital prestador deverá acompanhar o doente (e a doença) permitindo assim a livre escolha por parte do doente sem mais constrangimentos**
- 7)- **Informatização adequada do PC e avaliação periódica de resultados**

MEDICAMENTOS

LIGAÇÕES PERIGOSAS ?

Resposta quem souber

Os médicos não podem continuar a ser os "bodes expiatórios" do mau funcionamento do sistema

José M. D. Peças



Velhos Problemas e Novos Contextos: Uma Realidade Inversa?

(“... hoje assistimos a um regresso ao séc. XVIII: ao despojar o Estado das suas responsabilidades e prerrogativas, minámos a sua reputação...” sic. Tony Judt, in Jornal The Guardian; “... uma das características do Liberalismo Social foi a renúncia a políticas redistributivas e a políticas fiscais progressistas...” sic. Viveç Navarro in Revista Sistema)

□ Perguntas incómodas, mas pertinentes:

□ Fará algum sentido?

- O preço dos medicamentos variar de Hospital para Hospital num mesmo país!
- O preço do medicamento ser determinado com base numa negociação que envolve volumes de vendas que remetem para várias especialidades, e isso pesar nas estratégias de tratamento dentro de cada hospital!
- O preço compreensivo pago para os doentes com HIV ter sido calculado para os doentes “naíve”, e ser aplicado a todos, sem se ter em conta o custo das terapêuticas de resgate!
- Porque é que no Canadá a diferença de preço entre a co-formulação mais económica e a mais dispendiosa é de apenas 2 dólares, e isso não acontece em Portuga?

E porque não ?!...

- ▣ O preço dos medicamentos ser estabelecido em função do PIB de cada país e isso ser o garante da sustentabilidade dos sistemas de saúde de cada país?



OPINIÃO

A Saúde em Portugal, ou a eterna dicotomia entre o Ser e o Parecer



José Poças
Director de Serviço de um Hospital SA

OPINIÃO

José M. D. Poças
Presidente do Distrito Médico de Setúbal da OIM

Quem nunca ouviu falar nesta pequena e velha história, mas porventura alguns dos mais distraídos não terão a verdadeira consciência que a sua principal ilação se aplica ...à vida dos cidadãos portugueses, e designadamente à dos próprios médicos



O futuro da Medicina em Portugal:
considerações a propósito da parábola
do burro e da cenoura



José M. D. Poças
Médico Especialista em Medicina Interna e Infecções
Chefe de Serviço e Diretor do Serviço de Doenças Infecciosas do
CHS HSB Setúbal

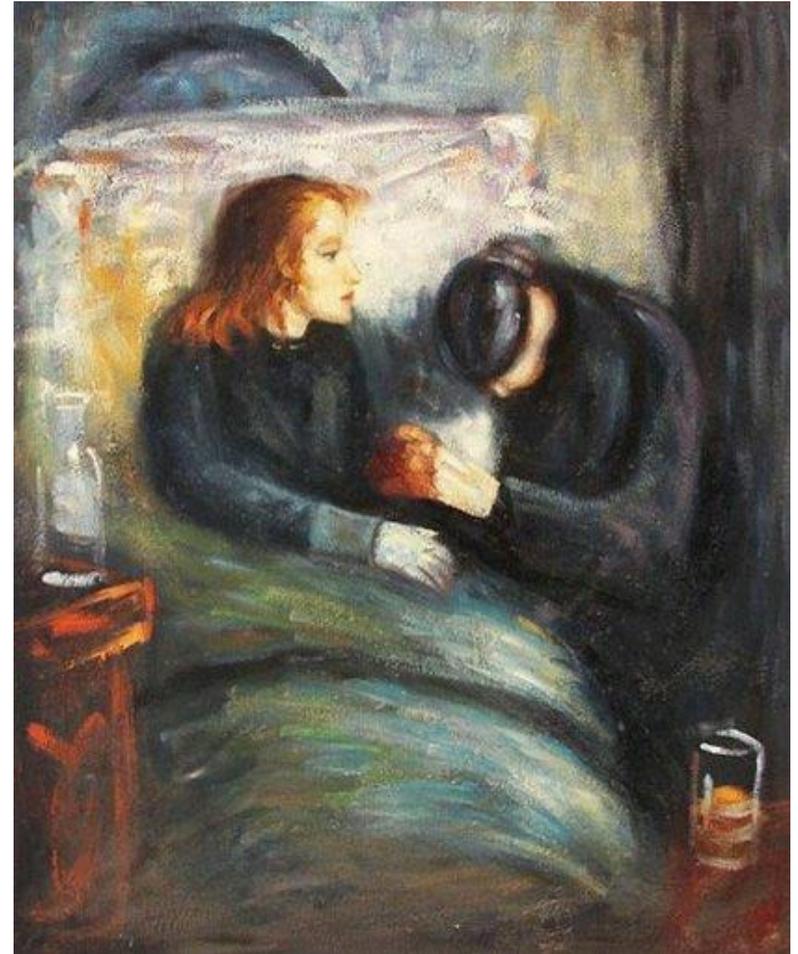
As implicações da crise económico-social no âmbito das doenças transmissíveis

Texto de uma palestra efetuada sobre o tema "as implicações da crise económico-social: algumas considerações no âmbito das doenças transmissíveis" numa mesa redonda organizada pela Fundação para a Saúde – SNS, em 26 de Janeiro de 2013, em Setúbal, naquela que foi a sua 1ª reunião distrital nacional.

Desafios que se impõem aos médicos



- **Agenda Autónoma e Independente**
 - Indústria Farmacêutica
 - Poder Político
 - Associações Doentes
- **Baseada em Critérios Idóneos**
 - Científicos
 - Famaco-Económicos
- **Suportada**
 - Colégios de Especialidade
 - Sociedades Científicas
- **Objetivo prioritário**
 - Defesa do Interesse do nosso Doente



Foi pena que...



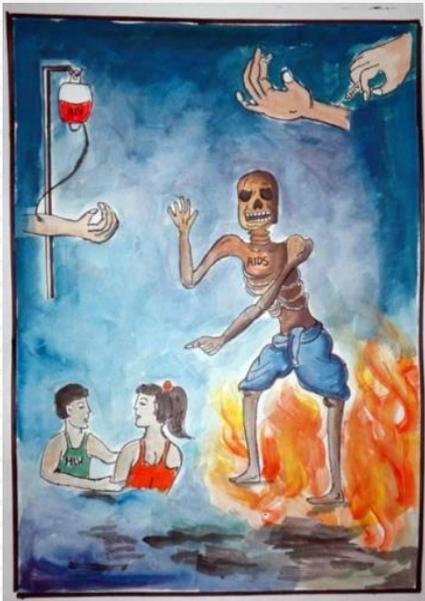
Ist Porto Meeting in
Mathematics and Biology

Project on Epidemiological
and Economical Aspects of
HIV/AIDS transmission in
Portugal

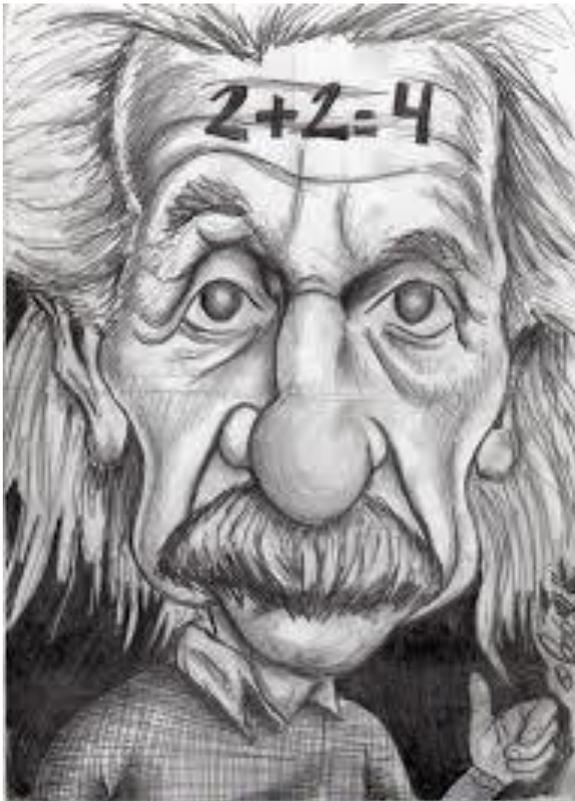
- **Estudo onde se pretendia analisar:**
 - **1)- CV comunitária**
 - **2)- CV cumulativa individual**



CONCLUSÕES



Uma última Reflexão



- **“Nem tudo o que pode ser contado, conta, e nem tudo o que conta, pode ser contado”**

(Albert Einstein)

Iremos ser capazes?



IAS 2015
vancouver, canada
8th IAS Conference on HIV Pathogenesis,
Treatment & Prevention 19-22 July 2015
IAS2015.ORG



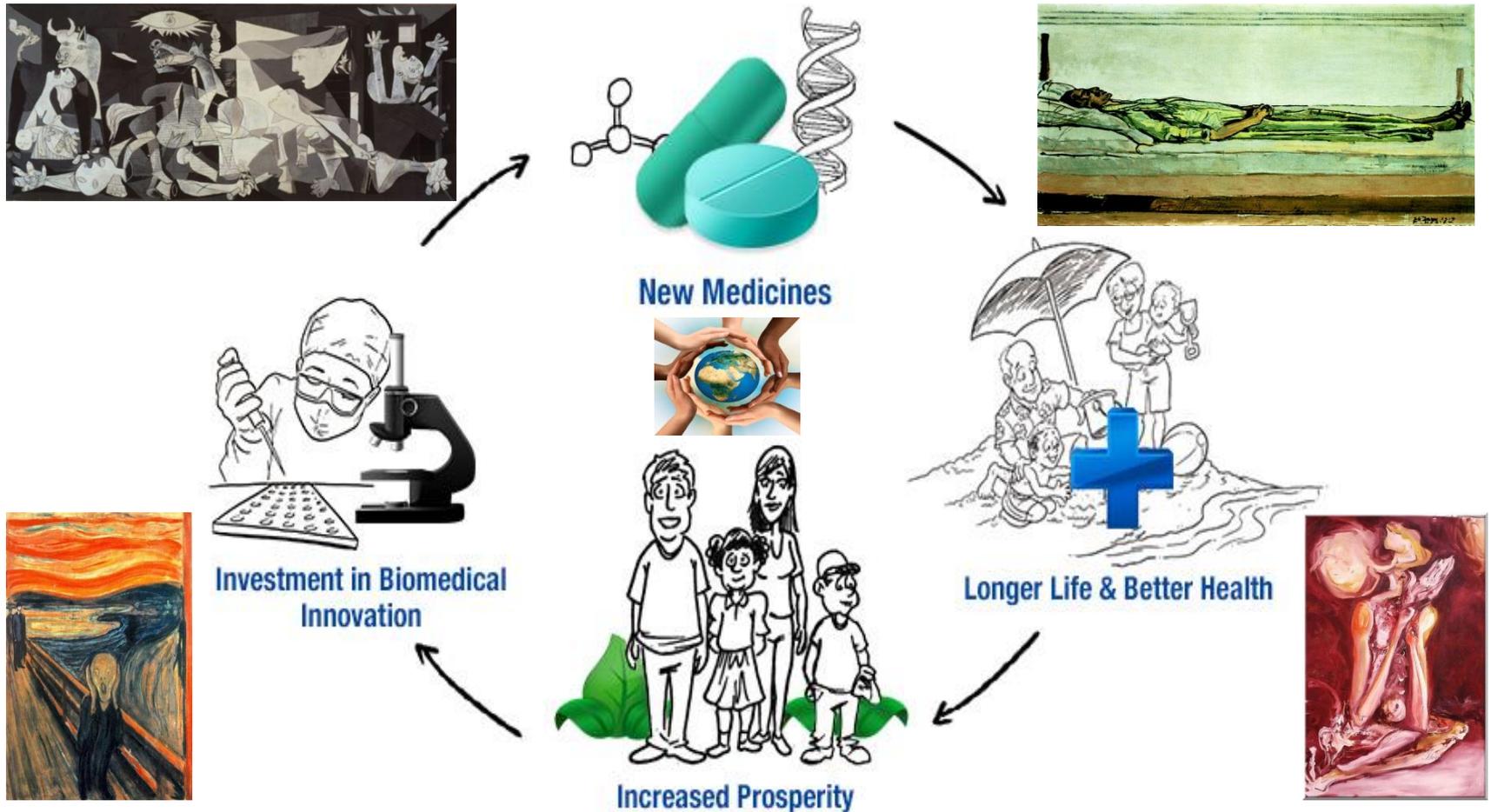
Code: MOAD01, MOAD0102
Title: 90-90-90: Delivering on the Targets
Date: Monday, 20 July 2015
Time: 16:30-18:00
Room: Ballroom C-D

Can the UNAIDS 90-90-90 target be reached?

Analysis of national HIV treatment cascades

Jacob Levi¹ & Alice Raymond¹; Anton Pozniak²; Pietro Vernazza³; Philipp Kohler³; Andrew Hill²

O acesso à inovação terapêutica é um direito de Toda a Humanidade e tem de haver capacidade de a tornar acessível a quem dela efetivamente necessite!



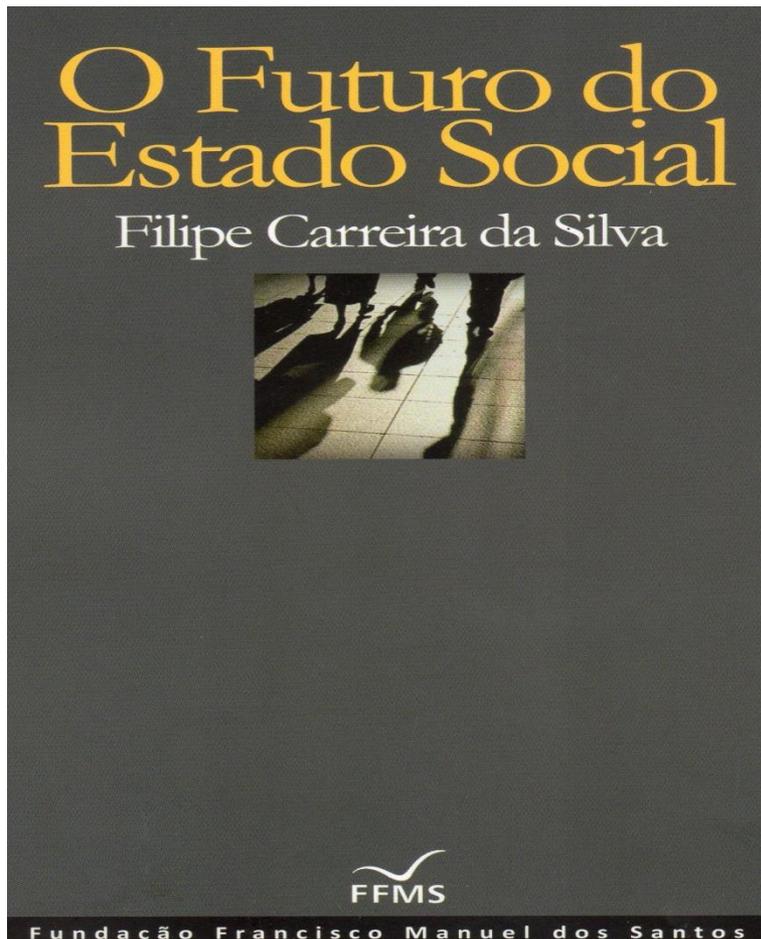
Uma derradeira e inquietante Interpelação



- **“Se a vida não tem preço, nós comportamo-nos sempre como se alguma coisa ultrapassasse, em valor, a vida humana... Mas o quê?”**

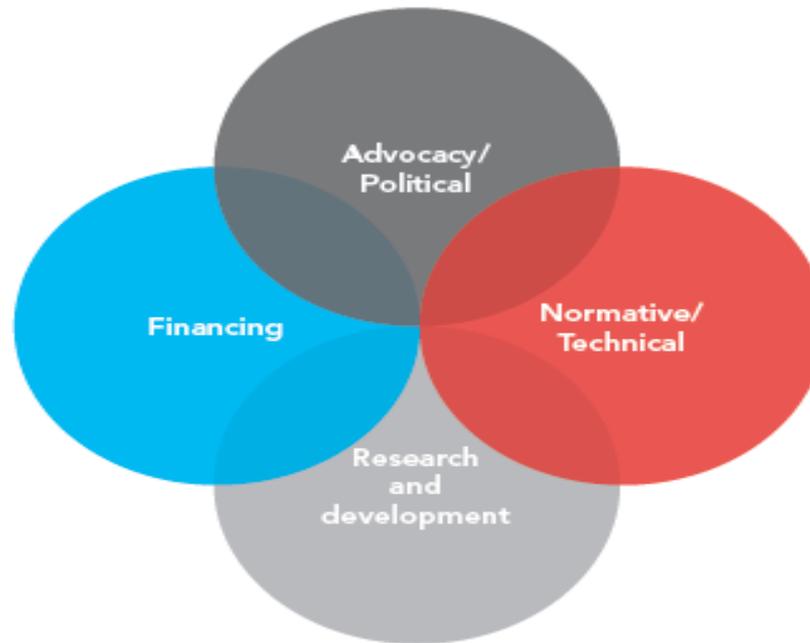
(Antoine de Saint-Exupéry)

Tese: O Estado Social só não acaba porque vivemos em Democracia e nenhum político ganharia eleições se propusesse abertamente a sua extinção



Mas, afinal, qual deverá ser então a solução?

PARTNERING FOR SUCCESS

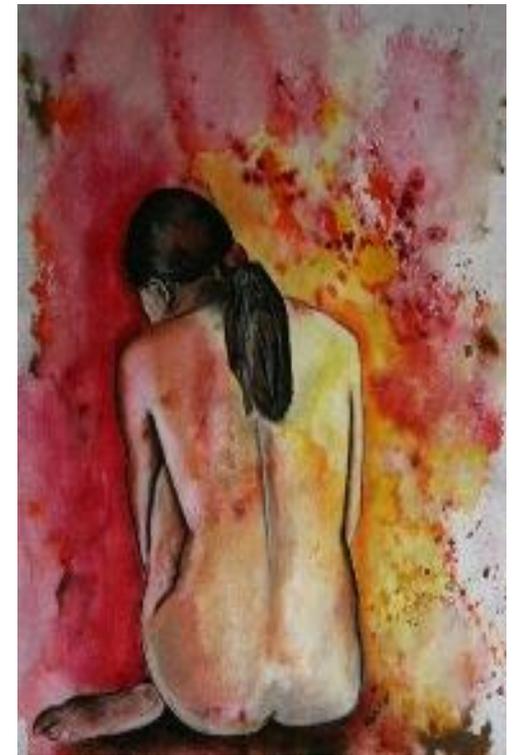
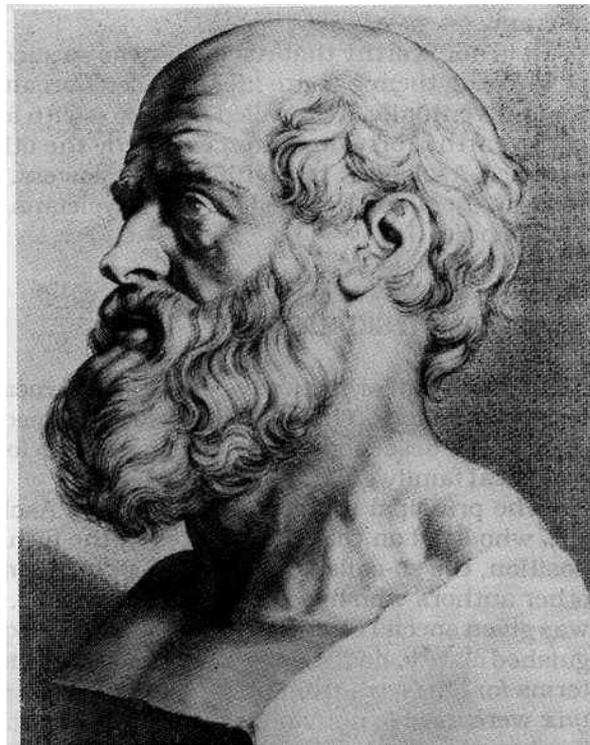
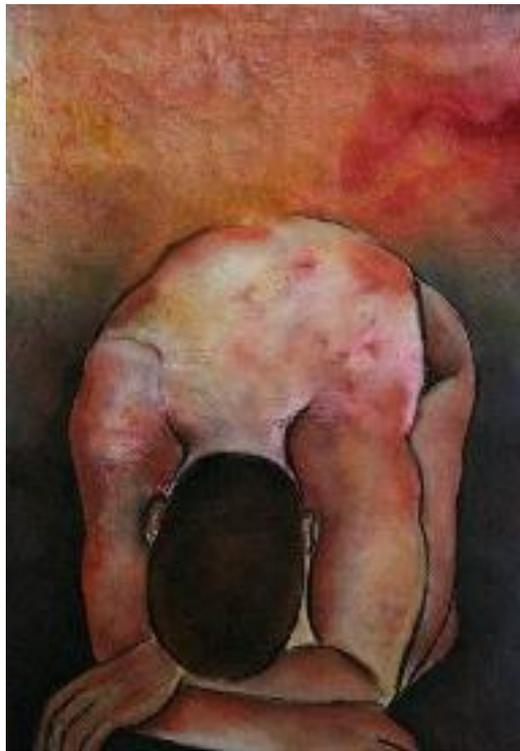


Successful country implementation



Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNAIDS
UNICEF • UNDP • UNFPA • UNDCP
UNESCO • WHO • WORLD BANK

Porque os Médicos e os Doentes saberão estar certamente à altura destes enormes desafios...



O último repto!!!...



© Vasco

- **“E impossível que o tempo atual não seja o amanhecer de uma nova era”**

(Miguel Torga)

Para que estas imagens não tenham que volta a refletir a realidade

