

Helder Mota Filipe, presidente do Congresso e do Conselho para a Cooperação da Ordem dos Farmacêuticos

"ESTAMOS A VIVER UMA REVOLUÇÃO NA ÁREA DO MEDICAMENTO E DAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE"

A sustentabilidade do sistema de saúde e o acesso ao medicamento, mas também a cooperação com os países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP), são alguns dos muitos desafios que os farmacêuticos enfrentam. Para Helder Mota Filipe, o Congresso de 2020 será fulcral para entender fenómenos tão diversos quanto o uso adequado da imensa informação contida na era dos Big Data digitais, ou os desafios impostos pelas migrações e pela globalização.

Ricardo Nabais, jornalista convidado

Na Ordem dos Farmacêuticos (OF), Mota Filipe é presidente da edição de 2020 do Congresso e do Conselho Nacional para a Cooperação. Além disso, integra a Comissão de Ética para a Investigação Clínica e da Comissão de Avaliação de Medicamentos do Infarmed, tendo um largo currículo nesta matéria e uma experiência que alargou a outros cargos. E mantém uma intensa atividade docente: é professor associado da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.

Um dos temas do congresso da OF do próximo ano é a cooperação e o medicamento. Que balanço se pode fazer da cooperação, em particular com os PALOP?

O Conselho Nacional para a Cooperação da OF tem um plano que foi aprovado ainda no mandato anterior da direção nacional, e que estamos a cumprir com um conjunto de objetivos baseados na formação e na ajuda às nossas congéneres, nomeadamente dos PALOP, que têm ainda uma história recente na profissão. No que diz respeito à formação, o objetivo é desenvolver a pré e a pós-graduada. O que se pretende, também, é ajudar a estruturar a profissão, através do associativismo, com vista à constituição de ordens dos farmacêuticos em cada um dos PALOP.

E em relação à ajuda no desenvolvimento de infraestruturas? É pontual?

É assumidamente pontual. Primeiro, porque a OF não tem capacidade financeira para esse tipo de atividades. Aliás, temo-lo feito sempre em

colaboração com outras entidades. Por exemplo, com a Fundação Calouste Gulbenkian, ou com outras entidades nacionais, no caso da ajuda que prestámos, na sequência da destruição provocada pelo ciclone Idai, em Moçambique, ou no equipamento para preparação de medicamentos citotóxicos no Hospital Agostinho Neto, em Cabo Verde. Mas o nosso foco de cooperação são as duas áreas que mencionei.

Que dificuldades têm encontrado nessas áreas?

Absolutamente nenhuma. Pelo contrário, há um espírito de colaboração e de entajada entre toda a classe farmacêutica dos diferentes países. Para isso, penso que tem sido fundamental o papel da Associação dos Farmacêuticos dos Países de Língua Portuguesa (AFPLP). Aproveito para sublinhar um aspeto também bastante interessante que é o facto de, ao mesmo tempo que se realizará o Congresso Nacional dos Farmacêuticos 2020, vai realizar-se o Congresso dos Farmacêuticos de Língua Portuguesa. Pretende-se um programa combinado e que interesse aos dois congressos. No fundo, quisemos enriquecer os dois congressos, aproveitando a presença dos nossos congéneres africanos. Temos, ainda, uma iniciativa antes do Congresso dos Farmacêuticos de Língua Portuguesa, que é a assembleia-geral da AFPLP, que decorre a 30 de outubro, dia anterior às comemorações do SNS 40 anos, na OF do Porto. Temos cá os colegas dos diversos países, Brasil e os países africanos de língua portuguesa, também para a assembleia-geral da AFPLP.

E como tem estado o acesso ao medicamento em África? Tendo em conta que mesmo nós, integrados na UE, temos dificuldade de acesso a alguns medicamentos de última geração, a dificuldade não será mais generalizada naqueles países?

Tem havido algumas resoluções da AFPLP que se focam nesses aspetos. Um deles teve a ver com uma problemática que afeta todos os países, que é o perigo dos medicamentos falsificados. Há uma resolução sobre esse aspeto. Uma outra teve a ver com a antibioterapia e o uso racional dos antibióticos. Relativamente a toda esta inovação em curso, e que cria um problema de pressão nos orçamentos e na sustentabilidade dos sistemas, cada país tem a sua realidade, a sua capacidade de pagar e a sua cultura terapêutica. Portanto, as realidades não são comparáveis. No entanto, o objetivo dos farmacêuticos é o mesmo em qualquer uma delas: dar o melhor acesso possível aos medicamentos aos doentes que verdadeiramente deles precisam. Os aspetos relacionados quer com a qualidade dos medicamentos, quer com a logística, quer com a necessidade de ter um sistema do medicamento que seja o mais robusto, regulado e controlado possível, são necessidades em qualquer um dos países, independentemente da sua cultura terapêutica.

UM PAPEL MAIS ATIVO PARA O FARMACÊUTICO

Mas há realidades transversais a muitos países em África, como, infelizmente, a da propagação do VIH/sida. Há dificuldades, por





exemplo, de fazer chegar os antirretrovirais às populações?

Tal como, por exemplo, se passa com os tuberculostáticos – há muitas áreas em África em que a tuberculose também é um problema, e até há uma interligação entre a infeção por VIH e a infeção por tuberculose – os antirretrovirais são medicamentos geralmente apoiados por programas específicos e o acesso a eles é feito através de organizações internacionais e doadores, como fundações. Por isso, há uma boa cobertura e um acesso bastante aceitável de medicamentos para o VIH nos PALOP, tal como noutros países africanos. O que é preciso, depois, é que o farmacêutico possa ter um papel mais ativo na distribuição, na dispensa e no controlo da adesão por parte dos doentes.

Como?

Primeiro, é necessário que existam farmacêuticos em quantidade suficiente; e, segundo, que possam garantir que os medicamentos são distribuídos e utilizados da forma mais adequada para que os doentes possam usufruir o mais possível deles. São, aliás, temas discutidos nas nossas reuniões.

E que outras áreas têm em conta nesses encontros?

Há um projeto que está a ser liderado pela OF de Portugal, denominado BERC-Luso, e que inclui um consórcio de outras entidades, como o Inarmed, a Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC) e a Cátedra Unesco em Bioética. Temos, ainda representantes, quer das autoridades reguladoras, quer das comissões de ética, dos PALOP. O objetivo deste projeto é que cada país possa ter legislação que permita desenvolver investigação clínica, mas que, ao mesmo tempo, essa legislação possua mecanismos que permitam proteger os indivíduos



É PRECISO QUE OS FARMACÊUTICOS ESTEJAM PREPARADOS... É PRECISO PERCEBER O FUTURO... O TEMA DO CONGRESSO É: "ABRIR HORIZONTES, FAZER ACONTECER".

que entram nesses ensaios, cumprindo todos os requisitos éticos.

Essa preocupação deve-se a algumas reportagens sobre testes de medicamentos feitos diretamente à população em alguns países africanos?

Não vem na sequência desses episódios. Mas essas situações resultam da falta de mecanismos que permitam evitá-las. Pretendemos que todos os países que falam português estejam munidos de mecanismos legais e éticos que permitam evitar esse tipo de crimes.

No campo da formação, vão auxiliar na elaboração de currículos e programas, por exemplo?

Iniciámos este processo ainda no mandato anterior da atual bastonária, a quem quero agradecer todo o apoio que tem dado às atividades de cooperação. O plano é sequencial e faseado, para que possamos ter uma intervenção sustentada. Iniciámos as nossas atividades avaliando e reforçando a cooperação primeiro com Cabo Verde, depois com Moçambique, e tem corrido muito bem. Estabelecemos novos protocolos, mais específicos, no sentido de poder medir os resultados e a capacidade de monitorização das atividades. Durante este ano e o próximo vamos manter as atividades e os protocolos naqueles dois países e vamos visitar e aprofundar a nossa colaboração com Angola, a Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe.

ESTÁGIOS EM PORTUGAL

Que novos protocolos definiriam?

Quer em Cabo Verde, quer, principalmente, em Moçambique, nas áreas da formação pré-graduada e pós-graduada. Em Moçambique temos uma história de colaboração com o Instituto Superior de Ciências e Tecnologia (ISCTEM), e queremos aprofundá-la. É necessário



apoiar o ISCTEM a adaptar-se aos requisitos de exigência da nova legislação moçambicana do ensino superior. E, por outro lado, colaborar também com as instituições universitárias locais no desenvolvimento de cursos de pós-graduação, na estimulação de doutoramentos conjuntos com universidades portuguesas de forma a criar mais massa crítica na área farmacêutica. O objetivo é haver mais farmacêuticos doutorados, diferenciados. Temos ainda outra formação, mais pontual, de apoio a farmacêuticos que, pela função que desempenham, ou pelo potencial que têm de poder desenvolver funções específicas, possam ter oportunidade de estagiar em Portugal em áreas específicas. Criou-se a figura do farmacêutico visitante, que permite reconhecer a presença em Portugal de profissionais, mesmo que não estejam inscritos na Ordem, para o exercício de determinada função, com uma condição: terem um ou mais tutores, inscritos na OE, que se responsabilizem pela formação e o atingimento dos objetivos desses colegas. A título de exemplo, temos cá, neste momento, a diretora do Serviço de Farmácia do Hospital do Mindelo (Cabo Verde), que está a frequentar um estágio tutorado no Hospital Egas Moniz, no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

O intercâmbio também existe ao nível da investigação?

Resulta da cooperação pós-graduada. Os doutoramentos exigem investigação. Uma das nossas apostas, também, é, apoiando doutoramentos com intervenção das universidades portuguesas e das suas congéneres dos PALOP, criar áreas ou atividades de investigação, ao mesmo tempo em que criamos laços entre as universidades nacionais e as do espaço lusófono. Pensamos construir, por essa via, uma colaboração que se perpetuará.



NÃO PODE HAVER FARMACÊUTICOS HOSPITALARES QUE NÃO FALAM COM OS COMUNITÁRIOS, E VICE-VERSA, E COM OUTROS PROFISSIONAIS DA SAÚDE...

O QUE AÍ VEM É AINDA MAIS DISRUPTIVO

Passando para o nível nacional, vemos que esta legislatura acabou com muita contestação na saúde, a vários níveis. As alterações ao papel das farmácias e dos farmacêuticos também foram muito grandes nos últimos anos.

É verdade. Costumo dizer aos meus alunos que têm muita sorte em viver neste tempo. Na área do medicamento e das tecnologias de saúde em geral, estamos a viver uma revolução. E não se trata de ficção científica ou de antecipar fenómenos que só irão ocorrer daqui a alguns anos. Temos já no mercado um conjunto de medicamentos que utilizam tecnologias que, há dez anos, acharíamos que iriam aparecer daqui a um século. Muitas delas são os designados medicamentos de terapia avançada: hoje retira-se células de um doente que são transformadas num medicamento através da sua alteração genética. Utiliza-se vírus para alterar essas células, que voltam a ser injetadas no doente, já como um medicamento. Temos, atualmente, doentes portugueses a serem tratados com estas tecnologias. Os farmacêuticos têm de ir acompanhando a evolução destas tecnologias. E o que aí vem será ainda mais disruptivo.

O acesso a elas será fácil, tendo em conta que são muito caras?

Ao mesmo tempo em que vivemos esta realidade, temos a outra face da moeda: estas tecnologias são muito caras. Esta realidade pode pôr em risco a sustentabilidade do sistema de saúde como o conhecemos hoje. Este é outro desafio: como vamos contribuir para dar acesso aos doentes que precisam destas tecnologias, mantendo a sustentabilidade do sistema? É preciso que os farmacêuticos estejam preparados. E este é um dos temas do congresso, que tem como lema “abrir horizontes, fazer acontecer”. No fundo, é preciso perceber o futuro. Vamos focar o congresso num horizonte de apenas dez anos, ou seja, com as temáticas que achamos que vão ter impacto entre 2020 e 2030.

CONGRESSO = TECNOLOGIAS E POLÍTICAS

Falemos, então, do congresso.

Queremos um congresso muito focado nas novas tecnologias, mas também muito virado para a discussão da política de saúde – incluindo, obviamente, a do medicamento –, problemas como o fenómeno dos Big Data ou da inteligência artificial, que hoje está na base de muitas tecnologias de diagnóstico, ou ainda a farmácia digital, ou a partilha de dados de saúde. Este último aspeto vai condicionar um conjunto de decisões muito relevantes para o desenvolvimento de novos serviços que se pretende possam vir a ser desenvolvidos na farmácia comunitária. Precisamos, para isso, de dados clínicos dos doentes sobre os quais vamos intervir. Também vamos falar



O MELHOR EXEMPLO DE INFORMAÇÃO DISRUPTIVA SÃO OS MEDICAMENTOS MAIS RECENTES PARA A HEPATITE C, DOENÇA MORTAL QUE PASSOU A CURADA EM PRATICAMENTE TODOS OS CASOS.



de sustentabilidade e ética no acesso, os novos serviços que as farmácias podem desenvolver, e os novos modelos de financiamento, quer para estes serviços, quer para as atividades mais clássicas das farmácias. E um outro aspeto ainda, muito importante nos próximos dez anos, e em que os farmacêuticos têm de estar muito envolvidos, que é a continuidade de cuidados. Não pode mais haver farmacêuticos hospitalares que não falam com os comunitários e vice-versa, e farmacêuticos comunitários que não falem com os das análises clínicas, para já não falar do diálogo necessário com os outros profissionais de saúde. Se queremos o doente no centro do sistema, os profissionais têm de falar uns com os outros para servir o doente. Mas há ainda outro aspeto muito importante, a globalização e a saúde dos migrantes. Queremos falar de outras realidades, como a dos nossos colegas do Brasil ou dos países africanos, porque o que eram antes doenças endémicas são agora potencialmente epidémicas. Lembremo-nos do ébola, por exemplo: estava confinado a uma determinada região e, atualmente, quase basta apenas um avião para que se dissemine globalmente.

A aceleração das mudanças exige este reforço de conhecimentos?

Sim, e tudo o que se tente prever a mais de dez anos é pura ficção. Daí que o lema seja uma atenção especial aos próximos dez anos. A margem de tempo não pode ser maior, ao contrário do que acontecia noutras épocas. Quando eu estudei, tudo o que vinha no horizonte eram os chamados “me too”. Geralmente, um medicamento inovador era mais uma molécula diferente, mas que funcionava exatamente como todas as outras que já existiam. Hoje, na área do cancro, na área das doenças inflamatórias, ou mesmo na neurologia – embora com resultados não tão bons – há inovação que se pode considerar disruptiva. O melhor exemplo



de inovação disruptiva são os medicamentos mais recentes para a hepatite C, até há pouco tempo uma doença mortal em grande percentagem, e que passou a curada em praticamente todos os casos. A realidade está a mudar muito rapidamente.

E a questão do papel terapêutico do oxigénio, reconhecida pelo Nobel atribuído este ano, é inovadora?

Na verdade, é uma história antiga, e essa é a minha área de investigação. Trabalho, há muitos anos na área da isquemia. O oxigénio é fundamental para os processos inflamatórios e para muitos dos processos envolvidos no desenvolvimento do cancro. O Nobel reconheceu um conjunto de descobertas importantes que foram sendo feitas ao longo dos últimos anos.

E a aplicação terapêutica relacionada?

Não estamos a falar da administração de oxigénio medicinal, mas da regulação dos mecanismos intracelulares, que permitem, em determinado momento, que a célula tenha mais ou menos riqueza em oxigénio. A célula tem mecanismos de regular os níveis de oxigénio. Por exemplo, na situação de isquemia: se eu tiver uma interrupção de circulação num enfarte, muitas células à volta da zona afetada não morrem, mas ativam mecanismos para gastar oxigénio. Entram num processo de diminuição da velocidade do metabolismo. Ficam, digamos, dormentes. O grande problema, curiosamente, é quando há uma recuperação: aparece mais oxigénio de repente, e essa alteração dá origem a stresse oxidativo. Isso leva a que, por vezes, seja mais tóxico, transitoriamente, a reposição dos níveis de oxigénio voltar do que a sua falta relativa na célula. Por isso é muito importante perceber melhor estes mecanismos. Até porque a mortalidade nas situações que envolvem este fenómeno de isquémia-reperusão é ainda muito alta.

INOVAÇÃO NOS DISPOSITIVOS MAIS RÁPIDA DO QUE NO MEDICAMENTO

Que problemas novos nos traz a questão dos Big Data na saúde?

Hoje geramos quantidades astronómicas de informação todos os dias. O que se pretende agora é transformar esses dados em informação, estruturá-los e, para isso, é necessário o desenvolvimento de novas metodologias e tecnologias que permitam tratar esses dados e retirar de lá informação. E que essa informação gere novo conhecimento. As grandes empresas, como a Microsoft, estão hoje a apostar muito no desenvolvimento destas novas ferramentas que permitam retirar dados de saúde a partir desses dados desestruturados. Esses dados têm imenso valor científico, mas também económico.

Como podem os farmacêuticos adaptar-se a esta realidade?

Do ponto de vista dos farmacêuticos, e dos profissionais de saúde em geral, esses dados permitirão conhecer informação que hoje não é possível medir: muitos dados de vida real importantíssimos ajudarão a tomar decisões mais corretas, por um lado, e, por outro, permitirão verificar se as suposições que tínhamos sobre uma nova tecnologia, se os resultados no mundo real, estão a ser coincidentes com os resultados obtidos nos ensaios clínicos iniciais. Esses dados vão ser muito importantes, mesmo fundamentais, e vão poder ajudar à sustentabilidade, no sentido em que passaremos a ter mais dados sobre se o que estamos a pagar por uma tecnologia ou outra intervenção está a ter o efeito que esperávamos. Se conseguirmos, portanto, ter resultados de vida real robustos, conseguimos, por exemplo, a partir de determinada altura, renegociar o preço de determinada tecnologia em função dos resultados obtidos em contexto real.

Há, também, um conjunto de tecnologias ligadas à saúde...

Hoje conseguimos transformar os telemóveis em verdadeiros dispositivos médicos. Há relógios que conseguem fazer, de forma muito rigorosa, um eletrocardiograma. Temos também hoje, para os diabéticos, aparelhos que medem a glicemia a cada momento e que podem comunicar esses dados ao médico, que pode tomar decisões sem que o doente esteja fisicamente na sua presença. Estes são exemplos simples, mas hoje os dispositivos médicos estão a sofrer uma inovação ainda mais rápida do que a observada com os medicamentos.

Mas não haverá também muita informação de fraca qualidade nesse conjunto dos Big Data?

Nem tudo é positivo. Fala-se muito na pegada do carbono. Mas hoje deixamos uma pegada de informação eletrónica sobre nós, sempre que utilizamos estas tecnologias eletrónicas. O nosso telemóvel mede muitos dos nossos atos, e muito mais do que pensamos. É quase possível fazer um diagnóstico a partir da forma como utilizamos o telemóvel...

FORMAÇÃO PARA LER A INFORMAÇÃO DISPONÍVEL

E há informação falsa.

Precisamos de formação sobre a informação disponível. Mas, na verdade, as fake news sempre existiram. Informação de má qualidade sempre existiu também. Os suportes para as divulgar é que mudaram, e multiplicam-nas a uma velocidade maior. As pessoas têm de ser educadas para saberem filtrar informação proporcionada por estas novas fontes e perceberem que, lá porque têm acesso a todas as fontes de informação através de um mesmo ecrã de computador, essas fontes não têm todas a mesma qualidade. Acredito que é fundamentalmente uma questão de transição geracional. Parece-me que as novas gerações já estão muito mais preparadas, com muito mais sentido crítico, para gerir estas novas formas de obter informação.