

Entrevista

MARIA DO CÉU MACHADO, DIRETORA CLÍNICA DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE:

“Devia haver uma articulação mais eficiente entre os CSP, os hospitalares e os continuados”

Em entrevista ao *Jornal Médico*, Maria do Céu Machado, diretora clínica do Centro Hospitalar Lisboa Norte há cerca de um ano, faz um apanhado daquilo que tem sido este seu mandato. Fala dos principais objetivos e das dificuldades com que se tem deparado, afirmando que o ideal seria haver uma gestão integrada do doente e uma articulação entre os cuidados de saúde primários, os hospitalares e os continuados.

Jornal Médico (JM) – Como é ser diretora clínica de um Centro Hospitalar como o de Lisboa Norte, numa altura em que a crise económica e financeira ganha protagonismo na definição das estratégias?

Maria do Céu Machado (MCM) – É um trabalho em *full time*, de pelo menos 12 horas diárias. Este centro hospitalar é dos maiores do país, constituído por dois hospitais, Santa Maria e Pulido Valente, e um centro universitário e, por isso, tem algumas especificidades. Tem muitos serviços clínicos, é um centro terciário com tecnologia sofisticada e com muita diferenciação. Esta é, provavelmente, uma das grandes diferenças, comparativamente a outros hospitais onde estive e dos quais até fui diretora clínica, como o Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Talvez um dos problemas que encontrei seja o facto de não haver uma organização relativamente à articulação entre serviços, especialidades e áreas, o que leva a que, por vezes, haja algumas duplicações. A gestão integrada da doença crónica, cada vez mais prevalente, tem de ser realidade. Para além da articulação entre os CSP, os hospitalares e os continuados, é urgente a organização intra-hospitalar.

Ou seja, perante um doente que necessita ser observado por vários especialistas, devia haver uma organização e um gestor do doente, de forma a conseguir que vá à consulta de manhã no hospital, faça os exames e, à tarde, volte a ser observado pelo especialista da sua doença, de uma forma integrada, já com todos os resultados e a opinião dos médicos de outras especialidades.

Isto não se consegue, o que é sinónimo de desperdício, por questões de repetição de exames e de consultas, entre outros. De qualquer forma, apesar de haver ainda muito a fazer, temos evoluído bastante no último ano, no sentido de organização.

JM – Em relação à questão da gestão integrada do doente, que referiu, é algo que pretende futuramente vir a desenvolver?

MCM – Gostava muito que se desenvolvesse a gestão integrada no conceito dos vários níveis de cuidados. O que diz a literatura relativamente ao doente crónico é que cerca de 85% das situações podem ser resolvidas em autogestão, se o doente tiver literacia, isto é, se tiver informação e conhecimento da sua doença, dos si-

nais de agudização ou descompensação e cumprir os preceitos da adesão terapêutica. Dos restantes 25%, apenas 10 ou 15% necessitam de cuidados hospitalares e 5% de cuidados sofisticados.

Logo, grande parte do seguimento destes doentes deve ser feita nos CSP, sem necessidade de cuidados hospitalares. Contudo, não é isso que acontece. O doente entra no hospital e nunca mais sai. Exemplo disso é o rácio da taxa de primeiras consultas e das subsequentes, que em gestão hospitalar deveria ter uma relação de, pelo menos, 30%. Ou seja, para cada primeira consulta, três subsequentes e não mais que isso. Neste momento, no Hospital de Santa Maria, temos 26%, devia estar perto dos 33% e contratualizámos chegar, até 2015, aos 30%. Portanto, devíamos estar a aumentar as primeiras consultas e dar mais altas às subsequentes.

Atualmente, temos esta articulação entre níveis de cuidados facilitada, porque foi criada, pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, a Plataforma de Dados em Saúde, que permite a troca de informação e até o acesso do cidadão. Contudo, temos tido alguns constrangimentos a nível informático, mas penso que o ministério vai resolver isso.

Por outro lado, gostava de iniciar, este ano, no Centro Hospitalar a Telemedicina. Com a abertura do Hospital Beatriz Ângelo, houve uma redução da população da área primária, mas aumentou imenso a referência da área hospitalar, ou seja, a secundária.

Somos referência do Centro Hospitalar do Oeste, de todo o Algarve, dos hospitais Prof. Doutor Fernando Fonseca e Beatriz Ângelo, mas recebemos doentes de Chaves, de Viseu, de Évora e situações complexas um pouco de todo o país.

Estamos a estudar um novo sistema, através de *tablets*, que consigam ligação aos hospitais que referenciam. Seria ótimo para a população. Por exemplo, um médico do Algarve poder contactar-nos, através da Telemedicina, e o do CHLN aconselhar em tempo real o que deve ser feito e ver os exames, com o doente a assistir – o que lhe daria mais segurança.

JM – E já foi feito algo nesse sentido?

MCM – Estamos a estudar a sustentabilidade do projeto, que poderia mais tarde ser alargado. Em janeiro, fizemos protocolos entre o Centro Académico de Medicina de Lisboa – que inclui o Centro Hospitalar, a

Faculdade de Medicina de Lisboa e o Instituto de Medicina Molecular – e o Hospital Dr. Agostinho Neto, em Cabo Verde, Hospital Batista de Sousa, em Cabo Verde, e Clínica da Sagrada Família, em Angola.

não é possível ter um diálogo com cada um deles de forma tão regular e profunda como gostaríamos, portanto, os departamentos serão o elo de ligação, como órgãos de gestão intermédia.

outro lado, iniciámos produção adicional aos sábados, para colmatar a falta crónica de anestesistas em horário normal.

Foi utilizada a mesma estratégia com a Imagiologia, que efetua entre 400 a 500



Maria do Céu Machado | A gestão integrada da doença crónica tem de ser realidade

Esta é uma forma de evitarmos que os doentes sejam transferidos, com todo o drama social que isso implica. Temos crianças na Pediatria em que, por exemplo, a mãe, para as acompanhar, deixou quatro filhos em Cabo Verde.

JM – Já passou um ano desde que assumiu as funções de diretora clínica. Qual o balanço que faz? Tem alcançado os objetivos a que se propôs?

MCM – Estamos a fazer um novo regulamento que privilegia a departamentação como um órgão de gestão intermédia, isto é, de forma diferente do que era até aqui. Quando se tem 43 serviços clínicos

Depois criámos outra estrutura, denominada Centro de Responsabilidade Integrada, que funciona por patologia. E vamos começar com dois, o do Trauma e o de Oncologia. Um doente politraumatizado ou oncológico pode necessitar de qualquer especialidade. Portanto, esse centro terá um coordenador que se vai articular com todos os serviços.

Quando este conselho entrou em funções tínhamos listas de espera enormes, tanto para cirurgia como para consulta em determinadas áreas. Percebemos isso e criámos a Unidade de Gestão das Listas de Espera, que tem feito reuniões regulares com os diretores de serviço. Por

exames por mês, aos sábados, tendo conseguido baixar 37% os termos de responsabilidade para exames no exterior, por falta de capacidade. As regras são semelhantes para a Cirurgia e para a Imagiologia. Só pode ser feita ao sábado, das 8h00 às 20h00, e não pode ultrapassar mais de 15% da atividade cirúrgica ou imagiológica da semana.

Isto fez subir também a atividade normal durante a semana, para se poder fazer a produção adicional. Tem corrido muito bem, foi feito durante todo o ano e tem permitido resolver o problema das nossas listas de espera. Houve alguma reorganização das cirurgias e dos serviços, nomeadamente em relação aos Cuidados Intensivos.

Abrimos uma unidade nova, porque havia poucas camas de intensivos no Hospital de Santa Maria. Além disso, e em relação à organização entre os dois hospitais, fizemos fusão de alguns serviços.

Neste momento, o Hospital Pulido Valente está organizado como centro de tórax, com cerca de 200 camas em funcionamento. Tem 100 camas de Pneumologia, 60 de Medicina, mais dez suplementares, 20 de Cirurgia Torácica e cerca de 20 de Cardiologia. Aprovámos agora a criação de uma Unidade de Internamento de Geriatria, com dez camas, também no Pulido Valente.

Com esta fusão, diminuímos, de alguma forma, o número de camas, uma vez que alguns serviços tinham uma taxa de ocupação relativamente baixa. De uma forma geral, o hospital estava acomodado a si mesmo. Porém, há finalmente espírito de grupo no Centro Hospitalar de Lisboa

dámos, realmente, uma dívida de mais de 200 milhões de euros, mas que resultou do facto de o financiamento ter sido completamente modificado de 2011 para 2012 – altura em que foi dito à anterior administração que a produção a mais não seria paga.

Este centro hospitalar é o fim da linha. Quando uma pessoa tem uma doença grave recorre ao Hospital de Santa Maria. Até 2012, o que acontecia é que se a contratualização era de, por exemplo, 700 mil consultas, se fossem feitas 800 mil, as outras 100 mil eram pagas. Em 2012, quando a administração chegou ao fim, foi-lhe dito que a atividade não contratualizada não ia ser paga. Ainda estamos a negociar! É extremamente injusto e desadequado!

Há aqui um equilíbrio que é extremamente difícil de conseguir e que, em parte, levou à fusão dos serviços, que é a sua pergunta. Não temos ainda resultados, porque a fusão foi feita na segunda metade de 2013, mas acho que há um certo equilíbrio, mantendo-se o Hospital Pulido Valente como grande centro de tórax.

JM – Como é que tem encarado os constrangimentos de prescrição que têm vivido e que medidas tem tomado, a fim de garantir a qualidade do tratamento dos doentes e o seu custo-benefício?

MCM – Temos procurado, este ano, que os diretores peçam aos seus colaboradores para fazerem *guidelines*, tanto de pedidos de exames, como de prescrição de medicamentos, e que façam auditorias clínicas. Se virem que há pedidos excessivos ou não adequados, de exames, devem fazer *guidelines* para essas situações. Diminuímos 37% dos vales emitidos de pedidos de exames ao exterior.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica é forte e, obviamente, temos disponibilidade para quem precisa. O que acontece é que depois há algumas perversidades. No outro dia, recebemos um e-mail de alguém que nos contou que outra instituição lhe disse não ter esse medicamento, mas para vir a Santa Maria, porque nós temos. Temos porque compramos. Assim, é fácil para as outras instituições não terem défice.

Somos centrados nos doentes, temos essa preocupação e não temos negado os tratamentos de que precisam. Além disso, houve negociação por parte dos ministérios, os medicamentos baixaram e os dispositivos médicos também. Tivemos de seguir a regra, de junho do ano passado, de não fazer notas de encomendas a casas que não nos fizessem um desconto de 15% em relação ao ano anterior.

As casas acabaram por cumprir e houve ganhos. Assim como houve também em medicamentos, uma vez que o Infarmed e a ACSS negociaram e baixaram cerca de 20%, o que foi muito bom.

JM – Mudando de assunto, qual a sua opinião relativamente ao modelo de USF?

MCM – Sou completamente fã das USF. Assisti quase ao seu nascimento, visto que fui para o Alto Comissariado em 2006 e estava, nessa altura, a começar a

primeira fase. Percebi que há um maior entusiasmo por parte da equipa e uma proximidade ao doente completamente diferente. O que temos de desenvolver, em Portugal, é uma medicina compreensiva de oportunidade e de proximidade e as USF são o espelho disso. Acho que o ritmo devia acelerar. No fundo, o problema que se coloca é o da equidade, ou seja, se há evidência de ganhos para o cidadão com as USF, todos deviam ter acesso a uma.

JM – Acha que a sua criação veio, de alguma forma, diminuir a afluência de utentes às urgências hospitalares, uma vez que existe uma maior acessibilidade aos médicos?

MCM – Há sempre picos de afluência e é nesse sentido que acho que podiam responder melhor. Na última reunião dos altos dirigentes, o Sr. ministro perguntou por que razão não nos organizamos se sabemos que em dezembro e janeiro há sempre um pico de afluência às urgências hospitalares, por causa da gripe.

Acho que devia perguntar, também, aos CSP primários porque é que não se organizam. Ou seja, nestas situações, nomeadamente, do sintoma gripal, não são os hospitais que têm de se organizar, mas também os CSP.

Tenho pena de dizer isto, porque tenho grande simpatia pelos CSP e defendo-os completamente como porta de entrada do SNS. Mas, se querem continuar a sê-lo, têm de estar preparados para estas situações, sejam elas de epidemia de calor, de gripe ou de outros vírus.

JM – Qual é, na sua opinião, o caminho ideal para o desenvolvimento da articulação entre os CSP e os hospitais, tendo em conta que o objetivo será sempre a qualidade dos serviços prestados ao doente?

MCM – Estamos a procurar fazer um documento – trabalhado entre os profissionais do ACES e os do centro hospitalar – que seja um processo assistencial integrado (PAI). E acho que os PAI são um bom caminho. Ou seja, trata-se de um documento para cada patologia, em que fica definido o papel do centro de saúde, quando e como deve referir ao hospital, e qual o papel do hospital e quando e como dá alta.

Fazemos periodicamente reuniões conjuntas com os ACES que nos referenciam. Os profissionais conhecem-se melhor e discutem conjuntamente. Contudo, é preciso fazer mais. Talvez o financiamento ser por doente crónico neste processo assistencial integrado. Se, por exemplo, um diabético for referenciado ao hospital demasiado cedo ou tarde, o financiamento daquele centro de saúde ou USF deve ser penalizado. Por outro lado, se o hospital fez consulta ao doente quando este já devia ter sido enviado para os CSP, também deve ser penalizado.

Provavelmente, esta é a única forma de pressão, mas necessita de uma organização financeira forte. Acho que se podia fazer, em sistema piloto, em áreas menos complexas. Fazia todo o sentido e era, inequivocamente, um combate enorme ao desperdício.

MARIA DO CÉU MACHADO QUIS SEGUIR MEDICINA DESDE SEMPRE:

“O meu avô era médico e contava histórias fascinantes”

Maria do Céu Machado nasceu em Lisboa, em 1950. É casada, tem duas filhas e sete netos. Licenciou-se, em 1972, pela FMUL e lembra que sempre quis ser médica. “Pelo exemplo do meu avô, que era médico e contava histórias fascinantes”, conta.

A Pediatria sempre a atraiu, não apenas por ser uma especialidade que trata a doença, mas também com um enorme papel na prevenção e orientação das famílias. “Gosto de crianças e adoro adolescentes”, observa.

Viajar, nadar, andar de bicicleta, cinema, leitura, cozinhar e, ainda, tricotar camisolas e tapetes de Arraiolos são alguns dos gostos da atual diretora clínica do CHLN e que coloca em prática nos seus tempos livres.



Resumo curricular

Cargos atuais

- Diretora Clínica do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE
- Diretora do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria
- Professora associada de Pediatria da FMUL

Outros cargos e atividades

- Alta comissária para a Saúde (2006-2011)
- Presidente do Conselho Geral da Universidade de Évora (2009-2012)
- Académica titular da Academia Portuguesa de Medicina
- Presidente do Colégio de Pediatria (1994-1995)
- Membro da Comissão de Ética e de Farmácia (1996-1999)
- Presidente da Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente (2004-2009)
- Grande oficial da Ordem de Mérito (2010)
- Medalha de Ouro do Ministério da Saúde (2012)
- Oito bolsas de Investigação Clínica: MCTES-FCT, MTSS, MS e FCG
- Três prémios: Bial de Medicina Clínica (2002 e 2006); de Qualidade Amélia de Mello (2005)
- 131 publicações científicas em revistas nacionais e internacionais; seis livros e 18 capítulos de livros. 545 comunicações científicas.



Norte e isso foi conseguido este ano. Neste momento, há uma maior disponibilidade da parte dos profissionais – quer de tempo, quer emocional – e acho que isso foi uma conquista de grande significado. Mas temos ainda muito para avançar.

JM – Esta fusão dos serviços de que falou veio no seguimento de notícias que indicavam uma possível falência do CHLO, com uma dívida de 300 milhões de euros. Esta foi uma das atuações da direção clínica neste sentido?

MCM – Recebemos instruções superiores para fundir os serviços, percebendo que é um combate ao desperdício. Her-