

“O que pretendemos é que os Aces façam aquilo que devem fazer, isto é, prestar cuidados de saúde, e que todos os serviços de apoio possam ser aligeirados, para que a grande preocupação seja a governação clínica”, afirma João Pedro Pimentel.



momento mais importante dos últimos 30 anos, porque há uma reorganização dos serviços e a possibilidade de um conjunto de centros de saúde, agrupados em ACES, terem uma real autonomia administrativa. O que pretendemos é que os ACES façam o que devem fazer, isto é, prestar cuidados de saúde, e que os serviços de apoio e logísticos possam ser aligeirados, para que a grande preocupação seja a governação clínica.

**Para os utentes quais serão as diferenças do novo modelo organizativo dos centros de saúde?**

Pretendemos que haja uma acessibilidade mais fácil e uma prestação de cuidados com mais qualidade. Mas muitas das vantagens que preconizamos para os ACES têm a ver com a função administrativa e a área de apoio, e com o facto de haver uma estrutura mais ligeira e mais ágil que permita responder atempadamente, porque há autonomia administrativa, mas em termos de prestação de cuidados de saúde pretendemos que haja uma melhoria qualitativa e quantitativa. Por isso o Conselho Clínico tem uma constituição forte, alargada e pluridisciplinar. O director executivo tem que olhar para o ACES no seu todo, de uma maneira mais próxima, mas existe uma fortíssima direcção clínica e a governação clínica passa a ser um objectivo importantíssimo. E o ACES terá um Conselho Executivo, constituído pelo director executivo, pelo director clínico e por representantes do Conselho das Comunidades.

**Mas os ACES não têm autonomia financeira?**

Têm autonomia administrativa, apenas. Mas a autonomia administrativa pressupõe que a determinação dos diversos tipos de necessidades é definida pelo Agrupamento, que propõe à ARS, por exemplo, aquilo que é preciso comprar. A

ARS Centro está a constituir um conjunto de serviços partilhados, para criar economias de escala, e estamos a trabalhar nas áreas dos vencimentos, da contabilidade e finanças e das compras. Este conjunto de serviços será partilhado pelos diversos ACES, tornando-os mais rentáveis, mais eficientes e menos dispendiosos. Esta é uma verdadeira reforma que se completa. A extinção das sub-regiões leva a que um conjunto de serviços passe para a ARS, outro conjunto de actividades é transferido para os ACES e outro será prestado pelos serviços partilhados.

**Contratualização avança em 2009**

**Essa autonomia administrativa é suficiente?**

A autonomia do ACES também se reflecte no seguinte: o director executivo vai negociar anualmente um contrato-programa com a ARS, à semelhança do que fazem os hospitais, em que perante o que são as necessidades diagnosticadas e tendo em conta as necessidades dos utentes que têm que ser satisfeitas, se propõem determinados objectivos. Para negociar, o director executivo do ACES sustenta-se e apoia-se em contratos de execução que negocia com as diversas unidades funcionais. No fundo, esse contrato-programa a negociar com a ARS será o resultado das necessidades sentidas pelo conjunto das unidades funcionais do ACES, como necessidades dos utentes que é preciso satisfazer.

**Quando se iniciará essa contratualização com os ACES?**

Este processo de contratualização deve iniciar-se durante o ano de 2009. As USF, enquanto pequenas unidades, já contratualizam com a ARS, através da negociação de um conjunto de indicadores que, no final do ano, são alvo de avaliação. Agora a contratualização das USF, tal como outras

unidades, será feita através do ACES e o contrato-programa é assumido pelo director executivo perante a ARS.

**Costuma dizer que a criação dos ACES é um dos momentos mais importantes desde a criação do Serviço Nacional de Saúde?**

Nada vai ficar como dantes. Vamos olhar para os ACES como um conjunto de centros de saúde que dispõem entre si de um conjunto de unidades funcionais. Dentro de cada agrupamento, nos centros de saúde, vão estar as USF – Unidades de Saúde Familiar, com um modelo organizativo de intersubstituição que é fundamental para manter e melhorar a acessibilidade, as UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, constituídas por um conjunto de médicos, enfermeiros e administrativos que não quiseram constituir-se em USF, e as UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade, que são um instrumento de prestação de cuidados no domicílio, embora não exclusivo. Depois temos ainda a Unidade de Saúde Pública (USP) e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

**Como será feita a constituição das diversas unidades funcionais dos ACES?**

As unidades funcionais têm autonomia técnica e são dirigidas por um coordenador e serão desenvolvidos consoante as necessidades. Temos consciência que a criação dos ACES não se faz de um dia para o outro. Será um processo que partindo daquilo que existe, sem criar hiatos na prestação de cuidados de saúde, se vai adaptar ao novo modelo organizativo. Ahamos, e o Decreto-Lei 28/2008, que define o regime dos ACES, chama a atenção para isso, que há a possibilidade de existir a partir de agora uma estabilização na organização dos cuidados de saúde.

## CONCURSOS

# Novo Hospital Pediátrico estará a funcionar em 2009

DIÁRIO AS BEIRAS – A Rede de Cuidados Continuados Integrados é uma aposta na actual reforma a saúde. Qual o balanço na região Centro?

João Pedro Pimentel – Temos na região mais de 700 camas nas diversas tipologias de internamento dos cuidados continuados – convalescença, média e longa duração –, resultante de uma contratualização feita principalmente com as instituições particulares de solidariedade social, sobretudo com as misericórdias. Pensamos chegar muito em breve às 1000 camas. Para além da contratualização com a área social, estamos também a criar unidades de convalescença e de cuidados paliativos em diversos hospitais do SNS. Os hospitais de Cantanhede e de Ovar já têm ambas as unidades. Em 2009 prevemos a abertura de unidades de convalescença e de paliativos nos hospitais de Anadia, Seia e Tondela. Iniciar-se-ão obras, também no próximo ano, no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, na Tocha, e nos hospitais do Fundão e de Estarreja.

**Trata-se também da redefinição do papel destes hospitais?**

A transformação de alguns serviços em unidades de convalescença e de paliativos integra-se na redefinição do papel e do perfil destes hospitais. Pretende-se que sejam hospitais de proximidade, que dêem uma resposta próxima a pessoas em situação de dependência ou idosos. Nesta área, uma grande aposta para 2009 é também a criação das Equipas de Cuidados Continuados Integrados, para apoio no domicílio. Há um histórico muito importante de cuidados ao domicílio nos centros de saúde, mas temos que dar um passo de qualidade e de permanência. Outra área importante ligada aos cuidados continuados é a fisioterapia, que deve ser reforçada.

**Pretende-se reforçar a vertente da cirurgia do ambulatório?**

Para além da resposta em termos de cuidados continuados e de proximidade, estes hospitais devem fazer cirurgia do ambulatório, que é o que já acontece em Cantanhede e um pouco nos outros. A nível nacional foi definida a política de cirurgia do ambulatório e estes hospitais vão reforçar esta componente. Estes hos-

pitais devem também ter uma boa oferta das especialidades médicas em consulta diária. É o que estamos a fazer, por exemplo no Hospital de Anadia, onde criámos as consultas de Dermatologia e de Otorrinolaringologia, em estreita ligação com os HUC, que são o hospital de referência. Esta estreita ligação vai garantir que quando haja necessidade de cirurgia, por exemplo, o doente seja tratado em termos de lista de espera como se fizes-

se a primeira vez no nosso país, um hospital pediátrico em funcionamento será transferido para novas instalações. Em 2009 será lançado também o concurso para as obras de requalificação e ampliação do Hospital Sousa Martins, na Guarda. E entrarão em funcionamento os centros de saúde de Pinhel, da Guarda, de Sátão e de Penalva de Castelo, todos novos, e ainda a extensão de saúde do Luso.



A CRIAÇÃO DOS ACES É “TALVEZ O MOMENTO MAIS IMPORTANTE DOS ÚLTIMOS 30 ANOS, PORQUE HÁ UMA REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E A POSSIBILIDADE DE UM CONJUNTO DE CENTROS DE SAÚDE, AGRUPADOS EM ACES, TEREM UMA REAL AUTONOMIA ADMINISTRATIVA”.

**se parte do hospital de referência.**

**Em 2009 será inaugurado o novo Hospital Pediátrico de Coimbra?**

Estou convicto disso. A obra está agora num momento de construção em bom ritmo, que é visível, e salvo um qualquer imponderável, sempre presente em qualquer situação, durante 2009 o novo Hospital Pediátrico estará em actividade. Os concursos para os equipamentos já estão a decorrer. A primeira fase dos concursos, relativos a equipamentos que têm de ser colocados no decurso das obras, já foi lançada, e estão a decorrer os preparativos para a abertura dos restantes. Talvez pe-

**O balanço das medidas em curso é positivo?**

A reforma dos cuidados de saúde primários não esgota a reforma que está a ser feita na saúde. Muito tem sido feito, mas a transparência e responsabilidade obrigam-nos a reconhecer que há muito a fazer e existem ainda dificuldades, por exemplo no acesso às consultas, mas todas estas medidas concorrem para que haja uma maior acessibilidade aos cuidados de saúde. Queremos também tornar mais ágil a marcação de consultas dos centros de saúde para os hospitais e devo dizer que a diminuição da lista de inscrites para cirurgia, bem como do tempo de espera, é uma realidade da na região Centro.