

## PLANO DE REFORMULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL DO INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL NA CIDADE DE SÃO PAULO

Ernesto LIMA-GONÇALVES \*  
Milton FUCHS \*\*  
Arthur de ALMEIDA \*\*\*  
Taka OGUISSO \*\*

RSPSP-125

LIMA-GONÇALVES, E. et al. — *Plano de reformulação da assistência ambulatorial do Instituto Nacional de Previdência Social na cidade de São Paulo. Rev. Saúde públ., São Paulo, 6:135-46, 1972.*

**RESUMO:** Foi apresentado plano de reformulação da assistência ambulatorial prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social a seus segurados e respectivos dependentes, na cidade de São Paulo, salientando, que uma avaliação desse tipo assume importância considerável, diante da carência de leitos hospitalares disponíveis. A primeira etapa do plano consistiu no levantamento da situação atual, o qual compreendeu três aspectos: quantitativos de pessoal, dimensionamento das instalações, localização em relação à área urbana. O resultado demonstrou deficiências em todos os Postos de Assistência, sob os três pontos de vista analisados. Foi elaborado plano de reformulação da rede ambulatorial, tomando por base a população previdenciária da cidade de São Paulo, a qual é de cerca de 4.500.000 pessoas. Esse plano funda-se em quatro premissas fundamentais: 1. dimensionamento adequado de unidades a serem construídas e definição das que deverão ser mantidas, de acordo com as necessidades das diferentes zonas da cidade; 2. localização adequada das novas unidades; 3. implantação de sistemas de unidades periféricas

*resultantes da integração de unidades da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo; 4. definição de retaguarda hospitalar adequada. O total de atendimentos capazes de serem oferecidos pela rede de Postos de Assistência, assim constituída, é de cerca de 5.000.000 por ano.*

**UNITERMOS:** Ambulatórios, assistência\*; Previdência social\*; São Paulo, Brasil\*; Assistência comunitária.

### INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde<sup>4</sup>, define o ambulatório como “um centro encarregado de fomentar a saúde e prevenir as enfermidades, servindo de vínculo entre o Hospital, os serviços sanitários locais e a comunidade”.

Essa conceituação insere o ambulatório como elemento de alto valor no conjunto de equipamentos médico-assistenciais à disposição de uma comunidade. É fácil perceber que um conjunto de ambulatórios, bem planejado individualmente e harmoniosamente inserido num plano global de assistência, poderá aliviar de modo substancial a sobrecarga que pesa habitualmente sobre os hospitais<sup>1</sup>.

\* Da Faculdade de Medicina da USP. — Av. Dr. Arnaldo, 455 — São Paulo, SP., Brasil. Da Assistência Médica do INPS para o Estado de São Paulo.

\*\* Do Grupo de Planejamento de Superintendência Regional do INPS em São Paulo.

\*\*\* Da Coordenação de Assistência Médica do INPS em São Paulo.

O fato assume importância relevante, quando já existe carência mais ou menos considerável de leitos hospitalares. Em outro trabalho<sup>2</sup>, procuramos analisar a situação que vivemos no Estado de São Paulo no momento, em termos de assistência hospitalar; caracterizamos ali uma carência tão grande de leitos à disposição da comunidade, para internações hospitalares, que chega a constituir-se, na nossa opinião, em grave problema de saúde pública.

A análise referida foi feita tendo em vista a população sob responsabilidade da Previdência Social no Estado de São Paulo; os números, contudo, podem tranquilamente ser transpostos para a população em geral.

Dentro desse contexto, o exame da situação em que se encontra a assistência médica ambulatorial do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em São Paulo, representa passo de extremo valor para a avaliação dos níveis globais de assistência médica. A correção das eventuais distorções e das carências verificadas representará, com certeza, a possibilidade de aliviar a carência de atendimento hospitalar, decorrente da deficiência de leitos, além de melhorar o padrão do atendimento ambulatorial, válido em si mesmo, como forma de assistência à comunidade.

Em face dessas colocações, o Grupo de Planejamento da Superintendência Regional do INPS, em São Paulo, realizou uma análise da situação atual dos ambulatórios do Instituto na cidade de São Paulo, como passo inicial para uma reformulação desse atendimento.

#### SITUAÇÃO DOS AMBULATORIOS DO INPS NA CIDADE DE SÃO PAULO

O INPS conta, na capital do Estado, com diferentes tipos de postos de assistência ambulatorial. O mais simples deles denomina-se Serviço de Pronto Atendimento (SPA), em número de 3; trata-se de unidade capacitada apenas para consultas de clínica geral, não contando com serviços especializados e funcionando de 7.00 às 19.00 horas. O segundo tipo, com um único posto, é chamado Posto de Urgência (PU), funcionando continuamente durante 24 horas, sem incluir também consultas em clínicas especializadas. O terceiro tipo é o Posto de Atendimento (PA), que funciona no período de 7.00 às 19.00 horas e contando com recursos assistenciais proporcionais a seu porte físico; em outros termos, encontramos aqui desde PAs que dispõem apenas do atendimento de clínica médica geral e que poderemos chamar de tipo B (em número de 7), até aqueles onde funcionam serviços ambulatoriais das mais diversas especialidades; estes correspondem aos de tipo A, em número de 8.

A análise da situação realizada revelou deficiências de diversas naturezas, em especial: 1 — carência de pessoal; 2 — deficiência de instalações; 3 — inadequação de localização.

As tabelas 1 e 2 caracterizam a situação de deficiências do pessoal nas diversas categorias de ambulatórios à disposição dos previdenciários na cidade de São Paulo. Em ambos, o pessoal previsto foi estimado em relação ao ritmo atual de atendimento do PA.

TABELA 1

"Deficit" de servidores nos ambulatórios tipos SPA e PU do INPS na cidade de São Paulo — 1972

Tipo de ambulatório	Identificação do ambulatório	Categoria dos servidores									"Deficit" total
		Administrativos			Médicos			Enfermagem			
		(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	
SPA	Água Rasa	8	4	4	15	16	-1	5	5	0	3
	Freg. do Ó	9	6	3	20	17	3	5	5	0	6
	Vila Maria	8	5	3	15	10	5	5	4	1	9
PU	Sta. Cecília	12	11	1	38	36	2	15	14	1	4

- (1) Número de funcionários previstos  
 (2) Número de funcionários existentes  
 (3) "Deficit" de funcionários por categoria.

TABELA 2

"Deficit" de servidores nos ambulatórios (PAS) tipo A e B do INPS na cidade de São Paulo — 1972.

Tipo de PA	Identificação do ambulatório	Categoria dos servidores									"Deficit" total
		Administrativos			Médicos			Enfermagem			
		(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	
A	Conselheiro Crispiniano	45	32	9	240	148	92	50	43	7	118
	V. do Carmo	33	33	—	106	96	10	50	45	5	15
	S. Antonio Martins	45	30	15	147	140	7	50	45	5	27
	Fontes	70	42	28	280	205	25	52	52	—	53
	Catão	30	26	4	95	100	-5	40	29	11	10
	Tatuapé	30	24	6	110	91	19	40	35	5	30
	Brigadeiro	26	26	—	130	124	6	52	33	19	25
	Cleveland	14	8	6	47	48	-1	21	14	7	12
	Sta. Cruz	7	6	1	23	21	2	10	10	—	3
	Sto. Amaro	12	11	1	37	31	6	21	17	4	11
B	Cidade Dutra	4	2	2	10	9	1	3	3	—	3
	9 de Julho	2	1	1	8	9	-1	3	3	—	0
	Brás	6	4	2	17	21	-4	6	4	2	0
	Água Branca	12	11	1	37	47	-10	21	14	7	-2
	Aeroporto	4	3	1	7	6	1	6	3	3	5

- (1) Número de funcionários previstos  
 (2) Número de funcionários existentes  
 (3) "Deficit" de funcionários por categoria.

Observa-se, nas Tabelas 1 e 2, a extrema disparidade entre os números previstos e os existentes, nas categorias de pessoal administrativo e de enfermagem em todos os tipos de unidades ambulatoriais (PU, SPA, PA tipo A e PA tipo B) e em cada uma dessas unidades. Não se observa carência semelhante no que se refere a médicos, donde poder-se concluir que uma das causas fundamentais da deficiência de atendimento ambulatorial aos segurados da Previdência Social, na cidade de São Paulo, é exatamente a carência de pessoal para-médico. O fato, aliás, repete-se nas demais áreas da Superintendência Regional do INPS em São Paulo: pelo menos neste Estado, existem funcionários em número muito inferior ao que seria indispensável para a execução adequada das tarefas assumidas pela Previdência Social.

A segunda tentativa de caracterização dos ambulatórios refere-se a suas instalações, do ponto de vista de seu dimensionamento. Embora as estatísticas internacionais assinalem números muito superiores, achamos razoável para o nosso meio a definição da área total do ambulatório em torno de 10 m<sup>2</sup> para cada usuário, em determinado turno de atendimento. Em outra publicação<sup>3</sup> procuramos definir as proporções segundo as quais a área total calculada dessa maneira pode ser distribuída pelos diferentes setores do ambulatório. No trabalho referido, esses diversos setores distribuem-se da seguinte maneira: 1 — área de atendimento, incluindo área de espera, área de serviços médicos e área de enfermagem; a estas áreas correspondem aproximadamente 49% da área total do ambulatório, cabendo a cada um dos setores indicados respectivamente 8,5%, 25,5% e 15%; 2 — área de serviços auxiliares compreendendo cerca de 16% da área total; 3 — área de administração, correspondendo a 5%; 4 — área de serviços gerais, que abrange cerca de 30%

do total do ambulatório. Com base no dado referido para o cálculo da área global do ambulatório, bem como nas proporções referidas, procuramos dimensionar o que seria de se prever para cada ambulatório existente, em função da demanda de seus serviços, para poder comparar com o que existe na realidade. É o que mostram as tabelas 3 e 4, onde os valores são expressos em m<sup>2</sup>.

A análise das Tabelas 3 e 4 revela que, em termos gerais, existe uma desproporção entre o número de atendimentos que cada uma das unidades presta e suas dimensões físicas. Na verdade, apenas em dois casos — SPA-Água Rasa e PA-Cidade Dutra — as áreas mínimas previstas para atender à demanda são inferiores às áreas existentes. É fácil de se compreender o fato, se nos lembrarmos de que o prédio onde funciona o SPA-Água Rasa está sendo utilizado tal como foi locado, sem sofrer qualquer adaptação. Trata-se, pois, de instalação improvisada, sem qualquer adequação à função que exerce.

Quanto ao PA-Cidade Dutra, trata-se de prédio de excelente estrutura, localizado à entrada de um conjunto residencial concebido, há mais de 30 anos, por notável urbanista, para ser uma cidade satélite, em relação ao núcleo urbano de São Paulo. Existem ali condições excelentes para a instalação de um PA de elevada dinâmica funcional; no momento, contudo, por razões administrativas, sua capacidade de atendimento é pequena, o que se traduz na área reduzida prevista para atender os que o procuram. O que se pretende é no futuro, tão logo seja possível, melhorar as condições de funcionamento nesse PA, elevando sua capacidade de atendimento; poderemos, então, chegar a 150 ou 200 atendimentos por dia e ocupar toda a área útil do prédio (1000 m<sup>2</sup>), em lugar dos 500 m<sup>2</sup> que são previstos como necessários no momento atual.

TABELA 3  
Áreas existentes e previstas por tipo de atividades desenvolvidas nos SPA e PU do INPS na cidade de São Paulo — 1971

Tipos de ambulatórios	Identificação do ambulatório		Tipo de áreas do ambulatório								"Deficit"		
			Area 1 (49%)		Area 2 (16%)		Area 3 (5%)		Area 4 (30%)			Area total (100%)	
			(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)		(1)	(2)
S	Água Rasa 290	470,40	700,70	153,60	228,80	48,00	71,50	288,00	429,00	960,00	1.430,00	—	
P	Freguesia do Ó 400	651,70	147,00	212,80	48,00	66,50	15,00	399,00	90,00	1.330,00	300,00	77,4%	
A	Vila Maria 150	245,00	107,80	80,00	35,20	25,00	11,00	150,00	66,00	500,00	220,00	56,0%	
PU	Sta. Cecília 265	431,20	245,00	140,80	80,00	44,00	25,00	264,00	150,00	880,00	500,00	43,0%	
(1)	Área prevista												
(2)	Área existente.												

TABELA 4

Áreas existentes e previstas por tipo de atividades desenvolvidas nos postos de assistência de tipo A e B do INPS na cidade de São Paulo — 1971

Tipos de ambulatórios	Identificação do ambulatório	N.º de atendimentos diários	Tipos de áreas do ambulatório								"Deficit"															
			Area 1 (49%)		Area 2 (16%)		Area 3 (5%)		Area 4 (30%)			Area total (100%)														
			(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)		(1)	(2)													
A	Cons. Crispiniano																									
	1399	2.283,40	1.274,00	745,60	416,00	233,00	130,00	1.398,00	780,00	4.660,00	2.660,00	44,4%														
	V. do Carmo																									
	1215	1.984,50	1.225,00	648,00	400,00	202,50	125,00	1.215,00	750,00	4.050,00	2.500,00	38,2%														
	Sto. Antonio																									
	2008	3.278,10	1.127,00	1.070,40	368,00	334,50	115,00	2.007,00	690,00	6.690,00	2.300,00	65,6%														
B	Martins Fontes																									
	2510	4.096,40	2.352,00	1.337,60	768,00	413,00	240,00	2.508,00	1.440,00	8.360,00	4.800,00	42,5%														
	Catão																									
	1517	2.474,50	836,00	808,00	272,00	252,50	85,00	1.515,00	510,00	5.050,00	1.700,00	66,3%														
	Tatuapé																									
	1670	2.724,40	1.225,00	889,60	400,00	278,00	125,00	1.665,00	750,00	5.560,00	2.500,00	55,0%														
B	Cleveland																									
	600	980,00	921,69	320,00	300,96	100,00	94,05	600,00	564,30	2.000,00	1.881,00	5,9%														
	Sta. Cruz																									
	151	245,00	156,80	80,00	51,20	25,00	16,00	150,00	96,00	600,00	320,00	56,0%														
	Sto. Amaro																									
	400	651,70	305,76	212,80	99,84	66,50	31,20	398,00	187,20	1.330,00	624,00	53,0%														
B	Cidade Dutra																									
	88	490,00	245,00	160,00	80,00	50,00	25,00	300,00	150,00	600,00	300,00	50,0%														
	Brás																									
	250	406,70	127,40	132,80	41,60	41,50	13,00	249,00	78,00	630,00	260,00	68,6%														
	Água Branca																									
	400	651,70	245,00	212,80	80,00	66,50	25,00	398,00	150,00	1.330,00	500,00	62,4%														
B	Aeroporto																									
	100	161,70	53,90	62,80	17,60	16,50	5,50	99,00	33,00	330,00	110,00	66,6%														

(1) Área prevista  
(2) Área existente.

Em todos os demais Postos de Assistência, as áreas necessárias para atender à demanda atual são sempre inferiores às existentes. Com o objetivo de quantificar melhor essa insuficiência, nas Tabelas 3 e 4 figura uma última coluna onde aparecem porcentagens que representam a relação entre a área existente a prevista. Pode-se, então, verificar que aquela é inferior a essa em porcentagens que variam entre 5,9% e 77,4%; na grande maioria dos casos a carência de áreas é de ordem de 50 a 60%, demonstrando que a planta física atual dos Postos de Assistência aproxima-se, em geral, da metade das dimensões que deveriam ter.

A terceira série de deficiências observada prende-se à localização dos ambulatórios do INPS na cidade de São Paulo. Com a unificação dos antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões, bem como dos Serviços de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência, o INPS recebeu o acervo dos respectivos serviços médicos; acontece que a preocupação anterior à unificação era a instalação de ambulatórios de cada Instituto na zona central da cidade, deixando para segundo plano a área periférica e até mesmo a zona intermediária da cidade. O resultado é que grandes faixas da população obrigam-se hoje a longos deslocamentos para se valerem dos serviços médicos próprios do INPS, mercê da localização absolutamente inadequada dos diversos ambulatórios.

A tríplice série de deficiências apontadas — de pessoal, de área e de localização — faz com que a assistência ambulatorial que se consegue oferecer aos segurados da Previdência Social, padeça de sérias deficiências. Para corrigi-las não têm bastado a boa vontade e dedicação dos funcionários de todas as categorias, ligados de alguma forma à assistência médica do INPS em São Paulo; a consequência é a formação de filas diárias nos

ambulatórios e o atraso na marcação de consultas, o qual chega a ser considerável em certas especialidades.

#### BASES DO PLANO DE REFORMULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL DO INPS NA CIDADE DE SÃO PAULO

Diante do que se expôs, partiu a Coordenação de Assistência Médica do INPS em São Paulo para a elaboração de um plano de ampliação e reformulação da assistência médica ambulatorial do Instituto, em São Paulo. As bases desse plano, já apresentado à Direção Superior do INPS e dela merecendo integral aprovação, foram: 1 — dimensionamento das unidades a serem construídas e definição daquelas que devem ser mantidas, de acordo com as necessidades das diferentes zonas da cidade; 2 — localização adequada das novas unidades; 3 — implantação de sistema de unidades periféricas; 4 — definição de retaguarda hospitalar adequada.

A primeira preocupação na elaboração do plano foi definir as necessidades da população previdenciária de São Paulo, relativa a novos ambulatórios. No estudo elaborado para o GEGRAN<sup>5</sup>, relativo às necessidades da população da Grande São Paulo, apresenta-se na área de saúde a sugestão de que a unidade ambulatorial deve prever o deslocamento máximo de 1.000 m pelo usuário. No campo da assistência médica previdenciária, não há, contudo, possibilidade de se obedecer a essa sugestão; daí a definição de 5 novas unidades ambulatoriais integradas, destinadas, ou a substituir ambulatórios já amplamente superados pela precariedade de suas instalações, ou a atender a regiões até agora desassistidas. Ao lado dessas novas unidades, definiu-se a manutenção de dois grandes ambulatórios atuais, bem como a ativação das medidas destinadas à construção de mais um

grande Posto de Atendimento, já com todas as providências administrativas indispensáveis, inteiramente atendidas.

A segunda linha de unidades ambulatoriais seria representada por ambulatórios de tipo B e postos de SPA, sendo 3 já existentes e 2 a serem instalados no prédio de duas das novas agências metropolitanas do INPS, cuja construção já foi aprovada.

Perifericamente, o plano prevê a implantação de unidades ambulatoriais em conjunto com a Secretaria de Saúde do

Estado de São Paulo; esta iniciativa é fruto de convênio celebrado entre o INPS e o governo do Estado. A previsão é de 18 postos de atendimento, 9 dos quais já estão em fase de implantação.

Todas essas unidades ambulatoriais terão por retaguarda um hospital de base, de maneira a integrarem-se em conjuntos harmônicos de recursos integrados e distribuídos de maneira racional.

Teríamos assim, definidas 5 regiões de atendimento médico na cidade de São Paulo, analisadas na Tabela 5.

TABELA 5

Integração dos ambulatórios previstos pelo INPS com recursos médico-hospitalares da cidade de São Paulo

Regiões da cidade	Hospital de base	Ambulatórios integrados (Tipo A)	Ambulatórios secundários (Tipo B)	Unidades periféricas (Centros de Saúde)
Centro	Hospital Central da Santa Casa de São Paulo	PA Martins Fontes PA Várzea do Carmo	PA Cleveland	—
Sul	Hospital Brigadeiro do INPS	PA Santo Antônio PA Pinheiros		São João Clímaco Vila Alpina Americanópolis Campo Limpo Vila Madalena Caxingui Capela do Socorro
Oeste	Hospital Sorocabana	PA Lapa	SPA Freguesia do Ó	Vila Brasilândia Vila das Belezas Vila Mangalot Vila Nova Cachoeirinha
Leste	Hospital Heliópolis do INPS	PA Heliópolis PA Sta. Cruz	SPA Vila Mariana SPA Água Rasa	Vila Cangalba Ermelindo Matarazzo Vila Guilhermina Vila Olinda
Nordeste	Hospital São Luiz Gonzaga da Santa Casa	PA Tatuapé PA Santana	SPA Brás SPA V. Maria	Vila Aurora Vila Bonilha Vila Medeiros



Das unidades ambulatoriais indicadas, algumas correspondem às existentes e que devem ser mantidas, ao passo que outras devem ser construídas. No primeiro Grupo contam-se: PA-Martins Fontes, PA-Sto. Antonio, PA-Sta. Cruz, PA-Cleveland, PA-Sto. Amaro, PA-Cidade Dutra, SPA-Freguesia do Ó, SPA-Água Rasa, SPA-Vila Maria. No segundo incluem-se: PA-Várzea do Carmo, PA-Pinheiros, PA-Lapa, PA-Heliópolis, PA-Tatuapé, PA-Santana, SPA-Brás e SPA-Vila Mariana. Esclareça-se que as unidades indicadas como PA-Várzea do Carmo, PA-Tatuapé e SPA-Brás correspondem a novos ambulatórios a serem construídos em substituição a unidades de mesma localização, as quais serão fechadas. A comparação entre as Tabelas 1, 2 e 5 mostra que, além das 3 unidades ambulatoriais referidas atrás, outras serão também fechadas por sua onerosa e reduzida capacidade operacional. Trata-se do PA-Conselheiro Crispiniano, PA-9 de Julho e PA-Aeroporto. O PA-Brigadeiro será transformado, como diremos adiante, em ambulatório anexo ao Hospital Brigadeiro; o PA-Catão será substituído pelo PA-Lapa e PA-Água Branca será fechado para dar lugar a um serviço especializado de recursos complementares de diagnóstico.

Além da rede de ambulatórios descrita, a qual deverá dispor-se em 3 círculos concêntricos na cidade, contando porém, com um critério de distribuição regional ligada a 5 hospitais de base, haverá ainda algumas iniciativas de ordem complementar.

Inicialmente, cada um dos Hospitais próprios do INPS — Hospital Brigadeiro, Hospital Heliópolis e Hospital Ipiranga — irá contar com um ambulatório anexo, que embora não à disposição do público em geral, permitirá utilização mais dinâmica dos leitos hospitalares próprios o que resultará indiretamente em melhor

assistência médica aos segurados da Previdência Social.

Em segundo lugar, no que se refere aos atendimentos de urgência está definido que a existência dos postos de urgência só tem sentido quando está anexa ao hospital ou quando contam esses postos com retaguarda hospitalar imediata. Assim, em cada um dos hospitais próprios acima mencionados já funciona um serviço de emergência. Na mesma perspectiva, o Posto de Urgência que funcionava à Rua Vergueiro e que tinha uma demanda de cerca de 600 atendimentos diários, foi fechado, sendo seus serviços transferidos para o Hospital Matarazzo, onde os setores de adultos e de crianças passaram a funcionar separadamente, em instalações muito melhores. A mesma orientação deverá ser aplicada em referência ao último PU que ainda funciona desvinculado de hospital e que é o PU-Sta. Cecília.

Em terceiro lugar, existe setor de importância no rendimento da rede de assistência ambulatorial, o qual é representado pelos serviços complementares de diagnóstico. O plano ora analisado inclui a centralização de alguns desses serviços, como os de radiologia clínica e os de laboratório clínico mais refinados, endoscopia peroral e peranal, bem como de técnicas radioisotópicas. O serviço será instalado no prédio onde atualmente funciona o PA-Água Branca, que será extinto, como já foi dito.

Por último, grande preocupação dos responsáveis pela assistência médica do INPS em São Paulo é a assistência psiquiátrica. Daí a implantação de um ambulatório especializado, a ser localizado em prédio de propriedade do Instituto, situado à Rua Prates; neste deverão funcionar consultórios especializados, o arquivo e secretaria centrais de âmbito estadual, bem como seção de internações de urgência, para triagem após permanência de 24 a 48 horas. Em estreita vinculação com este ambulatório psiquiátri-

co funcionará o Hospital Psiquiátrico Santo Antonio, a ser instalado em prédio já iniciado no Alto do Mandaqui; trata-se do primeiro hospital psiquiátrico do INPS no Brasil, destinado, por conseguinte, a desempenhar importante papel na apreciação do tratamento psiquiátrico hospitalar, tanto no que se refere a custos, como a técnicas terapêuticas. O que se pretende com a instalação deste Hospital não é evidentemente resolver

os problemas de leitos hospitalares de psiquiatria, mas permitir definição de esquemas mais eficientes de controle a serem aplicados na rede de hospitais particulares que prestam essa assistência aos previdenciários em todo o Estado.

Com o plano de assistência ambulatorial descrito, poderemos dispor de recursos para obedecer as seguintes estimativas de atendimento anual.

TABELA 6

Capacidade de atendimento da rede ambulatorial proposta pelo INPS na cidade de São Paulo — 1972

Região	Ambulatório	Condições	Área de construção (m <sup>2</sup> )	Capacidade atend.(doentes/dia) (1)	N.º atendimentos/ano (2)
Centro	PA Martins Fontes	—	4.800	1.440	351.360
	PA Várzea do Carmo	novo prédio a construir	20.000	6.000	1.464.000
Sul	PA Santo Antonio	—	2.300	690	168.360
	PA Pinheiros	a criar, a construir	6.200	1.583	386.252
	PA Santo Amaro	a ampliar	1.624	486	118.584
	PA Cidade Dutra	após reforma	1.000	300	73.200
Leste	PA Heliópolis	a construir	5.460	1.638	399.672
	PA Santa Cruz	após reforma	800	240	58.560
Nordeste	PA Tatuapé	a ser construído	9.200	2.760	673.440
	PA Santana	a criar, a construir	6.500	1.950	475.800
Oeste	PA Lapa	a construir	7.300	2.190	534.360

(1) Os números referidos foram corrigidos para real capacidade dos PAs existentes, cuja área não pode ser ampliada.

(2) Os totais foram obtidos multiplicando a capacidade de atendimentos por dia pelo número aproximado de dias úteis por ano (244).

#### COMENTARIOS E CONCLUSÕES

Se considerarmos que a população previdenciária a ser atendida pela rede ambulatorial do município de São Paulo é estimada em cerca de 4.580.535 beneficiários, verificamos que a estimativa de

atendimento por ano encontrada (Tabela 6), igual a 4.703.538, supera em muito o índice de uma consulta por ano para cada beneficiário, já que não foram computadas as estimativas de atendimento nos ambulatórios de categoria B (Servi-

ço de Pronto Atendimento), e nos Centros de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

Esse aparente "superavit" em relação aos atuais índices de atendimento, deverá ser analisado levando em conta o crescimento vegetativo e social da população, uma vez que o plano acima exposto, já em desenvolvimento, obedecerá ao seguinte programa de execução:

*curto prazo:* reformas, ampliações e adaptações em unidades já existentes;

*médio prazo:* construção de novas unidades em terrenos próprios;

*longo prazo:* construção de novas unidades em terrenos que deverão ser adquiridos.

Dessa maneira, no momento em que as unidades assistenciais estiverem todas em operação, a população a ser assistida será seguramente maior do que atualmente. Além disso, fator de fundamental importância na definição do número de consultas médicas que cada membro da comunidade solicita por ano, é o padrão de assistência médica oferecido. Daí nossa avaliação colocada acima, de uma consulta por ano para cada beneficiário do INPS, tomando-se por base pesquisa realizada durante o ano de 1969, em que esse índice foi de 0,96 consultas por ano. Durante o ano de 1971, foi realizada pesquisa semelhante na cidade de Campinas, onde a assistência ambulatorial é superior à oferecida em São Paulo. O resultado confirma o que dissemos, uma vez que o índice obtido foi de 1,48 consultas por ano. Como o objetivo do presente plano é exatamente oferecer ao previdenciário assistência de melhor pa-

drão do que a atual, é de esperar incremento do índice básico de uma consulta por ano por segurado da Previdência Social.

RSPSP-125

LIMA-GONÇALVES, E. et al. — [*Reformulation plan of the outpatient clinics of National Institute of Social Welfare in the city of S. Paulo, Brazil*]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 6:135-46, 1972.

**SUMMARY:** *A reformulation plan of the outpatient clinics provided by the National Institute of Social Welfare to its associates and their dependents in the city of S. Paulo, was presented. The importance of such study is stressed by the small amount of available hospital beds. In the first part of the plan an appraisal of the existing situation have been made, considering three aspects of the problem: amount of personnel, size of the available units and their location related to the urban area. The result of their study showed deficiency in all existing outpatient clinics, as far as the three aspects are concerned. Based on this data a plan for the reformulation of the outpatient clinic division was made, considering an average of 4,500,000 as the total amount of persons using the Institute facilities in the city of S. Paulo. This plan is based in four fundamental points: 1. Provision of adequate physical space for the new units to be built, and determination of those to be maintained, considering the local necessities within the city. 2. Adequate location of the new units. 3. Implantation of new peripheral units, as a result of the integration of units of the State Public Health Department. 4. Definition of a proper hospital facilities backing. The total number of patient to be treated by the so stablished outpatient clinic division will be around 5,000,000 by year.*

**UNITERMS:** *Outpatient clinics\*; Social welfare\*; São Paulo, Brazil\*; Community assistance.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALENCASTRE, G. M. — Deficiencia en camas de una comunidad. Papel del ambulatorio. *Rev. paul. Hosp.*, 11 (10): 26-31, 1964.
2. LIMA - GONÇALVES, E.; DIAS, M. M. & MATTOS, H. M. B. — A assistência hospitalar no âmbito da previdência social no Estado de São Paulo. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 6: 35-43, 1972.
3. LIMA - GONÇALVES, E.; FUCHS, M. & OGUISSO, T. — Programa de dimensionamento de um ambulatorio. *Rev. paul. Hosp.* [no prelo].
4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica. — *Función de los hospitales en los programas de protección de la salud: primer informe*. Ginebra, 1957. (*Ser. inf. tecn.*, 122).
5. SÃO PAULO. Secretaria de Economia e Planejamento. Grupo Executivo da Grande São Paulo (GEGRAN) — *Plano metropolitano de desenvolvimento integrado na Grande São Paulo*. São Paulo, 1971.

*Recebido para publicação em 11-2-1972*

*Aprovado para publicação em 25-4-1972*