

ATUALIZAÇÕES/CURRENT COMMENTS

EQUIPE LOCAL DE SAÚDE. SUGESTÕES PARA A ABRANGÊNCIA DE SUA CARACTERIZAÇÃO

Evelin Naked de Castro Sá *

RSPU-B/301

SÁ, E. N. de C. — *Equipe local de saúde. Sugestões para a abrangência de sua caracterização.* Rev. Saúde públ., S. Paulo, 10:75-102, 1976.

RESUMO: Na definição da força de trabalho representada pela equipe local de saúde é condicionante a situação sócio-econômico-sanitária da área onde deva atuar, o tipo e o programa da unidade sanitária, a existência de outras agências e seus respectivos programas, as condições materiais de instalação e a distribuição espacial da rede. É analisado o modelo de dimensionamento de recursos humanos para a rede de unidades sanitárias da Secretaria de Estado da Saúde (São Paulo, Brasil). A implantação de um modelo vai evidenciar o grau de acerto com que foram previstas dificuldades e impedimentos externos, tais como a força de trabalho disponível no mercado e as possibilidades institucionais de competir nesse mercado e de proceder a correção de situações encontradas.

UNITERMOS: Equipe local de saúde. Unidade sanitária local. Saúde pública.

SIGNIFICADO E CONCEITO

A eficiência de um serviço local de saúde depende, em grande parte, do pessoal responsável pela execução das atividades. Segundo Rodrigues⁶ “é no trabalho da unidade sanitária local que se cristalizam as diretrizes técnicas, se evidenciam, na prática, as teorias meditadas e concepções doutrinárias, transformadas em resultados concretos, bons ou maus, a positivarem a capacidade e a eficiência da máquina de saúde pública encarregada de proteger e restaurar a saúde da população”.

Equipe local de saúde significa, por

outro lado, uma força de trabalho condicionada por dois tipos de determinantes: o que seja uma unidade sanitária local e os condicionantes no dimensionamento da equipe; originarão perguntas tais como: “que tipo e quantidade de recursos humanos?” “para fazer o que?” e “onde?”.

A UNIDADE SANITÁRIA LOCAL

É variado o conjunto de tipos de unidades sanitárias locais. Para Rodrigues⁶ são modalidades de unidade sanitária local o hospital, o centro e posto de saúde,

* Da Secretaria de Estado da Saúde, Av. São Luiz, 99 — São Paulo, SP — Brasil. Do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, Av. Dr. Arnaldo, 715 — São Paulo, SP — Brasil.

o dispensário, a clínica e posto volante, “onde atende diretamente o público, assistindo e orientando os indivíduos nos próprios domicílios, nos locais de trabalho e nas escolas, por intermédio de auxiliares qualificados”.

Já para Mascarenhas⁵ a diferenciação se estabelece mais no sentido da especialidade ou polivalência do serviço de saúde oferecido e no caráter estático ou dinâmico da unidade, do que propriamente na denominação. As denominações encontradas nos vários países não encontram um denominador comum ordenado: centro de saúde, posto de higiene, dispensário de tuberculose, de lepra, de malária, de puericultura, policlínica, etc., mas podem, porém, serem classificadas com relativamente pequeno afastamento, sob rótulos mais abrangentes. Três tipos básicos podem ser considerados: a) o *ambulatório*, criado para atender a determinada doença ou grupo de doenças ou a determinado grupo etário especializado, recebendo apenas os que procuram a unidade, seja por se sentirem doentes ou suspeitos de doença, seja para receberem outro tipo de atenção ou benefício (estático). Neste tipo são considerados os postos de puericultura que atendem gestantes e crianças até determinada idade de certas zonas, os dispensários de lepra cuja clientela é formada pelos doentes suspeitos e comunicantes da Hanseníase; também as unidades que têm uma polivalência relativa mas não possuem nenhuma ação extra-unidade podem ser classificadas como uma reunião de ambulatórios, assim como os ambulatórios de hospitais gerais ou especializados; b) *dispensário*, considerado especializado e dinâmico e atendendo não só os doentes suspeitos e comunicantes, mas também alcançando a população supostamente sadia através de medidas preventivas; c) *centro de saúde*, considerado *polivalente* na medida em que executa várias atividades de saúde pública e *dinâmico* porque necessariamente pressupõe visitação sanitária, esta também *polivalente*, e atuando sob chefia única. As vá-

rias denominações encontradas: posto de saúde, posto de higiene, policlínica de saúde, etc., podem ser consideradas sinônimos se essas unidades tiverem as características de polivalência, dinamismo e comando único.

A polivalência refletirá a necessidade de atender as condições médico-sanitárias e sócio-econômicas da área a que deve servir e, assim, nem mesmo a freqüência com que se usam denominações iguais e se dão estruturas iguais, tirará o caráter próprio de cada centro de saúde, segundo Paula Souza, citado por Mascarenhas⁵ (a figura 1 ilustra as diferenças entre os três tipos de unidades). Somando-se àquela diferenciação a diversidade de evolução dos serviços de saúde pública em cada país ou região, temos, como consequência, também, diferentes conceitos de centro de saúde. Mascarenhas⁵ enumera definições de Willinsky, da Conferência Européia de Higiene Rural, Carreño, Barros Barreto e da Organização Mundial de Saúde que incluem, entre outras características, a localização ou não em um mesmo edifício, a promoção da saúde junto com o bem estar do povo realizadas por órgãos governamentais e particulares, centralizadamente ou não. A chefia única é citada em praticamente todos os casos e é freqüente a citação da assistência pública ou assistência social como parte integrante das atividades e também a incorporação das atividades de medicina curativa entre as preventivas e as assistenciais.

A definição da Organização Mundial de Saúde citada por Rodrigues⁶ “unidade que assegura as funções essenciais da medicina curativa, preventiva e de higiene, que são necessárias para a maioria da população local, seja diretamente ou em coordenação com outros serviços” está complementada pela tentativa dos peritos em identificar os tipos de Centros de Saúde: “em que este seria parte de uma unidade sanitária local com âmbito de atividades muito maior, o centro constituindo a própria unidade e o centro como centro de diagnóstico servindo a várias outras

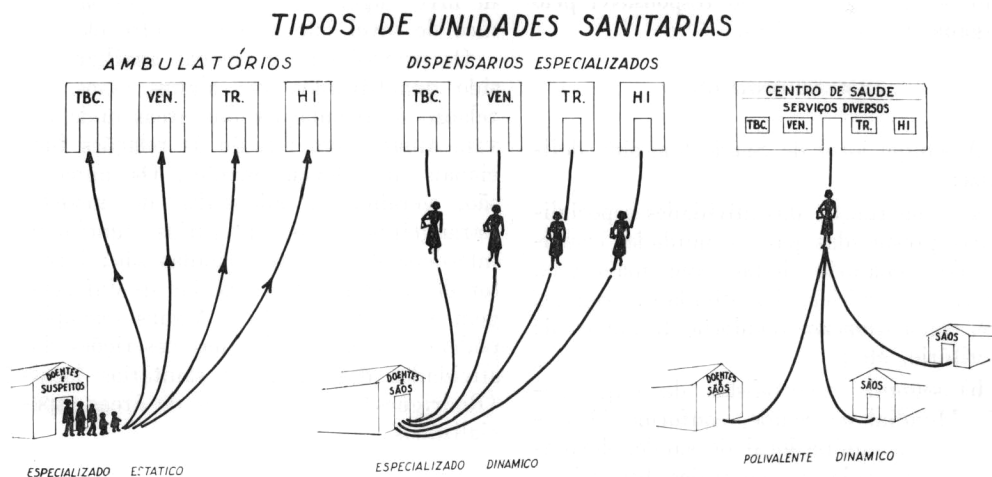


Fig. 1 — Tipos de unidades sanitárias. (Extraída de Mascarenhas⁵, 1972).

unidades”, sendo acentuado que “um centro de saúde é mais uma unidade funcional que uma entidade orgânica e sua estrutura deve adaptar-se às condições e às exigências locais”⁶.

Na definição de Mascarenhas⁵ “Centro de Saúde é uma unidade dinâmica, responsável, sob uma chefia, pela execução de todas as atividades de saúde pública que possam ser descentralizadas em órgão local, em uma determinada área, que pode ser formada pela reunião de municípios, por um só município ou parte deste, neste caso, Distrito de Paz ou reunião destes em uma Capital”.

Decorrentes dessa definição, temos os seguintes tipos:

a) sub-centro ou unidades-satélites ou com outra denominação, que executam atividades gerais, com uma retaguarda especializada localizada no Centro de Saúde de mais próximo ou por especialistas no próprio subcentro;

b) unidade-sanitária-hospital, quando condições locais ou regionais indicam a necessidade de prestação conjunta de serviços assistenciais e de medicina preventiva. Destacam-se, como exemplos:

— os casos em que o Estado necessita criar leitos hospitalares para atender à população; os dois órgãos são distintos um do outro, com atividades coordenadas num todo harmônico. Possuem, geralmente, uma chefia única, quase sempre de Sanitaristas;

— nas pequenas comunidades, onde não existe nenhuma assistência médico-hospitalar e dificuldades de comunicar com centros maiores. As atendentes curativas são as que têm maior ênfase. É o médico clínico que executa, orientado pelo pessoal do Centro de Saúde, as atividades preventivas de maior importância local;

— em algumas regiões da América Latina, casos de centros de saúde com alguns leitos para partos, desidratação etc. e que podem, em situações de emergência, serem usados para doenças transmissíveis;

— centros de saúde onde se congregam atividades de medicina preventiva e de assistência médica também para grupos de pessoas com previdência social a cargo de outras fontes financiadoras. Nesse caso, as instalações do Centro de Saúde são utilizadas para atender a todas as atividades médicas, sem diferenciação do ór-

ção ou nível de governo responsável pelo pagamento dos serviços.

DIMENSIONAMENTO

A equipe local de Saúde tem sido definida:

a) em função das atividades especializadas presumidas para a unidade, constituindo somatório destas com mais uma previsão, empírica, das atividades comuns, tais como limpeza, zeladoria, trabalhos de escritório, etc.;

b) segundo especialistas da Organização Mundial de Saúde, conforme Mascarenhas⁶, a equipe local de saúde, devidamente adaptada às condições brasileiras, seria:

— *mínima*, constituída de médico, atendente, visitadora sanitária e fiscal ou auxiliar de saneamento, a existência da equipe mínima, com 4 categorias, seria condição indispensável ao funcionamento da unidade;

— *ideal*, entre 15 e 20 categorias profissionais: médico-sanitarista, médicos clínicos para assistência sanitária (pediatra, nutricionista, enfermeiras, enfermeiras sanitárias, auxiliares de enfermagem, visitadoras, inspetores de saúde, fiscal sanitário, técnicos (laboratórios, raios X, etc. e pessoal de escritório e de limpeza);

— *possível*, recrutável em curto espaço de tempo, em nível local, para sanar as faltas de pessoal especializado em saúde pública. O pessoal auxiliar seria treinado em cursos rápidos para visitadora sanitária, auxiliar de enfermagem ou atendente, auxiliar de saneamento, atendente dentário, etc. A enfermeira e o médico sanitaria seriam reservados para unidades médias e grandes. Como características do pessoal dos serviços de saúde dos países em desenvolvimento, são citadas (Rodrigues⁶): a utilização de pessoal de nível universitário sem o necessário preparo e de pessoal auxiliar indicado politicamente sem instrução geral ou de serviço; e as dificuldades de relacionamento entre pessoal de nível auxiliar e de profissionais

de nível superior por falta de pessoal técnico de nível intermediário entre eles.

Os profissionais e pessoal auxiliar têm sido quantificados, em alguns casos, em relação às populações das áreas onde devam atuar e em relação às relações funcionais que devam manter. Os números são, geralmente, adaptados de modelos estrangeiros e as categorias funcionais interdependentes mais citadas são: inspetor de saneamento x auxiliar de enfermagem x visitadora, etc. Alguns exemplos podem ser encontrados nas descrições das atividades das unidades sanitárias locais (Rodrigues⁶) e em planos de áreas especializadas.

CONDICIONANTES

A — *Sócio-econômico*. Os aspectos sócio-econômico sanitários são condicionantes do dimensionamento da equipe local de saúde, na medida em que representam em que grau a força de trabalho, que vai produzir ações de saúde, está adequada à realidade onde deva atuar. O nível de saúde de uma população e estágio de desenvolvimento da saúde pública em que se encontra a área são pontos a serem pesados no dimensionamento do pessoal, e a consulta a esses dados permite um melhor dimensionamento. É condicionante, por exemplo, a situação sanitária refletida nas curvas de mortalidade proporcional no município de São Paulo, calculadas a cada 5 anos (exceto 1904 a 1909) de 1894 a 1959, e para as regiões administrativas do Estado de São Paulo, nos períodos de 1950 a 1960 e 1967, conforme apresentadas por Guedes² (Figs. 2, 3, 4 e 5). Ou, ainda, o coeficiente de mortalidade infantil, por área geográfica, no município de São Paulo, em 1971, relacionado por Yunes*, na Tabela 1. Também são exemplos de condicionantes os dados da "Investigação Intera-

* YUNES, J. et al. — Plano estadual de assistência integral à gestante, nutriz e criança de 0 a 6 anos. S. Paulo, Secretaria do Planejamento, 1975. (inédito)

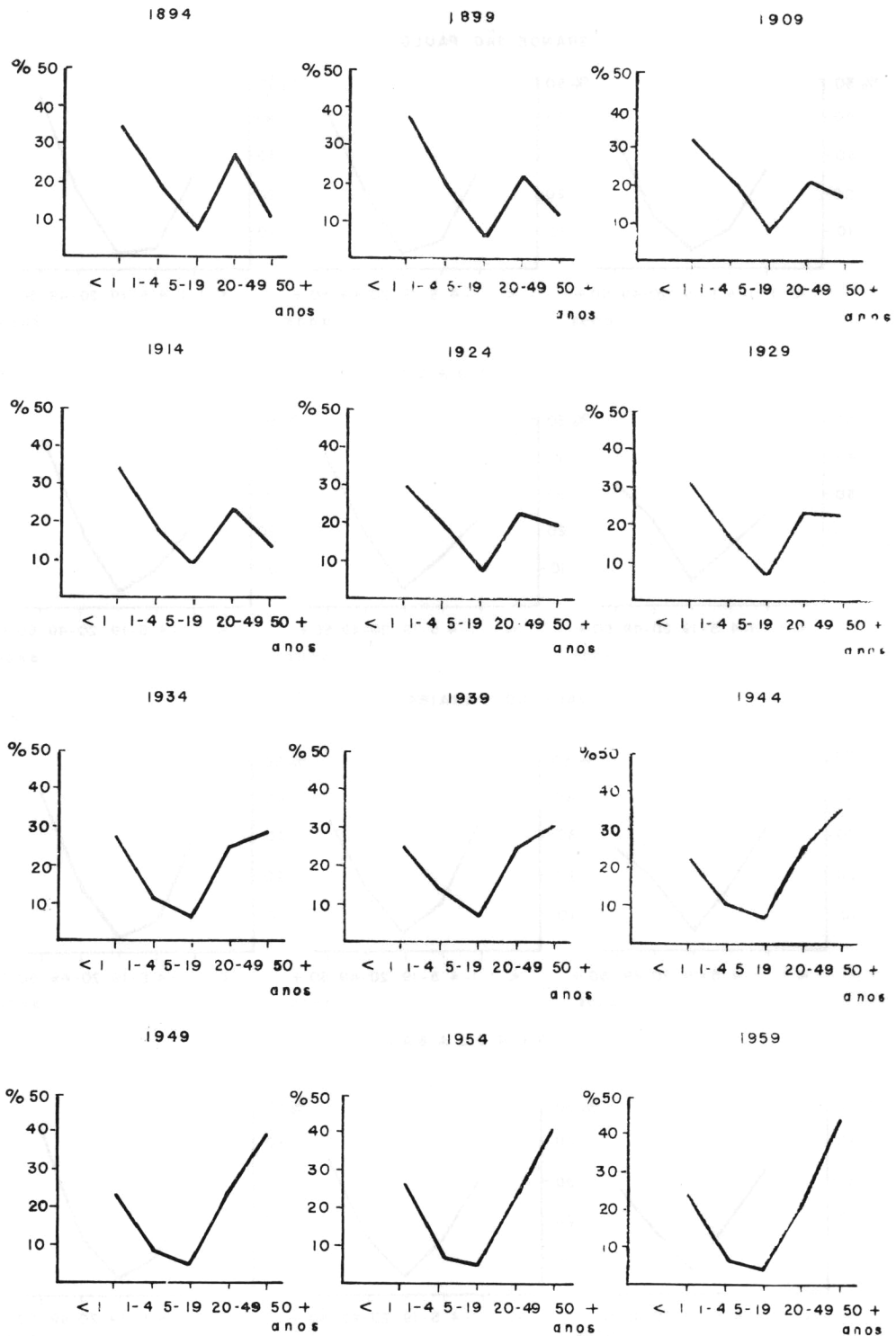


Fig. 2 — Curvas de mortalidade proporcional no município de São Paulo, a cada 5 anos (exceto 1904 a 1909) no período de 1894 a 1959. (Extraída de Guedes e Guedes², 1973).

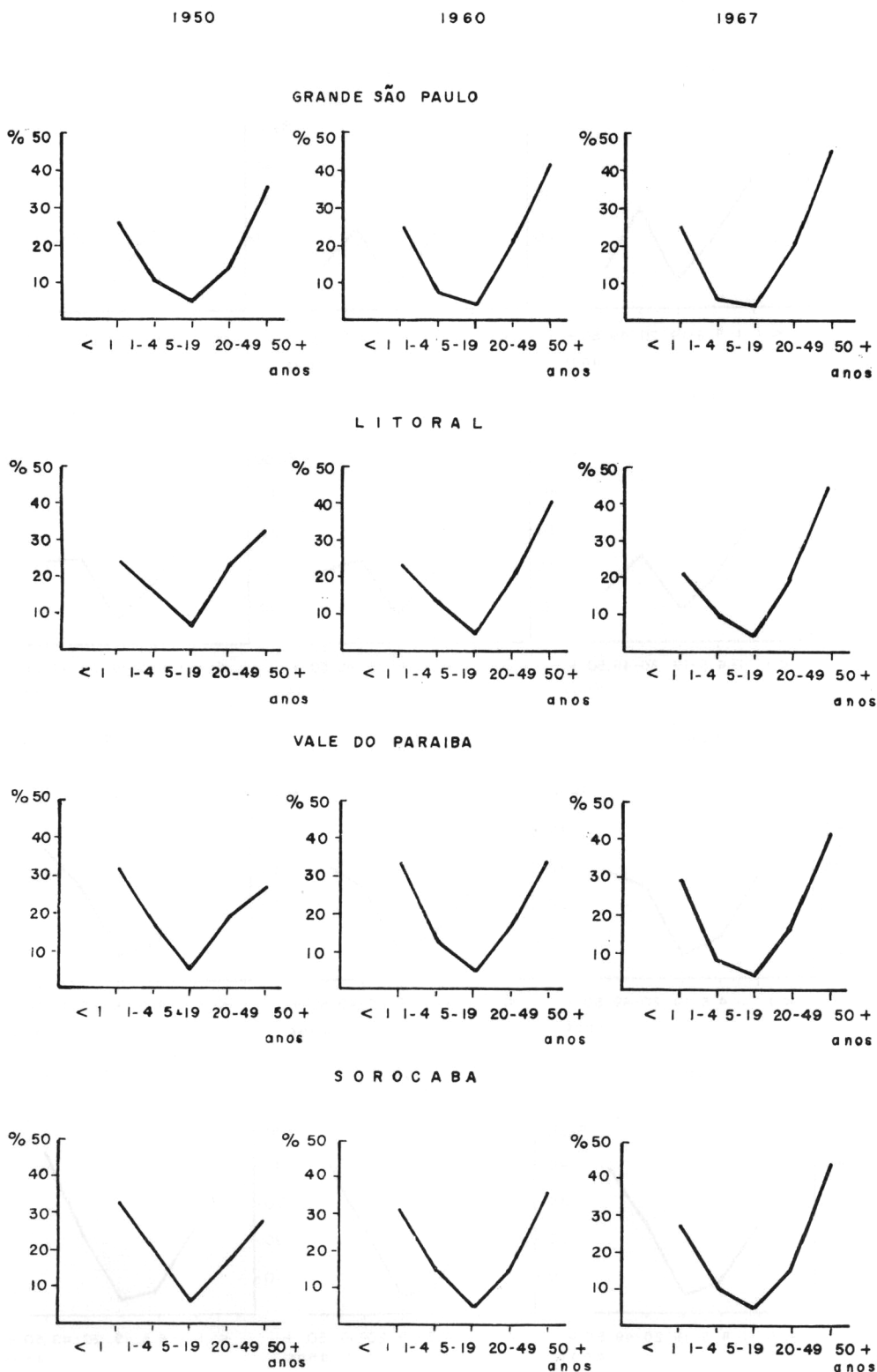


Fig. 3 — Curvas de mortalidade proporcional para as regiões administrativas do Estado de São Paulo. Dados médios para os períodos de 1950, 1960 e 1967. (Extraída de Guedes e Guedes², 1973).

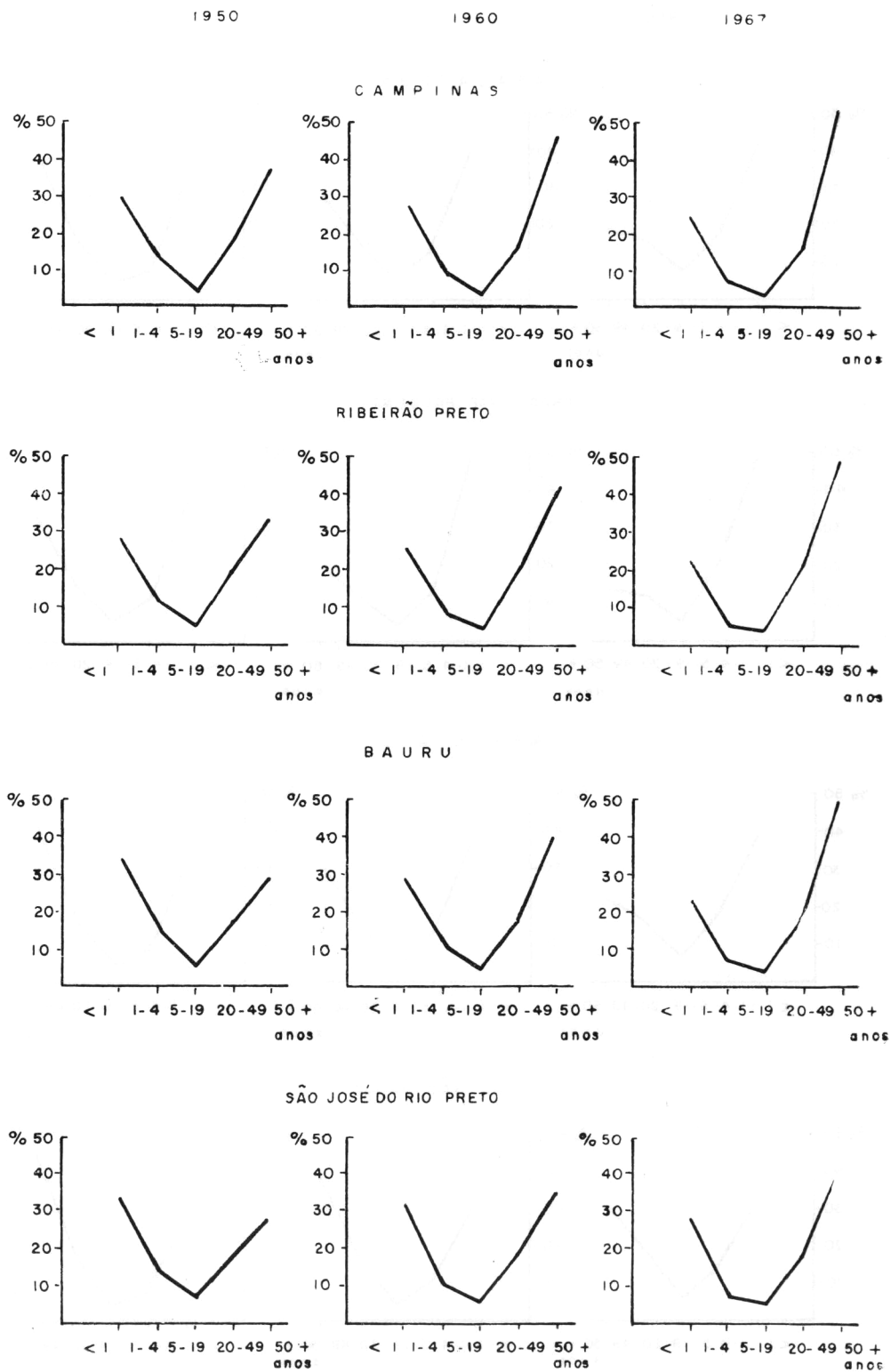


Fig. 4 — Curvas de mortalidade proporcional para as regiões administrativas do Estado de São Paulo. Dados médios para os períodos de 1950, 1960 e 1967. (Extraída de Guedes e Guedes², 1973).

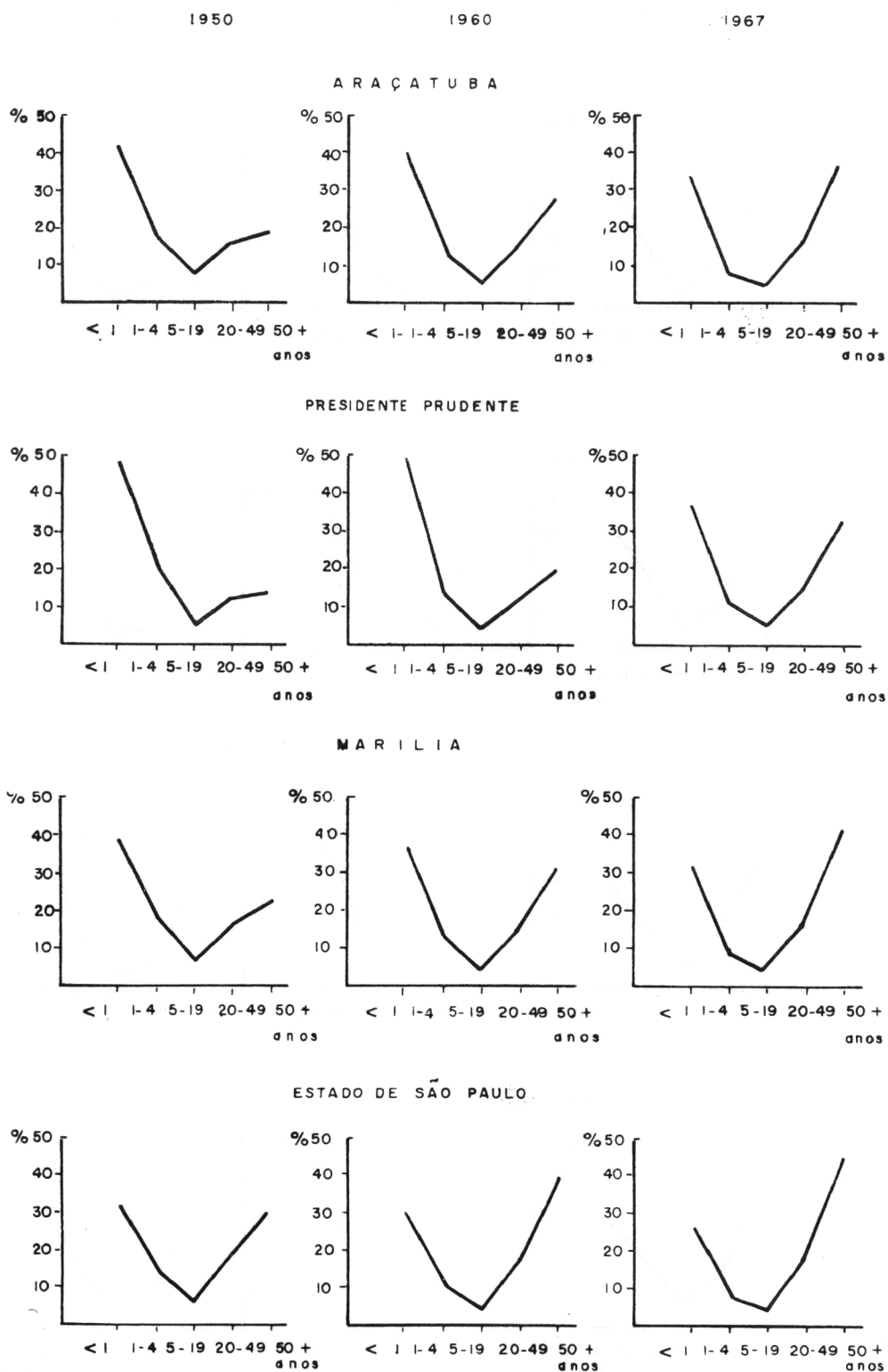


Fig. 5 — Curvas de mortalidade proporcional para as regiões administrativas do Estado de São Paulo. Dados médios para os períodos de 1950, 1960 e 1967. (Extraída de Guedes e Guedes², 1973).

SÁ, E. N. de C. — Equipe local de saúde. Sugestões para a abrangência de sua caracterização. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 10:75-102, 1976.

TABELA 1

Coefficiente de mortalidade infantil por área geográfica, no município de São Paulo, em 1971

Localidade	Coefficiente	Mortalidade infantil	Mortalidade neonatal	Mortalidade infantil tardia
Município de São Paulo		85,38	40,02	45,37
Zona central		64,71	35,29	29,92
Zona intermediária		82,00	38,85	43,15
Zona periférica		106,81	45,74	61,07

Fonte: Yunes — op. cit.

TABELA 2

Proporção de óbitos de crianças menores de 1 ano e de 1 a 4 anos que apresentaram desnutrição como causa básica ou associada, em São Paulo e em outras áreas que participaram da "Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância".

Áreas:	Menores de 1 ano	1 a 4 anos
	%	%
Recife	38,9	70,0
Ribeirão Preto (área)		
Cidade	28,8	68,0
Franca	32,7	55,0
Comunidades *	32,9	70,0
São Paulo	28,0	46,0
La Paz	27,0	51,5
San Salvador (área)		
Cidade	28,5	65,3
Área rural	66,6	57,9
Sherbrooke	1,9	9,0
S. Francisco	4,7	12,0

* Batatais, Brodosqui, Cravinhos, Jardinópolis e Sertãozinho.

Fonte: Leser⁴ (1974)

mericana de Mortalidade na Infância” (conforme Leser³) que permitiram caracterizar os aspectos ligados à mortalidade infantil e à de crianças de um a 4 anos, num período de 2 anos e que possibilitam comparar o 1.º Distrito do município de São Paulo com outras áreas brasileiras, latino-americanas e norte-americanas.

Usando um indicador global, a curva de mortalidade proporcional, proposto por Nelson de Moraes, que inclui a razão de mortalidade proporcional de Swaroop e Uemura (óbitos de pessoas com 50 ou mais anos), Leser³ mostra que os dados do município de São Paulo referentes aos triênios 1949-1951, 1959-1961 e 1971, evidenciam estarmos ainda muito longe da curva em J, característica das regiões com

nível de saúde elevado, em confronto com os dados referentes à Suécia em 1968, que estão refletidos em um J nítido (Fig. 6).

Reforçando o exemplo citado por Yunes*, do indicador específico “coeficiente de mortalidade infantil” — um é dos mais expressivos indicadores de saúde de toda a população, já que é o mais sensível e reflete as condições sociais e a eficiência dos serviços oferecidos à população —, Leser⁴ a ele acrescenta, como reforço, a variação do poder aquisitivo representado pelo salário-mínimo real e pela percentagem da população que dispõe de água encanada. Temos, assim, na primeira curva o reflexo das 2 outras (Fig. 7). E, a deficiência nutricional (função do salário

* Dados inéditos.

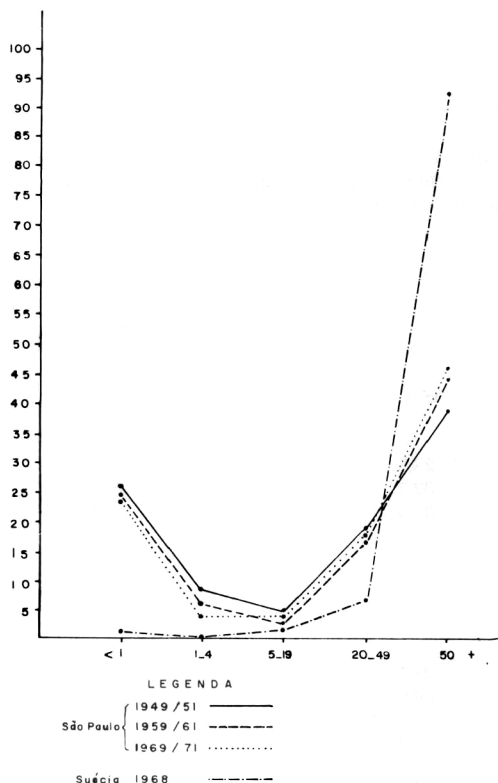


Fig. 6 — Curvas de mortalidade — Município de São Paulo (triênios 1949/51, 1959/61, 1969/71) e Suécia 1968. (Extraída de Leser³, 1975).

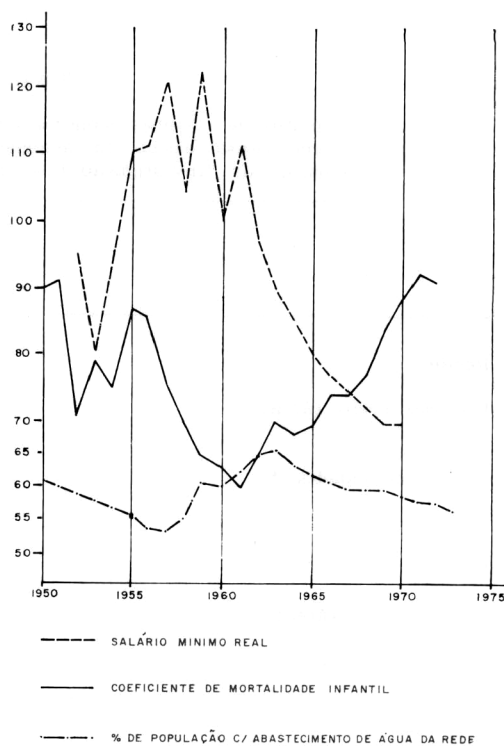


Fig. 7 — Coeficiente de mortalidade infantil, salário mínimo real e percentagem da população com abastecimento de água da rede. (Extraída de Leser⁴, 1975).

mínimo) e a diarreia (ausência de saneamento básico), entram em considerável percentagem como causa básica ou associada na mortalidade infantil, na mortalidade neonatal e na mortalidade pós-neonatal (Tabela 3).

O grau de atraso das nossas condições de saúde é medido de forma negativa em 10 anos, segundo Leser³, que comparou a evolução dos valores da esperança de vida desde a década dos cinquenta em que passou-se dos estágio II para o III, quase

TABELA 3

Percentagens com que a deficiência nutricional e a diarreia entram, como causa básica ou associada, na mortalidade infantil, na mortalidade neonatal e na mortalidade pós-neonatal. São Paulo (1.º Distrito), Recife e São Francisco (E.U.A.). Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância, 1968-1970.

Áreas	Deficiência nutricional			Diarreia		
	Mortalidade infantil	Mortalidade neonatal	Mortalidade pós-neonatal	Mortalidade infantil	Mortalidade neonatal	Mortalidade pós-neonatal
São Paulo	28,0% (N=3788)	5,5% (N=1958)	52,1% (N=1830)	42,9% (N=3788)	24,7% (N=1958)	62,4% (N=1830)
Recife	38,9% (N=2773)	3,9% (N=1073)	61,1% (N=1700)	52,5% (N=2773)	17,1% (N=1073)	74,9% (N=1700)
São Francisco	3,3% (N=209)	0,0% (N=147)	11,3% (N=62)	4,8% (N=209)	1,4% (N=147)	12,9% (N=62)

Fonte: Leser³ (1975)

chegando a IV e voltando ao estágio II. Aumentou, assim, de dez anos, o nosso grau de atraso nas condições de saúde.

B — Outro conjunto de condicionantes é representado pela distribuição espacial e qualitativa dos equipamentos de saúde. Dentre as condições materiais de instalação destacam-se a “idade” de construção dos prédios, a forma de sua ocupação (se prédio próprio, alugado ou cedido) e os vazios; tal se dá porque as condições materiais de instalação vão determinar, senão a composição da equipe, pelo menos uma redução na velocidade necessária para adequar a equipe ao programa. Exemplos extremos serão a existência de equipamento dentário ou de raios X ou de laboratório onde não há o profissional ou onde não caberiam programas destacados e as recíprocas, representadas por inadequação de prédios. A “idade” de construção dos

prédios nas condições de sua instalação (ver mapas 1, 2 e 3) revelam a adequação possível aos princípios da Reforma Administrativa que se processou na Secretaria de Estado da Saúde, com vistas a uma rede de unidades sanitárias polivalentes; nesse caso, prédios construídos anteriormente a 1967 e os que não são propriedade do Estado, revelam, em tese, disposição física não favorável à integração dos serviços.

A existência ou não de outras agências de saúde com programas decorrentes, conflitantes ou suplementares deve ser levada em conta no dimensionamento da equipe local de saúde, seja para refletir uma posição estratégica de “ter” o profissional presente em alguns casos, seja para diminuir o número de pessoas em algumas categorias, seja, ainda, para concentrar esforços em reforçar outras. A

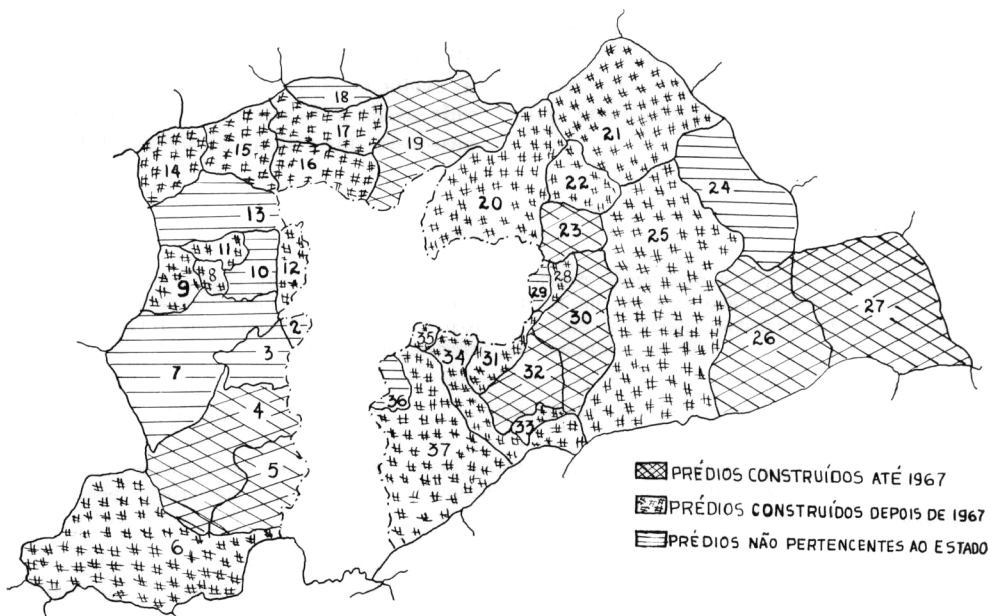


Fig. 8 — Idade de construção dos prédios das Unidades Sanitárias do DRS-1 — Região da Grande São Paulo, da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, 1975.

Fonte: Assessoria do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde; elaborado pelo Eng.º Hissao Momoi
 Mapa básico elaborado pela Divisão de Estudos e Programas da CSC.

- 1 — Município de São Paulo
- 2 — Taboão da Serra
- 3 — Embu
- 4 — Itapeçerica da Serra
- 5 — Embu Guaçu
- 6 — Juquitiba
- 7 — Cotia
- 8 — Jandira
- 9 — Itapevi
- 10 — Carapicuíba
- 11 — Barueri
- 12 — Osasco
- 13 — Santana do Parnaíba
- 14 — Pirapora do Bom Jesus
- 15 — Cajamar
- 16 — Caiéiras
- 17 — Franco da Rocha
- 18 — Francisco Morato
- 19 — Mairiporã

- 20 — Guarulhos
- 21 — Santa Isabel
- 22 — Arujá
- 23 — Itaquaquecetuba
- 24 — Guararema
- 25 — Mogi das Cruzes
- 26 — Biritiba Mirim
- 27 — Salesópolis
- 28 — Poá
- 29 — Ferraz de Vasconcelos
- 30 — Suzano
- 31 — Mauá
- 32 — Ribeirão Pires
- 33 — Rio Grande da Serra
- 34 — Santo André
- 35 — São Caetano do Sul
- 36 — Diadema
- 37 — São Bernardo do Campo

coexistência e a coordenação com outras agências refletirá uma programação de equipe em nível de decisão de governo como parte de um planejamento global.

Gonçalves¹ trata do assunto quando estuda a distribuição dos equipamentos de saúde

no Estado (Tabelas 4 e 5) e Yunes*, dá a distribuição das unidades do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), dos Centros de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde e do Departamento de

* Yunes, op. cit.

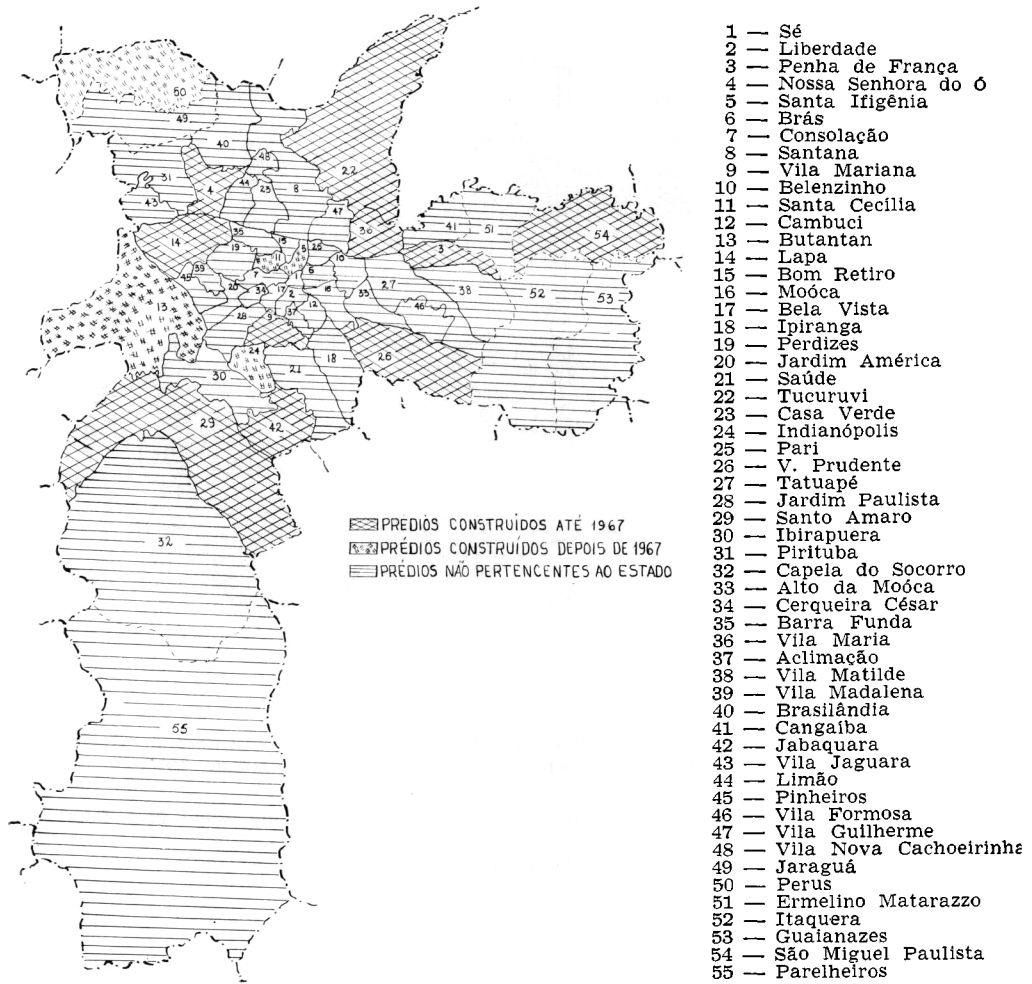


Fig. 9 — Idade das construções dos prédios das Unidades Sanitárias do DRS-1, do Município de São Paulo, 1975.

Fonte: Assessoria do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde; elaborado pelo Eng.^o Hissao Momoi.
 Mapa básico elaborado pela Divisão de Estudos e Programas da CSC.

Assistência à Infância e à Maternidade (DAIM) da Prefeitura Municipal de São Paulo, por zonas “central”, “intermediária” e “periférica” no município (Tabela 6, Fig. 11).

Em nível estadual, São Paulo tem tido presença física em, pelo menos, uma agên-

cia de prestação direta de serviços, tipo Centro de Saúde em quase todos os municípios do Estado. A área metropolitana tem uma distribuição espacial visivelmente defeituosa mostrando “vazios” de periferia (as Figs. 12, 13 e 14 ilustram essa distribuição por tipo de Centro). A amplitude

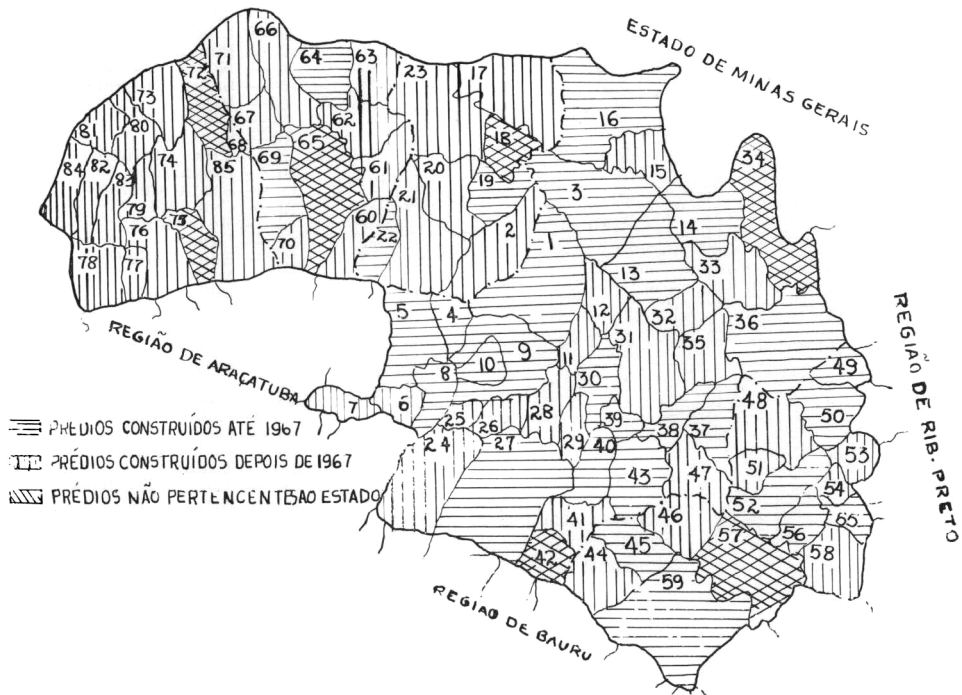


Fig. 10 — Idade de construção dos prédios das Unidades Sanitárias da DRS-8 — Região de São José do Rio Preto, da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, 1975.

Fonte: Assessoria do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde; elaborado pelo Eng.º Hissao Momoi.

Mapa básico elaborado pela Divisão de Estudos e Programas da CSC.

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| 1 — Tanabi | 29 — Jaci | 57 — Itajobi |
| 2 — Cosmorama | 30 — Mirassol | 58 — Santa Adélia |
| 3 — Palestina | 31 — São José do Rio Preto | 59 — Novo Horizonte |
| 4 — Sebastianópolis do Sul | 32 — Onda Verde | 60 — Meridiano |
| 5 — Nhandeara | 33 — Altair | 61 — Pedranópolis |
| 6 — Monções | 34 — Guaraci | 62 — Macedônia |
| 7 — Nova Luzitânia | 35 — Guapiacu | 63 — Mira Estrela |
| 8 — Macaúbal | 36 — Olímpia | 64 — Indiaporã |
| 9 — Monte Aprazível | 37 — Uchoa | 65 — Fernandópolis |
| 10 — Poloni | 38 — Cedral | 66 — Guaraci D'Oeste |
| 11 — Bálsamo | 39 — Bady Bassit | 67 — Turmalina |
| 12 — Mirassolândia | 40 — Nova Aliança | 68 — Dolcinópolis |
| 13 — Nova Granada | 41 — Mendonça | 69 — Estrela D'Oeste |
| 14 — Icém | 42 — Adolfo | 70 — S. João das Duas Pontes |
| 15 — Orindiúva | 43 — Potirendaba | 71 — Populina |
| 16 — Paulo de Faria | 44 — Sales | 72 — Paranapuã |
| 17 — Riolândia | 45 — Irapuã | 73 — Santa Albertina |
| 18 — Pontes Gestal | 46 — Urupês | 74 — Urânia |
| 19 — Américo de Campos | 47 — Ibirá | 75 — S. Francisco |
| 20 — Alves Florence | 48 — Tabapuã | 76 — Palmeira D'Oeste |
| 21 — Votuporanga | 49 — Severínia | 77 — Marianópolis |
| 22 — Valentim Gentil | 50 — Cajobi | 78 — Aparecida D'Oeste |
| 23 — Cardoso | 51 — Catiguá | 79 — Santana da Ponte Pensa |
| 24 — Planalto | 52 — Catanduva | 80 — Santa Rita D'Oeste |
| 25 — União Paulista | 53 — Paraíso | 81 — Santa Clara D'Oeste |
| 26 — Nipoã | 54 — Palmares Paulista | 82 — Santa Fé do Sul |
| 27 — José Bonifácio | 55 — Ariranha | 83 — Três Fronteiras |
| 28 — Neves Paulista | 56 — Pindorama | 84 — Rubinéia |
| | | 85 — Jales |

SÁ, E. N. de C. — Equipe local de saúde. Sugestões para a abrangência de sua caracterização. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 10:75-102, 1976.

TABELA 4

Distribuição global do equipamento de saúde vinculado ao INPS no Estado de São Paulo

Regiões administrativas	N.º Leitos	N.º Médicos	Serv. compl.		Outros
			L.C.	R X	
1.ª São Paulo	15.934	1.669	104	38	74
2.ª Santos	2.244	223	13	5	6
3.ª São José dos Campos	2.060	147	18	7	6
4.ª Sorocaba	2.794	143	13	9	4
5.ª Campinas	6.832	555	33	22	25
6.ª Ribeirão Preto	4.587	384	18	15	26
7.ª Bauru	1.863	177	7	8	9
8.ª São José do Rio Preto	2.119	176	8	7	8
9.ª Araçatuba	1.115	94	4	3	3
10.ª Presidente Prudente	1.323	95	6	—	1
11.ª Marília	2.056	141	3	5	7
Total	42.927	3.804	227	119	169

Fonte: Gonçalves¹, sobre dados da Coordenação de Assistência Médica — INPS — São Paulo 1972-1973.

SÁ, E. N. de C. — Equipe local de saúde. Sugestões para a abrangência de sua caracterização. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 10:75-102, 1976.

TABELA 5

Equipamento de saúde do Município de São Paulo

Atividade	Equipamento	Vinculação	N.º de Unidades
Assistência médico-sanitária	Postos do DAIM	S. Higiene e Saúde	57
	Fiscalização Sanitária	S. Abastecimento (normativa) COAR (Execução descentralizada)	—
	Centro de Controle Zoonoses	S. Higiene e Saúde	1
	Consultórios em balneários	S. Esportes	—
Assistência hospitalar	Hospitais de Pronto Socorro	S. Higiene e Saúde	4
	Hospitais de Pediatria	S. Higiene e Saúde	1
	Maternidade	S. Higiene e Saúde	1
	Hospital do Servidor Público Municipal (autarquia)	S. Higiene e Saúde	1
Assistência para-hospitalar	Postos de Pronto Socorro	S. Higiene e Saúde	6
	Centro de Controle de Intoxicações	S. Higiene e Saúde	1
	Serviço de Recuperação dos Alcoólatras	S. Higiene e Saúde	1
	Assistência escolar: médica e odontológica	S. Educação e Cultura	—
	Merenda Escolar	S. Educação e Cultura	—

Fonte: Gonçalves 1.

SÁ, E. N. de C. — Equipe local de saúde. Sugestões para a abrangência de sua caracterização. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 10:75-102, 1976.

TABELA 6
Relação das Unidades Sanitárias, Unidades do INPS, Unidades do DAIM,
segundo localização, no município de São Paulo, em 1971

Unidades atendimento Zonas	DRS-1					INPS	DAIM	Total
	C.S.I	C.S.II	C.S.III	C.S.IV	C.S.V			
Zona Central	5	1	3	1	8	13	5	36
Zona Intermediária	7	1	5	6	59	7	26	111
Zona Periférica	2	4	2	8	29	—	17	62
Total	14	6	10	15	96	20	48	209

Fonte: Yunes, op. cit.

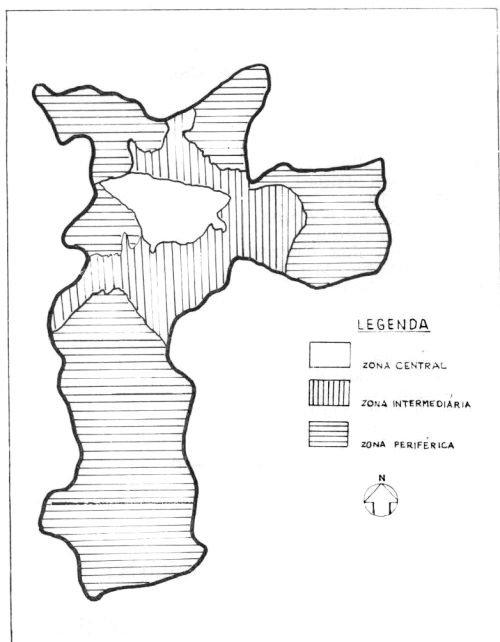


Fig. 11 — Divisão do Município de São Paulo em zonas

Fonte: Yunes, op. cit.

da rede no interior é sugestiva da cobertura possível em termos de programa a serem desenvolvidos.

EQUIPE LOCAL DE SAÚDE EM UNIDADE SANITÁRIA POLIVALENTE. A EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE EM SÃO PAULO

A — *Programas e quantificação dos recursos humanos.*

A Secretaria de Estado da Saúde no Estado optou, dentre as diretrizes de reforma administrativa por que passou, por uma integração dos serviços de saúde prestados à população em nível local, adotando o Centro de Saúde como unidade polivalente e dinâmica, sob chefia única, classificados segundo os programas de saúde que lhes cumpre executar.

Os programas estão assim detalhados:

- A.1 — programa desenvolvido — CS-I:
a) controle de doenças transmissíveis;

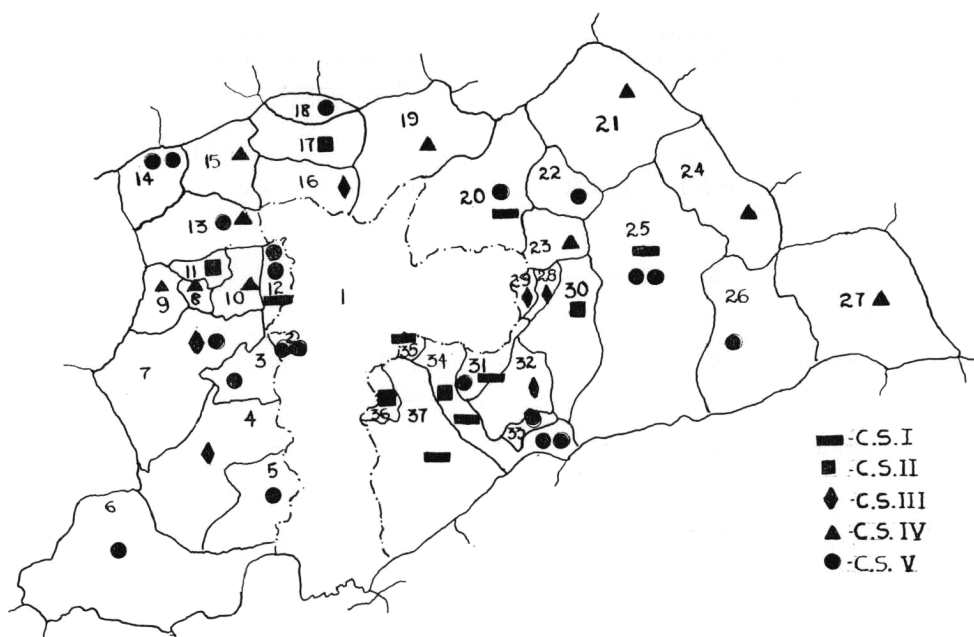
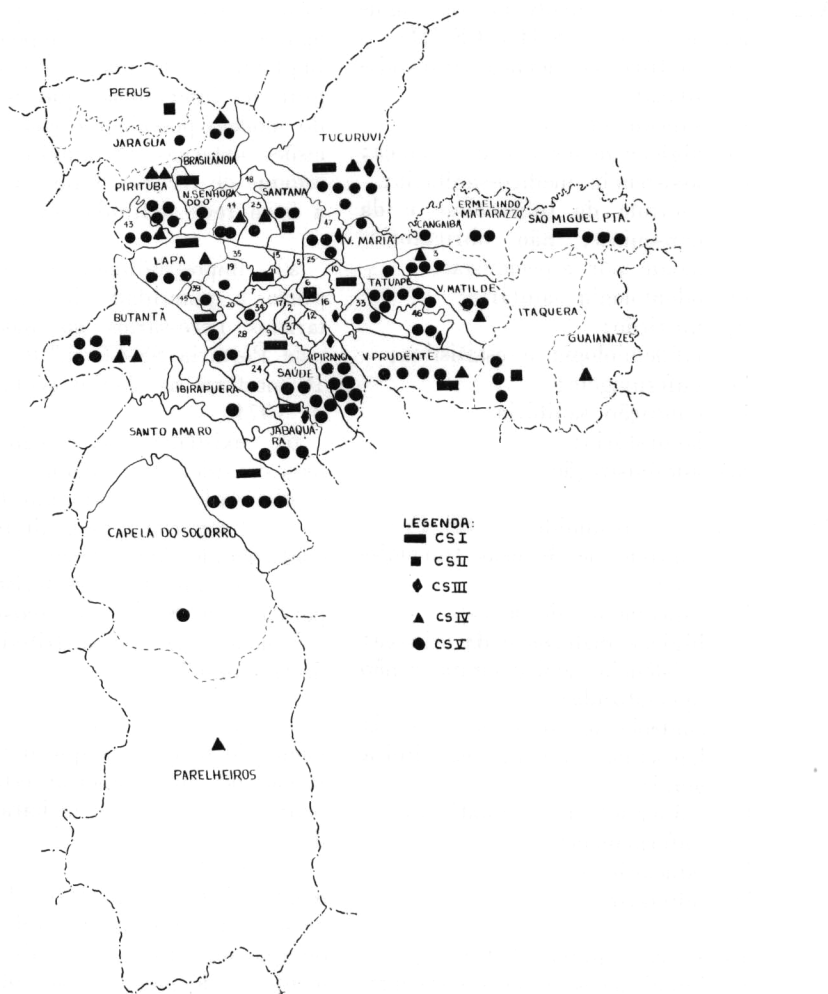


Fig. 12 — Tipos de Unidades Sanitárias do DRS-1, Região da Grande São Paulo, da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, 1975

Fonte: Assessoria do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, com dados da CSC. Mapa básico elaborado pela Divisão de Estudos e Programas da CSC.

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1 — Município de São Paulo | 20 — Guarulhos |
| 2 — Taboão da Serra | 21 — Santa Isabel |
| 3 — Embu | 22 — Arujá |
| 4 — Itapeperica da Serra | 23 — Itaquaquecetuba |
| 5 — Embu Guaçu | 24 — Guararema |
| 6 — Juquitiba | 25 — Mogi das Cruzes |
| 7 — Cotia | 26 — Biritiba Mirim |
| 8 — Jandira | 27 — Salesópolis |
| 9 — Itapevi | 28 — Poá |
| 10 — Carapicuíba | 29 — Ferraz de Vasconcelos |
| 11 — Barueri | 30 — Suzano |
| 12 — Osasco | 31 — Mauá |
| 13 — Santana do Parnaíba | 32 — Ribeirão Pires |
| 14 — Pirapora do Bom Jesus | 33 — Rio Grande da Serra |
| 15 — Cajamar | 34 — Santo André |
| 16 — Caieiras | 35 — São Caetano do Sul |
| 17 — Franco da Rocha | 36 — Diadema |
| 18 — Francisco Morato | 37 — São Bernardo do Campo |
| 19 — Mairiporã | |

- | | |
|--|---------------------------------|
| b) saneamento do meio; | g) odontologia sanitária; |
| c) higiene materna e da criança; | h) nutrição; |
| d) assistência médica sanitária especializada; | i) epidemiologia e estatística; |
| e) controle da tuberculose; | j) enfermagem; |
| f) controle da saúde mental; da hanseníase; | l) educação sanitária; |
| | m) laboratório; |
| | n) administração. |



- | | | |
|------------------------|------------------------|-----------------------------|
| 1 — Sé | 17 — Bela Vista | 33 — Alto da Moóca |
| 2 — Liberdade | 18 — Ipiranga | 34 — Cerqueira César |
| 3 — Penha de França | 19 — Perdizes | 35 — Barra Funda |
| 4 — Nossa Senhora do Ó | 20 — Jardim América | 36 — Vila Maria |
| 5 — Santa Ifigênia | 21 — Saúde | 37 — Aclimação |
| 6 — Brás | 22 — Tucuruvi | 38 — Vila Matilde |
| 7 — Consolação | 23 — Casa Verde | 39 — Vila Madalena |
| 8 — Santana | 24 — Indianópolis | 40 — Brasilândia |
| 9 — Vila Mariana | 25 — Pari | 41 — Cangaíba |
| 10 — Belenzinho | 26 — Vila Prudente | 42 — Jabaquara |
| 11 — Santa Cecília | 27 — Tatuapé | 43 — Vila Jaguara |
| 12 — Cambuci | 28 — Jardim Paulista | 44 — Limão |
| 13 — Butantan | 29 — Santo Amaro | 45 — Pinheiros |
| 14 — Lapa | 30 — Ibirapuera | 46 — Vila Formosa |
| 15 — Bom Retiro | 31 — Pirituba | 47 — Vila Guilherme |
| 16 — Moóca | 32 — Capela do Socorro | 48 — Vila Nova Cachoeirinha |

Fig. 13 — Tipos de Unidades Sanitárias do DRS-1, do Município de São Paulo, 1975

Fonte: Assessoria do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, com dados da CSC.
Mapa básico elaborado pela Divisão de Estudos e Programas da CSC.

A.2 — programa desenvolvido com algumas exceções: CS II e CS III:

- a) controle de doenças transmissíveis;
- b) saneamento do meio;
- c) higiene materna e da criança;
- d) assistência médico-sanitária;
- e) controle da tuberculose e da hanseníase, não obrigatoriamente por especialistas;
- f) odontologia sanitária;
- g) nutrição;
- h) epidemiologia e estatística;
- i) enfermagem;
- j) educação sanitária;
- l) laboratório;
- m) administração.

A.3 — programa resumido — CS IV:

- a) controle de doenças transmissíveis;
- b) saneamento do meio;
- c) higiene materna e da criança;
- d) assistência médico-sanitária não especializada;
- e) controle da tuberculose e da hanseníase a cargo de clínica geral;
- f) epidemiologia e estatística;
- g) enfermagem;
- h) educação sanitária;
- i) administração.

A.4 — programa mínimo — CS V:

- a) imunizações e, eventualmente, quimioprofilaxia;
- b) saneamento do meio;
- c) visitação sanitária;
- d) educação sanitária;
- e) assistência médico-sanitária fixa ou intermitente.

A Tabela 7 discrimina as faixas de população, as categorias profissionais e a quantificação de equipes previstas para cada tipo de Centro de Saúde.

B — Situação de instalação.

A fase de implantação de um modelo permite medir o grau de ajuste do pró-

prio modelo à realidade a que se destinou; aparecem, também, os impeditivos à plena implantação de uma nova realidade e o grau de intervenção que os idealizadores do modelo possam ter nos centros de decisões externas. A análise do ajuste do estoque de recursos humanos da Secretaria à nova rede definida revela:

a) impossibilidade de formar, a curto prazo, a quantidade de profissionais sanitários necessários ao modelo definido pela Portaria SS-CG n.º 8; as Figs. 15 e 16 mostram as chefias acéfalas em março de 1974.

b) existência de categorias profissionais consideradas "médias" em termos de escolaridade formando um funil entre as de nível superior e as auxiliares, (Fig. 17) confirmando Mascarenhas⁵ ao citar esse fato como um dos característicos da equipe local de Saúde nos países em desenvolvimento. De tal distribuição da força de trabalho infere-se:

— que esteja havendo um encarecimento do serviço, já que pessoas com formação de curso superior estariam desempenhando tarefas "mas baratas" próprias de pessoal de nível médio e

— que esteja havendo um enriquecimento ilícito por parte do Estado quando pessoas desempenham tarefas mais caras do que aquelas pelas quais estejam realmente sendo pagas. Esta última situação é, além de imoral, ilegal, já que o desvio de função é expressamente vedado pelo Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado:

c) impossibilidade de corrigir os desvios de função e os desajustes quantitativos de profissionais disponíveis na unidade e que não estejam previstos no modelo. A Tabela 8 mostra os desvios da disponibilidade profissional quantitativa frente ao modelo e aos desvios de função, evidentes em alguns casos e presumíveis em outros. A coluna rotulada "OUTROS" compreendia, em 1973, 33 categorias profissionais não previstas no modelo, e custando, na época Cr\$ 155,00 mensais, sob

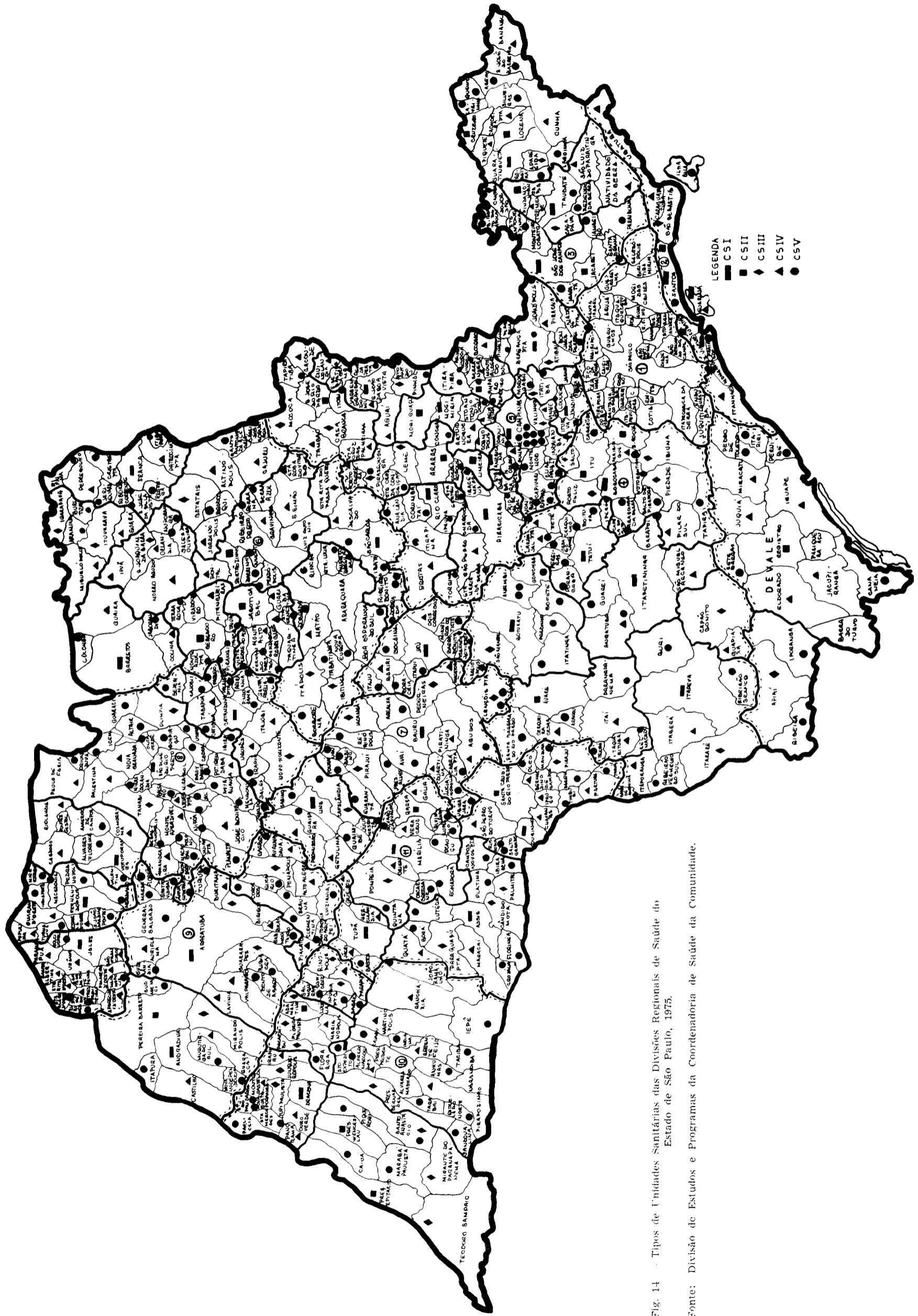


Fig. 14 - Tipos de Unidades Sanitárias das Divisões Regionais de Saúde do Estado de São Paulo, 1975.

Fonte: Divisão de Estudos e Programas da Coordenadoria de Saúde da Comunidade.

SA, E. N. de C. — Equipe local de saúde. Sugestões para a abrangência de sua caracterização. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 10:75-102, 1976.

TABELA 7
 Categorias profissionais por tipo de Centro de Saúde, segundo o modelo da Portaria SS-CG n.º 8, de 6-6-72

Tipos de U.S.	CS I	CS II	CS III	CS IV	CS V
	População 50 mil a 150 mil habitantes	População 30 mil a 50 mil habitantes	População 20 mil a 30 mil habitantes	População 10 mil a 20 mil habitantes	População até 10 mil habitantes
Médico Chefe Sanitarista III	1	1	1	—	—
Médico Chefe Sanitarista II	—	—	—	1	—
Médico Auxiliar Sanitarista I	2	1	1	—	—
Médico Consultante — Saúde da Criança	4	2	0	●	—
Médico Consultante — Saúde Materna	2	1	0	●	—
Médico Consultante Tisiologista e Pneumologista	2	3	—	●	—
Médico Consultante Dermatologista e Hansenologista	2	2	*	●	—
Médico Consultante Oftalmologista	2	—	—	—	—
Médico Consultante Psiquiatra	1	—	—	—	—
Médico Consultante Clínico Geral	2	2	2	—	△
Médico Consultante Otorrinolaringologista	1	—	—	—	—
Psicólogo	1	—	—	—	—
Assistente Social	1	—	—	—	—
Enfermeira	1	1	—	—	—
Obstetriz	2	—	—	—	—
Cirurgião Dentista	3	1	1	—	—
Operador de Raio X	2	2	—	—	—
Técnico de Laboratório	1	—	—	—	—
Educador Sanitário	3	2	1	—	—
Auxiliar de Laboratório	3	2	1	—	—
Inspetor de Saneamento	1	1	1	—	—
Fiscal Sanitário	12	6	4	2	1
Visitador Sanitário	12	6	4	2	1
Atendente	15	9	5	4	3
Escriturário	7	4	2	2	1
Vigia	2	1	1	—	—
Motorista	4	2	1	1	—
Servente	6	3	2	1	1
	95 servido- res	52 servido- res	27 servido- res	15 servido- res	8 servido- res
Total	27 catego- rias	20 catego- rias	15 catego- rias	8 catego- rias	6 catego- rias

o 1 Médico Consultante com adestramento nas áreas de *saúde materna* e da *criança*.

* 2 Médicos Consultantes, Clínicos Gerais para atendimento de adulto com experiência em *Dermatologia Sanitária*, *Hanseniologia*, *Tisiologia* e *Pneumologia*.

● 2 Médicos Consultantes, com experiência nas áreas de *saúde materna*, da *criança*, de *adultos*, *dermatologia sanitária*, *hanseniologia*, *tisiologia* e *pneumologia*.

△ 1 Médico fixo ou intermitente.

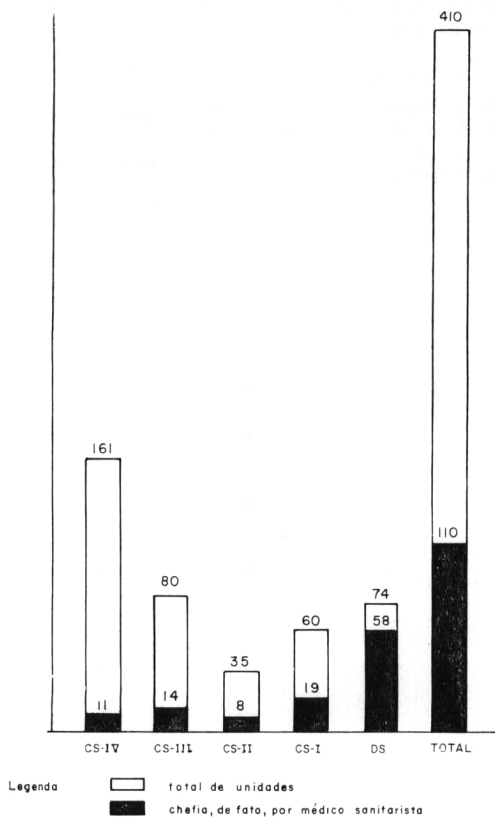


Fig. 15 — Situação das chefias de Unidades Sanitárias da Secretaria de Estado da Saúde em março de 1974

Fonte: Gonçalves¹ e Leser⁴, sobre dados da C-AP elaborados pelo D.T.N.

as seguintes denominações: auxiliar de enfermagem, auxiliar de higiene dental, auxiliar de saneamento, auxiliar de farmacêutico, auxiliar de dietética, auxiliar de fiscal sanitário, auxiliar técnico administrativo, almoxarife, artífice, agente da FEPASA, assistente de administração, biólogo, bibliotecário, contínuo-porteiro, chefe de serviço, chefe de seção, chefe de estação, conferente, desenhista, desinsetizador, encarregado de setor, farmacêutico, gráfico, marceneiro, nutricionista, operário, operador de telecomunicações, mestre, prático de laboratório, reparador

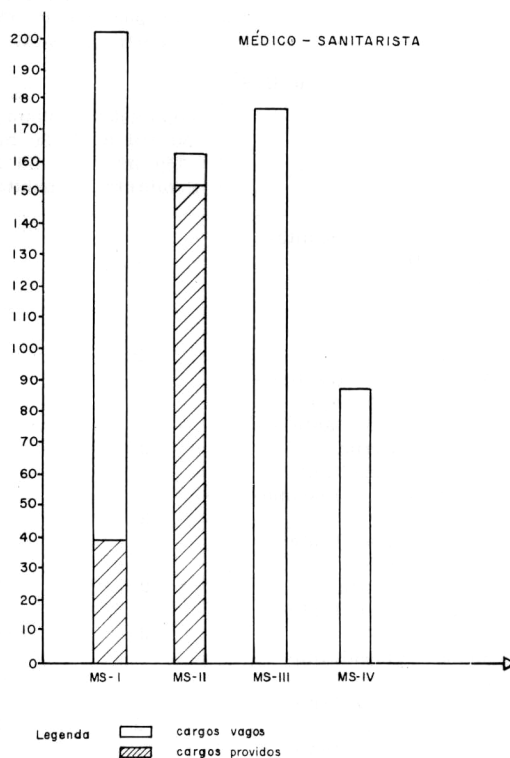


Fig. 16 — Cargos vagos e providos na carreira de Médico Sanitarista da Secretaria de Estado da Saúde em março de 1974

Fonte: Gonçalves¹ e Leser⁴, sobre dados da C-AP elaborados pelo D.T.N.

geral, rádio-telegrafista, trabalhador braçal, telefonista, técnico de ortóptica e zelador.

As diferenças de denominação mostram que, em alguns casos, as atribuições estavam muito próximas das ideais previstas, como no caso de “auxiliar de higiene dental”, “auxiliar de saneamento” etc. e que seriam, provavelmente, indicativas de que as pessoas estariam desempenhando, de fato, funções de atendente e fiscal sanitário. Em outros casos, são totalmente inadequados aos programas descritos. O que se nota em todos os casos de excedentes é que existe uma “herança” de situações cuja solução não está ao alcance

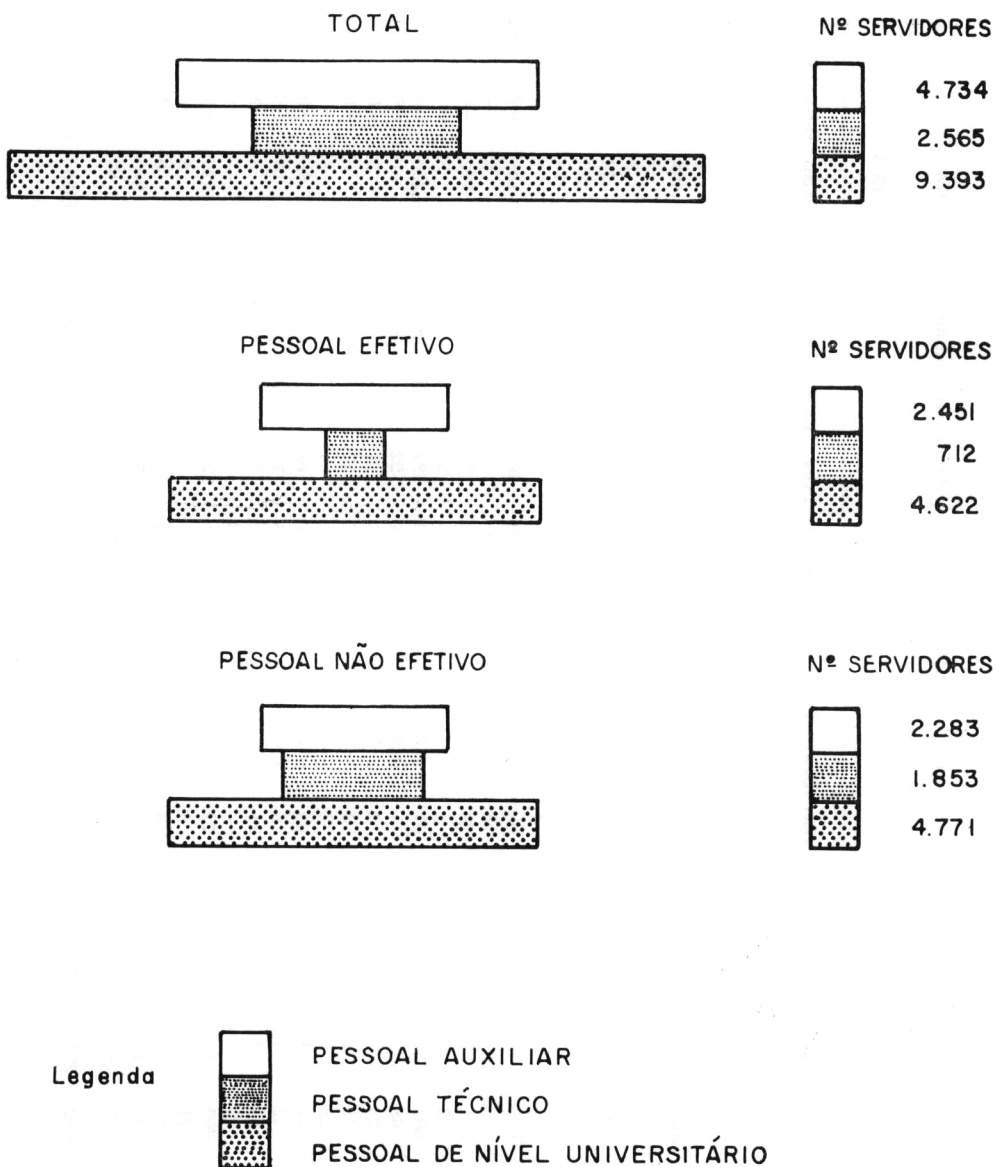


Fig. 17 — Distribuição do pessoal do serviço de saúde por nível de escolaridade.

Fonte: Gonçalves¹, sobre dados do Cadastro Central da Secretaria de Estado da Saúde.

TABELA 8

Distribuição regional do pessoal da Coordenadoria da Saúde da Comunidade — 1973

Nome do cargo	DRS-1			DRS-2			DRS-3			DRS-4			DRS-5			DRS-6		
	Prev.	Exist.	Desv.	Prev.	Exist.	Desv.	Prev.	Exist.	Desv.	Prev.	Exist.	Desv.	Prev.	Exist.	Desv.	Prev.	Exist.	Desv.
Almoxarife	1	1	—	3	3	—	2	2	—	3	3	—	1	1	—	1	1	—
Assist. Social	21	20	-1	3	2	-1	10	8	-2	5	—	-5	8	4	-3	4	2	-2
Atendente	1015	937	-78	158	177	+19	170	148	-22	318	319	+1	441	489	+48	359	352	-7
Aux. Estatística	19	—	-19	1	—	-1	3	—	-3	1	—	-1	5	—	-5	4	—	-4
Aux. Laboratório	101	20	-81	16	5	-11	21	4	-17	30	9	-21	46	9	-37	27	3	-24
Cirurg. Dentista	91	36	-55	17	7	-10	19	5	-14	30	11	-19	47	38	-9	30	24	-6
Educ. Sanitário	125	86	-39	18	3	-15	24	1	-23	32	2	-30	52	13	-39	31	6	-25
Enfermeiro	53	32	-21	12	8	-4	11	8	-3	16	6	-10	26	14	-12	15	11	-4
Engenheiro	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
Escriturário	627	455	-172	111	88	-23	138	119	-19	193	131	-62	263	185	-78	202	121	-81
Farmacêutico	—	—	—	3	3	—	2	2	—	1	1	—	5	5	—	3	3	—
Fisc. Sanitário	551	388	-163	86	76	-10	103	78	-25	172	135	-37	252	172	-80	186	155	-31
Insp. Saneamento	72	35	-37	11	4	-7	15	7	-8	25	6	-19	36	8	-28	25	6	-19
Médico	661	542	-119	110	97	-13	124	101	-23	197	134	-63	294	258	-36	202	217	+15
Médico Sanit. I	68	2	-66	10	—	-10	14	—	-14	22	—	-22	32	—	-32	21	1	-20
Médico Sanit. II	24	—	-24	9	2	-7	6	—	-6	11	—	-11	20	2	-18	19	—	-19
Médico Sanit. III	48	17	-31	7	2	-5	11	4	-7	17	3	-14	24	6	-18	16	7	-9
Médico Sanit. IV	21	18	-3	3	3	—	3	3	—	7	7	—	11	8	-3	7	7	—
Motorista	247	112	-135	38	23	-15	41	34	-7	68	62	-6	105	86	-19	76	65	-11
Obstetiz	42	56	+14	6	6	—	6	3	-3	10	3	-7	16	13	-3	8	5	-3
Oper. Raio X	64	34	-30	12	11	-1	14	2	-12	16	3	-13	28	8	-20	14	4	-10
Psicólogo	22	1	-21	3	—	-3	3	—	-3	5	—	-5	8	—	-8	4	—	-4
Servente	409	522	+113	61	72	+11	70	100	+30	124	174	+50	166	227	+61	135	159	+24
Téc. Laboratório	21	26	+5	3	5	+2	3	3	—	5	1	-4	8	5	-3	4	3	-1
Vigia	69	—	-69	10	3	-7	14	—	-14	22	15	-7	36	5	-31	20	7	-13
Visit. Sanitário	551	126	-425	86	63	-23	103	74	-29	172	159	-13	252	240	-12	185	146	-39
Outros	59	244	+185	19	68	+49	1	33	+32	2	60	+58	6	82	+76	10	92	+82
Total	4982	3710	-1272	817	732	-85	931	739	-192	1504	1244	-260	2189	1879	-310	1608	1397	-211

Fonte: Gonçalves¹

TABELA 8 (continuação)

Nome do cargo	DRS-7		DRS-8		DRS-9		DRS-10		DRS-11		Total	
	Prev.	Exist.	Desv.	Prev.	Exist.	Desv.	Prev.	Exist.	Desv.	Prev.	Exist.	Desv.
Almoxarife	3	3	-	1	-	-	1	1	-	1	1	16
Assist. Social	3	-	-3	5	-	-2	2	-	-2	4	1	-3
Atendente	182	181	-1	353	-119	120	239	194	-45	229	179	-50
Aux. Estatística	1	-	-1	3	-	-2	1	-	-1	3	-	-3
Aux. Laboratório	14	4	-10	20	5	-15	12	3	-19	21	2	-19
Cirurg. Dentista	17	6	-11	21	3	-18	12	4	-8	23	6	-15
Educ. Sanitário	16	1	-15	23	-	-23	15	2	-13	24	1	-23
Enfermeiro	7	2	-5	10	7	-3	6	4	-2	10	3	-7
Engenheiro	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Escriturário	118	91	-27	201	136	-65	120	106	-45	149	112	-37
Farmacêutico	2	2	-	2	2	-	2	2	-	1	1	-
Fisc. Sanitário	104	103	-1	175	117	-58	87	100	-31	128	107	-21
Insp. Saneamento	12	3	-9	17	4	-13	11	3	-15	16	7	-9
Médico	107	106	-1	195	173	-22	94	115	-19	147	100	-47
Médico Sanit. I	11	-	-11	15	-	-15	9	-	-18	15	-	-15
Médico Sanit. II	8	1	-7	25	4	-21	11	2	-9	12	13	-13
Médico Sanit. III	8	2	-6	10	6	-4	7	-	-7	16	2	-9
Médico Sanit. IV	3	3	-	5	5	-	2	2	-3	4	3	-1
Motorista	42	36	-6	70	54	-16	49	45	-13	56	44	-12
Obstetriz	6	2	-4	8	-	-8	4	5	+1	8	-	-8
Oper. Raio X	6	5	-1	10	5	-6	6	2	-6	12	4	-8
Psicólogo	3	-	-3	5	-	-5	2	-	-2	4	-	-4
Servente	71	88	+17	123	129	+6	63	57	-6	88	89	+7
Téc. Laboratório	3	-	-3	5	-	-5	2	2	-2	4	1	-3
Vigia	12	9	-3	15	-	-15	10	1	-9	18	7	-8
Visit. Sanitário	94	86	-8	175	120	-55	87	113	-18	128	100	-28
Outros	5	18	+13	7	29	+22	4	25	+22	1	20	+19
Total	859	753	-106	1499	1035	-464	789	557	-232	1123	790	-317
								834	-289	1107	834	-317
												17407
												13670
												-3737

de quem definiu o modelo da equipe local de saúde;

d) há desvios numéricos, geralmente para menos, quando são comparados o estoque de pessoal existente e o modelo dado pela Portaria SS-CG 8/72 (Tabela 8). As diferenças numéricas para me-

nos nas categorias previstas podem ser interpretadas de duas maneiras: ou o modelo está superdimensionado, gerando diferenças artificiais para menos na comparação ou os programas não foram implantados ou demandados para as populações previstas, permitindo que a rede funcione como vem funcionando.

RSPU-B/301

SÁ, E. N. de C. — [*The local health team*. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 10:75-102, 1976.

SUMMARY: *The S. Paulo State Health Department is undergoing an analysis as regards the present model used for manpower dimensioning through it network of Sanitary units. Putting in a model will point out the degree of correct forecasting as to difficulties and external interference such as the availability of human resources on the market and the possibility of competing with this market.*

UNITERMS: *Health, local staff. Health Center, local. Public Health.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GONÇALVES, E. L. et al. — *Estratégia operacional de governo (proposições); relatório da área de saúde*. São Paulo, Governo do Estado de São Paulo, 1974.
2. GUEDES, J. da S. & GUEDES, M. L. da S. — Quantificação do indicador de Nelson de Moraes (curva de mortalidade proporcional). *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 7:103-13, 1973.
3. LESER, W. S. P. — Crescimento da população da cidade de São Paulo, entre 1950 e 1970, e seu reflexo nas condições de saúde pública. *Ciênc. e Cultura*, 27:244-56, 1975.
4. LESER, W. S. P. et al. — *Região metropolitana de São Paulo diagnóstico saúde-1975*. São Paulo, Governo do Estado de São Paulo, 1974.
5. MASCARENHAS, R. dos S. et al. — *Introdução à administração sanitária*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Disciplina de Administração Sanitária, 1972 [apostila mimeografada].
6. RODRIGUES, B. A. — *Fundamentos de administração sanitária*. Rio de Janeiro, Ed. Freitas Bastos, 1967.

Recebido para publicação em 08/09/1975

Aprovado para publicação em 22/09/1975