

saúde em números

VOL. 3 N.º 5

NOVEMBRO - 1988

SUMÁRIO

- 33 MORTES EVITÁVEIS NA EUROPA
— DIFERENÇAS NACIONAIS E REGIONAIS
- 35 MORTALIDADE PERINATAL:
ASSOCIAÇÃO COM O LOCAL E A ASSISTÊNCIA AO PARTO
- 37 DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO
- 40 SAÚDE EM NÚMEROS — VOLUMES PUBLICADOS

MORTES EVITÁVEIS NA EUROPA — Diferenças Nacionais e Regionais

L. Cayolla da Motta (*)

Os dois cartogramas com que a título de exemplo, se inicia esta breve nota relativa a um dos mais vastos e importantes projectos de investigação comunitária no domínio da medicina e da saúde, iniciado em 1974 e ainda em curso, são apenas dois das muitas dezenas que fazem parte do I Volume do «Atlas Europeu da Mortalidade Evitável», respeitante ao período 1974-1978 (**). O Volume II, já em preparação e relativo ao período 1979-1984 já inclui Portugal e Espanha, membros comunitários desde 1986.

(*) Professor catedrático (Epidemiologia) e Presidente do Conselho Científico da Escola Nacional de Saúde Pública, Coordenador Nacional do Projecto Mortalidade Evitável na Europa Comunitária (CEE).

(**) Publicado pela Oxford University Press, 1988.

O projecto liderado pelo Prof. Walter Holland da Faculdade de Medicina do St. Thomas Hospital de Londres baseia-se no conceito de *morte «evitável»*, definida pelo grupo de peritos europeus que o apoia, como toda a morte devida a causas seleccionadas que, em grupos etários bem definidos, *podem e devem* ser hoje evitadas por intervenções correctas e atempadas de serviços de saúde. De entre as cerca de 20 causas de morte seleccionadas pelos peritos podem referir-se, como exemplos escolhidos puramente ao acaso, de cada um daqueles grupos, a asma ou a apendicite aguda entre os 15 e os 64 anos e a difteria, o sarampo ou o cancro do pulmão.

Na sua maioria, contudo, as causas seleccionadas procuram explicar as variações euro-



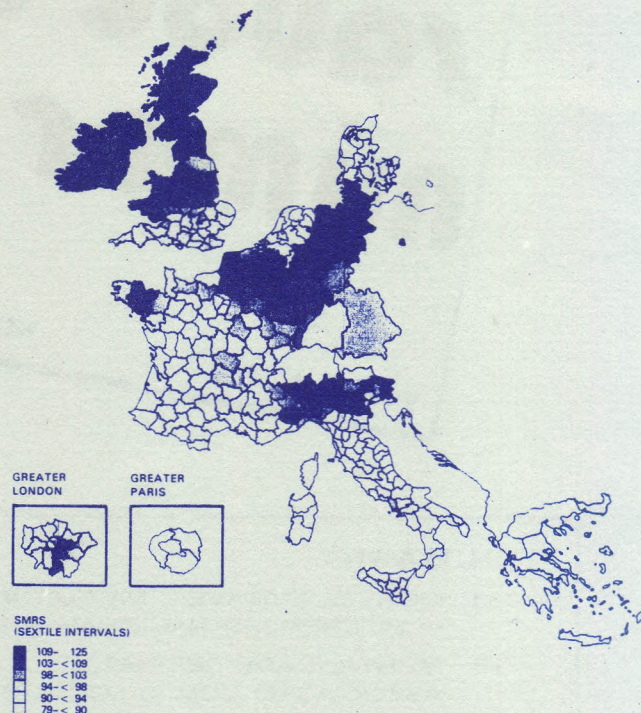
peias em termos de *existência, disponibilidade, acessibilidade, uso e resultados* (eficácia e eficiência) dos *serviços de saúde* europeus. O estudo, baseado em taxas de mortalidade específica padronizadas (quanto ao sexo e à idade) em relação a valores «médios» europeus, pretende distinguir não só *países*, como também *regiões* (subunidades nacionais que, no caso de Portugal são o distrito). Os resultados obtidos, em numerosos quadros estatísticos, que procuram ainda relacionar aquelas taxas com os valores correspondentes de alguns *indicadores de recursos de saúde* (número de médicos, de camas hospitalares, etc.) ou *sociais*, como por exemplo os que relacionam a distribuição domiciliária de água canalizada, o número de viaturas automóveis, ou da TV, etc. por habitante.

Os resultados do primeiro quinquénio (1974-1978), resumidos no Volume I do Atlas Europeu da Mortalidade Evitável, acima referido, foram suficientemente importantes para terem sido recentemente divulgados em Bruxelas, em conferência de imprensa a que presidiu o Comissário Marin (Assuntos Sociais). Eles têm sido referidos na imprensa médica e de saúde, e até na leiga, dos países comunitários. Daí se ter julgado conveniente referir, ainda que de forma muito sucinta o Projecto e os seus primeiros resultados (***) — que, segundo o Prof. Holland revelam as diferenças ainda marcadas que distinguem os países e dentro de cada país, as suas regiões, quanto às causas de mortalidade consideradas e demonstram as diferenças ainda existentes aos níveis correspondentes de cuidados médicos e de saúde. Compreende-se portanto, a importância comparativa deste projecto à escala europeia, a sua implicação para o planeamento e a avaliação dos serviços médicos e dos cuidados de saúde.

A título meramente exemplificativo de alguns dos «diferenciais» de *mortalidade europeia geral* no quinquénio 1974-1978 (Figura 1) pode ver-se como as razões padronizadas de mortalidade (RPM) na Europa são claramente superiores à média europeia, não só em algumas regiões menos desenvolvidas do sul da Europa, como a Calábria, a Sicília, a Trácia (Portugal e Espanha não figuram ainda neste mapa), como também em certas áreas do sul da Alemanha, no norte da Grã-Bretanha e na Irlanda (Figura 1).

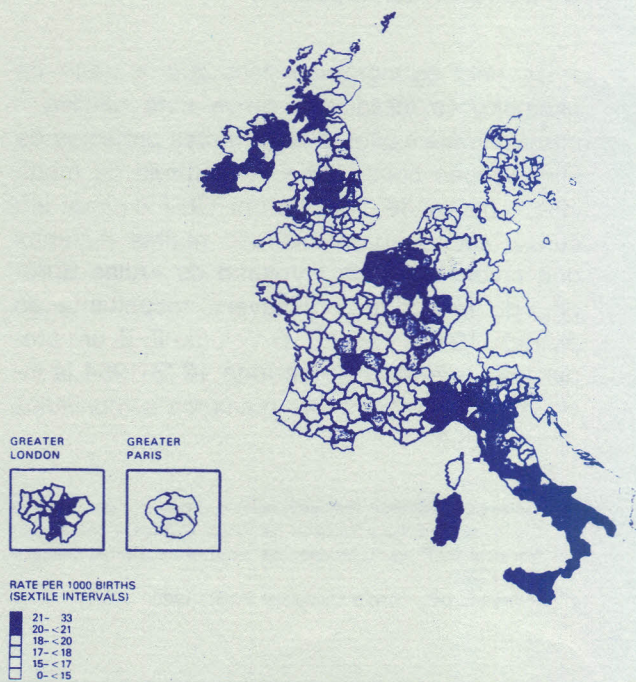
(***) Mais dados podem ser obtidos junto do coordenador nacional; na Escola Nacional de Saúde Pública (Cadeira de Epidemiologia), Av. Padre Cruz, 1699 Lisboa Codex (Telef. 758 55 99) e da sua colaboradora, Chefe de Divisão de Estatísticas de Saúde do Gabinete de Estudos e Planeamento da Saúde, Av. Álvares Cabral, 25 — 1200 Lisboa.

FIGURA 1
MORTALIDADE POR TODAS AS CAUSAS



Quanto à mortalidade perinatal (Figura 2), as diferenças vão praticamente no mesmo sentido, revelando de resto uma associação maior com os indicadores sociais, do que com os indicadores de recursos médicos. (Figura 2).

FIGURA 2
MORTALIDADE PERINATAL



Como se disse estes são apenas dois dos muitos cartogramas do primeiro Atlas Europeu da Mortalidade Evitável. Um pouco ao acaso, referem-se alguns outros resultados. Segundo o projecto, naquele quinquénio a *morte prematura de cerca de 45 000 europeus* (em 10 países da CEE) poderia e (deveria!) ter sido evitada ficando esses óbitos a dever-se à inadequação ou ao deficiente nível de cuidados médicos. Em Roma, os doentes da doença reumatismal do coração tiveram uma mortalidade superior à dos de Paris. Nas mulheres habitantes de Londres entre os 35 e os 64 anos, a mortalidade por cancro do colo do útero foi significativamente superior nas moradoras da City do que nas de Camden Town. Ainda quanto à mortalidade por cancro do colo estão melhor as mulheres da Grécia do que as da Grã-Bretanha. Quanto às mortes por asma — ou, curiosamente por apendicite aguda, o maior risco de morte verifica-se na Alemanha Ocidental e em certas áreas da Grã-Bretanha.

Em relação à mortalidade cardiovascular, em particular por trombose das coronárias, as melhores RPM verificam-se na ilha de Creta e as mais elevadas nas ilhas do norte da Escócia, etc.

Parece desnecessário salientar o interesse destes resultados e dos estudos complementares que deles necessariamente resultam, para a avaliação da adequação da eficácia e da eficiência dos cuidados médicos e de saúde na Europa Comunitária — sobretudo se estas determinações se repetiram a intervalos regulares. Como se disse, o II Volume deste Atlas, referente ao quinquénio seguinte, 1980-1984, em que Portugal e os seus distritos são já incluídos está a ser preparado e conta-se com a sua publicação no decurso do ano de 1989. As implicações dos seus resultados para o planeamento dos serviços e actividades de saúde e até para a possível redefinição das políticas de saúde nacionais são indiscutíveis.

MORTALIDADE PERINATAL: ASSOCIAÇÃO COM O LOCAL E A ASSISTÊNCIA AO PARTO

Maria José Varela Rebelo ()*

Ao comparar as taxas de mortalidade perinatal em cinco países europeus, verifica-se que no início dos anos oitenta França e Inglaterra registavam taxas respectivamente de 13,0/1000 e de 13,4/1000, Itália e Grécia de 17,4/1000 e de 20,1/1000 e Portugal de 23,9/1000 (Quadro I).

Em Portugal a mortalidade perinatal apresenta uma tendência decrescente entre 1970 e 1986, anos nos quais se registaram taxas de mortalidade respectivamente de 38,9 e de 18,2 (**). O risco de morrer no período perinatal foi em 1986 duas vezes inferior ao observado no início da década de setenta (Quadro II).

QUADRO I
TAXAS DE MORTALIDADE PERINATAL
EM CINCO PAÍSES DA EUROPA — 1980

PAÍSES	TAXAS /1000 n.v.
França	13,0
Inglaterra e Gales	13,4
Itália	17,4
Grécia	20,1
Portugal	23,9

Fonte: Anuário estatístico da OMS.

(*) Subdelegada de saúde, em destacamento na Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

(**) Por mil nados vivos e fetos mortos de vinte e oito e mais semanas.

QUADRO II
TAXAS DE MORTALIDADE PERINATAL
EM PORTUGAL

ANOS	1970	1975	1980	1985	1986
Taxas/1000 n	38,9	31,9	23,9	19,8	18,2

Fonte: S. Inf. Saúde — DGCSP.

Em 1986, a distribuição geográfica das taxas de mortalidade perinatal em Portugal mostra valores inferiores ao do país nos distritos de Leiria (12,4), Coimbra (13,4), Lisboa (15,0), Santarém (15,0), Setúbal (15,1),

Aveiro (17,5), Beja (17,5) e Castelo Branco (18,1), apresentando os restantes distritos e regiões autónomas valores superiores a 18,2 (***) (Quadro III e Figura 1).

QUADRO III
TAXAS DE MORTALIDADE PERINATAL
NOS DISTRITOS DO CONTINENTE E REGIÕES AUTÓNOMAS
1986

DISTRITOS DO CONTINENTE E REGIÕES AUTÓNOMAS	TAXAS/1000 n
Leiria	12,4
Coimbra	13,4
Lisboa	15,0
Santarém	15,0
Setúbal	15,1
Beja	17,5
Aveiro	17,5
Castelo Branco	18,1
Bragança	18,5
Évora	18,7
Viseu	18,7
Faro	18,8
Braga	19,2
Viana do Castelo	19,9
Madeira	20,5
Porto	20,6
Portalegre	22,0
Guarda	22,5
Açores	23,9
Vila Real	24,9
País	18,2

Fonte: S. Inf. Saúde — DGCS.P.

Sendo por certo múltiplos os factores associados à mortalidade entre a 28.^a semana de gestação e a primeira semana de vida, nomeadamente a vigilância médica das mulheres durante a gravidez, os cuidados na realização do parto e a assistência aos recém-nascidos, pode supor-se que nos distritos do continente a realização de partos sem assistência médica ou de enfermagem seja um dos factores a considerar.

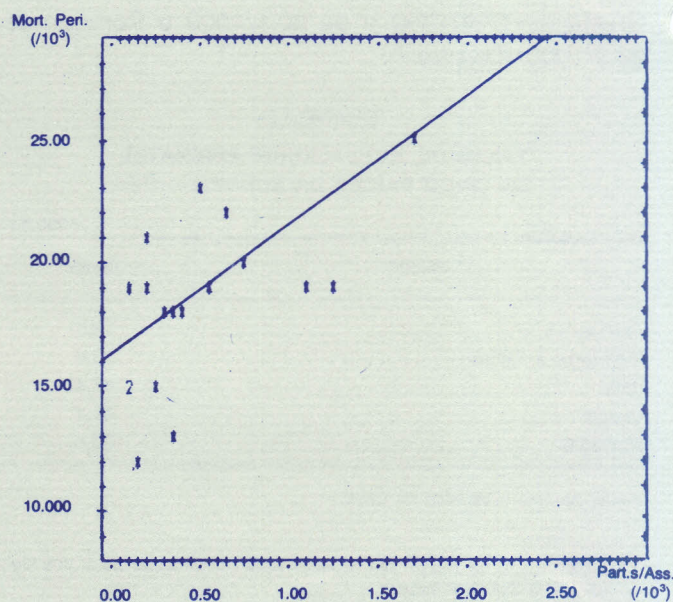
Utilizando como indicadores as taxas de mortalidade perinatal destes distritos em 1986 e a proporção de partos efectuados sem assistência médica ou de enfermagem durante o mesmo ano e nos mesmos distritos, obtém-se uma correlação de 0,61 ($P = 0,0076$) que traduz a associação entre a mortalidade perinatal e a assistência ao parto (Quadro IV).

(***) Por mil nados vivos e fetos mortos de vinte e oito e mais semanas.

FIGURA 1
DISTRIBUIÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE PERINATAL
NOS DISTRITOS DO CONTINENTE
1986

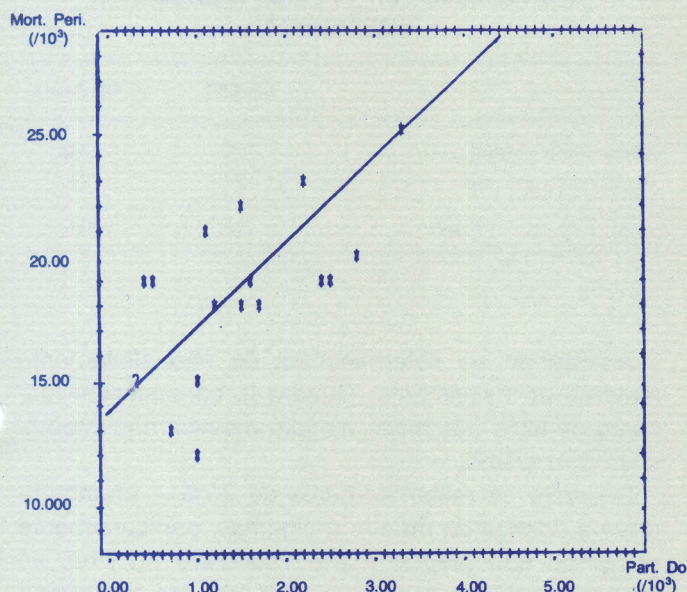


QUADRO IV
TAXAS DE MORTALIDADE PERINATAL (/1000) E PROPORÇÃO
DE PARTOS SEM ASSISTÊNCIA MÉDICA OU DE ENFERMAGEM
(/1000) NOS DISTRITOS DO CONTINENTE EM 1986



QUADRO V

TAXAS DE MORTALIDADE PERINATAL (/1000) E PROPORÇÃO DE PARTOS EFECTUADOS NO DOMICÍLIO E OUTROS LOCAIS (/1000) NOS DISTRITOS DO CONTINENTE EM 1986



Ao procurar ainda a associação entre a mortalidade perinatal e a realização de partos no domicílio, utilizando como indicadores as taxas de mortalidade perinatal e a proporção de partos efectuados nas referidas condições nos distritos do continente em 1986, obteve-se uma correlação de 0,66 ($P = 0,0030$), que traduz igualmente uma associação entre as variáveis (Quadro V).

Embora a existência de coeficientes de correlação elevados e estatisticamente significativos não permita só por si estabelecer relações de causa-efeito, é de admitir que as duas variáveis estudadas desempenhem de facto um papel importante na mortalidade perinatal.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Mac Mahon, F. Pugh — «Principios y métodos de epidemiologia» (Pág. 19).
- 2 — Jenicek et Cléroux — «Épidémiologie» (Pág. 69).
- 3 — Colton — «Statistiques en médecine» (Pág. 6.15).
- 4 — DGCS (Grupo de Trabalho) — «Cuidados Primários em Saúde Materna e Infantil» (Pág. 8).
- 5 — OMS — «Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000» (Pág. 12).

DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO

Ana da Costa Miranda (*)

INTRODUÇÃO

O Concelho de Almada tinha, em 1986, uma população estimada em cerca de 165 912 habitantes. Teve um crescimento explosivo de 1970 a 1981 — 37,2%, estimando-se em cerca de 12,3% o aumento verificado para os últimos 5 anos.

A pirâmide etária tem uma configuração jovem.

A taxa de fecundidade é menor no concelho de Almada, quando comparada com a do distrito e com a do continente, pese embora a sua diminuição a estes três níveis desde 1970.

A taxa de natalidade é de 10,2‰ em 1985. É inferior quer à do distrito — 11,2‰, quer à do continente — 12,8‰.

No que respeita a alguns indicadores socioeconómicos podemos considerá-los com um valor bom, cerca de 98% das famílias residem em alojamentos clássicos com instalações sanitárias, esgotos e água canalizada.

A população activa situa-se fundamentalmente no sector terciário 50,5% e secundário 36,5%.

(*) Assistente de Saúde Pública. Divisão de Epidemiologia da DGCS.

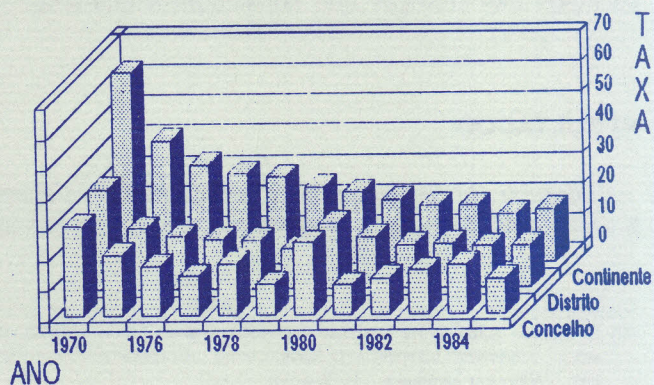
A taxa de analfabetismo foi de 7,7% em 1985, valor este bastante inferior ao do distrito.

No que respeita a indicadores de saúde apenas tivemos acesso à mortalidade infantil.

Da análise deste indicador (Figura 1) constatamos que houve uma descida franca aos três níveis (con-

FIGURA 1

MORTALIDADE INFANTIL
Continente, Distrito, Concelho



celho, distrito e continente) de 1960 para 1976, verificando-se desde então flutuações, sendo contudo perceptível a sua tendência decrescente, mantendo-se o seu valor sempre abaixo do verificado para o continente, e muito próximo do encontrado para o distrito.

Tendo em vista um melhor conhecimento da saúde infantil desenvolveu-se um estudo de prevalência do aleitamento materno no concelho de Almada.

MATERIAL E MÉTODOS

População

A população do estudo é constituída por todas as crianças que nasceram no ano de 1986, que residam à data do nascimento no concelho de Almada e que têm registo de assento de nascimento nas conservatórias de Lisboa e de Almada — 1680 crianças.

Amostra (**)

A dimensão da amostra foi determinada tendo como hipótese base que nesta população, a prevalência do aleitamento materno à nascença, tinha uma distribuição normal, tal como o sugerido no documento metodológico elaborado pela OMS, admitindo um nível de significância de 5% e uma prevalência do fenómeno na população de 50%.

O número assim obtido (192) foi acrescido de cerca de 15%, em virtude, de ser previsível uma taxa de não respondentes dessa ordem. O número final de elementos da amostra foi de 220 crianças, tendo sido seleccionadas de entre as que nasceram em Novembro e em Dezembro de 1986.

O instrumento de notação era constituído por um questionário ministrado por entrevista directa em casa às mães das crianças que constituem a amostra.

RESULTADOS

Podemos constatar que 87,9% das mães iniciaram a amamentação após o nascimento, o que nos indica

uma elevada prevalência do aleitamento materno ao nascimento.

QUADRO I
DISTRIBUIÇÃO POR TIPOS DE ALEITAMENTO
(NASCIMENTO)

	NÚMERO	PERCENTAGEM
Aleitamento natural	175	87,9
Aleitamento artificial	24	12,1
<i>Total</i>	199	100,0

Analisando as determinantes do não aleitamento materno ao nascimento, Quadro II, constatamos que cerca de 80% das mães alegam motivos não impeditivos do mesmo.

De entre os restantes cerca de 20% — prematuridade e doença da mãe — a algumas, particularmente no grupo que alegou a prematuridade do filho, só haverá vantagem para a criança em ser alimentada de leite materno. Algumas instituições de saúde, no entanto, ainda não facilitam este procedimento.

QUADRO II
DISTRIBUIÇÃO DAS DETERMINANTES
DO NÃO ALEITAMENTO MATERNO (NASCIMENTO)

	NÚMERO	PERCENTAGEM
Não tinha leite	16	66,6
Leite era pouco	1	4,2
Leite era fraco	2	8,3
Prematuridade	2	8,3
Doença da mãe	3	12,6
<i>Total</i>	24	100,0

De entre as razões que conduziram as mães a introduzir o suplemento, (Quadro III), constatamos que só em 4,3% (doença da mãe, prematuridade e problemas com o peito) poderão ser consideradas dificilmente ultrapassáveis com um apoio à amamentação.

Mesmo englobando neste grupo as razões laborais, (13,6%), constatamos que cerca de 82% das mães, que introduziram o suplemento, poderiam não o fazer. Este aspecto, aliado à importância que os profissionais de saúde têm no aconselhamento, como já referimos, obriga-nos a uma reflexão sobre a estratégia a seguir, tendo em vista a promoção do aleitamento materno.

(**) O método utilizado na selecção da amostra encontra-se descrito no artigo Aleitamento Materno — o Abismo entre o Conhecimento e a Prática. Saúde em Números, Vol. 3 n.º 4.

QUADRO III
DETERMINANTES DA INTRODUÇÃO DO SUPLEMENTO

	NÚMERO	PERCENTAGEM
Teve de ir trabalhar	22	13,6
Leite secou	28	17,3
Leite era pouco	41	25,0
Criança chorava	28	17,1
Conselho do médico	8	4,9
Criança recusava peito	6	3,7
Doença da mãe	2	1,2
Leite era fraco	8	4,9
Não tinha leite	11	6,8
Prematuridade	2	1,2
Problemas c/ peito	3	1,9
Perdia peso	3	1,9
Total	162	100,0

Analisando agora o Quadro IV podemos constatar que, as razões apontadas pelas mães como sendo as que as conduziram a amamentar, centram-se principalmente (91%) nas que correspondem a benefícios para a criança.

QUADRO IV
DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO

	NÚMERO	PERCENTAGEM
Melhor p/ criança	126	72,0
Ligação afectiva	15	8,5
Protege	18	10,3
Aconselhamento	1	0,6
Tinha leite	6	3,4
É mais prático	8	4,6
Desconhecido	1	0,6
Total	175	100,0

Podemos, pois, concluir que existe uma boa sensibilização para as vantagens do aleitamento materno nesta população, a qual aliada a uma prevalência do aleitamento materno relativamente alta à nascença, nos indica que há uma predisposição para a amamentação. Muito provavelmente, porém, o apoio que os serviços de saúde prestam à mãe que amamenta tendo em vista a ajuda necessária para ultrapassar os obstáculos que se vão deparando, é insuficiente e induz uma baixa acentuada do aleitamento materno nos primeiros tempos de vida.

QUADRO V
DETERMINANTES DA PARAGEM TOTAL DO ALEITAMENTO MATERNO

	NÚMERO	PERCENTAGEM
Leite secou	96	59,3
Leite era fraco	23	14,2
Criança recusava	16	9,9
Teve de ir trabalhar	4	2,5
Doença da mãe	21	13,0
Doença da criança	2	1,1
Total	162	100,0

Se analisarmos as determinantes da paragem do aleitamento materno, constatamos que só em cerca de 17% das crianças que iniciaram o aleitamento materno, e, que pararam, é que eventualmente as razões seriam válidas (3 últimos grupos do Quadro V).

Mesmo as razões apontadas pelas mães como sendo a doença da criança ou o facto de ter de ir trabalhar, não deveriam conduzir ao aleitamento artificial.

Podemos, pois, concluir que em 87% das crianças que iniciaram aleitamento materno, não existiu um motivo que conduzisse necessariamente ao aleitamento artificial, o que aliado à boa aceitação do aleitamento materno e ao bom conhecimento das suas vantagens, mostra o peso que os problemas conjunturais, que não são ultrapassados assumem.

Pensamos que o apoio à mãe que amamenta, na maior parte dos casos, poderá conduzir a um rápido incremento do aleitamento materno, com os potenciais benefícios daí decorrentes.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — FOMON, S. — Recommendations for feeding normal infants. «Pediatrics», 1079, 63, p. 52.
- 2 — FOSSATI, P.; DEWAILLY, D.; LEROV-BILLIARD, M. — Les galactorrhées du post-partum. «La Revue du Praticien», 1986, 36 (27), p. 1546.
- 3 — FRANCOUAL, C.; BIZOT, A. — Aspects psychologiques de l'allaitement maternel. «La Revue du Praticien», 1986, 36 (27), p. 1513.
- 4 — LUTON, J. P. — Pour la pratique... on retiendra: la lactation et ses troubles... «La Revue du Praticien», 1986, 14 (4), p. 1554.
- 5 — MIRANDA, Ana C. — Alimentação do lactente — em publicação.
- 6 — OMS — Les modes actuels de l'allaitement maternel: rapport d'une étude collective de l'OMS sur l'allaitement maternel. Genève: OMS, 1981, p. 227.

SAÚDE EM NÚMEROS — VOLUMES PUBLICADOS

VOLUME I

Número 1

- Mortalidade cardiovascular: Em Declínio?
- Intoxicação Acidentais nas Crianças
- Comparar Taxas Brutas: Atenção ao efeito da Idade
- População Portuguesa

Número 2

- Neoplasias Malignas — Estudo da mortalidade precoce
- Insuficientes Renais Crónicos em Hemodiálise
- Mortalidade por acidentes Vasculares Cerebrais em Portugal — Evolução e perspectivas
- População residente em Portugal

VOLUME II

Número 1

- Mortalidade por Doença Isquémica Cardíaca
- Análise da mortalidade a nível de Distrito ou Concelho
- População de Portugal 1985
- Saldo Fisiológico de Portugal em 1985

Número 2

- Equidade na Saúde
- Consultas em Cuidados Primários
- Tuberculose em Portugal

Número 3

- A Doença de Hansen em Portugal Continental, em 1986
- Evolução da mortalidade infantil, neo-natal e post-neonatal em Portugal
- Cirrose hepática e alimentação — análise da mortalidade em função dos hábitos alimentares

Número 4

- Mortalidade por intoxicações acidentais em crianças: diferenças regionais em Portugal
- Comportamento geográfico da mortalidade por alguns tumores malignos do aparelho digestivo
- Tétano Neonatal
- População residente em Portugal

VOLUME III

Número 1

- Doenças de declaração obrigatória — o impacto de um novo sistema de notificação
- Mortalidade por acidentes de trânsito com veículo a motor
- Fumar: Homens e mulheres a caminho de uma igualdade desnecessária
- Mortalidade por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão

Número 2

- Efeitos de uma onda de calor na mortalidade da população do distrito de Lisboa
- Bebidas alcoólicas e neoplasia do estômago — associação possível?
- Aumento da mortalidade por diabetes nos idosos: realidade ou artefacto?

Número 3

- Vacinação contra a poliomielite: resultado da mudança do esquema da primovacinação
- Mortalidade por tumor maligno da mama feminina
- Indicadores de mortalidade e de saúde positiva — que alternativa face às estatísticas de mortalidade?

Número 4

- De Broad Street a Portland Place — a importância da distribuição espacial em epidemiologia
- Aleitamento materno — o abismo entre o conhecimento e a prática
- Doenças do aparelho circulatório — quantas mortes foram evitadas desde 1980?
- População residente em Portugal: estimativa em 30/6/87

Número 5

- Mortes Evitáveis na Europa — Diferenças Nacionais e Regionais
- Mortalidade Perinatal — Associação com o local e a assistência ao parto
- Determinantes do Aleitamento Materno
- Saúde em Números — Volumes Publicados

DIRECÇÃO-GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
SERVIÇO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1056 LISBOA Codex

Tel. 57 55 57
Telex: 64 237

COMPOSTO E IMPRESSO NO CENTRO DE EDIÇÕES E ARTES GRÁFICAS
DIRECÇÃO-GERAL DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

RUA ALMEIDA BRANDÃO, 13-A — 1200 LISBOA

NOVEMBRO/88

1500 EXEMPLARES

DEPÓSITO LEGAL 10 856/86

ISSN 0871-0813
