

# saúde em números

VOL. 6 N.º 5

DEZEMBRO — 1991

## SUMÁRIO

33 DIABETES EM PORTUGAL — A MORTALIDADE CONTINUA A AUMENTAR

36 BRUCELOSE HUMANA — 1990

39 NADOS VIVOS E A IDADE DAS MÃES  
Alguns aspectos de uma análise evolutiva

## DIABETES EM PORTUGAL — A MORTALIDADE CONTINUA A AUMENTAR

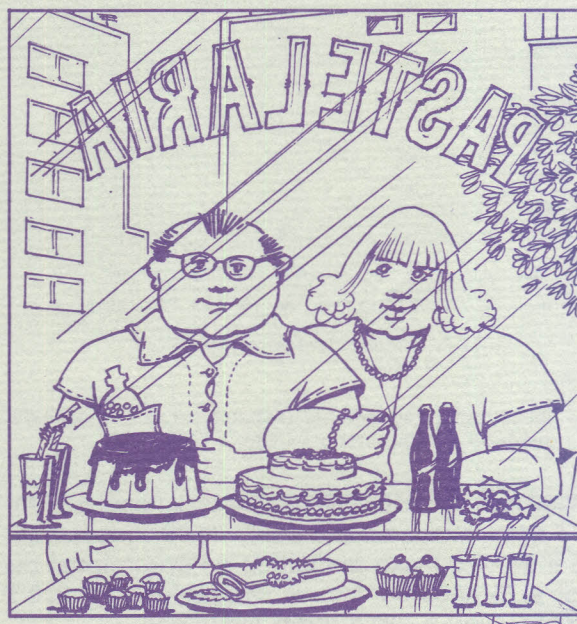
*Regina Carmona\**

*Pedro Martins\*\**

### INTRODUÇÃO

As taxas de mortalidade por diabetes *mellitus* (CID-9:181), padronizadas pela idade, têm vindo a aumentar nos últimos anos, sendo Portugal actualmente um dos países da Comunidade que regista valores mais elevados.

A importância do fenómeno deve constituir um alerta aos profissionais de saúde para a necessidade de uma análise mais detalhada da situação, no sentido do seu melhor esclarecimento e desejável correcção.



\* Assistente de Clínica Geral — Divisão de Epidemiologia, D.G.C.S.P.

\*\* Apoio técnico — Divisão de Epidemiologia, D.G.C.S.P.



## MORTALIDADE POR DIABETES EM PORTUGAL

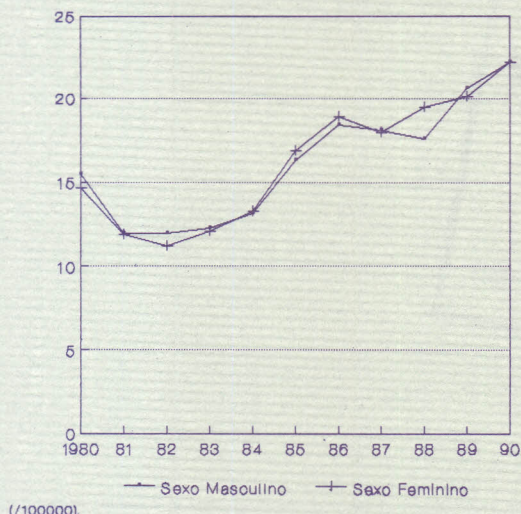


Fig. 1 — Taxas de Mortalidade por Diabetes, padronizadas pela idade, de 1980 a 1990. (População Padrão Europeia)

Portugal registava em 1989 uma taxa de mortalidade de 20.4/10<sup>5</sup>, sendo de 20.6 para o sexo masculino e de 20.1 para o sexo feminino. Em 1990 constatou-se que as taxas continuaram a subir, com valores idênticos para ambos os sexos.

Estes aumentos verificados devem-se fundamentalmente ao contributo dos óbitos ocorridos nos grupos etários mais idosos 65-74 anos e, sobretudo, nos de 75 e mais anos.

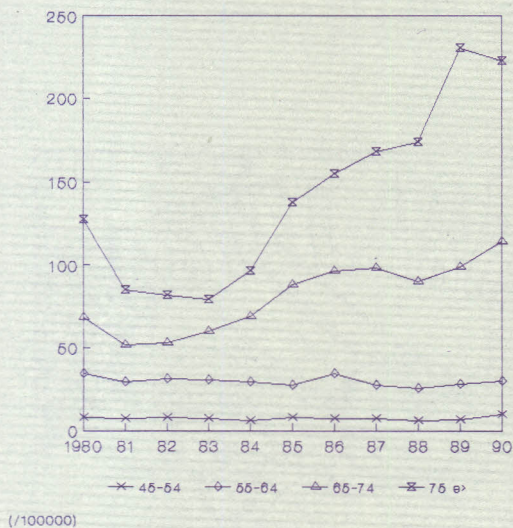


Fig. 2 — Taxas de Mortalidade por Diabetes no sexo masculino, segundo o grupo etário — 1980 a 1990.

Em 1989 (por cada 100.000 habitantes), no grupo etário 65-74 anos, atingiram-se valores de 99.0 (sexo masculino) e de 99.2 (sexo feminino); no grupo igual ou superior a 75 anos os valores situaram-se em 230.3 (sexo masculino) e 236.6 (sexo feminino).

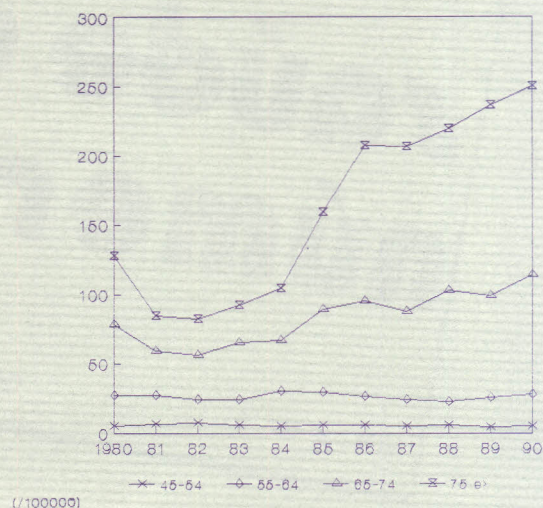


Fig. 3 — Taxas de Mortalidade por Diabetes no sexo feminino, segundo o grupo etário — 1980 a 1990.

Em 1990 verificou-se uma tendência crescente no sexo feminino, nestes dois grupos etários, e ainda no grupo 65-74 anos no sexo masculino; neste sexo, contudo, no grupo mais idoso (> = 75 anos), a tendência é ligeiramente decrescente.

NOTA: Nos cálculos apresentados utilizou-se a base populacional referente a 31 de Dezembro de 1989 em virtude de, na data de elaboração deste trabalho, e devido ao novo censo, o I.N.E. não ter ainda fornecido a estimativa actual da população residente em 1990.

O aumento brusco das taxas registado em 1984/85 terá ficado a dever-se a diversos factores, nomeadamente:

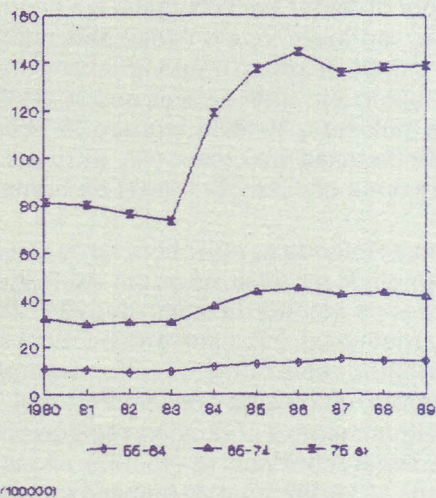
- A implementação da carreira de clínica geral, que proporcionou à população uma cobertura de cuidados médicos mais uniforme e estável, o que, por sua vez, originou um melhor conhecimento e acompanhamento dos utentes. Assim, mais diagnósticos foram feitos e, consequentemente, maior número e mais criteriosos registos se puderam obter;
- A diferente interpretação dos critérios de codificação das causas de morte por diabetes terá contribuído também para o aumento das taxas;
- O isolamento frequente dos indivíduos idosos e a dificuldade que manifestam na identificação de algumas situações de gravidade e urgência, poderá ser outro factor de aumento da mortalidade por diabetes, não específico daquele período (1984/85).

Todavia os aspectos apontados não esgotam as razões possíveis que contribuíram para a elevação das taxas, sobretudo nos últimos 4 anos.

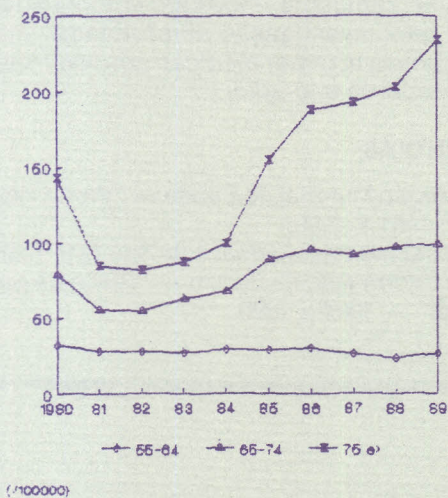
Também por esclarecer fica ainda o papel que poderão eventualmente desempenhar, na diabetes, alterações sócio-culturais, de hábitos alimentares ou outros.

**MORTALIDADE POR DIABETES NALGUNS PAÍSES DA EUROPA**  
**— ABORDAGEM COMPARATIVA COM PORTUGAL**

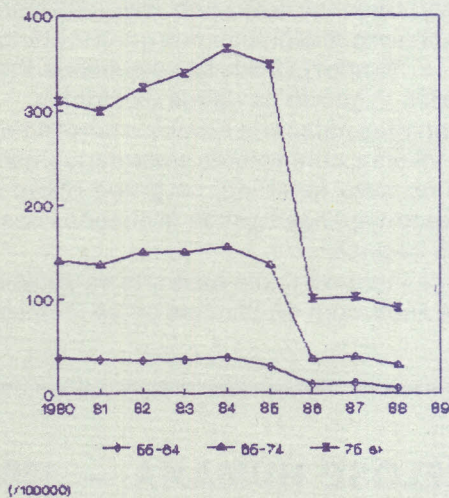
**INGLATERRA E PAÍS DE GALES**



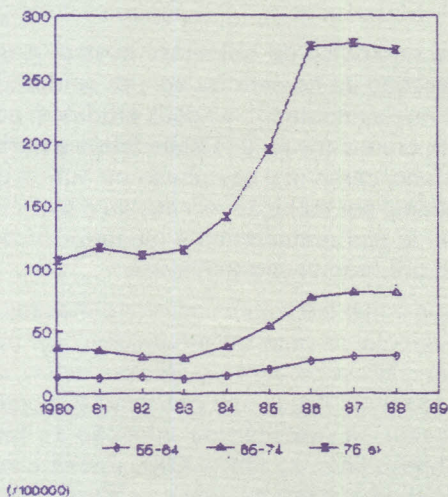
**PORTUGAL**



**GRÉCIA**



**HOLANDA**



**FRANÇA**

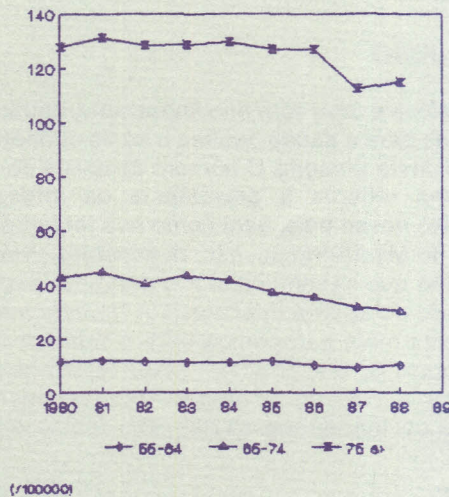


Fig. 4 — Taxas de Mortalidade por Diabetes, padronizadas pela idade, nalguns países da Europa, de 1980 a 1989. (Método directo: População Padrão Europeia).

Ao estabelecer a comparação entre as taxas de mortalidade por diabetes em Portugal e em alguns países da Europa, verifica-se que o nosso país mantém uma subida contínua no grupo etário igual ou superior a 75 anos, atingindo (em 1989) valores de 234.3/10<sup>5</sup> (total de homens e mulheres). Todavia, o grupo 65-74 anos apresentava ainda taxas em crescendo, as quais se situavam, no mesmo ano, em 99.1 (total de homens e mulheres).

Também a Holanda apresentava taxas elevadas nos idosos, atingindo em 1988, no grupo etário igual ou superior a 75 anos, valores da ordem de 272.7/10<sup>5</sup> (total de homens e mulheres), 235.1 (sexo masculino) e de 292.6 (sexo feminino); estes números ultrapassaram os que se verificaram, no mesmo ano, em Portugal.

Subida igualmente significativa registava a Inglaterra/País de Gales, com valores em 1989, no mesmo grupo etário, de 138.9/10<sup>5</sup> (total de homens e mulheres), de 154.2 (sexo masculino) e 130.9 (sexo feminino). Facto curioso constatarem-se neste país, valores sempre mais elevados no sexo masculino (nos grupos etários 55-64, 65-74 e > = 75 anos), desde há pelo menos 10 anos (de 1980 a 1989), segundo os dados existentes.

Nos restantes países da Europa a tendência é precisamente inversa, com valores sistematicamente mais elevados no sexo feminino, no grupo etário > = 75 anos, havendo apenas ligeiras flutuações nos grupos 55-64 e 65-74 anos.

A França manteve taxas bastante estáveis nos últimos nove anos, com tendências decrescentes, e valo-

res (em 1988 e para o total de homens e mulheres) de 10.2, 30.3 e 114.9, nos grupos etários 55-64, 65-74 e > = 75, respectivamente. Os números apresentados são inferiores a metade dos encontrados em Portugal no mesmo ano.

Na Grécia verificou-se, a partir de 1985, uma queda brusca das taxas nos mesmos grupos etários, atingindo valores, em 1988, nos mais idosos, de 91.2/10<sup>5</sup> (total de homens e mulheres), de 76.6/10<sup>5</sup> (sexo masculino) e de 101.7/10<sup>5</sup> (sexo feminino).

Estes resultados situavam-se entre os mais baixos da Europa, no mesmo ano, o que sugere a ocorrência de um artefacto, sobretudo considerando que até 1985 a Grécia era um dos países europeus com taxas mais elevadas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dos resultados apresentados e da análise feita podemos concluir que o fenómeno do aumento das taxas de mortalidade por diabetes, que se tem vindo a verificar em Portugal nos últimos anos, terá de ser encarado como de suficiente importância e gravidade para justificar uma investigação aprofundada, a partir da qual seja possível tomar medidas que levem ao necessário controlo da situação.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde — "World Health Statistics" 1981 a 1990;
2. Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Serviço de Informação de Saúde — "Risco de Morrer em Portugal" — 1984 a 1990.

---

## BRUCELOSE HUMANA — 1990

Maria de Fátima Pereira\*

### INTRODUÇÃO

A brucelose é uma zoonose importante, dadas as consequências para a saúde pública e sócio-económicas resultantes desta afecção. O número de casos de brucelose humana reflecte a prevalência da infecção nos animais. No nosso país, bem como nos restantes países da bacia do Mediterrâneo, são as espécies ovina, caprina e bovina que desempenham o principal papel como reservatório do agente infeccioso. A *brucela melitensis*, considerada mais patogénica para o homem do que a *brucela abortus*, é a principal responsável pela brucelose ovina e caprina e menos frequentemente pela brucelose bovina, enquanto que esta última é o princi-

pal agente etiológico da brucelose bovina. A transmissão da infecção ao homem faz-se: por contacto directo com os animais infectados ou seus produtos; por ingestão de leite cru e derivados lácteos feitos a partir de leite não tratado, carne mal cozinhada ou outros produtos contaminados; por inalação — esta via é particularmente importante nos matadouros e laboratórios de bacteriologia; e por inoculação accidental.

Ainda que o número total de casos notificados não corresponda ao total de pessoas infectadas, quer porque as formas sub-clínicas ou atípicas são frequentes, quer porque nem todos os casos são notificados, constitui um bom indicador da evolução da infecção ao longo dos anos. No nosso país, de 1986 a 1989, verificou-se um aumento anual do número de casos notificados o qual diminuiu em 1990. É a análise dos dados, colhidos a partir dos impressos de notificação médica de declaração obri-

---

\* Assistente Graduada de S. Pública — Direcção de Serviços de Doenças Transmissíveis e Parasitoses. D.G.C.S.P.

gatória de doenças transmissíveis, referentes aos casos notificados em 1990, que se descreve de seguida.

## ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

No ano de 1990 foram notificados à Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários 1101 casos de brucelose humana, oriundos de Portugal continental. A taxa de incidência, referente a estes novos casos notificados, foi de 11,2 por 100000 habitantes variando entre 102,7 no distrito da Guarda e 0,4 nos distritos do Porto e Viana do Castelo (Quadro I e Fig. 1).

Quadro I — Número de casos notificados por distrito e respectiva taxa de incidência, 1990

Distrito	População INE 12/89	N.º Doentes	Novos Casos por 100000
AVEIRO	674400	12	1,8
BEJA	173200	92	53,1
BRAGA	784800	16	2,0
BRAGANÇA	182800	126	68,9
CASTELO BRANCO	218700	58	26,5
COIMBRA	446700	85	19,0
ÉVORA	171500	90	52,5
FARO	344900	11	3,2
GUARDA	191800	197	102,7
LEIRIA	436500	19	4,4
LISBOA	2130600	66	3,1
PORTALEGRE	134900	58	43,0
PORTO	1695100	7	0,4
SANTARÉM	459000	37	8,1
SETÚBAL	817900	48	5,9
VIANA DO CASTELO	266900	1	0,4
VILA REAL	259800	78	30,0
VISEU	419400	100	23,8
TOTAL	9808900	1101	11,2

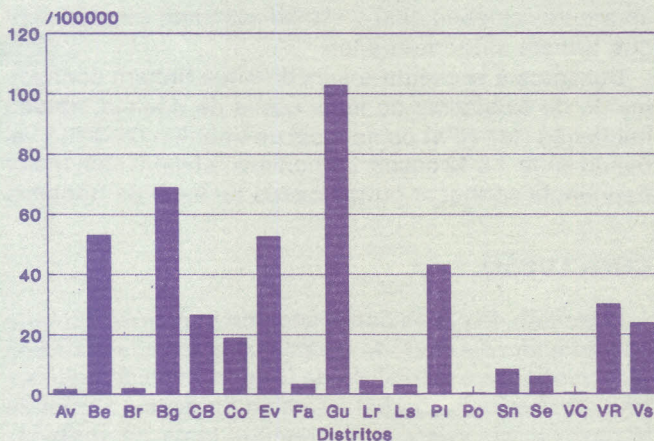


Fig. 1 — Incidência dos casos notificados de Brucelose, em 1990.

Nos meses de Março a Julho foram notificados 60% do total dos casos (Quadro II e Fig. 2). Nos animais, em climas temperados como o do nosso país, a brucelose

é mais frequente na Primavera e Verão; este carácter sazonal é mais evidente nas espécies ovina e caprina do que na bovina e está relacionado com o período de gestação e lactação dos animais.

Quadro II — Distribuição dos casos notificados por mês

Mês	N.º Doentes	%
JANEIRO	49	4,4
FEVEREIRO	69	6,3
MARÇO	111	10,1
ABRIL	119	10,8
MAIO	174	15,8
JUNHO	131	11,9
JULHO	123	11,2
AGOSTO	91	8,3
SETEMBRO	85	7,7
OUTUBRO	60	5,4
NOVEMBRO	55	5,0
DEZEMBRO	34	3,1
TOTAL	1101	100,0

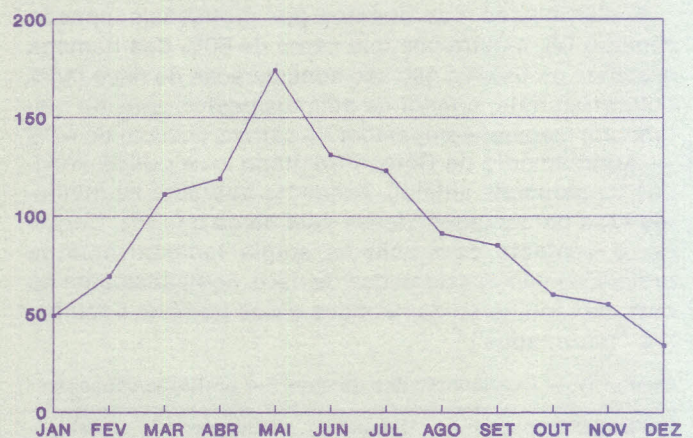


Fig. 2 — Casos de Brucelose, segundo o mês de notificação, em 1990.

Dos casos notificados 749 (68%) eram homens e 352 (32%) eram mulheres; a proporção homem-mulher é de 2,1/1.

O quadro III e a Fig. 3 mostram-nos a distribuição por grupo etário e sexo, bem como a respectiva taxa de incidência. Os grupos etários dos 45-54 e 55-64 são os mais atingidos nos dois sexos.

Quadro III — Distribuição dos novos casos por idade, sexo e respectiva taxa de incidência por 100000 habitantes

Grupo etário	Homens		Mulheres		Total	
	N.º	Taxa	N.º	Taxa	N.º	Taxa
< 1	1	1,8	—	—	1	0,9
1-4	6	2,5	9	4,0	15	3,2
5-14	58	7,8	42	5,9	100	6,9
15-24	120	14,5	36	4,5	156	9,6
25-34	119	15,7	36	4,8	155	10,3
35-44	97	16,1	34	5,3	131	10,6
45-54	124	24,4	71	12,4	195	18,1
55-64	126	26,3	54	9,6	180	17,3
65-74	44	13,1	28	6,5	72	9,4
75-84	10	5,4	7	2,2	17	3,4
Ignorada	44	—	35	—	79	—
TOTAL	749	15,8	352	6,9	1101	11,2

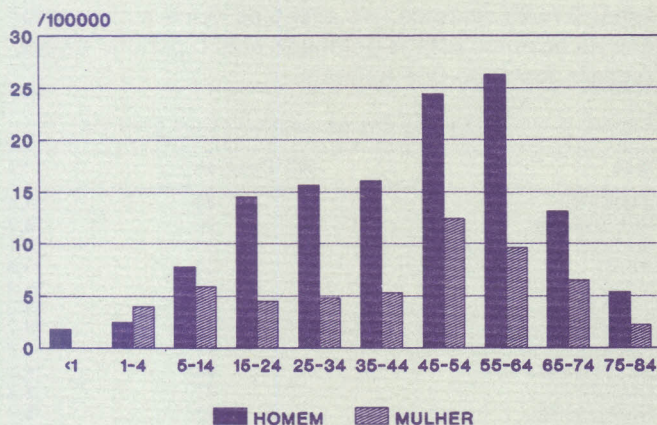


Fig. 3 — Taxa de incidência de Brucelose, segundo a idade e sexo, em 1990.

A distribuição dos doentes por profissão/ocupação (Quadro IV), mostra-nos que cerca de 60% dos homens exerciam profissões que são consideradas de risco (agricultor/tratorista; criador de animais/pastor; emp. no matadouro; magarefe/preparador de carnes; pessoal do ADS — Agrupamento de Defesa Sanitária — e outros serviços de sanidade animal), enquanto que para as mulheres essa percentagem desce para cerca de 25%. Contudo, o contacto com animais surgia também noutras profissões não consideradas de risco, nomeadamente no caso das mulheres domésticas e dos homens e mulheres “reformados”.

Quadro IV — Distribuição dos doentes por profissão/ocupação

Profissão/Ocupação*	Homens		Mulheres		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
AGRICULTOR/TRATORISTA	271	36,2	74	21,0	345	31,3
CRIADOR DE ANIMAIS/ PASTOR	118	15,8	7	2,0	125	11,3
DOMÉSTICA	—	—	131	37,2	131	11,9
EMP. MATADOURO **	29	3,9	6	1,7	35	3,2
ESTUDANTE	55	7,3	30	8,5	85	7,7
MAGAREFE/PREPARADOR DE CARNES	16	2,1	—	—	16	1,5
MOTORISTA	14	1,9	1	0,3	15	1,4
PESSOAL DO ADS E OUTROS						
SERVIÇOS SANITÁRIOS	12	1,6	1	0,3	13	1,2
PESSOAL DO COMÉRCIO	17	2,3	11	3,1	28	2,5
OUTRAS ***	162	21,6	46	13,1	208	18,9
IGNORADA	55	7,3	45	12,8	100	9,1
TOTAL	749	100,0	352	100,0	1101	100,0

\* Agrupamento feito de acordo com as profissões mencionadas nos impressos de notificação médica.

\*\* 9 homens trabalham na linha de abate, 1 homem e 1 mulher como tripeiros, 1 homem como ajudante de distribuição e nos restantes o trabalho não vinha especificado.

\*\*\* Inclui 43 homens e 22 mulheres “reformados”, sem especificação da profissão.

Dos 1101 casos notificados, 848 (77%) mencionavam dados relativos à fonte de contágio os quais estão assi-

nalados no Quadro V. O contacto com animais ou seus produtos foi considerado fonte de contágio em 592 (70%) dos casos, enquanto que a ingestão de leite ou derivados em 256 (30%). Nos homens esta diferença é mais acentuada do que nas mulheres, sendo o contacto com animais referido em 453 (77%) dos homens e em 139 (53%) das mulheres. As espécies ovina e caprina surgem com maior frequência do que a espécie bovina como fonte de infecção, o que parece estar de acordo com a variação sazonal dos casos de brucelose humana verificados entre nós.

Quadro V — Fonte de contágio

	H	%	M	%	HM	%
CONTACTO COM ANIMAIS	453	77,2	139	53,3	592	69,8
Espécie ovina	137		45		182	
Espécie caprina	74		31		105	
Espécie bovina	26		6		32	
Espécie ovina e caprina	35		15		50	
Várias/não especificado	181		42		223	
INGESTÃO DE LEITE E OU PRODUTOS LÁCTEOS	134	22,8	122	46,7	256	30,2
TOTAL	587	100,0	261	100,0	848	100,0

A ingestão de leite e derivados é assinalada como fonte de contágio em 134 (23%) homens e 122 (47%) mulheres. A ingestão de leite (leite de cabra, ovelha, vaca ou não especificado) é referida em 39 (15%) dos 256 casos e a ingestão de queijo (queijo de cabra, ovelha, queijo fresco, requeijão ou não especificado) em 175 (69%); nos restantes 42 (16%) é referida a ingestão de lacticínios ou a via alimentar.

A doença levou a internamento em 241 (23%) dos 1048 casos em que este dado era conhecido. O internamento verificou-se num hospital central ou distrital em 202 (84%) doentes e em unidades de internamento dos centros de saúde em 25 (10%); nos restantes 14 (6%) doentes não estava mencionado qual o estabelecimento de saúde em que tinham sido internados.

Duzentos e sessenta e seis doentes tinham conhecimento da existência de mais casos de doença, na sua habitação (187-70%) ou no local de trabalho (79-30%), variando entre 1 a 12 casos. Os homens referiam com maior frequência conhecer outros casos no local de trabalho.

## CONCLUSÃO

O número de casos notificados de brucelose humana não foi uniforme em todo o país e a incidência mais elevada verificou-se no distrito da Guarda, seguido pelo distrito de Bragança. O contacto com animais no local de trabalho e fora deste foi a principal fonte de contágio. A ingestão de produtos lácteos, em particular o queijo, foi assinalada em 30% dos casos, o que leva a pensar na importância que poderá ter o fabrico caseiro de queijo fresco e o seu consumo, a partir de leite não tratado, dado que a legislação em vigor proíbe a venda de queijo fresco feito a partir de leite cru.

A prevenção da brucelose humana passa pelo controlo e erradicação da infecção nos animais. Os serviços veterinários têm em curso um programa de luta contra a brucelose nos animais, na perspectiva da sua erradicação. Para a espécie bovina verifica-se um aumento anual do número de animais controlados com diminuição da percentagem de animais positivos desde 1981; para as espécies ovina e caprina também se tem verificado um aumento do número de animais controlados, mas a percentagem de rebanhos positivos aumentou de 1987 a 1989, começando a diminuir em 1990.

São ainda importantes para a prevenção da brucelose humana as medidas de educação para a saúde dirigidas à população em geral e em especial à população rural e à que exerce profissões que se podem considerar de risco. No que diz respeito à população rural é importante a informação sobre a necessidade de tratar o leite (tratamento térmico ou pasteurização) antes de o consumir ou de o utilizar no fabrico do queijo ou de outros produtos lácteos, mesmo que se destinem apenas a consumo próprio. As medidas de protecção no local de trabalho são também importantes.

Em conclusão, e de acordo com os dados referentes aos casos de brucelose notificados em 1990, verificou-se que a maior incidência foi nos distritos do interior e que o contacto com animais no local de trabalho ou no local de habitação foi considerada a principal fonte de contágio. A ingestão de leite e seus derivados representa ainda uma fonte de contágio importante.

## BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. Control of communicable diseases in man. Washington 15th edition, 1990;
- DIRECÇÃO-GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. Direcção de Serviços de Informação da Saúde. Divisão de Estatística. Doenças de declaração obrigatória — 1986 a 1990;
- DIRECÇÃO-GERAL DA PECUÁRIA. Boletim Zoo-Sanitário, Portugal, Dezembro/1990;
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. A guide to the diagnosis, treatment and prevention of human brucellosis. VPH/81.31.

## NADOS VIVOS E A IDADE DAS MÃES Alguns aspectos de uma análise evolutiva

*Teresa Amaral Martins\**

Ao passar em revista os dados relativos a nascimentos vivos por idade das mães, de posse da informação referente à década de 80 e ainda a 1990, ocorreu alargar o que habitualmente se faz por rotina, trabalhando um pouco mais os elementos disponíveis.

Desenvolveu-se assim este estudo, focando dois aspectos:

- Por um lado e dado que nos anos acima mencionados, existiram factores preponderantes de ordem social, económica e cultural, entre outros, capazes de influenciar o número de nascimentos, procurou-se estudar por área geográfica (distritos e regiões autónomas), em que ano teve lugar a alteração na idade materna correspondente à maior percentagem de nascimentos.
- Por outro lado, fixando a análise em mães pertencentes a dois grupos etários vizinhos dos limites da idade fértil, designadamente 15-19 e 40-44 anos, avaliar igualmente por área geográfica, onde se situaram os valores percentuais mínimos e máximos de nados-vivos dessas mães, em relação ao total.

Relativamente ao primeiro ponto citado e partindo já da hipótese que neste caso a discussão respeitava apenas a crianças de mães de 20-24 e 25-29 anos, constatou-se que nos anos considerados até 1987, a maioria dos distritos e regiões autónomas apontava claramente o grupo de nascidos de mães da classe etária 20-24, como sendo aquela a que correspondia o maior valor percentual em relação ao total de nados-vivos da área respectiva.

Porém em 1988, essa situação embora sendo ainda real, não era já tão nítida, acontecendo até que, considerando o país no seu todo, foi o conjunto dos nascimentos do grupo de mães de idade 25-29 que surgiu como o mais relevante.

O quadro I do qual, para não o sobrecarregar, não constam os anos de 1981 a 1984 por não registarem alterações significativas relativamente a 1980, reúne os valores encontrados.

É assim oportuno referir que, nesta perspectiva, o ano da viragem em Portugal, no que respeita à alteração da idade materna correspondente à maior percentagem de nascimentos, foi 1988, sendo no entanto a partir de 1989 que a maioria das zonas geográficas consideradas acompanhou o comportamento do país na sua globalidade. Referenciando o último ano analisado — 1990, apenas os distritos de Beja, Braga, Vila Real e Viseu mantêm os

\* Chefe da Divisão de Estatística — D.G.C.S.P.

**QUADRO I: PERCENTAGEM DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM IDADES ENTRE 20-24 E 25-29 ANOS**

ÁREA GEOGRÁFICA	1980		1985		1986		1987		1988		1989		1990	
	IDADE DAS MÃES													
	20-24	25-29	20-24	25-29	20-24	25-29	20-24	25-29	20-24	25-29	20-24	25-29	20-24	25-29
AVEIRO	36,3	27,2	35,7	30,6	36,2	29,7	35,2	30,6	34,1	31,9	32,4	33,0	31,2	34,8
BEJA	37,4	23,3	34,4	26,3	33,9	28,1	34,8	27,0	33,1	29,6	35,6	28,2	30,6	30,5
BRAGA	35,0	29,0	35,3	31,3	35,5	31,7	34,4	32,9	33,8	33,9	33,0	34,9	31,3	35,9
BRAGANÇA	35,5	24,7	35,3	27,9	34,9	28,3	35,5	27,6	34,2	30,6	31,2	29,2	32,1	29,7
CASTELO BRANCO	37,5	28,2	36,5	31,9	36,7	30,6	33,5	32,4	33,1	33,7	33,6	33,3	31,2	33,4
COIMBRA	36,8	28,8	35,9	30,9	34,8	31,0	35,0	31,8	34,4	33,5	31,4	33,8	31,3	34,5
ÉVORA	37,5	26,4	36,5	27,6	35,2	28,9	33,3	31,5	32,0	31,9	30,3	31,3	30,3	31,5
FARO	35,6	25,5	33,5	27,7	33,1	29,0	31,1	30,0	31,1	29,6	31,2	29,1	29,5	31,5
GUARDA	36,9	26,6	37,9	30,4	36,2	31,7	34,4	32,5	32,0	35,0	31,3	34,2	30,2	34,9
LEIRIA	34,7	28,4	35,4	30,4	35,3	31,9	32,9	32,9	32,1	34,4	32,7	34,2	29,0	36,5
LISBOA	31,0	31,3	28,9	31,9	29,1	33,1	27,7	33,3	26,6	34,9	25,9	34,8	24,8	35,8
PORTALEGRE	38,9	25,0	34,4	29,4	37,5	28,8	33,8	33,0	32,7	30,6	34,4	31,9	31,6	33,0
PORTO	35,6	29,5	34,5	31,1	34,1	31,7	32,4	32,7	32,3	33,7	31,5	34,1	30,1	35,1
SANTARÉM	36,9	27,4	35,0	30,2	36,0	31,5	34,2	32,5	32,4	34,7	31,5	35,0	30,8	36,3
SETÚBAL	33,6	29,0	31,0	31,8	31,0	32,2	29,4	33,5	28,6	33,1	27,6	32,7	26,3	34,5
V. DO CASTELO	35,2	26,6	35,7	29,6	33,3	31,7	34,4	31,1	33,0	33,1	32,2	33,6	31,9	34,7
VILA REAL	35,9	23,2	35,3	27,0	35,3	26,9	35,4	29,1	35,5	29,4	33,7	30,4	32,8	31,5
WISEU	36,2	24,8	38,0	26,9	37,8	28,0	35,9	29,6	35,2	29,7	33,4	30,7	33,3	31,4
R.A.DO AÇORES	36,8	25,8	36,4	28,6	36,1	29,4	34,6	30,1	34,4	30,9	32,5	32,2	31,1	32,9
R.A.DA MADEIRA	31,5	25,3	33,6	26,3	31,5	28,4	31,2	27,9	31,6	30,3	28,9	30,9	29,7	30,4
PORTUGAL	34,8	28,2	33,9	30,3	33,8	31,0	32,4	31,9	31,7	33,1	30,7	33,3	29,4	34,5

nascimentos de mães do grupo etário 20-24 como os de maior significado quantitativo.

No que respeita ao segundo ponto resumido na introdução, em que se consideraram apenas os filhos de mães de 15-19 e 40-44 anos, calcularam-se igualmente para os mesmos períodos, as percentagens do número de nascimentos de mães desses grupos etários em relação ao total. Dos valores obtidos registaram-se os máximos e os mínimos determinados e as correspondentes áreas geográficas, o que se apresenta no quadro II.

Da sua leitura sobressai que, relativamente a nascidos vivos de mães de 15-19 anos, o menor valor ocorreu sempre em Braga, enquanto que o maior correspondeu sempre a Beja, com excepção de 1982 que se verificou em Faro.

Já em relação aos nascidos de mães de 40-44 anos, os valores mínimos encontrados disseram respeito a distritos diversos, enquanto que o valor máximo se referiu quase sempre à Madeira que cedeu o lugar em 1982 e 1984 a Vila Real, igualou a este último em 1983 e emparceirou em 1990 com Bragança, Viana do Castelo e Vila Real.

Como conclusão fica a pergunta:

Será que a década de 90 mantém a tendência ou haverá nova mudança no comportamento sociológico da mulher aqui analisada na situação de mãe?

Fonte dos dados brutos: INE — ESTATÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

**QUADRO II: ÁREAS GEOGRÁFICAS COM OS MAIORES E MENORES VALORES PERCENTUAIS DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES DE 15-19 E 40-44 ANOS**

ANOS	ÁREAS GEOGRÁFICAS COM VALORES PERCENTUAIS MIN. E MÁX.		
		DE NASCIDOS DE MÃES DE 15-19	DE NASCIDOS DE MÃES DE 40-44
1980	Min. Máx.	Braga Beja	Coimbra Madeira
1981	Min. Máx.	Braga Beja	Évora Madeira
1982	Min. Máx.	Braga Faro	Coimbra Vila Real
1983	Min. Máx.	Braga Beja	Setúbal V.Real e Madeira
1984	Min. Máx.	Braga Beja	Évora e Coimbra Vila Real
1985	Min. Máx.	Braga Beja	Coimbra Madeira
1986	Min. Máx.	Braga Beja	Santarém Madeira
1987	Min. Máx.	Braga Beja	Coimbra Madeira
1988	Min. Máx.	Braga Beja	Évora e Portal. Madeira
1989	Min. Máx.	Braga Beja	Évora Madeira
1990	Min. Máx.	Braga Beja	Évora Brgn., V.Castelo V.Real, Madeira

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

Alameda D. Afonso Henriques, 45  
1056 LISBOA Codex

Tel. 352 45 15  
Fax: 57 14 55

**COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO:**

PENTAEDRO, PULICIDADE E ARTES GRÁFICAS, LDA.  
PTA. DA REPÚBLICA, LOJA B, PÓVOA STO. ADRIÃO — 2675 ODIVELAS  
OUTUBRO/91  
2000 EXEMPLARES  
DEPÓSITO LEGAL 48709 /91  
ISSN 0871-0813

As opiniões expressas pelos autores são da sua exclusiva responsabilidade e não reflectem necessariamente os pontos de vista da D.G.C.S.P.

Autorizada a reprodução total ou parcial de figuras e texto sem autorização prévia, desde que sejam referidas a fonte e o autor