



## CARACTERIZAÇÃO DOS ÓBITOS INFANTIS NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA NO ANO DE 2008

### CHARACTERIZATION OF CHILD DEATHS OF THE PONTA GROSSA THE YEAR 2008

**Lidia Dalgallo Zarpellon<sup>1</sup>; Lorena de Geus<sup>2</sup>; Maria Dagmar da Rocha Gaspar<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Ponta Grossa, Campus Uvaranas, Departamento de Enfermagem e Saúde Pública, Curso de Graduação em Enfermagem. ldzarpellon@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Universidade Estadual de Ponta Grossa, Campus Uvaranas, Departamento de Enfermagem e Saúde Pública, Curso de Graduação em Enfermagem. vldegeus@hotmail.com

<sup>3</sup> Universidade Estadual de Ponta Grossa, Campus Uvaranas, Departamento de Enfermagem e Saúde Pública, Curso de Graduação em Enfermagem. mdagrocha@yahoo.com.br

*Data de recebimento: 11/10/2009*

*Data de aceite: 15/11/2010*

#### RESUMO

Introdução: a mortalidade infantil vem sendo reduzida ao longo das décadas, com medidas como o programa de imunização, o acompanhamento do crescimento e o desenvolvimento infantil, mas no Brasil a taxa ainda é muito alta. Objetivo: caracterizar os óbitos infantis do município de Ponta Grossa no ano de 2008. Materiais e métodos: trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva de campo, realizada por meio da análise de 30 fichas de investigação e declarações de óbitos infantis ocorridos no ano de 2008 (mais de 50% dos óbitos ocorridos no ano), sendo estas disponibilizadas na Vigilância Epidemiológica. Foram verificadas variáveis relacionadas à causa básica do óbito, peso ao nascer, idade, número de gestações e complicações apresentadas pelas mães durante a gravidez. Resultados e discussão: a mortalidade infantil no município está abaixo da média brasileira, mas ainda assim apresenta uma taxa maior que a média do Paraná. A maior taxa de mortalidade é causada pela prematuridade, e por isso está diretamente relacionada com o peso ao nascer. Verificou-se também que a maior parte das mães apresentou, durante a gestação, complicações que são fatores de risco para o parto prematuro. Considerações: é de grande importância conhecer as causas do óbito infantil, a fim de tentar reduzi-lo.

**Palavras-chave.** Mortalidade infantil; Complicações durante a gestação; Declarações de óbito; Enfermagem.

#### ABSTRACT

Introduction: infant mortality has been reduced over the decades, with measures such as immunization programs, monitoring of child growth and development, while in Brazil the rate is still high. Objective: to characterize the infant deaths in the city of Ponta Grossa in the year 2008. Materials and methods: this is a descriptive quantitative research field, which was performed by analyzing 30 research tokens and death certificates of infant deaths in 2008 (more than 50% of deaths in the year), with these available in Epidemiological

Surveillance. Were observed variables related to the underlying cause of death, birth weight, age, number of pregnancies and complications faced by mothers during pregnancy. Results and discussion: the infant mortality is below the national average, yet has a higher rate than do Paraná. The highest rate of mortality caused by prematurity, so this directly related to the birth weight of the deaths, there was also that most of the mothers had complications during pregnancy which are risk factors for preterm delivery. Considerations: it is very important to know the causes of infant death in order to try to reduce them.

**Keywords.** Infant mortality, complications, death certificates, Nursing.

O coeficiente de mortalidade infantil é a relação entre o número de óbitos de crianças menores de um

ano e o número de nascidos vivos de determinado local e é calculado na base de mil nascidos vivos. Esse coeficiente é reconhecido como um dos mais sensíveis indicadores de saúde (KOZU, 2006).

A mortalidade infantil está dividida em *mortalidade neonatal* ou *infantil precoce*, a qual compreende as crianças falecidas durante os primeiros 27 dias de vida, e *mortalidade pós-neonatal*, que corresponde aos óbitos ocorridos entre o 28.º dia de vida um ano de idade (POELES; PARADA, 2000).

Segundo Caldeira (2001), essas mortes podem estar relacionadas a múltiplas causas, tais como fatores socioeconômicos, fatores ambientais e assistência inadequada à saúde, podendo refletir as condições em que sobrevive uma determinada população.

A redução da mortalidade infantil é um grande desafio para os serviços de saúde, governos e sociedade devido às altas taxas, concentradas principalmente nas regiões e populações menos favorecidas economicamente. Essa situação reflete as desigualdades sociais do país e a dificuldade de acesso em tempo oportuno aos serviços de saúde resolutivos e de qualidade. Para se obter resultados mais favoráveis na redução da mortalidade infantil, há necessidade de intervenção em vários fatores e de interação entre as ações de atenção à saúde, serviços de educação e assistência social, para dessa forma garantir o atendimento às necessidades básicas capazes de gerar uma gestação e nascimento em condições favoráveis de sobrevivência (MARTINS; MELENDEZ, 2004).

Além da preocupação com qualidade de vida, alimentação, moradia, educação e saúde, ainda existem a preocupação com a própria vida da criança, com quais medidas a serem tomadas para garantir a

sobrevivência de um recém-nascido e dar-lhe condições favoráveis para sua saudável evolução:

Se entendermos a morte como ausência ou perda de vida, essa perda poderia estar representando o fracasso ou a impossibilidade de enfrentar exitosamente a vida. Assim sendo, a mortalidade é associada à qualidade de vida como indicador negativo desta, como uma representação extrema das condições adversas que rodeiam as pessoas e principalmente as crianças, e que as inabilitam para “resistir” a vida. (FUENTES, 1990, p. 18)

A atenção primária à saúde da criança, fundamentando-se nas ações básicas de imunização, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, estímulo ao aleitamento materno, controle das diarreias e infecções respiratórias, contribui de maneira efetiva para o atendimento à saúde da criança e conseqüentemente para a redução da mortalidade infantil. É importante destacar que todos esses itens podem ser abordados durante a consulta de enfermagem (LIMA; MELLO, 2004).

Na década de 1980, as causas de óbito estavam relacionadas às doenças infectocontagiosas, que tiveram um declínio nas décadas seguintes, dando lugar às causas perinatais, que são decorrentes da gravidez, do parto e do nascimento, sendo responsáveis atualmente por mais de 50% das causas de óbito no primeiro ano de vida (BRASIL, 2004).

Segundo Türmen (*apud* ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007), todos os anos, mais de quatro milhões de bebês morrem no primeiro mês de vida, a maioria dessas mortes sendo conseqüência do mau estado de saúde e nutrição materna, associado aos cuidados inadequados antes, durante e após o nascimento. E, infelizmente, esse problema não é reconhecido ou é aceito como inevitável e

comum em várias sociedades do mundo.

Segundo o Datasus, em 2006 o Brasil apresentou uma taxa de mortalidade infantil de 16,4 para cada 1.000 nascidos vivos, enquanto o estado do Paraná teve uma taxa de 14,0/1.000 nascidos vivos, sendo que o município de Ponta Grossa, nesse mesmo período, apresentou uma taxa de 16,8/1.000 nascidos vivos, conforme dados apresentados pela Vigilância Epidemiológica do município de Ponta Grossa. Observa-se que nesse município as taxas de mortalidade infantil vêm caindo gradativamente em anos subsequentes: uma taxa de 11,24/1.000 em 2007 e 12,51/1000 em 2008.

A mortalidade infantil no município de Ponta Grossa está ligada a aspectos como peso ao nascer, idade da mãe, número de gestações maternas e complicações apresentadas ao longo da gestação.

Diante dessa problemática, fez-se necessário caracterizar as causas dos óbitos infantis no município de Ponta Grossa, Paraná, no ano de 2008; especificar a maior causa de mortalidade infantil; e conhecer os fatores de risco como idade da gestante, número de gestações, complicações durante a gestação, prematuridade, peso ao nascer e complicações do recém-nato.

### **Materiais e métodos**

Este estudo tem uma abordagem quantitativa descritiva de campo, considerando-se que a abordagem quantitativa para esse tipo de estudo torna-se mais adequada, pois traduz em números as opiniões e informações a serem classificadas e analisadas, facilitando a compreensão dos fenômenos estudados (TOMAZI; YAMAMOTO, 1999).

O método descritivo é aquele que expõe a característica de uma população, e não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, ou seja, é aquela em que o pesquisador procura interpretar a realidade sem nela interferir (TOBAR; YALOUR, 2001). Já a pesquisa de campo, segundo Minayo, representa “o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação” (MINAYO, 2001).

A amostra foi composta por 30 fichas de investigações e declaração de óbitos infantis, o que

correspondeu a 50% dos óbitos ocorridos. A coleta de dados foi realizada na Vigilância Epidemiológica do município de Ponta Grossa, Paraná, e o período estudado foi de janeiro a dezembro de 2008.

Os critérios de inclusão foram somente os óbitos ocorridos de residentes do município do estudo no período estabelecido e as fichas de investigação de óbitos que tenham sido devidamente investigadas e analisadas pela Vigilância Epidemiológica.

Os critérios de exclusão foram as declarações de óbito que apresentam preenchimento inadequado ou incompleto e os indivíduos que não faziam parte do município de Ponta Grossa.

Sendo realizada em duas etapas, a primeira compreendeu a coleta de dados a partir das informações obtidas nas declarações de óbitos, como causa do óbito e peso ao nascer.

A segunda se fez por meio das informações contidas nas fichas de investigação de óbitos infantis, tais como idade da mãe, número de gestações e complicações durante o período gestacional.

É importante ressaltar que o estudo recebeu parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa (Coep) da Universidade Estadual de Ponta Grossa, sob o número 52/2009, em 03 de agosto de 2008.

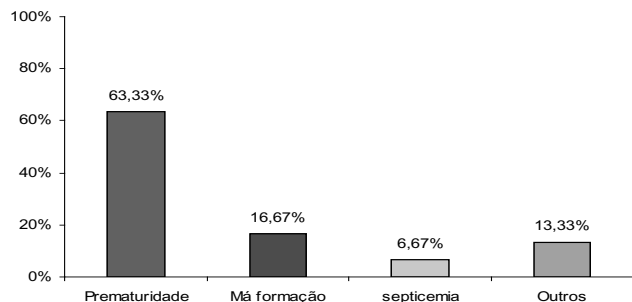
### **Resultados e discussão**

As variáveis levantadas no presente estudo foram obtidas primeiramente nas declarações de óbitos e correspondem à causa da mortalidade infantil e o peso ao nascer.

Verificou-se, após análise desses dados, que a maior causa de mortalidade infantil foi a prematuridade, correspondendo a 19 recém-nascidos (RN), os quais nasceram “pré-termo” (63,33%). Cinco óbitos foram relacionados a máformação congênita (16,67%), dois entraram em óbito devido a septicemia (6,67%) e quatro do total da amostra por outras causas diversas (13,33%), como pode ser verificado no gráfico abaixo.

**Gráfico 1:** Percentual das causas de mortalidade infantil segundo declarações de óbito de 2008

FONTE: SIM/VE/PG (2008).



Um estudo realizado por Victoria e colaboradores (1989) tem relacionado a prematuridade como importante fator associado à morte neonatal, após ajuste para alguns outros fatores de risco, utilizando distintos procedimentos metodológicos.

É possível haver outros fatores associados à assistência ao recém-nascido, aqui não verificados, que também poderiam ter influenciado esses resultados.

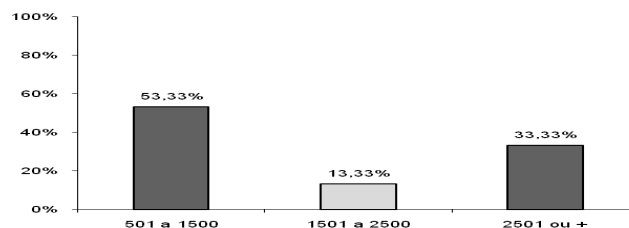
O recém-nascido pré-termo é aquele que nasceu com idade gestacional menor que 37 semanas e não se encontra apto para vida extra uterina. A sua etiologia é complexa e envolve inúmeros fatores (RIGO SILVA, 2006). Sabe-se que um prematuro pode apresentar inúmeras complicações após o nascimento e, se não recebe o devidos cuidados em tempo hábil, o risco de morte eleva-se em relação as outras complicações apresentadas.

A malformação congênita foi responsável pela segunda maior causa de morte infantil no município. Em estudos realizados, verificou-se que essa causa de óbito infantil ocorre frequentemente, chegando a perfazer 45% das mortes neonatais de uma determinada localidade. As principais malformações ocorrem no coração, pulmão e sistema nervoso central, que são vitais para uma vida sadia. Muitas vezes a malformação não é detectada ao longo da gestação e nem apresenta reversão após tratamento (KOZU, 2006).

Na análise, evidenciou-se que existiram outras causas isoladas de mortalidade e também casos de septicemia indetificados nas declarações de óbitos infantis, mas esses dados não são relevantes no estudo pelo inadequado preenchimento dessas declarações.

Em relação ao peso, dezesseis RN apresentaram-se com peso de 501 a 1.500 gramas (53,33%), quatro tiveram o seu peso entre 1.501 e 2.500 gramas (13,33%) e dez, maior ou igual a 2.501 gramas (33,33%), conforme se pode verificar no gráfico abaixo.

**Gráfico 2:** Percentual do peso ao nascimento segundo declarações de óbito do ano de 2008



FONTE: SIM/VE/PG (2008).

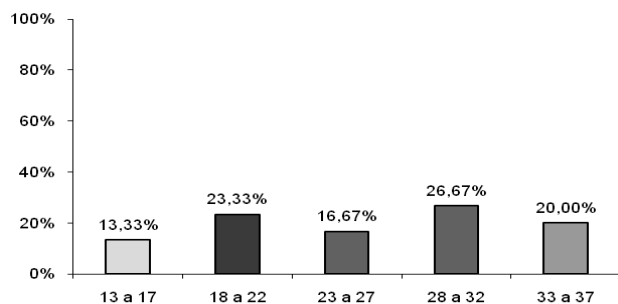
Observa-se que mais da metade dos RN nasceram com o peso muito abaixo do normal. Segundo Nascimento e Gotieble, o peso adequado é aquele maior ou igual a 2.500 gramas, e o baixo peso é menor que 2.500 gramas. Apresentaram baixo peso ao nascer 66,66% dos neonatos da amostra se agruparmos os dados. O baixo peso está intimamente associado à morbimortalidade neonatal, tendo o RN com baixo peso ao nascer de 28 a 36 vezes mais chances de ir a óbito antes do primeiro ano de vida.

As variáveis das características maternas estudadas foram idade das mães, número de gestações e complicações apresentadas durante a gravidez.

Em relação à idade das mães, quatro mulheres apresentavam a faixa etária dos 13 aos 17 anos (13,33%); sete estavam entre 18 e 22 (23,33%); cinco, entre 23 e 27 (16,67%); oito entre 28 e 32 (26,67%); e seis entre 33 e 37 anos (20%), conforme dados no gráfico abaixo.

**Gráfico 3:** Percentual em relação à faixa etária das mães

segundo a ficha de investigação de óbito infantil do ano de 2008 em Ponta Grossa, Paraná



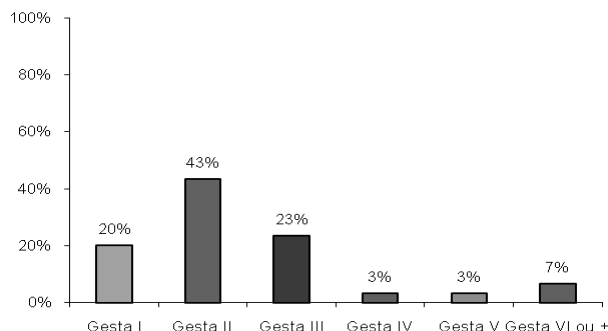
FONTE: CMI/VE/PG (2008).

A idade da mãe é uma variável de relevância em estudos demográficos e epidemiológicos, pois é importante fator de risco para o baixo peso ao nascer e para a morbimortalidade infantil (FERREIRA, 1990).

Nesta análise dos resultados, as faixas etárias maternas não se mostraram relevantes, sendo um dado que pouco interferiu na mortalidade infantil do presente estudo. Assim, 69,67% eram filhas de mulheres com idades entre 18 e 32 anos completos, considerada a faixa ótima, do ponto de vista reprodutivo, o que não condiz com o esperado e o relatado na literatura, que seriam a mortalidade relacionadas a mães com idade menor que 15 e maior que 35 anos (SENESI *et al.*, 2000).

Quanto ao número de gestações, seis mulheres do presente estudo estavam na sua Gesta 1 (20%); treze, na Gesta 2 (43%); sete, na Gesta 3 (23%); uma, na Gesta 4 (3%); uma, na Gesta 5 (3%); e duas, na Gesta 6 ou mais (7%).

**Gráfico 4:** Percentual do número de gestações segundo a ficha de investigação de óbito infantil do ano de 2008 em Ponta Grossa, Paraná.



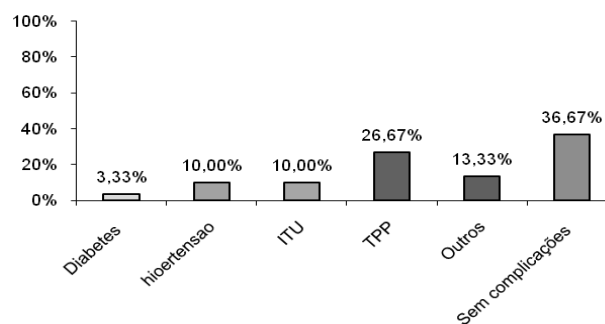
fonte: CMI/VE/PG (2008).

A multiparidade materna ou o número de gestações anteriores (nascidos vivos ou nascidos mortos) pode estar intimamente associado ao nível socioeconômico e à morbimortalidade infantil levantada por alguns autores (PINTO CUNHA, 1998). Neste estudo, foi verificado que 86% eram produtos de mulheres que estavam tendo no máximo o terceiro filho e 10% pertenciam a grandes múltiparas (cinco e mais filhos anteriores à gestação atual). Em diversos estudos realizados, o fator de risco aumenta em múltiparas, sendo que neste estudo apresentou-se abaixo do esperado a relação entre multiparidade e óbito, não podendo ser relacionada e comparada a outros estudos (MELLO JORGE *et al.*, 1993)

A análise referente às intercorrências e ou complicações ocorridas durante o período gestacional aparece com maior significância em oito gestantes (23,67%) que entraram em trabalho de parto prematuro (TPP), três (10%) que apresentaram hipertensão arterial sistêmica durante a gestação, três (10%) que apresentaram infecção do trato urinário (ITU), uma (3,33%) que apresentava como doença de base o diabetes melito e quatro (13,33%) com outras complicações (ruptura uterina materna, HIV positivo, descolamento da placenta e parto domiciliar).

Um dado relevante foi que 11 gestantes (36,67%) não apresentaram problemas evidenciados durante a gestação.

**Gráfico 5:** Percentual de intercorrências durante o período gestacional segundo a ficha de investigação de óbito infantil do ano de 2008 em Ponta Grossa, Paraná



FONTE: CMI/VE/PG (2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), durante suas gestações 40% das gestantes apresentam algum tipo de complicação e 15% dentre estas necessitam de cuidados específicos durante a realização do pré-natal, visando a diminuir o risco de mortalidade materna e infantil (cf. MENEZES, 1998).

As complicações que aparecem ao longo da gestação podem ser súbitas e imprevisíveis. O estudo revelou que a maior parte das complicações encontradas foi o trabalho de parto prematuro (TPP), mas não conseguindo fazer uma relação com quais causas levaram ao TPP pela falta de informações nas declarações de óbito.

Com relação às síndromes hipertensivas, Pascoal (2000) destaca a hipertensão arterial crônica e a pré-eclampsia individualmente ou de forma associada como complicações que podem afetar a mulher e o feto na gestação

Quanto às ITU, o não tratamento ou o tratamento inadequado pode levar a complicações obstétricas e neonatais. Dentre elas, destacam-se a rotura prematura de membranas, o trabalho de parto e parto prematuros, a restrição de crescimento intrauterino, o baixo peso ao nascer, o abortamento e o óbito fetal (JACOCIUNAS; PICOLI, 2007).

### Conclusão

O não preenchimento correto das declarações de óbito e a falta de dados importantes fizeram com que a pesquisa tenha apontado deficiências quanto às complicações que levaram a criança à morte.

Além da causa básica de morte, são de importância fundamental todos os outros itens constantes das declarações de óbito. Quando mal informados, eles afetam o agrupamento por idade e quaisquer outros estudos que se pretenda realizar.

Segundo o objetivo do estudo, pode-se evidenciar que a principal causa de óbito infantil foi a prematuridade, o que está intimamente ligado aos recém-nascidos que apresentaram baixo peso ao nascer.

As mães são mulheres na faixa etária de 28 a 32 anos, múltiparas que se apresentaram na segunda gestação, obtendo como principal complicação

durante a gestação o trabalho de parto prematuro, o que levou ao óbito de seus bebês.

Sabe-se que muitas vezes o óbito de uma criança poderia ser evitado com adequadas medidas básicas de atenção à gestante no pré-natal, mas isso nem sempre acontece.

Como profissional capacitado, o enfermeiro pode intervir no desenvolvimento de ações educativas para a saúde e com a adoção de serviços de prevenção, que constituem fatores de extrema importância para a redução do óbito infantil.

É importante que se realizem estudos nesta área, para que novas intervenções sejam realizadas e garantam o nascimento de uma criança saudável e sem complicações.

### REFERÊNCIAS

- Aciolly MC. Determinantes da mortalidade neonatal em Belo Horizonte (1993): Subsídios para o planejamento da ação materno infantil. Belo Horizonte: FM/UFMG, 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572001000400011&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572001000400011&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 12 set 2009.
- Alves CA et al. Causas de mortalidade infantil pós-neonatal em Belo Horizonte no período de 1996 a 2004. In: BERCINI OL. Encontro de Extensão da UFMG. 2005.
- Organização Mundial da Saúde. Gravidez, parto, pós-parto e cuidados com recém-nascido: Guia para a prática fundamental. São Paulo: Roca, 2007.
- Caldeira AP, França E, Goulart MAE. Mortalidade infantil pós-neonatal e qualidade da assistência médica: Um estudo caso controle. *Jornal de Pediatria*. 2001;77(6).
- Datasus. Indicadores de saúde. Disponível em: <[www.datasus.br/indicadoresdesaude2008/](http://www.datasus.br/indicadoresdesaude2008/)>. Acesso em: 10 set 2008.
- Ferreira CEC. Mortalidade infantil e desigualdade social em São Paulo, São Paulo. 1990. **Disponível em:** <[www.scielo.br/pdf/rpp/v26n3/09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n3/09.pdf)>. Acesso em: 18 ago 2009.
- Fuentes VLP. Condicionantes socioeconômicas da mortalidade infantil: Estado de São Paulo - 1960-1984 [dissertação]. Universidade de São Paulo; 1990.
- Jacociunas LV, Picoli SU. Avaliação de infecção urinária em gestantes no primeiro trimestre de gravidez. *Rev Bras Anal Clin*. 2007;39:55-7.
- Kozu KT et al. Mortalidade infantil: Causas e fatores de risco - Um estudo bibliográfico. Disponível em: <<http://www>>

medstudents.com.br/original/original/mortinf/mortinf.htm>. Acesso em: 21 abr. 2008.

Lima VM, Mello DF. Assistência de enfermagem a crianças menores de um ano de idade em unidade básica de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2004;54.

Martins EF, Meléndez GV. Determinantes da mortalidade neonatal a partir de uma coorte de nascidos vivos, Montes Claros, Minas Gerais, 1997-1999. *Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil*. 2004.

Mello Jorge MHP et al. Avaliação do Sistema de Informação sobre Nascimento Vivo e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. *Rev. Saúde Pública*. 1993;27(6 Supl.):1-44.

**Menezes AMB et al.** Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993. *Rev. Saúde Pública*. 1998;32(3). Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489101998000300002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489101998000300002&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 12 out 2009.

Minayo MCS. *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2001.

Mortalidade neonatal de residentes em localidade urbana da região sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 28

Pascoal IF. Síndromes hipertensivas na gravidez. IN: Brasil. Ministério da Saúde. *Doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

Nascimento LFC, Gotlieb SLD. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer, com base em informações da declaração de nascido vivo em Guaratinguetá, SP, no ano de 1998. *Informe Epidemiológico do SUS*. 2001;10(3):113-120.

**Pinto da Cunha EMG. Condicionantes da mortalidade infantil segundo raça/cor no estado de São Paulo, Outubro, 1997-1998. Disponível em:** <[www.saude.sp.gov.br/.../ses\\_sp\\_seminario\\_saude\\_da\\_pop\\_negra\\_2004.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/.../ses_sp_seminario_saude_da_pop_negra_2004.pdf)>. Acesso em: 09 abr 2009.

Pnud. Taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos. Disponível em: <[www.pnud.org.br](http://www.pnud.org.br)> Acesso em: 01 out. 2008.

Poeles K, Parada CMGL. Mortalidade infantil tardia em município do interior do estado de São Paulo. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, 2000.

Rigo Silva AN. Fatores de risco para nascimentos pré-termo no município de Londrina, PR, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-04062008-110219/>> Acesso em: 15 out 2009.

Tobor F, Yalour MR. *Como fazer teses em saúde pública*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

Tomazi NGS, Yamamoto RM. *Metodologia da pesquisa em saúde: Fundamentos essenciais*. Curitiba: edição das autoras, 1999.

Victoria CG et al. *Epidemiologia da desigualdade: Um estudo longitudinal de 6.000 crianças brasileiras*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1989. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572001000400011&script=sci\\_arttext&tlng](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572001000400011&script=sci_arttext&tlng)>. Acesso em: 12 set 2009.





**Publicatio UEPG - Ciências Biológicas e da Saúde**  
**Publicatio UEPG - Biological and Health Science**

**ESCLARECIMENTOS E NORMAS PARA APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS**

**1. DAS NORMAS GERAIS**

- 1.1 A Revista PUBLICATIO UEPG – Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa (ISSN 1676-8485), destina-se à publicação de trabalhos de pesquisa básica e aplicada. A maioria das páginas da revista é reservada para: pesquisa original; observações clínicas com análise e discussão; relatos de casos ou reuniões clínicas, com discussões; estatísticas epidemiológicas, com análises e discussões; descrições ou avaliações de métodos ou procedimentos nas áreas de Ciências Biológicas e da Saúde. São aceitos artigos de revisão e comunicações breves.
- 1.2 Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida a sua apresentação simultânea em outro periódico. A Revista PUBLICATIO UEPG – Ciências Biológicas e da Saúde reserva todos os direitos autorais do trabalho publicado, inclusive de tradução, permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução com devida citação de fonte.
- 1.3 A Revista PUBLICATIO UEPG – Ciências Biológicas e da Saúde receberá para publicação trabalhos redigidos em português e/ou inglês, ficando os textos dos mesmos sob inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores Associados e do Corpo de Consultores.
- 1.4 Os trabalhos deverão ser enviados em CD, acompanhados de duas cópias impressas, digitadas em programa Word for Windows 6.0 ou mais recente. Recomenda-se que os autores retenham uma cópia em seu poder.
- 1.5 Deverão constar, no final dos trabalhos, endereço completo, telefone e e-mail de pelo menos um dos autores, para o encaminhamento de correspondência.
- 1.6 A Revista PUBLICATIO UEPG – Ciências Biológicas e da Saúde reserva o direito de submeter todos os originais à apreciação do Editor Associado e Corpo de Consultores, que dispõem de plena autoridade para decidir sobre a conveniência ou não da publicação, podendo, inclusive reapresentá-los aos autores, com sugestões para que sejam feitas alterações necessárias no texto e/ou para que os adaptem às normas editoriais da Revista. Nesse caso, o referido trabalho será reavaliado pelos consultores.
- 1.7 Caberá a cada autor de artigo, um exemplar da revista, como única indenização por direitos autorais.
- 1.8 Não serão publicadas fotos coloridas, a não ser em casos de absoluta necessidade e a critério da comissão editorial, com custos para os autores.
- 1.9 Todos os trabalhos que envolvam estudo com seres humanos, incluindo-se órgãos e/ou tecidos isoladamente, bem como prontuários clínicos ou resultados de exames clínicos, deverão estar de acordo com as normas internacionais para pesquisa em seres humanos.

**2. DA APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL**

Os originais destinados à Revista PUBLICATIO UEPG – Ciências Biológicas e da Saúde deverão ser redigidos de acordo com as seguintes normas:

- 2.1 Os originais deverão ser redigidos na ortografia oficial e digitados em folhas de papel tamanho A4 ( 210 mm X 297 mm com espaço duplo e margem de 2cm de cada um dos lados, perfazendo o total de no máximo 30 páginas, incluindo as ilustrações (gráficos, tabelas, fotografias etc.). Utilizar fonte Times New Roman, tamanho 12, exceto para notas de rodapé e título que deverão apresentar corpo 9 e 14 respectivamente.
- 2.2 Ilustrações:
  - Devem ser de boa qualidade;
  - Inseridas no texto com as respectivas legendas, numeradas em algarismos arábicos, em local aproximado de inserção no corpo do texto;
  - figuras digitais (ilustrações ou fotos) devem ser também enviadas em arquivo próprios salvas em JPG ou tiff - 300 dpi de resolução - em CD;
  - gráficos devem ser inseridos no texto e enviados os arquivos no programa de origem (Excel);
  - Mantendo as devidas proporções, usar tamanho máximo de largura de 8,5 cm ou 17,5 cm x 23,5 cm .
- 2.3 Tabelas e quadros
  - legendas serão colocadas na parte superior. Numeradas em algarismos arábicos;
  - usar tamanho máximo de largura de 8,5 cm ou 17,5 cm .
- 2.4 As notas devem ser reduzidas ao mínimo e digitadas em pé de página, numeradas a partir de 1. Se houver nota no título, ela receberá asterisco e não numeração. As notas não devem ser utilizadas para referência bibliográfica. Estas devem ser feitas no corpo do trabalho.
- 2.5 Recomenda-se anotar, no texto, os nomes compostos e dos elementos, ao invés de suas fórmulas ou símbolos; preferencialmente, os períodos de tempo, também por extenso, ao invés de números; binômios da nomenclatura zoológica e botânica, por extenso e sublinhados, ao invés de abreviaturas; os símbolos matemáticos e físicos, conforme as regras internacionalmente aceitas e os símbolos métricos, de acordo com a legislação brasileira vigente.
- 2.6 No preparo do original, deverá ser observada a seguinte estrutura:
  - a) Cabeçalho:
    - . Título do artigo e subtítulo (quando os artigos forem em PORTUGUÊS, colocar título e subtítulo em português e inglês; quando os artigos forem em INGLÊS, colocar título e subtítulo em inglês e português).
    - . Nome do(s) autor(es) – Com indicação da instituição de origem.
  - b) Resumo
    - Consiste na apresentação concisa dos pontos relevantes do texto, com as principais conclusões, em no máximo 250 palavras.