



APRESENTAÇÃO DE POSTERES PARA CONGRESSO



MONTANDO UM BOM PÔSTER

- **TÍTULO (chamada mais importante)**
Opte por um título mais sucinto, com o tema chave.
- **AUTORES**
Não é necessário o currículo completo.
- **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**
Especifique as principais ou leve em folha a parte.
- **CONTATO**
Coloque pelo menos uma opção para contato (e-mail é o mais indicado).



- **TABELAS**

Opte por construir utilizando a opção tabelas no programa Word (*não construa manualmente*).

- **GRÁFICOS**

Opte por construir, utilizando a opção gráficos no programa Word (*não construa manualmente*).

- **IMAGENS (captura por máquina digital)**

Configure a máquina para fotos com boa qualidade.

Verifique se a iluminação é suficiente.

Procure focar a cena para conseguir nitidez.

- **IMAGENS POR SCANNER**

Configure a definição para 200 dpi no mínimo.

Configure o tamanho da imagem.

- **INTERNET**

Verifique o tamanho do arquivo – ideal > que 100 Kb).

Utilize imagens somente com boa definição.

Não aumente o tamanho físico da imagem (*resultado ruim na impressão final*).

Diminuir a definição é possível

Aumentar não é o ideal



IMAGEM RUIM

pixelização com
aumento da imagem

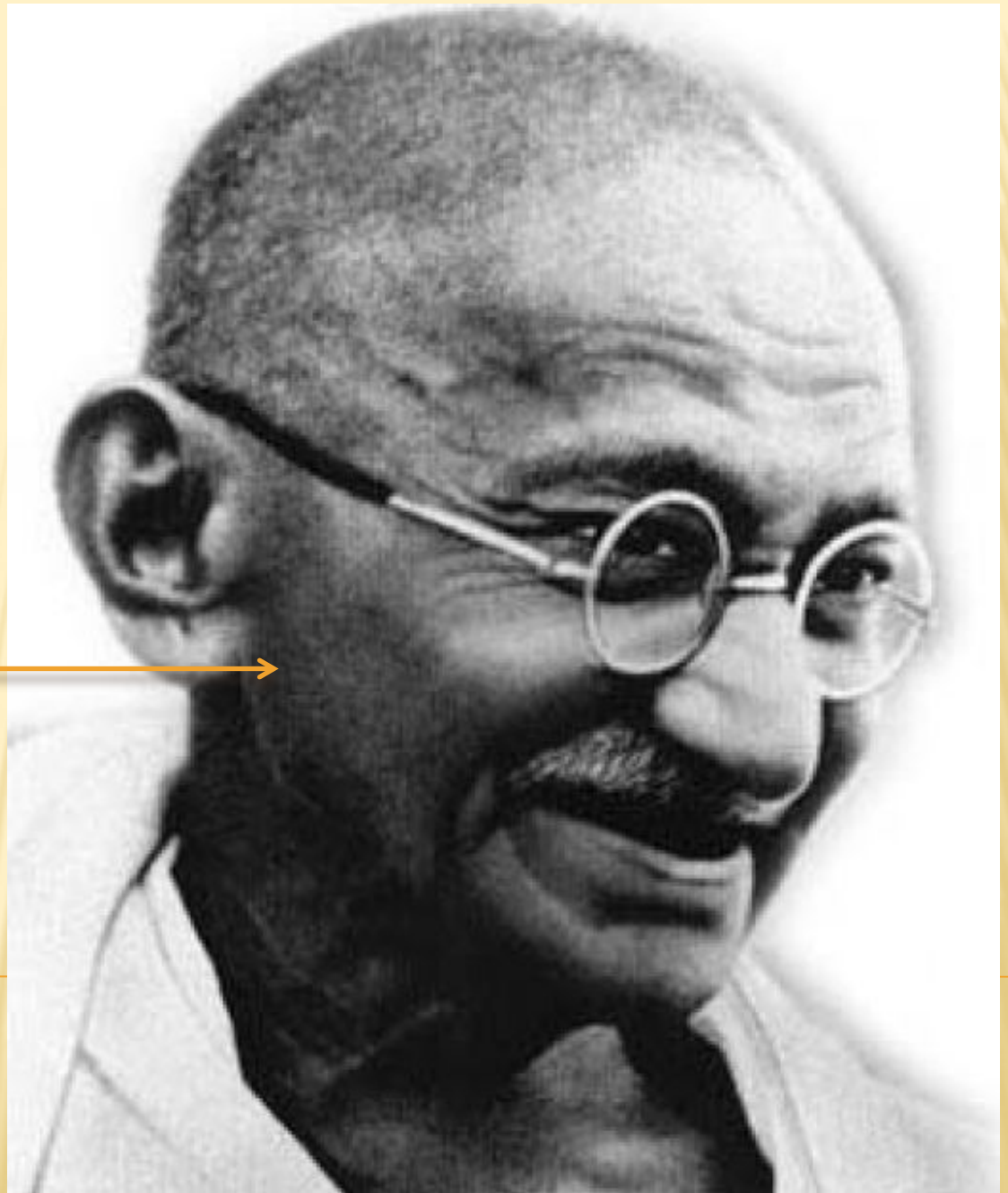
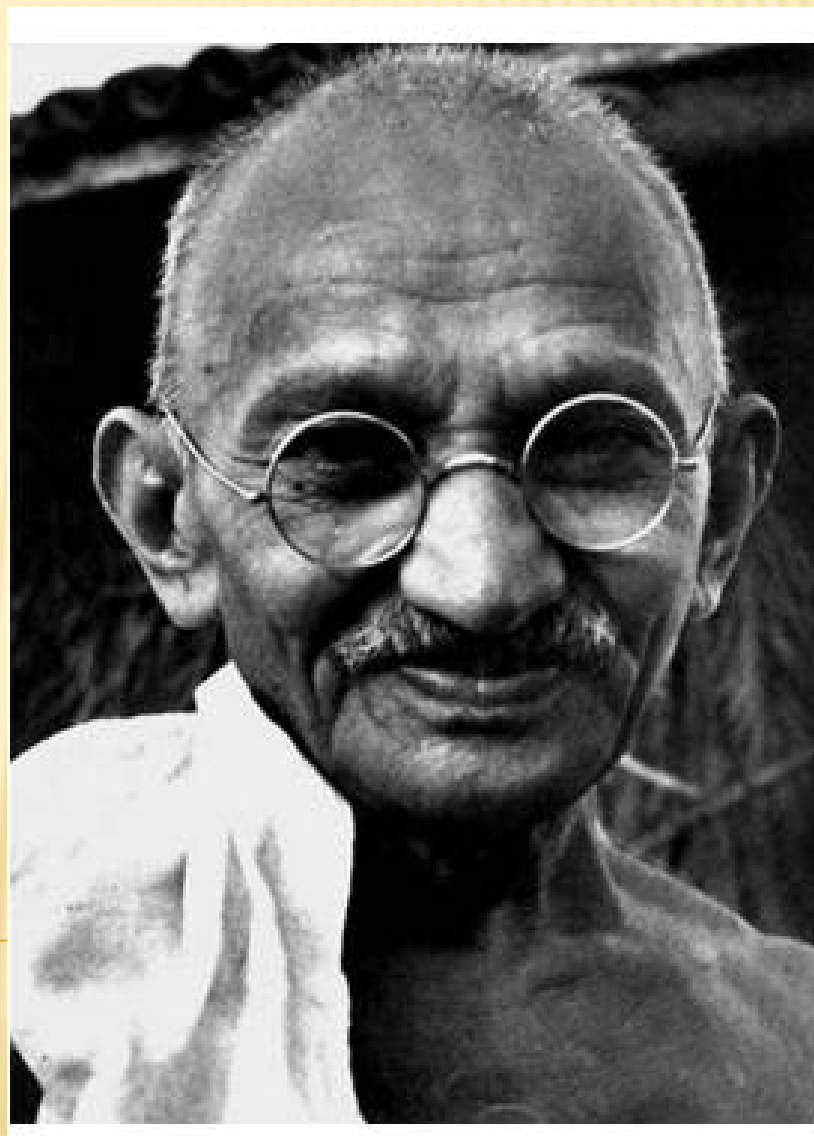


IMAGEM BOA





PSYCHOTROPIC PRESCRIPTIONS BY NON-PSYCHIATRISTS FOR INSTITUTIONALIZED ELDERLY IN BRAZIL



Florindo Stella^{1,2}, Acioly L. T. Lacerda², Dorgival Caetano³

¹ Institute of Biosciences, Paulista State University, UNESP, Rio Claro - Brazil

² Department of Psychology, University of Greater ABC (UniABC), Santo André - Brazil

³ Clinic of Neuropsychiatry and Mental Health for Old People, State University of Campinas, UNICAMP, Campinas - Brazil

INTRODUCTION

Due to age-related biological changes, both pharmacokinetic and pharmacodynamic parameters are altered in the elderly. In addition, owing to a higher rate of medical morbidity this population are more likely to receive polypharmacy and consequently are at a greater risk for drug-drug and drug-disease interactions.

OBJECTIVE

To evaluate the pattern of prescription and factors that may influence the physician's decision in prescribing psychotropics for the elderly.

SUBJECTS

Initially, 108 elderly individuals living in a nursing home in the city of Rio Claro, Brazil, which catches for the poor elderly living in the region, were evaluated. All subjects were treated by non-psychiatrist physicians. Sixty-five residents (age = 74.31 ± 9.42 SD years), who had regular prescription of psychotropic and/or non-psychotropic drugs, made up our sample.

METHODS

All residents' medical records were examined, being selected the subjects who were using psychotropic and/or non-psychotropic drugs on a regular basis. The subjects receiving drugs on a *Pro Re Nata* basis were excluded. According to type of drugs, the subjects were divided into three groups:

- 1) psychotropics;
- 2) non-psychotropic drugs prescribed for the treatment of different medical diseases;
- 3) psychotropics plus non-psychotropic drugs. The general linear model analysis of covariance (ANCOVA), with number of non-psychotropic drugs as dependent measures, psychotropic use entered as independent variable, and age as a covariate was performed. The same model and the Chi-square test were performed to assess gender effect on psychotropic prescription. Spearman's *rho* correlation coefficients were used to investigate relationships between demographic and clinical variables.

RESULTS

The mean of drugs taken daily was 3,8. Forty-one residents (63,1%) were on psychotropics alone or in combination with non-psychotropic drugs (Table 1). Individuals with cardiovascular diseases received less psychotropics in comparison with subjects with other medical diseases ($p=0.001$). Females were more likely to receive psychotropics as compared to their male counterparts ($p=0.038$). There was a negative correlation between age and number of prescribed psychotropics ($p=0.009$) as well as between number of psychotropic and non-psychotropic drugs ($p=0.009$).

CONCLUSION

To our knowledge, this is the first study evaluating prescription of psychotropics, with these characteristics, in nursing home for elderly residents in Brazil. Despite some limitations, our findings suggest that cardiovascular disease and age were the variable that mostly influenced the non-psychiatrist physician's decision in not prescribing psychotropics. Physicians' over consciousness may explain at least partially this result. Further investigations are warranted to confirm ours in both developing and developed countries.

Table 1: Daily medications prescribed.

	GROUPS	RESIDENTS	%	NUMBER OF DRUGS MEAN (MEDIAN)
1.	Psychotropics	8	12,3	2,8 (2,5)
2.	Non-psychotropics	24	36,9	3,7 (3,0)
3.	Psychotropics plus Non-psychotropics	33	50,8	4,2 (4,0)
	Total	65	100%	3,8

Several residents had used some potentially harmful combinations of drugs on a regular basis (Table 2).

Table 2: Some potentially harmful combinations

SUBJECT	AGE	GENDER	MEDICATIONS
1	74	F	Phenobarbital, carbamazepine, prometazone, captopril, adifenine, hydrochlorotiazide, dipirone
2	66	F	Clomipramine, clobazam, levothyroxin, digoxin, diclofenacol, insulin, omeprazole
3	70	M	Phenobarbital, phenytoin, digoxin, dipyrindamol, aspirin
4	64	M	Phenytoin, carbamazepine, clonazepam, captopril, cinnarizine
5	67	M	Phenobarbital, diazepam, prometazone, propranolol
6	71	F	Anitriptyline, midazolam, haloperidol, chlorpromazine
7	61	F	Phenobarbital, thioridazine, biperidene, chlorpropamide
8	60	F	Thioridazine, diazepam, biperidene, cinnarizine, cimetidine
9	84	F	Diazepam, enalapril, nifedipine, hydrochlortiazide, cimetidine
10	75	M	Diazepam, carbamazepine, pentoxifylline, cimetidine, B complex
11	80	F	Levomopromazine, flunitrazepam, levodopa, B complex

Legend: M = Male; F = Female.

PÔSTER RECOMENDADO





RESIDUAL GLANDULAR TISSUE IN CUTANEOUS FLAP FROM WOMEN AFTER MASTECTOMIES WITH SKIN PRESERVATION



Alvarenga, M¹; Okamura, H²; Torresan, RZ¹; Santos, CC⁴

Department of ¹Gynecology and Obstetrics and Department of ²Anatomic Pathology
University of Campinas (UNICAMP), São Paulo, Brazil

PÔSTER RECOMENDADO

INTRODUCTION

Skin-sparing mastectomy (SSM) with immediate transverse rectus abdominis musculo-cutaneous (TRAM) flap reconstruction is being used more often for the treatment of patients with breast cancer. SSM offers superior cosmetic results compared with conventional mastectomy (Newman et al., 1998). However, the SSM is a more demanding procedure because it requires more time and creativity in planning and fashioning the skin flaps. Most local recurrences appear in the residual skin and subcutaneous tissue in the area of mastectomy (Slavin et al., 1994), and may be attributed to residual breast tissue, tumor seeding at the time of surgery or persistence of tumor in the operative field and lymphatics (Auchincloss, 1958).

There are evidence that it is not possible to remove all breast tissue, even with conventional mastectomy. The probability to leave more breast tissue or residual tumor with SSM, due to limited skin resection, may increase the risk for local recurrence of breast cancer and, consequently, of distal recurrence due to treatment failure.

OBJECTIVES

The objectives of our study were to determine the amount of glandular breast tissue, proliferative epithelial lesions and residual tumor in the skin flaps from women submitted to SSM for breast carcinoma.

MATERIALS AND METHODS

Thirty four (34) patients with breast carcinoma stage 0, I, II and III were submitted to SSM with immediate TRAM reconstruction at the "Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM)" at the University of Campinas, São Paulo, Brazil. After finishing surgery, the cutaneous flaps that would remain in the patients were resected and submitted for histological examination.

The skin was separated in four quadrants with the examination of, at least, ten fragments for each quadrant. The amount of residual glandular tissue was calculated by the number of terminal duct-lobular units (TDLU) in each quadrant of the skin flap. The presence of epithelial proliferative lesions and residual

tumor were also searched at microscopic examination of the skin flaps.

The type of skin incision, the products of SSM and the skin flap resected after the mastectomy are shown in figures 1 to 3.



Figure 1 - Drawing of surgical incisions - inner dotted line, for the peri-areolar incision of the SSM and outer continuous line, for the incision of the skin flap.



Figure 2 - Specimen of the SSM with the skin flap.



Figure 3 - Skin flap fixed in card board and submitted for histological examination.

RESULTS

Residual glandular breast tissue was found in 21 of 34 skin flaps (61,7%), and it was negative in 13 cases (38,3%). We found 1 to 5 TDLU in 8 out of 21 patients (38,1%), 6 to 10 TDLU in 5 patients (23,8%), 11 to 15 TDLU in 3 patients (14,3%), 16 to 20 TDLU in 3 patients (14,3%) and more than 20 TDLU in 2 patients (9,5%).

Table 1: Residual glandular breast tissue in skin flap after SSM (N=34)

Number of TDLU	Number of patients (n)	Percent of patients (%)
0	13	38,3%
1 - 5	08	23,5%
6 - 10	05	14,7%
11 - 15	03	8,8%
16 - 20	03	8,8%
> 20	02	5,9%

Epithelial proliferative lesions were not found. Residual tumor was found in 3 patients, 1 in situ lobular carcinoma, 1 invasive ductal carcinoma and 1 tubular carcinoma. (Figures 4 to 9).

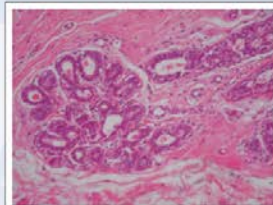


Figure 4: Terminal duct-lobular unit found in the skin flap.

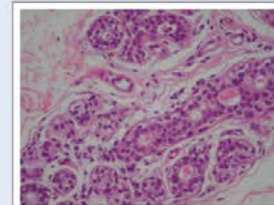


Figure 5: Terminal duct-lobular unit in the skin flap.

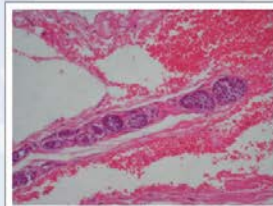


Figure 6: Strip of lobular neoplasia in area of hemorrhage found in the skin flap.

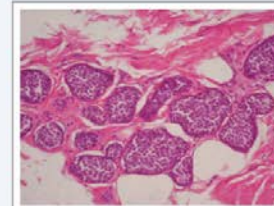


Figure 7: In situ lobular carcinoma in the skin flap.

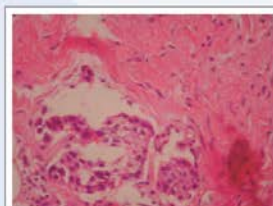


Figure 8: Small focus of invasive ductal carcinoma in fibrous scar of the skin flap.

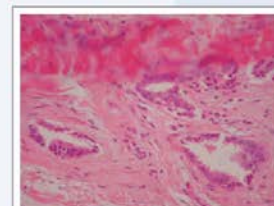


Figure 9: Small focus of tubular carcinoma in the skin flap.

DISCUSSION

There are no reports, as far as we know, of how much breast tissue is left after SSM. Even with conventional mastectomy, breast tissue is left in the patient, and it has been estimated to be around 10 to 15%. This may be the source for local recurrence after mastectomy.

We examined the skin flaps that would remain in the patients after SSM with, at least, 40 fragments for each case. If only the SSM was done, we demonstrated that breast tissue would remain in 61,7% of the patients (21 out of 34 cases). The lower inner quadrant contained more breast tissue (72 TDLU) than the upper outer quadrant (52 TDLU). No epithelial proliferation was found in the skin flaps. Residual tumor was found in the skin flaps of 3 patients.

CONCLUSION

The SSM leaves residual glandular breast tissue in more than a half of the patients (61,7% in our study) and may leave residual tumor (8,8% in our series) in the skin flap.

REFERENCES

- Auchincloss H. The nature of local recurrence following radical mastectomy. *Cancer* 1958; 11: 611.
- Newman LA, Gasser HM, Hunt SK, Knoll SS, Amos FC, Ross ML, Fogt BV, Singletary SE. Pseudoincision, breast-axillary and on-tissue of local recurrence after skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction. *Ann Surg Oncol* 1995; 2: 628-4.
- Slavin SA, Linn S M, Goble JM. Recurrent breast cancer following immediate reconstruction with upper transverse flap. *Annals Surg Oncol* 1994; 93: 1191-1207.



1,20 cm



RESECTION OR ELECTROVAPORIZATION OF THE PROSTATE COMPARISON OF THE TWO SURGICAL TECHNIQUES



Wagner Eduardo Matheus*, Cesar N Zillo, Nivaldo Lavoura, Nelson Rodrigues Netto Jr

University of Campinas Medical Center – UNICAMP, São Paulo, Brazil

6475

INTRODUCTION AND OBJECTIVE

To compare both therapeutic modalities in terms of surgical time, results, complications and learning curve.

METHODS

A total of 100 patients with benign prostatic hyperplasia and surgical indication were randomized in two groups of 50 patients. One of the groups was treated with electrovaporization and the other with transurethral resection of the prostate. The surgeries were accomplished by the residents of our department, always with the supervision of an urology professor. The resections were accomplished with common loop and the electrovaporizations with a RessecTrode--®. We analyzed the surgical time, catheter time, IPSS and uroflowmetry before and 3 months after the surgery. The analysis of the learning curve was made through a questionnaire which the residents answered after their practice informing after how many procedures they feel confident to accomplish each of the modalities.

RESULTS

There was no important complication in none of the groups. The values of IPSS, uroflowmetry and surgical time were better in the resection group and the catheter and hospital stay were better in the electrovaporization. The electrovaporization was also better in the learning curve, as it can be seen in the table below.

	IPSS Dif.	Flowmetry (ml/s) Dif.	Surgical time (min)	Catheter (days)	Hospitalization (days)	Learning (procedures)
TURP	15.8 ± 6.1	8.7 ± 4.4	48.6 ± 17.1	1.7 ± 0.6	2.0 ± 0.8	18 ± 2.7
TUEVP	12.1 ± 6.3	5.1 ± 2.7	62.9 ± 17.3	1.6 ± 0.6	1.6 ± 0.6	8.8 ± 1.0

CONCLUSIONS

The electrovaporization and the resection of the prostate are safe methods of surgical treatment of BPH. Our opinion is that the residents should begin with the electrovaporization, once this surgery allows a better visualization of the prostate due to less bleeding. Once, feeling confident with electrovaporization procedure, the resident will be capable of accomplishing resections more easily.

90 cm



UNICAMP

AValiação DA DEGLUTIÇÃO EM CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL TETRAPARÉTICA ESPÁSTICA E ATETÓSICA



¹Deptº Neurologia e ²Deptº Radiologia - FCM, Universidade Estadual de Campinas UNICAMP - São Paulo - Brasil
³Deptº Fonoaudiologia, Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista - UNESP - São Paulo - Brasil

INTRODUÇÃO

A disfagia orofaríngea neurogênica pode resultar em sérias complicações, incluindo aspirações pulmonares, desidratação e desnutrição. Essas complicações podem ser evitadas se a disfagia for reconhecida precocemente e houver tratamento adequado.

A avaliação clínica fonoaudiológica pode ser o único procedimento disponível ao terapeuta, mas existem avaliações instrumentais complementares sobre a deglutição. O procedimento mais utilizado é o estudo dinâmico da deglutição por Videofluoroscopia (VF), considerada exame "padrão ouro", pois permite a redução da dose de radiação, os eventos são gravados em tempo real. Permite ainda, associada a avaliação clínica, indicar a conduta mais adequada na reabilitação.

Este trabalho tem por objetivos avaliar e comparar as fases oral e faríngea de pacientes com paralisia cerebral tetraparética espástica (PCT) e atetósica (PCA), por meio da avaliação clínica e por VF visando verificar se o mecanismo da deglutição apresenta semelhanças ou diferenças e como se caracterizam.

CASUÍSTICA

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, atendendo as Resoluções 196/96 e 251/97.

Participaram do estudo, 11 crianças com idade variando entre 10 meses a 8 anos, com queixa de disfagia oro-faríngea e histórico de broncopneumonia. O grupo com diagnóstico de PCT foi composto por 5 crianças (45,4%) e o grupo com diagnóstico de PCA foi composto por 6 crianças (54,5%). Os pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídas deste estudo as crianças que se alimentavam exclusivamente por via alternativa de alimentação e que apresentavam crises epilépticas durante a avaliação clínica fonoaudiológica e/ou instrumental.

MÉTODOS

• **Anamnese fonoaudiológica:** retardo no desenvolvimento neuropsicomotor (RDNPM), crises epilépticas, uso de drogas anti-epilépticas ou tranquilizantes que poderiam atuar no SNC, queixas relacionadas ao sistema respiratório, circulatório e digestivo, nível cognitivo-linguístico.

• **Avaliação clínica fonoaudiológica:** Avaliação do sistema estomatognático (reflexos orais, posturas corporais, reatividade) avaliação funcional com dieta (Foto 1) e ausculta cervical (Foto 2).

Na avaliação funcional a mãe foi observada alimentando a criança quando possível, em 4 consistências: líquida, pastosa fina, pastosa grossa e sólida, utilizando o utensílio de rotina da criança e o posicionamento do corpo habitual.

O protocolo elaborado foi adaptado dos protocolos propostos por Furkim (1999) e Furkim & Silva (1999).



Foto 1: Avaliação funcional

Foto 2: Ausculta cervical

• **Avaliação videofluoroscópica:** Sulfato de bário nos volumes 1, 3, 5 ml, nas consistências: líquida, pastosa fina, pastosa grossa e 0,5 cm³ da sólida.

O protocolo de avaliação foi adaptado sobre a proposta de Logemann (1983) e Furkim & Silva (1999).

RESULTADOS

Os achados deste estudo não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, mas consideramos a apresentação dos achados relevantes do ponto de vista clínico fonoaudiológico. Desta forma, a apresentação desses achados será realizada de forma descritiva.

Quanto ao DNPm, 10 crianças (91%), sendo 5 PCT e 5 PCA, apresentaram RDNPm grave e apenas 1 criança (9%) com PCA apresentou RDNPm moderado.

Observamos que 8 crianças (4 PCT 4PCA) apresentavam crises epilépticas de difícil controle e 9 (5 PCT 4 PCA) fazem uso de medicamentos que atuam no SNC (anti-epilépticos e/ou tranquilizantes).

Quanto às queixas dos pais, podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Queixas relacionadas com os sistemas respiratório, circulatório e digestivo de acordo com os grupos de PC.

Queixas	PCT		PCA	
	N	%	N	%
Sist. respiratório	5	100	6	100 (p=1,0)
Sist. circulatório	4	80	4	67 (p=0,67)
Sist. digestivo	2	40	3	50 (p=1,0)

O aspecto cognitivo-linguístico foi classificado em nível 1 se apresentassem dificuldades leves de comunicação e nível 2 se apresentassem dificuldades moderadas a graves em atividades cotidianas com o próprio cuidador. Os resultados mostraram que os 5 (100%) das crianças com PCT agrupavam-se no nível 2, enquanto que apenas 3 (50%) das crianças com PCA agrupavam-se no mesmo nível.

O grupo com PCT foi maioria em relação ao reflexo de busca, gag antenozado e hiperextensão cervical. O grupo de PCA foi maioria na ocorrência do reflexo de sucção e RTCA. O reflexo de mordida tônica esteve presente em todas as crianças (100%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Reflexos orais e posturas corporais patológicas nos grupos com PCT e PCA.

Reflexos e Posturas	PCT		PCA	
	N	%	N	%
Busca	2	40	2	33 (p=1,0)
Sucção	1	20	3	50 (p=0,54)
Gag	3	60	1	17 (p=0,24)
RTCA	1	20	3	50 (p=0,54)
Hiper cervical	4	80	4	67 (p=1,0)

A alteração da reatividade ao estímulo tátil extra-oral ocorreu em 80% das crianças com PCT e 50% das crianças com PCA e a alteração da reatividade ao estímulo tátil intra-oral foi observada em todas as crianças (100%).

O reflexo nasal foi observado em apenas uma criança com PCT.

Os resultados da ausculta cervical na fase faríngea está na Tabela 3. Foram constatados SSA (sinais sugestivos de aspiração) em todas as crianças com PCT (100%) e em 5 crianças com PCA (83%).

Tabela 3 - Ausculta cervical nos grupos com PCT e PCA.

Ausculta Cervical	PCT		PCA	
	N	%	N	%
Negativa	1	20	2	33
Positiva	4	80	4	67

Teste exato de Fisher (p=1,0)

OTTO (Tempo de Trânsito Oral) foi comprometido em todas as crianças. Foi classificado como pouco elevado (até 15 segundos) em apenas 4 crianças com PCA e um com PCT.

Na avaliação VF da fase faríngea da deglutição foi evidenciada ineficiência no vedamento vdo-faríngeo em 3 crianças com PCT e nenhuma criança com PCA.

A penetração laringea ocorreu em todas as crianças (100%), a aspiração traqueal encontra-se na Tabela 4 e essas aspirações foram silentes em 75% das crianças com PCT e em 50% das crianças com PCA.

Tabela 4 - Aspiração traqueal nos grupos com PCT e PCA.

Aspiração Traqueal	PCT		PCA	
	N	%	N	%
Presente	4	80	4	67
Ausente	1	20	2	33

Teste exato de Fisher (p=1,0)

Foram evidentes resíduos em recessos faríngeos após a 3ª deglutição em 4 crianças com PCT (80%) e em 3 com PCA (50%).

CONCLUSÕES

- As alterações da deglutição dos dois grupos foram semelhantes, visto que ambos apresentam alterações motoras graves e de "feedback" sensorio-motor relacionados com a intensidade da disfunção neuromotora.
- O desempenho inferior do grupo com PCT pode ser decorrente da presença dos reflexos primitivos e posturas corporais inadequadas na maioria do grupo e ao aspecto cognitivo mais prejudicado.
- O RDNPm, o uso de medicamentos e o controle das crises epilépticas interferiram de forma significativa no controle motor da deglutição.
- A avaliação por VF foi um excelente exame complementar à avaliação clínica fonoaudiológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Chen MYM, Piche VN, Dwan D, Orr DI, Gellard DW. Clinical and demographic evaluation of swallowing in 46 patients with neurologic disease. *Disorders Swallowing* 1992; 13:197-200.

Costa MB, Nogueira EL, Costa MP, Pereira A, Kuhl A. Videofluoroscopia nasoro-faríngea. *Revista Brasileira* 1992; 25:11-18.

Furkim AM. Deglutição de crianças com paralisia cerebral: do tipo intrínseca espástica, ao distúrbio clínico fonoaudiológico e análise videofluoroscópica. Dissertação (Doutorado em Fonoaudiologia). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 1999.

Furkim AM, Silva RG. Características epidemiológicas, patológicas e funcionais da deglutição oral em crianças com paralisia cerebral. In: Furkim AM, Silva RG. *Programa de reabilitação da deglutição oral em crianças com paralisia cerebral*. São Paulo: Editora, 1999. p. 1-20.

Furkim AM, Barros SB, Nogueira EL. Avaliação clínica e videofluoroscópica da deglutição em crianças com paralisia cerebral. *Temas em Fonoaudiologia: An. Núm. Pesquisa* 2003; 4:4.

Logemann JH. *Evaluation of treatment of disorders*. San Diego: College Hill Press; 1983.

NÃO RECOMENDADO

90 cm



ALEXITHYMIA IN CHRONIC PELVIC PAIN

UNIVERSITY OF CAMPINAS, UNICAMP,
Faculty of Medical Sciences

INTRODUCTION

In long-term pelvic pain as in all forms of chronic pain, the DSM-IV states, "The individual or emotional system participates... and it is the so-called psychosomatic dimension that gives significance to the illness system and its meaning in physiological responses and behavior in environmental situations can be learnt, p. 282. According to this neurophysiological view of psychosomaticity, the manifestations, persistence of an illness-emotional conflict is mediated by autonomic effects (sympathetic and parasympathetic) due to the conscious or decrease in physiological activity. These functional changes may be accompanied by explicit/implicit behavior or by explicit/implicit/behavioral. Emotional behavior at the explicit level involves an involuntary physiological activity and at the implicit level, involves the participation of the autonomic system in the process.

The sensation of pain is a subjective as well as cultural phenomenon. Cultures exhibit the structure of physical discomfort, while others are more liberal towards the expression of pain (Pincus, 1982). This is an important aspect to be considered in the treatment of chronic pelvic pain because the concept that the patient has on pain may lead to receive the attention.

Blanchard (1988) also stated that the patient's psychological history should be considered and investigated. Depressed in one of the samples of chronic pelvic pain (Pincus, 2000; Pincus, 2002), as well as the occurrence of sexual and physical abuse, Agresti (2000) and Ward (2000) found that a history of sexual abuse is common among women with chronic pelvic pain as well as any other type of chronic pain and concluded that there may be a psychobiological link between sexual abuse and chronic pelvic pain.

Hypothesis is a further psychological dimension associated with this condition. The women in the group studied by Pincus (2000) presented many somatic complaints. Somatic disorders are characterized by a constant search for medical help that becomes a clinical and economic problem. Women with chronic pelvic pain present a significantly greater number of organic problems than women with generalized dysfunction and pain in regions other than the pelvis (Pincus, 1982).

Through an investigation on alexithymia in patients with chronic pelvic pain, it is expected that they will be able to identify and verify aspects that emotions can be characterized separately because this phenomenon is common only to females as a predisposing factor for chronic pelvic pain (Blanchard, 1982).

OBJECTIVES

Therefore the purpose of this study is to identify the prevalence of alexithymia in women with chronic pelvic pain and to compare the prevalence of alexithymia in women with chronic pelvic pain with a control group of women without chronic pelvic pain.

HYPOTHESES

- The alexithymia score measured by the TAS-20 is significantly higher in the pelvic pain group than in the group of women without this dysfunction.
- The occurrence of psychological problems is greater in the pelvic pain group than in those without.
- A positive correlation exists between psychological problems and a high score of alexithymia.

METHOD

The clinical research method was chosen in essence, not only the alexithymia scale but also psychological problems using the questionnaire TAS-20 instrument and the qualitative clinical interview.

This method, which analyzes both qualitative and quantitative areas, allows it possible not only to compare the results observed in the population but to also demonstrate the specificity of the assessment in relation to its subsequent applications.

In this study the qualitative approach was selected to provide a more detailed evaluation of the individual's subjective and objective words that

significance and interpretation that the individual gives to emotional objects and symbols that are part of his psychic and social world and knowledge on its contents (Oishi).

The clinical method is used to evaluate the chronic state observed in the interview and to analyze contingencies in the subject's life that may be related to alexithymia and chronic pelvic pain may be related.

Therefore the interview and not the TAS-20 questionnaire is the instrument used in this study to assess the quality of life, the effect of this experience on the subject's life, the effect of the environment and the description of the phenomenon.

In an attempt to escape from an essentially quantitative analysis with the TAS-20 and to have a qualitative view of interpersonal difficulties and vulnerabilities, Mandel & Cox (2000) indicated that alexithymia influenced social and affective interactions, developed an observational scale to assess alexithymia, which could be applied to the patient's relatives and friends.

SIZE OF SAMPLE

The study sample consisted of two groups of 30 women each: one group with chronic pelvic pain and the other group without this organic dysfunction.

The size of the sample was based on a statistical deviation of 71.72 obtained in a previous study in other 30 patients suffering from chronic pelvic pain.

The calculation for the size of the sample was:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.05^2}$$

$$n = 784$$

The number of qualitative assessments is:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot (N + 1)}{d^2}$$

Therefore 2070 was the value per group. The reference used was Nunnally (1960) and Mandel (1977).

SUBJECTS

The group with pelvic pain (GPP): 30 women with chronic pelvic pain, ages between 27 years and 50 years, inhabitants of the governmental unit of the University of Campinas, UNICAMP. The age group was chosen because it corresponded to the adult population only.

The group of non-pelvic pain women (GNP): 30 women aged between 27 years and 50 years, patients without any chronic pain at the same institution.

The patients were recruited at the hospital and at obstetric clinics that took place on a semi-structured method. The target was performed with the help of nurses responsible for the nursing assistance and the sector of psychological services. Each participant signed an informed form.

CRITERIA FOR INCLUSION IN THE GPP

(Consented to participate in the research.
Presented chronic pelvic pain in duration of 3 days per week for the last 6 months.
Aged between 19 years to 60 years.
Minimum schooling of 7 years in middle school.

CRITERIA FOR INCLUSION IN THE GNP

(Consented to participate in the research.
Did not present chronic pain for more than 6 months.
Aged between 19 years to 60 years.
Minimum schooling of 7 years in middle school.

A quantitative analysis of the TAS-20 was performed using the total number of subjects in the study (60 in each group). In the case of the qualitative analysis, if each group was randomly chosen to participate in the clinical interview and the TAS-20. The first individual of each group was selected and then every 12th individual (1, 13, 25, 36, 48, 60, 72, 84, 96, 108 and 120).

INTERVIEW

ROSENTHAL ALEXITHYMIA SCALE - TAS-20 (James, 20)

The Psychology version of the TAS-20 by Pincus (1988) and with a test-retest reliability of 0.74 was utilized.

It is a 20-item test of male with 20 items and the answers vary from total alexithymia (1) to total non-alexithymia (20). Questions 4, 5, 10, 19 and 20 receive reverse scores. The internal consistency score in this case, without having a value of 1, equals

score 1, a value of 4 points is changed to 2. Items 10 and 20 receive 2 points change to 4.

The instrument consists of 3 items:

Factor 1: difficulty in identifying sentiments and distinguishing between sentiments and reality according to the scale 1, 2, 3, 4, 5, 13, 14.

Factor 2: difficulty in expressing sentiments - 2, 4, 11, 12, 17.

Factor 3: assessment of externally generated feelings. Items 3, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 20.

CLINICAL INTERVIEW

The clinical interview is based on the clinical method. It is a semi-structured interview composed of 3 parts: Personal data
Data relevant to the disease
Life history.

VARIABLES AND CONCEPTS

The variables to be studied are:

- Alexithymia: alexithymia index (TAS-20). The index that defines an individual as alexithymia is a score of 60 points on the TAS-20, which is the mean score obtained from two research studies (Pincus, 1988) and a pilot study (James, 1997) on individuals with chronic pelvic pain.
- Psychological problems: measurement questions related to problems in childhood, youth and at present (work, family, social, marriage) as well as self-esteem.
- Dependent variable: the presence of pelvic pain.

CRITERIA FOR INTERPRETATION

Any of the individuals selected can interrupt participation, except those selected for the clinical interview. The request can be verbal. In these cases, the next subject is preferred as a substitute.

In this study none of the subjects dropped out.

DATA ANALYSIS

The data were analyzed through the TAS-20 in all the individuals in each group separately according to the points obtained (1 to 6) for each of the 20 items with average points for questions 4, 5, 10, 19 and 20. The total for each individual was obtained (range 10 to 60). The statistical program Excel was used to interpret the data.

Based on these results a descriptive analysis of the mean points in the TAS-20 group and a correlation analysis (Spearman) were performed for an assessment of the TAS-20 results of the groups regarding the total score as well as performance for the 1, 2 and 3 factors.

The Student's *t* test was applied in certain statistical variables in the groups.

The Chi-square test was used to compare proportions and when needed the Fisher test was used to detect differences between the groups in relation to the variables studied (Siegelman, 1996; Mandel, 1977).

The program utilized was the SPSS (Statistical Analysis System) version 6.12.

The content of the clinical interview data was qualitatively analyzed and categorized into descriptive categories (Corbin, 1990).

DISCUSSION

The results demonstrated significant differences between the groups, not only in relation to pain but also in relation to other variables.

The history assessment of these women demonstrated that most of them had a good childhood but that they had a parental affection was missing. This is a factor that should be investigated with regard to the children of alexithymia parents, what kind of parents would they be in relation to emotional, affective and communicative aspects?

The TAS-20 score was significantly higher in the GPP (61.13) than in the GNP (43.62).

Since the groups were not homogeneous in relation to variables that may affect the TAS-20 (age, level and for each factor), these variables (age, schooling, religion, etc.) were analyzed. The results showed that age was not used as a co-variable in the Chi-square Anova test.

After adjusting the co-variables, an analysis of the results showed that alexithymia was more present in the GPP which leads to the expectation that women with chronic pelvic pain were more susceptible than the women without this pain.

The differences encountered between the groups in relation to factors 1 and 3 that presented a higher score for the GPP indicates that women with pelvic pain find it harder to identify and differentiate bodily sensations from feelings and also presented an objective, concrete and dependent type of thinking.

It should be emphasized that women who suffer from chronic pelvic pain were influenced, affected by the difficulties encountered in dealing with their feelings and emotions and by a poorly articulated style of communication. As seen in this study, we present a lack of effective systems that interfere with their capacity to differentiate people, life from objects etc. This lack of effective consciousness makes it hard to have social and cultural links that avoid negative activity. As they are not able to trust of the subjective equipment, the only reaction that is available is to be hostile, constant and dependent.

The hypothesis that the presence of pain is related to subjective poverty and difficulties in dealing with feelings and emotions is confirmed.

It isn't possible to affirm if these difficulties are due to neuroanatomic alterations, problems of psychologic development during childhood, personality traits of culture and methods of communication. The results reinforce the fact that alexithymia is associated with pain and seems to be related to an emotional and autonomic level, a predominance of one type of concrete and objective communication over another that is abstract and subjective means to either a socio-cultural and culturally less favored populations. This type of communication is due to a defect in the development of the symbolic function that results in mental representations of affect that have a bodily pathway and not a psychic one. According to Pincus (1988), however, the explanation could be affected if the capacity of applying this concept in situations is significantly lower (more questions). According to her "in these populations that suffer from the original areas in which the concept appeared, affect is observed to no longer pathological and not even be characteristic of the person's identity" (Pincus).

These results associate chronic pelvic pain with alexithymia and indicate the need to complete psychological aspects as well as the psychosomatic structure of the patient's personality and completed subjectivity within his own culture reality. According to De la Torre, "to make this possible, the patient has to be heard"... both the disease as well as its history demonstrates that they are very human and originate from the person's construction". It becomes necessary to estimate a study of the complaint, a narrative that permits contact with representations that are inherent to the patient's condition (Pincus).

Our second hypothesis that the prevalence of psychological problems was greater in the GPP was partially confirmed by the pain assessment through the clinical interview. The qualitative analysis showed that the groups showed no differences in the quality of life, being satisfied, autonomous, and in the presence of the differences existed only with regard to alexithymia. The women in the GPP showed a higher frequency of concrete, external and objective representations such as experienced, having a name and a use while the expressions of the GNP were more subjective and referred to going back to studies, having children, and having more time for themselves.

The hypothesis of a positive correlation between alexithymia and alexithymia was confirmed after comparing the subgroup of organically unwell women in GPP with those in the GNP. The results showed a higher index of alexithymia in organically unwell women with chronic pelvic pain. Having someone closer to them did not signify an improvement in emotional and affective responses of these women, which could be because this capacity depends much more on internal and subjective factors than on external facilitating contingencies.

CONCLUSION

Although the clinical significance of alexithymia in chronic pelvic pain has not been confirmed (Blanchard, 2000), the results clearly emphasize the need for a multifunctional comprehensive approach towards a patient who suffers from chronic pelvic pain. This approach demonstrates the need for research that compares the alexithymia index of individuals who have organic dysfunction with the index of individuals with chronic pelvic pain who are scientifically community on alexithymia studies.

1,20 cm



CURSO DE CAPACITAÇÃO SOBRE A INTERVENÇÃO RELAXAMENTO, IMAGENS MENTAIS E ESPIRITUALIDADE (RIME) PARA RE-SIGNIFICAR A DOR ESPIRITUAL DE DOENTES TERMINAIS

Realizado em: Terça, 02 de Maio, 2018

Psicóloga, Doutoranda e Mestre em Ciências Médicas, UNICAMP, Professora da Pós-Graduação e da Faculdade de Ciências Biomédicas da UNICAMP / São Carlos, Professora das Faculdades Integradas IPEP / Campinas, xxxxxxxxxxxx@unicamp.br ou yyyyyyyy@unicamp.br

Médica Pesquisadora, Professor Associado do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Biomédicas da UNICAMP, Analista Jurídica para Associação Jurídica de Apoio à Associação Jurupiranga do Brasil (AJAB)

Enfermeira, Professora Livre-Docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP

Língua de Atendimento ao Paciente, Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas / Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, UNICAMP, Tese de Doutorado em andamento

Programa de Tratamento para re-significar a Dor Espiritual de Pacientes Terminais através da Intervenção Terapêutica, Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) /

Palavras-chave: Espiritualidade, Luto, e Cuidado de Pacientes, São Carlos, São Paulo, Estado de São Paulo

RESUMO

Os objetivos do trabalho (RIME) são os de desenvolver um curso de capacitação para profissionais de saúde e de oferecer suporte emocional aos pacientes terminais e familiares.

O curso foi desenvolvido em São Carlos, SP, com duração de 120 horas, sendo dividido em 12 módulos, abordando temas como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

O curso foi desenvolvido em São Carlos, SP, com duração de 120 horas, sendo dividido em 12 módulos, abordando temas como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

INTRODUÇÃO

A espiritualidade é um aspecto importante da vida humana, que influencia a percepção de si mesmo e do mundo, bem como a capacidade de lidar com a dor e a morte.

OBJETIVOS

O objetivo do curso é capacitar profissionais de saúde e familiares para lidar com a dor espiritual dos pacientes terminais.

CONCLUSÃO

O curso foi desenvolvido em São Carlos, SP, com duração de 120 horas, sendo dividido em 12 módulos, abordando temas como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Table with 2 columns: Author, Institution, and Contact Information.

Apresentar e avaliar um plano de intervenção terapêutica para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Apresentar e avaliar um plano de intervenção terapêutica para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Apresentar e avaliar um plano de intervenção terapêutica para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Apresentar e avaliar um plano de intervenção terapêutica para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Apresentar e avaliar um plano de intervenção terapêutica para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Apresentar e avaliar um plano de intervenção terapêutica para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Apresentar e avaliar um plano de intervenção terapêutica para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Apresentar e avaliar um plano de intervenção terapêutica para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Apresentar e avaliar um plano de intervenção terapêutica para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

Intervenções terapêuticas para pacientes terminais, considerando aspectos como: espiritualidade, luto, e cuidados paliativos.

ONDE FICA:

APOIO DIDÁTICO ou AUDIOVISUAL

**FCM 1 – Prédio da Diretoria
2º Piso**

**em frente ao
Laboratório de Informática**



SERVIÇOS OFERECIDOS GRATUITAMENTE:

- Diagramação e Impressão de Pôster para Congresso
- Impressão de Pôsteres diagramados pelos usuários
- Preparação e Adequação de aulas
- Desenhos, Esquemas, Diagramas
- Fotografia Digital e Filmagem
- Scanner convencional (papel), de slides e de RX
- Tratamento e manipulação digital de imagens
- Apoio audiovisual para aulas, reuniões e evento
- Videoconferências
- Preparação de material didático para Ensino a Distância



COMO SOLICITAR A CONFECÇÃO DE PÔSTERES:

Preencher todos os campos

The form is titled "SOLICITAÇÃO DE TRABALHO" and includes a logo for UNICAMP and the role "PROFESSOR". It features a table for listing items with columns for "ITEM", "QUANTIDADE", and "ESPECIFICAÇÃO". Below the table, there are sections for "FINALIDADE" (with checkboxes for AULA, CONGRESSO, and PUBLICAÇÃO), "ASSINATURAS CHEFE DEPARTAMENTO / DISCIPLINA", "DIRETORIA DE SERVIÇO", and "RECEBIMENTO POR". There are two "DATA" fields, one at the top right and one at the bottom right. An orange arrow points from the text "Preencher todos os campos" to the top of the form. Another orange arrow points from "Descrição e quantidade de pôsteres" to the table. A third orange arrow points from "Carimbo e assinatura do Docente" to the signature section. A fourth orange arrow points from "INDICAR DATA LIMITE PARA ENTREGA" to the bottom right "DATA" field.

UNICAMP
PROFESSOR

SOLICITAÇÃO DE TRABALHO

DATA

DISCIPLINA

DEPARTAMENTO

ITEM	QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO

FINALIDADE

AULA CONGRESSO PUBLICAÇÃO

ASSINATURAS
CHEFE DEPARTAMENTO / DISCIPLINA

DIRETORIA DE SERVIÇO

RECEBIMENTO
POR

DATA

T01008 - FCM - 97010 - jan/97

Descrição e quantidade de pôsteres

Carimbo e assinatura do Docente

INDICAR DATA LIMITE PARA ENTREGA

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS:

- Onde é o Congresso
- Data limite para a retirada do pôster
- Dimensões do pôster (largura x altura)
- Escolha de um dos padrões oferecidos
- E-mail
- Fone
- Orientações do Congresso (se houver)



CRITÉRIOS PARA ACEITAÇÃO DE PÔSTER:

- Tempo hábil para diagramação e plotagem
(não existe prazo fixo, varia com a demanda)
- Requisição de Serviços devidamente preenchida
(carimbo e assinatura do docente responsável)
- Conteúdo completo do trabalho
- Informações requeridas
(dimensões, local da apresentação e data limite)

As solicitações são atendidas por ordem de chegada



COMO ENCAMINHAR O TRABALHO:

- Pessoalmente entregando o conteúdo em qualquer mídia juntamente com a requisição assinada

OU

- Se DOCENTE da FCM:
enviar via on line por e-mail próprio ou da FCM

enviar para audio@fcm.unicamp.br



ENCAMINHAMENTO VIA ON LINE:

audio@fcm.unicamp.br

- Importante que na linha "*Assunto*" do e-mail, contenha a palavra "*Pôster*" + o nome do solicitante.
- Quando o remetente *for docente*, não é necessária a requisição de serviços.
- Quando o remetente for aluno, será necessário o encaminhamento da *requisição devidamente assinada pelo docente*.



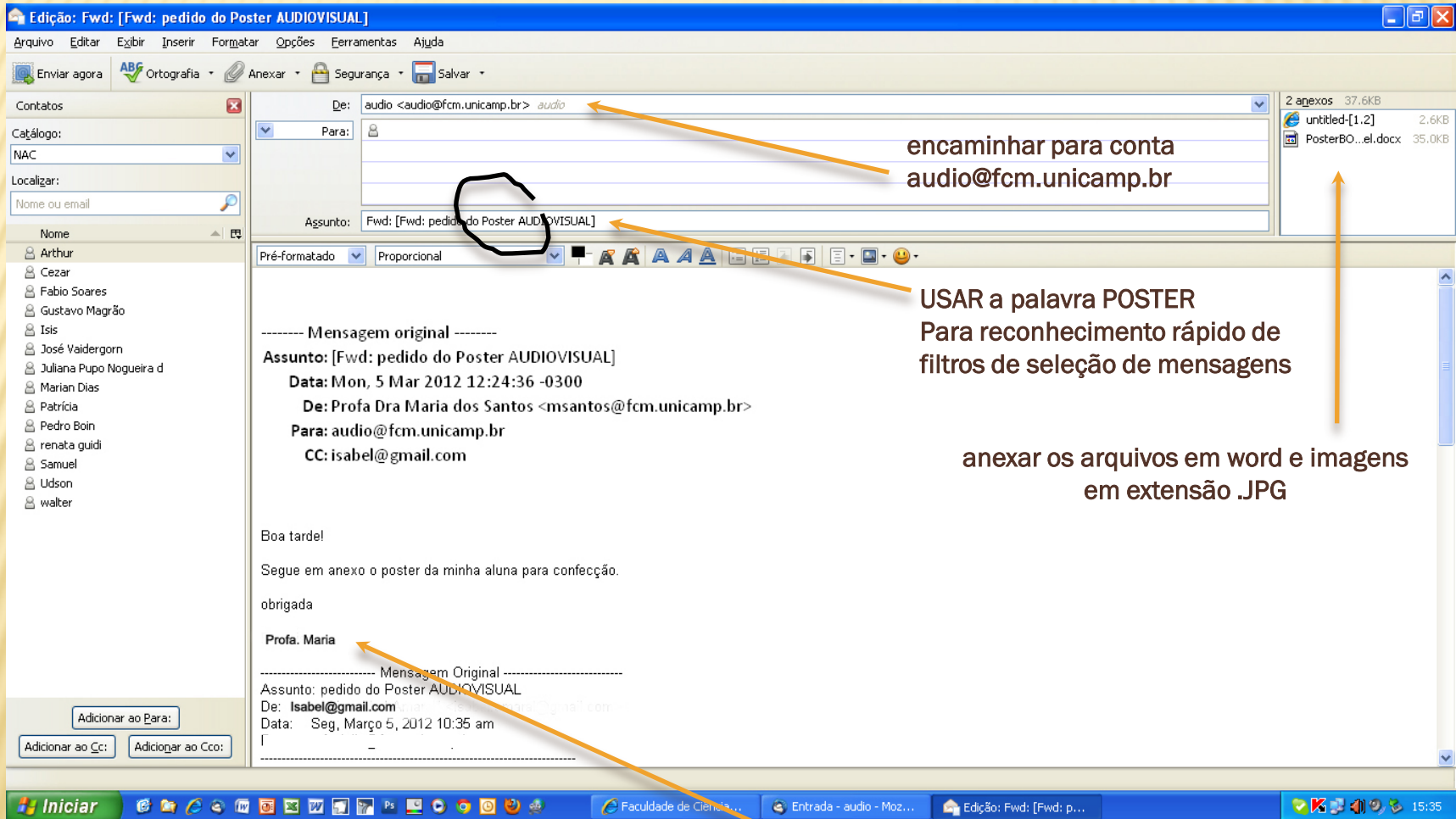
**ENCAMINHAMENTO VIA ON LINE:
SERÁ ACEITO QUANDO:**

Os pôsteres somente são considerados aceitos para a confecção, quando houver:

- e-mail de retorno acusando o recebimento e com orientações quanto ao agendamento da prova e entrega (para docentes e alunos).
- entrega da Requisição de Serviços preenchida (somente para alunos).



ACEITAÇÃO DE PÔSTER POR E-MAIL



encaminhar para conta
audio@fcm.unicamp.br

USAR a palavra POSTER
Para reconhecimento rápido de
filtros de seleção de mensagens

anexar os arquivos em word e imagens
em extensão .JPG

encaminhamento aceito somente para
professores do quadro docente da FCM

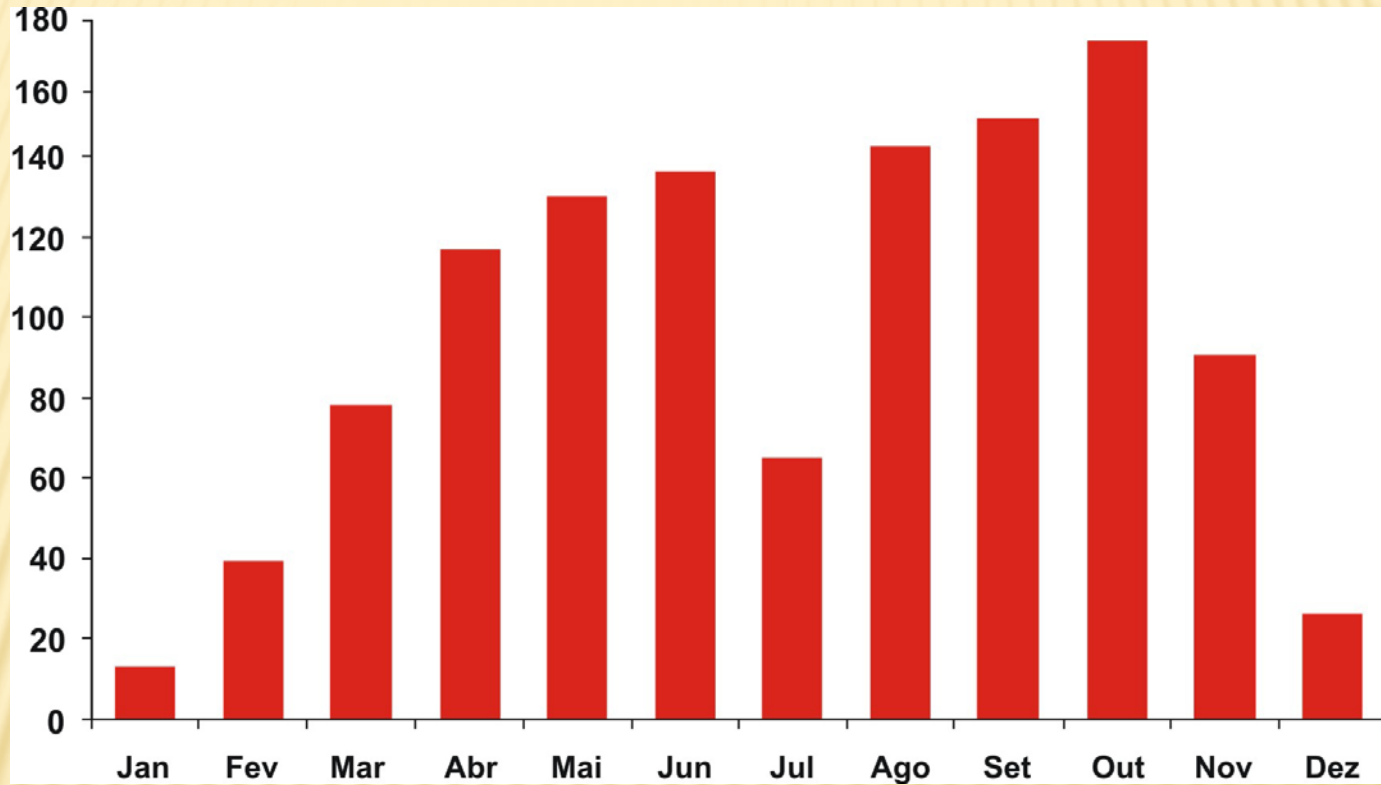
POR QUE A DEMANDA É MUITO GRANDE?

- Muitos eventos no mesmo período (*feriados prolongados*).
- Mesmo docente produzindo diferentes pôsteres com diferentes profissionais.
- Preço de um pôster padrão 90 x 100 cm (*diagramação + plotagem*):

No Mercado = +/- R\$ 150,00
Na FCM = SEM CUSTO



DEMANDA ANUAL



Os valores são aproximados - apenas para efeito visual



FACILIDADES PARA ACEITE DA SOLICITAÇÃO

- Nunca deixe para enviar o pôster na última hora.
- Não espere a aceitação por parte do congresso.
- Providencie a requisição com antecedência.
- Procure saber a demanda na ocasião.
- Confie apenas nas informações prestadas pelo APOIO DIDÁTICO



TAMBÉM SERÃO ACEITOS:

Trabalhos já diagramados, ENTREGUES PRONTOS em arquivo PDF, apenas para plotagem

SE ESTIVEREM DE ACORDO COM

- Tamanho correto.
- Qualidade visual razoável, e que não utilizem imagens e áreas muito grande de cores para o fundo (*custo de tinta de impressão*).
- Padronização de pôsteres de caráter científico da FCM.





MUITO OBRIGADO

audio@fcm.unicamp.br

Fones: (19) 35218897 e (19) 35218898