CL 515 | BASES INTERDISCIPLINARES DO ENSINO NA SAÚDE | 2014

APRESENTAÇÃO DE POSTERES PARA CONGRESSO

Emilton Barbosa de Oliveira
FCM | suporte didático e divulgação técnico científica

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

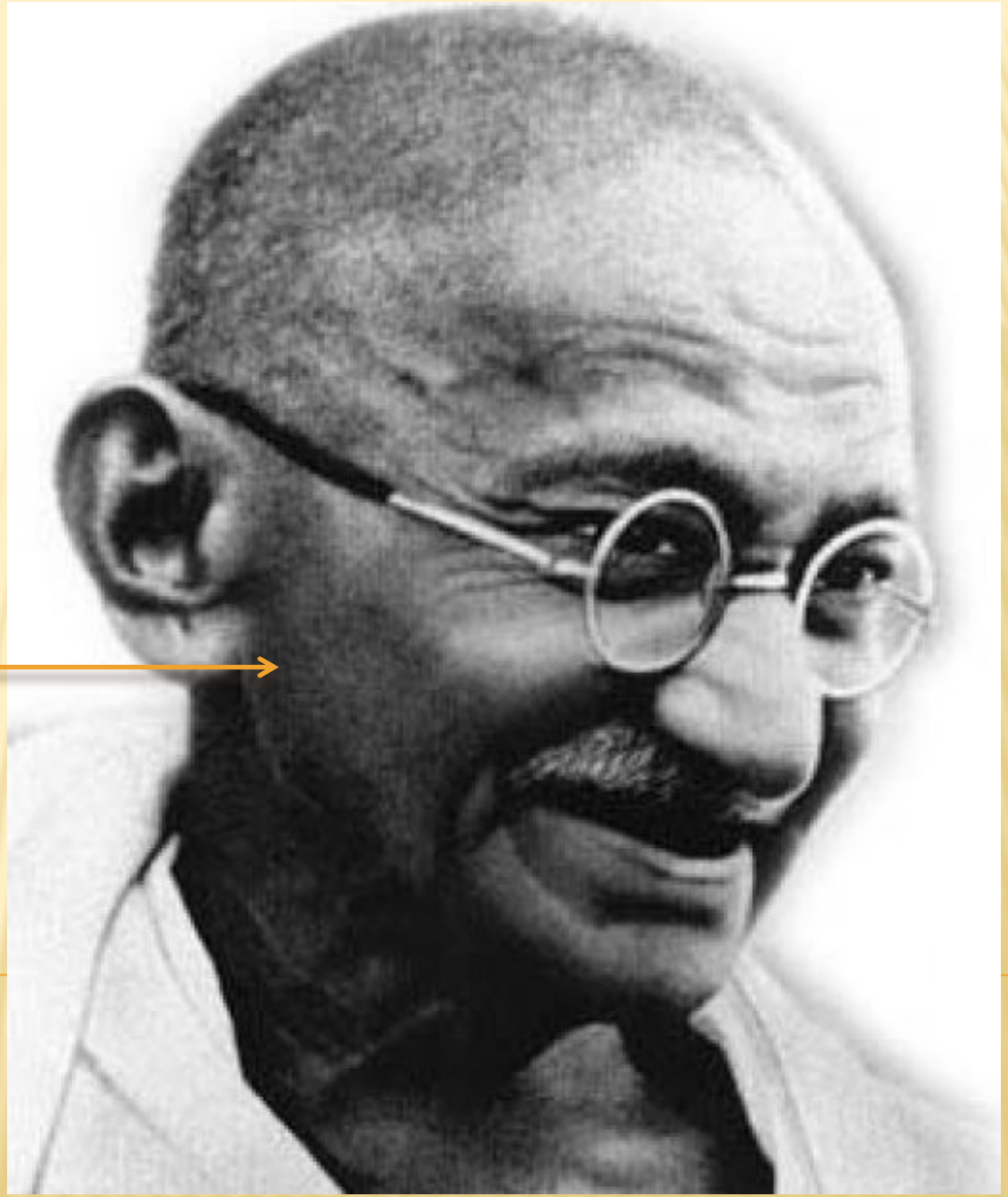
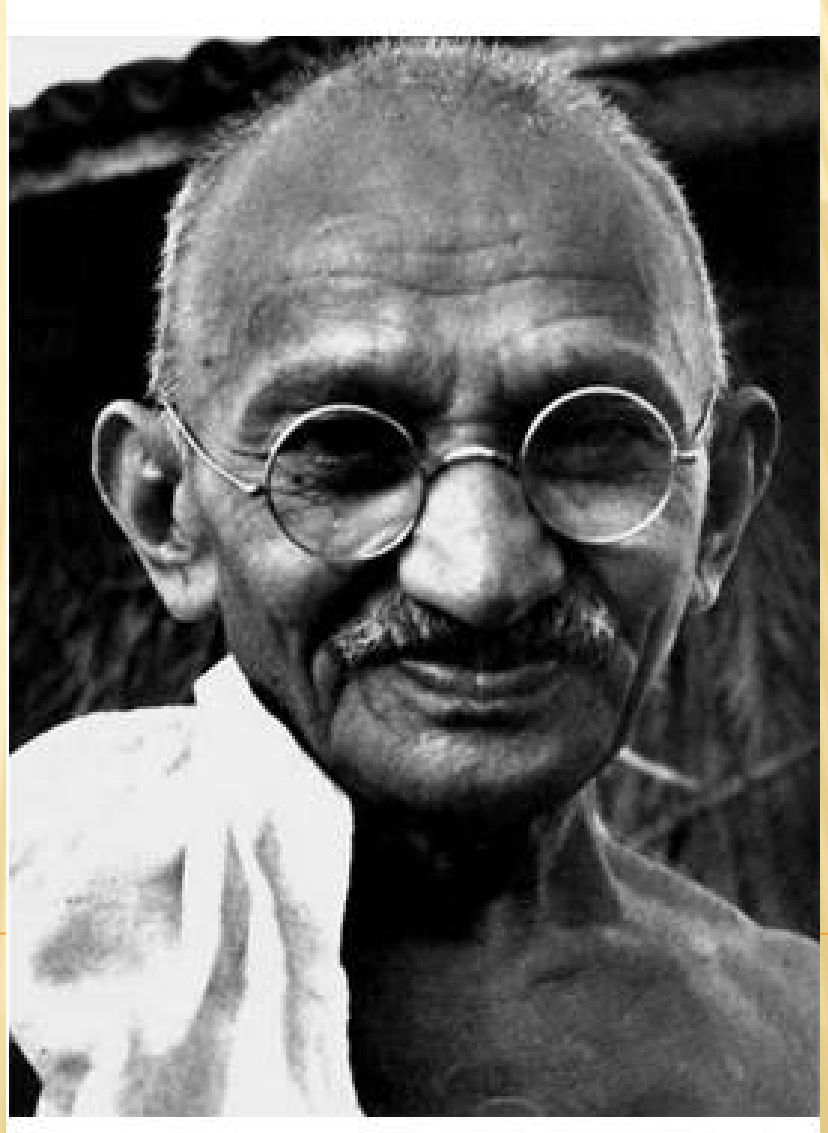


IMAGEM BOA



PSYCHOTROPIC PRESCRIPTIONS BY NON-PSYCHIATRISTS FOR INSTITUTIONALIZED ELDERLY IN BRAZIL

Florindo Stella [1,3], Acioly L. T. Lacerda [2], Dorgival Caetano [3]

[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 psychotropics 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).

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, prometazine, captopril, adiphenine, hydrochlorotiazide, dipirone
2	66	F	Clomipramine, clobazam, levothyroxin, digoxin, diclophenacol, insulin, omeprazole
3	70	M	Phenobarbital, phenytoin, digoxin, dipyridamol, aspirin
4	64	M	Phenytoin, carbamazepine, clonazepam, captopril, cinnarizine
5	67	M	Phenobarbital, diazepam, prometazine, propranolol
6	71	F	Amitriptyline, midazolam, haloperidol, chlorpromazine
7	61	F	Phenobarbital, thioridazine, biperidene, chlorpropamide
8	60	F	Thioridazine, diazepam, biperidene, cinnarizine, cimetidine
9	84	F	Diazepam, enalapril, nifedipine, hydrochlorotiazide, cimetidine
10	75	M	Diazepam, carbamazepine, pentoxifylline, cimetidine, B complex
11	80	F	Levomepromazine, flunitrazepam, levodopa, B complex

Legend: M = Male; F = Female.

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.

PÔSTER RECOMENDADO

PÔSTER RECOMENDADO

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

UNICAMP

Alvarenga, M[1]; Okamura, H[2]; Torresan, RZ[1]; Santos, CC[1]

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

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 supperior cosmetic results compared with convencional 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 opperative 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 ressection, 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 O, 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 ressected 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 ressected after the mastectomy are shown in figures 1 to 3.

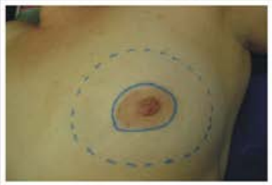


Figure 1 - Drawing of surgical incisions - inner dotted line, for the peri-areolar incision of the SSM and outer continuous line, for the incision of the skin flap.

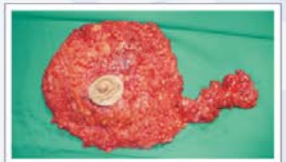


Figure 2 - Specimen of the SSM with the skin flap

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).

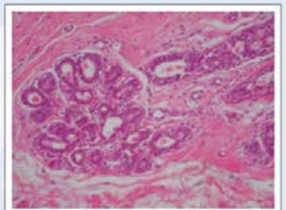


Figure 4: Terminal duct-lobular unit found in the skin flap

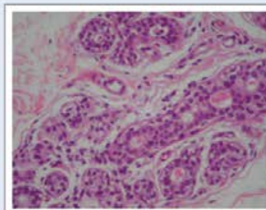


Figure 5: Terminal duct-lobular unit in the skin flap

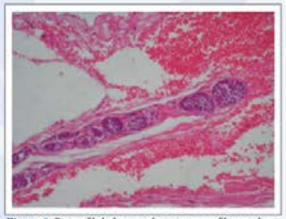


Figure 6: Strip of lobular neoplasia in area of hemorrhage found in the skin flap

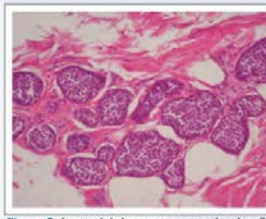


Figure 7: In situ lobular carcinoma in the skin flap

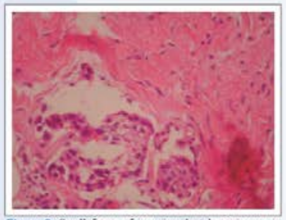


Figure 8: Small focus of invasive ductal carcinoma in fibrous scar of the skin flap

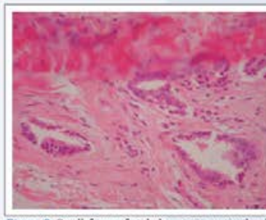


Figure 9: Small focus of tubular carcinoma in the skin flap

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

1. Auchincloss H. The nature of local recurrence following radical mastectomy. Cancer 1958: 11, 611.
2. Newman LA, Kuerer HM, Hunt KK, Kroll SS, Ames FC, Ross MI, Feig BW, Singletary ES. Presentation, treatment and outcome of local recurrence after skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction. Ann Surg Oncol 1998; 5: 620-6.
3. Slavin SA, Love SM, Goldwyn RM. Recurrent breast cancer following immediate reconstruction with myocutaneous flaps. Reconstr Surg. 1994; 93: 1191-1207.

PÔSTER RECOMENDADO

1,20 cm

90 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.

NÃO RECOMENDADO

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

UNICAMP

[1]Deptº Neurologia e [2]Deptº Radiologia - FCM, Universidade Estadual de Campinas UNICAMP - São Paulo - Brasil
[3]Deptº 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 à 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 orofaríngea 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 tranqüilizantes que poderiam atuar no SNC; queixas relacionadas ao sistema respiratório, circulatório e digestivo; nível cognitivo-lingüístico.
- ***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: líquido, pastoso fino, pastoso grosso e sólido, 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).

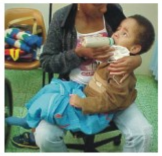


Foto 1: Avaliação funcional.

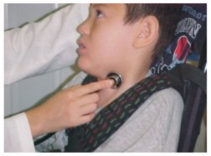


Foto 2: Ausculta cervical

- ***Avaliação videofluoroscópica***: Sulfato de bário nos volumes 1, 3, 5 ml, nas consistências: líquida, pastosa fina, pastosa grossa e 0,5 cm^3 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 significantes, 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) faziam uso de medicamentos que atuam no SNC (anti-epilépticos e/ou tranqüilizantes).

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-lingüístico 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 anteriorizado 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 refluxo 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)				

O TTO (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 velo-faríngeo em 3 crianças com PCT e nenhuma criança com PCA.

A penetração laríngea 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" sensório-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, Peele VN, Donati D, Ott DJ, Gelfand DW. Clinical and fluoroscopic evaluation of swallowing in 41 patients with neurologic disease. Gastrointest Radiol 1992;17(2):95-98.

Costa MMB, Nova JLL, Carlos MT, Pereira AA, Koch A. Videofluoroscopia: um novo método. Radiol Bras 1992; 25:11-18.

Furkim AM. Deglutição de crianças com paralisia cerebral do tipo tetraparética espástica: avaliação clínica fonoaudiológica e análise videofluoroscópica. Dissertação [Dissertação de Mestrado]. São Paulo - Universidade Federal de São Paulo, 1999.

Furkim AM, Silva RG. Conceitos e implicações para a prática clínica e para a classificação da disfagia orofaríngea neurogênica. In: Furkim AM, Silva RG. Programas de reabilitação em disfagia neurogênica. São Paulo: Frôntis Editorial; 1999. p. 1-20.

Furkim AM, Behlau MS, Weckx LLM. Avaliação clínica e videofluoroscópica da deglutição em crianças com paralisia cerebral tetraparética espástica. Arq Neuro-Psiquiatr 2003; 61.

Logemann JA. Evaluation and treatment of disorders. San Diego: College Hill Press; 1983.

NÃO RECOMENDADO

90 cm

1,20 cm

ALEXITHYMIA IN CHRONIC PELVIC PAIN

UNICAMP

State University of Campinas, UNICAMP,
Faculty of Medical Sciences

NÃO RECOMENDADO

ONDE FICA:

APOIO DIDÁTICO ou AUDIOVISUAL

FCM 1 – Prédio da Diretoria
2º Piso

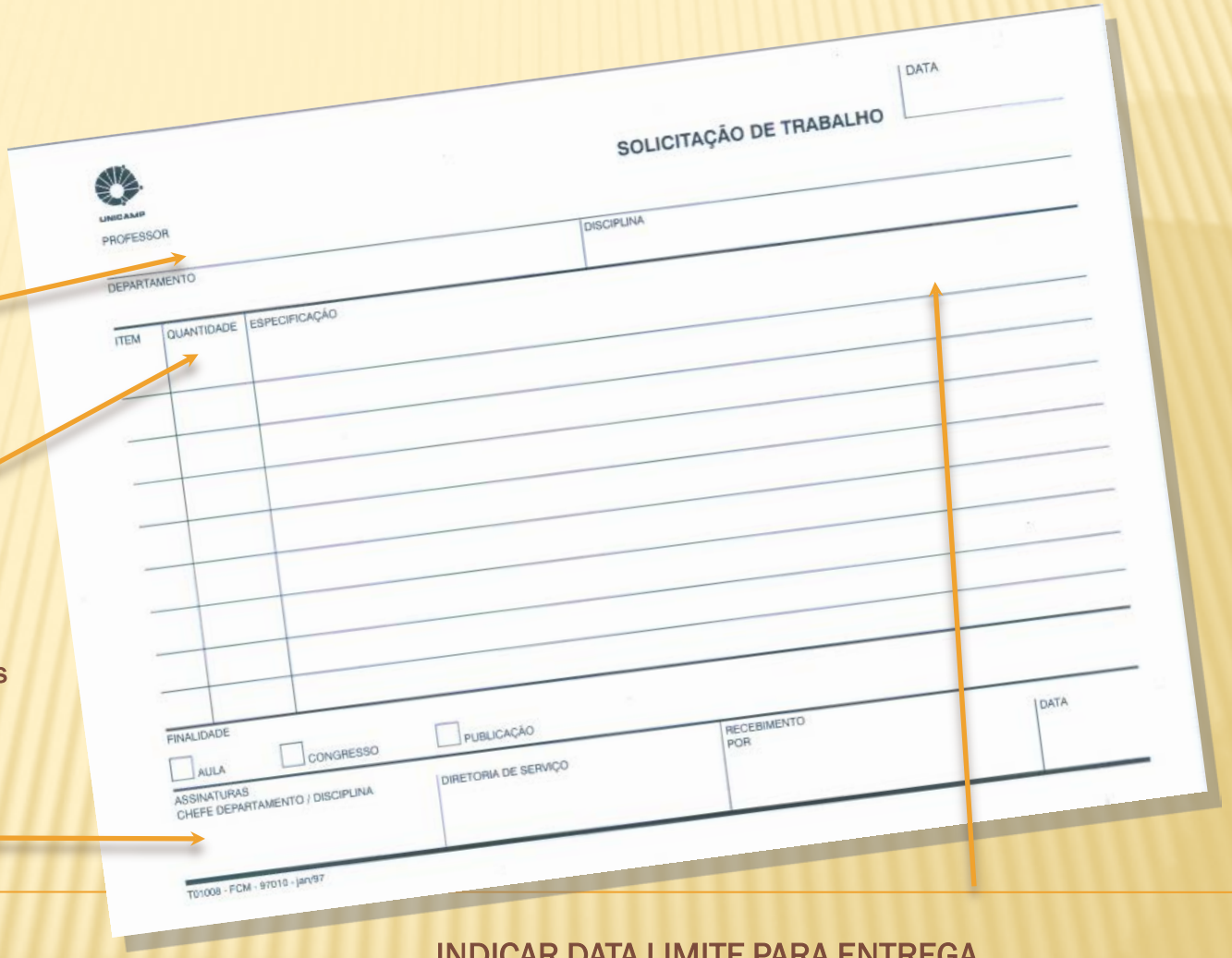
em frente ao
Laboratório de Informática

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



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.*

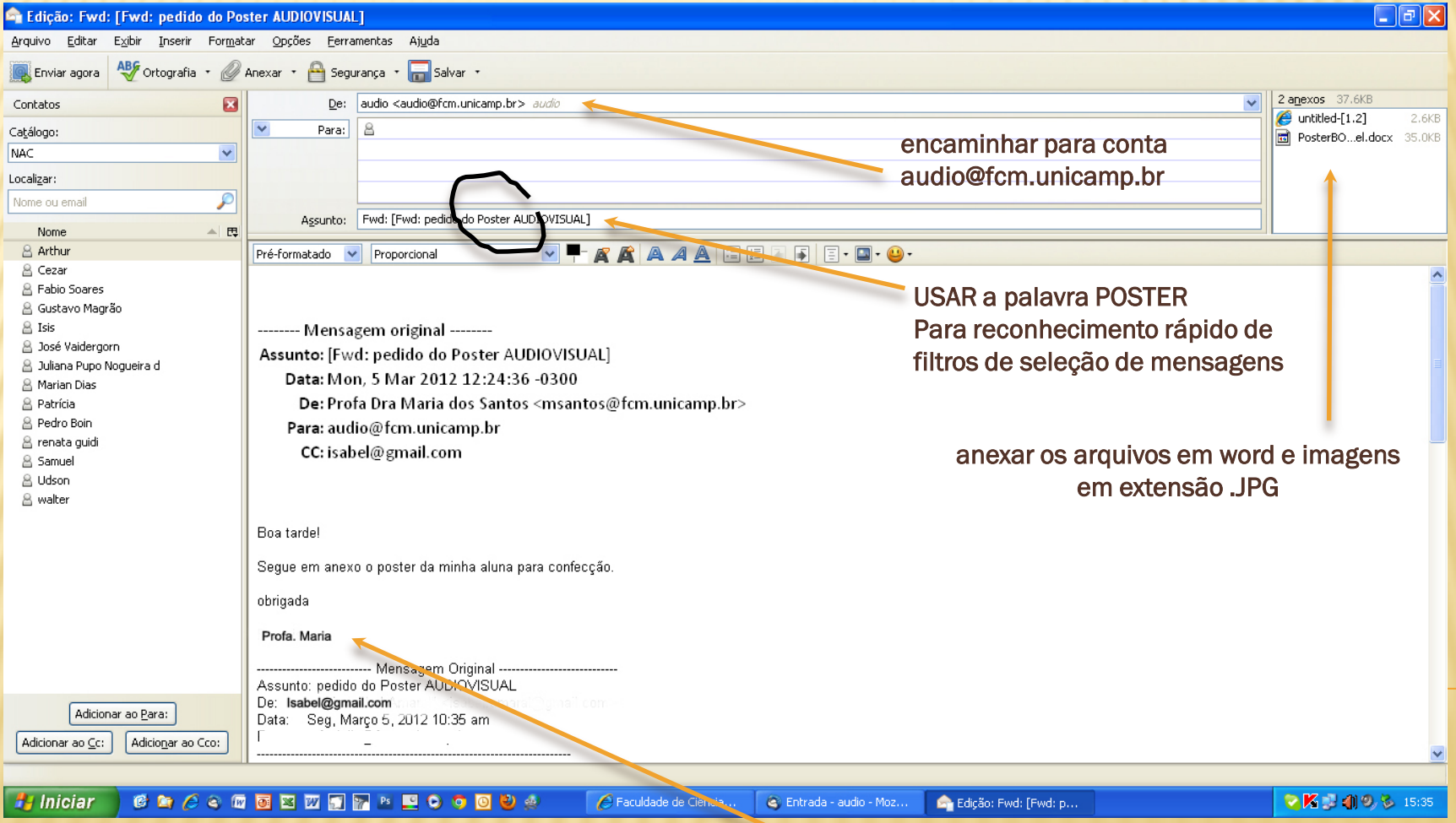
ENCAMINHAMENTO VIA ON LINE:

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

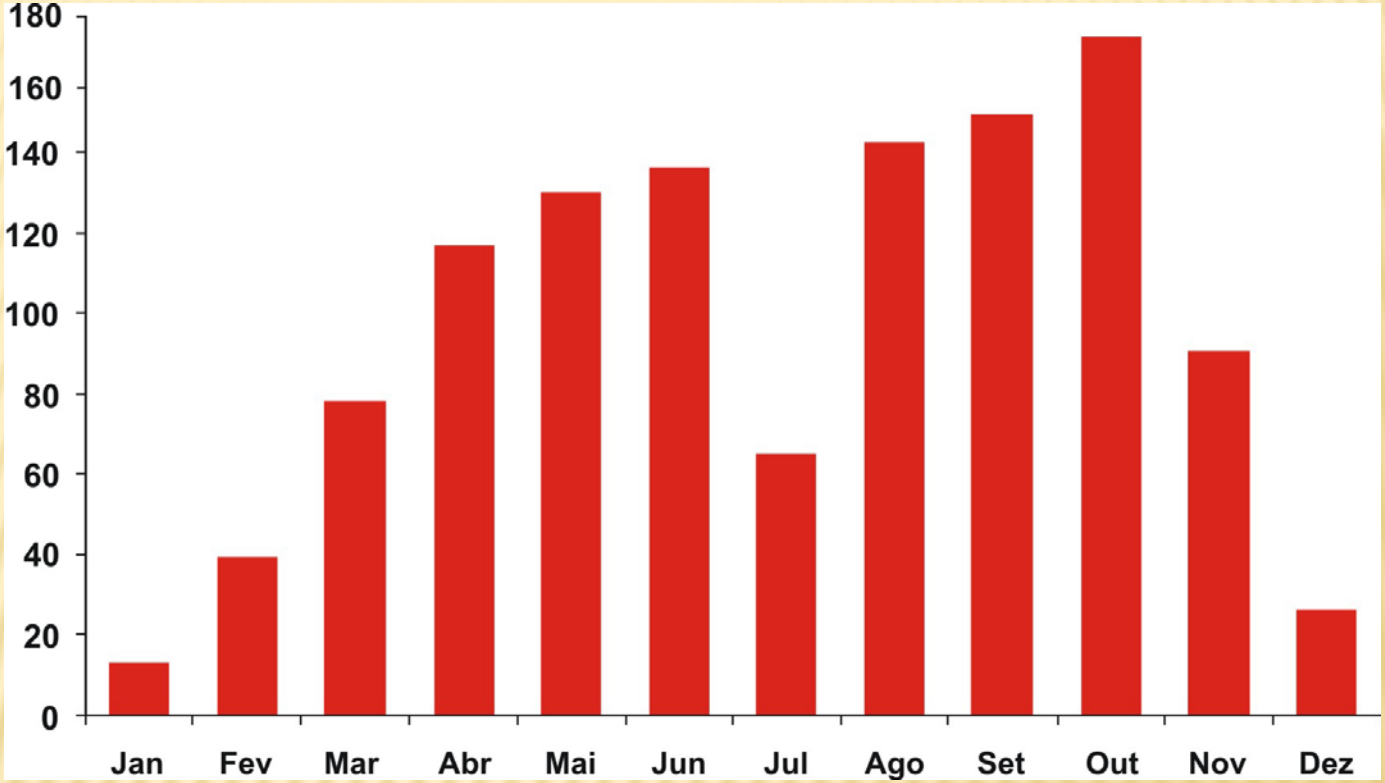


POR QUE A DEMANDA É MUITO GRANDE?

- 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 razoavel, 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