
PROJETO

PROGRAMAS DE PÓS-
GRADUAÇÃO *LATO SENSU* EM
HEPATOLOGIA

ABRIL, 2008
(3ª versão, de 21 de abril)

I. EQUIPES

MEMBROS DA EQUIPE

- ◆ Prof.. Raymundo Paraná, Coordenador do serviço de Hepatologia Clínico/cirúrgica da UFBA;
- ◆ Prof Jorge Bastos : Coordenador do transplante de Fígado do HUPES-UFBA

Complexo Hospital Universitário Prof Edgar Santos (UFBA)

Marcelo Portugal

Jorge Bastos

Adilson Machado

Helma Cotrim

Delvone Almeida

Cláudio vasconcelos

André Goyanna

Hélio Braga

Liana Codes

Vivianne Mello

Simone Cunha

Maria Isabel Schinoni

**Professores convidados (Visitas ao serviço com programas
específicos no 10 ano de funcionamento)**

Professor	Origem
Paulo Bittencourt	HP - BA
Edna Strauss	USP-SP
Edison Parisi	UNIFESP-SP
Gilda Porta	USP-SP
Agnaldo Lima	UFMG-MG

II. GOVERNOS E INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

GOVERNO FEDERAL

- ✓ Universidade Federal da Bahia

- ✓ Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde
- ✓ Secretaria de Vigilância a Saúde – Programa Nacional de Hepatites Virais

Sociedade Brasileira de Hepatologia

III. Introdução e Justificativa

A Hepatologia é ainda considerada no Brasil como uma área de atuação da Gastroenterologia, porém distancia-se cada vez mais da sua especialidade mãe. Em muitos Países Europeus e mesmo nos Estados Unidos, já se observa a nítida separação entre gastroenterologistas e Hepatologistas, configurando esta última como uma especialidade consolidada de fato, embora ainda permaneça ligada aos serviços de Gastroenterologia de alguns centros por questões meramente logísticas. A Hepatologia dedica-se ao estudo das doenças do fígado e as suas conseqüências. Devido à endemicidade das doenças Hepáticas, a Hepatologia tornou-se um campo de estudo e pesquisa e assistência com rápida evolução científica, perfazendo um total de 12 revistas internacionais especializadas no tema, editadas nos últimos 20 anos. Além disso, os avanços conseguidos com os métodos de imagem e a biotecnologia laboratorial permitiram o entendimento de diversas doenças Hepáticas antes esquecidas desconhecimento fisiopatológico e pela incapacidade de investigação. Este aspecto tornou-se ainda mais evidente com as Hepatites Virais B e C consideradas uma epidemia Mundial, atingindo mais de 600 milhões de habitantes do planeta, estimando-se dentre estes 4 milhões de Brasileiros. Logo depois a esteato-hepatite não alcoólica atingindo 3% da população ocidental, além da doença alcoólica, doenças metabólicas, autoimunes e Carcinoma hepatocelular. No Brasil, embora tenhamos grupos produtivos e com expertise no acompanhamento de pacientes portadores de doenças do Fígado, há limitação devido à carência de profissionais habilitados para lidar com o tema, mormente nas regiões Norte/Nordeste/Centro-Oeste. A carência é observada desde as unidades básicas de saúde até a alta-complexidade. Ademais, a ausência de estrutura para acolher pacientes com este perfil, impede o acesso aos modernos tratamentos das doenças hepáticas através do SUS. Mais ainda, dificulta a implantação do transplante de fígado nas dependências dos Hospitais Universitários do País. Hoje o transplante hepático é realizado através do SUS em muitos estados em Hospitais privados, todavia com profissionais dos quadros acadêmicos. Assim, o Brasil necessita cada vez mais de centros com este perfil para habilitar profissionais no atendimento a estes pacientes. No nosso país há reconhecida carência de centros de treinamento em Hepatologia, tornando difícil capacitar profissionais na condução de doenças Hepáticas. Este projeto permitirá treinar recursos humanos nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos pertinentes a Hepatologia, tais como: Paracentese, Biopsia Hepática, Drenagem Percutânea de abscessos, alcoolização de nódulos, TIPS, quimioembolização, etc. Mesmos procedimentos simples como Biopsia Hepática tem lista de espera estimada em 1 ano, visto que poucos profissionais realizam o procedimento, contrastando com a reconhecida plethora de pacientes.

IV. Abrangencia do Projeto

1. Programa de especialização em Hepatologia na forma de Pos-Graduação *Lato Sensu* para médicos
2. Multidisciplinaridade da Hepatologia com sessões interativas com a Patologia, imagem, cirurgia e outras especialidades médicas com interfaces (Infectologia e Endocrinologia)
3. Difusão do conhecimento em Hepatologia no Sudeste e Nordeste do País

V. Áreas e Escopo

Ciências da Saúde e Biológicas

-Medicina

Específicas da Alta-Complexidade

-Transplante hepático

- Suporte de vida em Pacientes Hepatopatas

-Hemorragia digestiva

-Hemodinâmica aplicada ao diagnóstico e tratamento das doenças do fígado

-Tratamento de tumores Hepáticos

Específicas da Média-Complexidade

-Acompanhamento ambulatorial do Hepatopata agudo e crônico

- assistência farmacêutica de Alto – Custo em Hepatologia

-Biopsia Hepática Transcutânea

VI. OBJETIVOS

Principal

Promover, desenvolver, implantar e apoiar os programas de Pós-Graduação *Lato Sensu* (Residência Médica ou Especialização) em unidades de saúde da cidade de Salvador-BA), vinculadas a rede do Sistema Único de Saúde.

Secundários

1. Ampliar e aperfeiçoar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e humanísticos dos profissionais de saúde na área da hepatologia, de modo a capacitá-los para o desempenho das atividades assistenciais, administrativas, de ensino e de pesquisa centrada em uma visão holística e na teoria das necessidades humanas básicas, com práticas de intervenção que expressem afetivo compromisso com a melhoria da saúde e com os direitos dos cidadãos;
2. Desenvolver ou aperfeiçoar os programas de prevenção de doenças, de promoção da saúde e da assistência a saúde da população, através da qualificação de pessoal;
3. Qualificar profissionais na área da Hepatologia para que multipliquem os conhecimentos adquiridos nas unidades do projeto nas suas regiões de origem
4. Atrair jovens profissionais graduados em outras cidades ou regiões do País, carentes de recursos humanos com habilidades na área da Hepatologia Clínica e Cirúrgica;
5. Apoiar o desenvolvimento e a ampliação dos Cursos de Graduação da UFBA da área da Hepatologia, através da formação de pessoal especializado e de corpo docente;

6. Estimular, em consequência, a implantação de cursos de mestrado e doutorado, interinstitucionais ou fora de sede, visando o aumento da capacitação docente;
7. Fomentar o desenvolvimento da pesquisa científica e tecnológica na área da Hepatologia, voltada aos interesses regionais, e estimular a formação de doutores na mesma área;
8. Favorecer o desenvolvimento da extensão do programa para as unidades do interior do Estado;
9. Promover a discussão permanente dos problemas de interesse da área da Hepatologia;
10. Buscar mecanismos para a maior fixação de jovens médicos nos seus Estado de origem; e
11. Criar um portal de hepatologia na *homepage* da Sociedade Brasileira de Hepatologia , visando a discussão de casos *on-line* mediante conevenios com as secretarias municipais de saúde dos estados mais carentes..

VII. JUSTIFICATIVAS

O exemplo da Região Norte

Na região Norte do Brasil, há cinco (5) Escolas ou Cursos de Medicina (2 no Estado do Pará, 2 no Amazonas e 1 no Estado do Acre). Porém, o Curso do Acre (federal) e um outro do Amazonas (estadual) só foram implantados, respectivamente, em 2002 e 2001. Portanto, até o momento, os cursos médicos desta região graduam, anualmente, de 930 a 940 médicos com um total de 239 docentes (ou em média 80 docentes por curso de Medicina). No Brasil, o índice é de 2,9 discentes por docente nos cursos de Medicina e na região Norte esse mesmo índice é de 3,1 (Ramos, 1998).

Por sua vez, na região Norte há um (1) médico para cada 1.913 habitantes, correspondendo a proporção mais baixa do País, como mostra a Tabela 1. Ou seja, proporcionalmente ao tamanho da população, a região Norte tem 3,2 vezes menos médicos que a região Sudeste, ou 2,3 vezes menos que a relação observada na população geral do Brasil. Por exemplo, além dessa distribuição bastante desigual, nas regiões central e ocidental do Estado do Acre, como também deve ocorrer em outras áreas da região Norte, há localidades com 1 médico para 12.809 habitantes (Tavares-Neto, 2000).

Entre os médicos, com declaração da naturalidade, que residem na região Norte, a procedência era a seguinte (Machado, 1997 *apud* Gonçalves, 1998b):

Região Norte: 68,7%

Região Sudeste: 13,6%

Região Nordeste: 8,6%

Região Sul: 5,1%

Região Centro-oeste: 2,7%

Estrangeiros: 2,2%

(sem informação): 7,7%

TABELA 1. População total projetada, número de médicos e relação médico/1.000 habitantes, segundo regiões políticas, Brasil, 1995.

REGIÕES E BRASIL	(A) HABITANTES (x 1.000)	(B) NÚMERO DE MÉDICOS	RELAÇÃO B/A
	Norte	10.899,6	5.698
Nordeste	44.396,5	29.249	1/1.518
Sudeste	65.459,7	107.565	1/608
Sul	22.894,8	29.108	1/786
Centro-Oeste	10.765,3	12.432	1/810
BRASIL	153.725,7	183.052	1/840

Fonte: extraída de Gonçalves (1998a).

Quanto aos Programas de Residência Médica (PRMs), a região Norte tem 5 no Estado do Acre, onze (11) no Pará e 23 no Estado do Amazonas, conforme distribuição por área-especialidade descrita na Tabela 5, com um total de 151 vagas por ano (CNRM, 2003).

Os Estados do Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins não têm Programas de Residência Médica. Alguns autores consideram que sendo o Curso de Medicina terminal e de boa qualidade, com boa formação nas 5 áreas básicas (Cirurgia Geral, Clínica Médica, Obstetrícia-Ginecologia, Pediatria e Medicina Preventiva e Social) seria desejável que em torno de 30% dos graduados em Medicina fizessem curso de especialização sob a forma de Residência Médica. Assim sendo, considerando a graduação de 930 médicos por ano na região Norte, o desejável

seria ao menos 219 vagas por ano. Ou seja, atualmente, há o déficit de 31,0%. No entanto, já na atualidade esse déficit regional é bem maior, porque, considerando as Resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação, algumas das especialidades citadas na Tabela 2 requerem como pré-requisito obrigatório a conclusão de PRM completo (2 anos) em área básica, enquanto outras especialidades têm ingresso direto. Desse modo, com base naquelas Resoluções (CNRM, 1981a; CNRM, 2002), as especialidades oferecidas na região Norte têm a seguinte distribuição:

Acesso Direto (número de vagas de R-1): Anestesiologia (7), Cirurgia Geral (24), Clínica Médica (31), Doenças Infecciosas-Parasitárias/Infectologia (13), Medicina de Família e Comunidade (6), Medicina Preventiva e Social (2), Neurocirurgia* (1), Obstetrícia-ginecologia (16), Ortopedia-traumatologia (5), Otorrinolaringologia (2), Patologia (1), Pediatria (14) e Radiologia e Diagnóstico por Imagem (4).

(*) duração de 4 anos

Pré-requisito de Clínica Médica (número de vagas de R-1): Cancerologia (2), Cardiologia (2), Dermatologia (5), Gastroenterologia (1), Hematologia-Hemoterapia (1), Nefrologia (4), Pneumologia (2) e Reumatologia (1).

Pré-requisito de Cirurgia Geral (número de vagas de R-1): Angiologia e Cirurgia Vasculard (1), Cirurgia cardiovascular (2), Cirurgia torácica (1) e Urologia (3).

Assim sendo, das 151 vagas oferecidas anualmente na região Norte, somente 126 (83,4%) estão disponíveis aos recém-egressos de cursos de graduação em Medicina, aquelas de acesso direto. Desse modo, aquele déficit anual (31,0%) passa a ser de 42,5%. Isto, vale reiterar, considerando que os cursos

de Medicina sejam terminais e só 30% dos formandos careçam de formação mais especializada para atender as necessidades assistências e as do mercado de trabalho. Neste contexto, não há como pensar em programas de residência ou especialização em Hepatologia, pois as áreas básicas ainda necessitam fortes incrementos.

TABELA 2. Programas de Residência Médica nos Estado do Acre, Amazonas e Pará, distribuídos por área-especialidade e o número de vagas anual (do primeiro ano de cada PRM, R-1) em 2002.

ÁREA-ESPECIALIDADE	ESTADO DA REGIÃO NORTE COM PRM			Total
	Acre	Amazonas	Pará	
	Vagas (R-1)	Vagas (R-1)	Vagas (R-1)	
Anestesiologia	0	3	4	7
Angiologia e Cirurgia Vascular	0	1	0	1
Cancerologia	0	2	0	2
Cardiologia	0	2	0	2
Cirurgia cardiovascular	0	2	0	2
Cirurgia Geral	4	8	12	24
Cirurgia torácica	0	1	0	1
Clínica Médica	6	6	19	31
Dermatologia	0	3	2	5
Doenças Infecciosas-Parasitárias	0	5	0	5
Gastroenterologia	0	1	0	1
Hematologia-hemoterapia	0	1	0	1
Infectologia	0	5	3	8
Medicina de Família e Comunidade	6	0	0	6
Medicina Preventiva e Social	0	2	0	2
Nefrologia	0	2	2	4
Neurocirurgia	0	1	0	1
Obstetrícia-ginecologia	3	7	6	16
Ortopedia-traumatologia	0	5	0	5
Otorrinolaringologia	0	2	0	2
Patologia	0	1	0	1
Pediatria	3	5	6	14
Pneumologia	0	0	2	2
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	0	0	4	4
Reumatologia	0	1	0	1

Urologia	0	1	2	3
TOTAL	22	67	62	151

Em contrapartida, está é uma região hiperendêmica para HEPATITES VIRAIS. Tabela 3

Este grupo de doenças são as principais causas de mortalidade por doenças infecciosas. Assim, os ambulatórios locais trabalham em condições de plethora devido a carência de pessoal qualificado para lidar com as doenças hepáticas e as suas complicações, como: infecções bacterianas, insuficiência renal do cirrótico, carcinoma hepatocelular e hipertensão porta.

Nesta região não há sequer um único grupo de transplante de fígado consolidado, fato que contribui com a alta mortalidade por doenças do fígado, assim como com os elevados custos da saúde pública para tratamentos fora do domicílio.

Em conclusão, além do déficit de médicos na região Norte, aqueles graduados em cursos da região, muitos, devem buscar a qualificação especializada em hospitais de outras regiões, caso contrário a carência de profissionais especialistas para a alta-complexidade tende a agravar.

Tabela 3. Taxa de mortalidade para hepatites virais (por 1.000 habitantes) nos estados da Amazônia brasileira.

	Vírus A (HAV)	Vírus B (HBV)	Vírus C (HCV)	Vírus Delta (HDV)
Acre	-	24,4	8,14	4,88
Amazonas	0,65	5,48	2,58	0,65
Amapá	-	-	-	-
Pará	1,05	0,60	2,39	-
Rondônia	0,68	5,41	4,05	0,68
Roraima	2,72	5,44	-	-
Tocantins	-	1,60	-	-
<i>Brasil</i>	<i>0,28</i>	<i>2,42</i>	<i>5,94</i>	<i>0,07</i>

Com plena convicção, esse Projeto contribuirá, por certo, para o desenvolvimento profissional, do setor de ensino, dos serviços e, especialmente, da assistência prestada aos portadores de doenças Hepática. Formaremos

profissionais qualificados para o atendimento desta especialidade nas regiões mais carentes como o Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

VIII. BASES DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA

VIII.1. Histórico e evolução da Residência Médica no Brasil

O primeiro Programa de Residência Médica foi criado em 1889 na Universidade Johns Hopkins (Mitchell & Liu, 1995). O sucesso desse programa de especialização pode ser medido, pela quase universalização da sua exigência para o exercício profissional nos Estados Unidos da América do Norte, já no final dos anos 30 do século XX.

No Brasil, o primeiro Programa de Residência Médica foi criado em uma das clínicas do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo em 1945/1946. Mas, foi no Hospital dos Servidores do Rio Janeiro, antigo IPASE, em 1947/1948 e contado com alguns programas (MEC, 1977), que a Residência Médica no Brasil teve a forma preconizada pelas instituições mais conceituadas do mundo e, hoje, pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação.

Em 1958, foram criados no Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) da Universidade Federal da Bahia os primeiros programas das regiões Norte-Nordeste (HUPES, levantamento não-publicado, 2002).

Desde os seus primórdios, a Residência Médica tem como fundamento à especialização e o aperfeiçoamento sob a forma de treinamento em serviço. Em 1964, por ocasião da II Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM, Poços de Caldas, MG) e em 1967, no documento extraído do II Congresso da Associação Nacional dos Médicos Residente/PGs (ANRM, Rio de Janeiro, RJ), as definições nos documentos finais desses eventos, do que fosse Residência Médica, respeitavam o fundamento do treinamento em serviço (MEC, 1977).

A solidez daquele fundamento ficou mais evidente, porque mesmo o Governo Militar o respeitou ao editar o Decreto nº 80.281 de 1977 (Brasil, 1977), ao definir Residência Médica como “modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, **caracterizada por treinamento em serviço** [grifo nosso], ..., funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos ...”.

Mais adiante, em 1981, o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 6.932 (Brasil, 1981), ainda em pleno vigor, definindo a residência médica como “modalidade do ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, **caracterizada por treinamento em serviço** [grifo nosso], funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.”

Com esses princípios, o Decreto nº 80.281 de 1977 (Brasil, 1977) criou a Comissão Nacional de Residência Médica no âmbito do antigo Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação, atual Secretaria de Ensino Superior (SESu) e, em 1985, o Decreto nº 91.364 (Brasil, 1985) alterou a composição da mesma e com os seguintes membros:

- a) “Secretário da Secretaria da Educação Superior do Ministério da Educação, que é membro nato e seu Presidente/PG;
- b) um Representante da Comissão do Ensino Médico do Ministério da Educação;
- c) um Representante do Ministério da Saúde;
- d) um Representante do Ministério da Previdência e Assistência Social;
- e) um Representante do Conselho Federal de Medicina;

- f) um Representante da Associação Brasileira de Escolas Médicas;
- g) um Representante da Associação Médica Brasileira;
- h) um Representante da Federação Nacional dos Médicos;
- i) um Representante da Associação Nacional dos Médicos Residente/PGs” (Brasil, 1985).

O Decreto nº 80.281 de 1977 (Brasil, 1977), que criou a Comissão Nacional de Residência Médica, também dizia no Parágrafo Primeiro do Art. 1º que os Programas de Residência Médica seriam “desenvolvidos, preferencialmente, em uma das seguintes áreas”: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia-Ginecologia e Medicina Preventiva e Social. Ao longo de 1979, a CNRM passou a discutir os requisitos mínimos dos programas nessas áreas básicas, contando com a consultoria *ad hoc* das Sociedades Médicas de cada área, e baixou em novembro do mesmo ano a Resolução nº 05/1979 (CNRM, 1979) determinando a carga horária mínima em ambulatório, enfermarias, entre outras providências, mas deixando de fora da regulamentação a área de Medicina Preventiva e Social. Porque, fundamentalmente, havia uma profunda cisão entre os modelos propostos de PRM em Medicina Preventiva e Social. De um lado, liderados pela Escola Nacional de Saúde Pública (FIOCRUZ, RJ) e o Departamento de Medicina Preventiva da UFBA, e com o apoio do Representante do Ministério da Saúde, propugnavam o que foi aceito pela CNRM por meio da Resolução nº 16 de 28 de setembro de 1981 (CNRM, 1981c), sobre os requisitos mínimos do PRM de Medicina Preventiva e Social, incluindo entre elenco mínimo de atividades, os conhecimentos e as práticas nos seguintes campos: “epidemiologia; administração e planejamento; educação em saúde e desenvolvimento de recursos humanos; saúde ocupacional e ambiental; investigação em saúde coletiva; ciências sociais; e prestação de serviços básicos de saúde”.

O outro grupo, dissidente do primeiro, de Coordenadores de PRMs ofereciam, em seus PRMs de Medicina Preventiva e Social, conteúdos mais voltados a prestação de serviços básicos de saúde em populações-adstritas e seguido modelo da Saúde da Família (Tavares-Neto J, registros pessoais, enquanto ex-Secretário executivo da CNRM de 1980 a 1983). Esse grupo tinha como expoentes, os PRMs de Petrópolis (Prof. Eduardo Vilhena Leite), Goiânia (Prof. Fábio Zicher), Porto Alegre (Prof. Ellis Busnello), Recife/Vitória de Santo Antão (Profs. Amaury Coutinho e Guilherme Aba) e São Luis (Prof. Carlos Borges). Não obstante, devido a forte pressão contrária do Ministério da Saúde, sobre a adoção da denominação do PRM de Saúde da Família, apesar da posição muito favorável do Ministério da Previdência e Assistência Social (representado pelo Dr. Milton Machado), a CNRM aprovou em 12 de junho de 1981 a Resolução CNRM nº 07/1981 (CNRM, 1981b) denominando esses PRMs de Medicina Geral Comunitária, os quais, mais recentemente, passaram a ter a denominação de Medicina de Família e Comunidade (CNRM, 2002).

Infelizmente, além das incompreensões de muitas autoridades públicas e universitárias do início dos anos 80, quanto à adoção de programa de saúde da família ou com denominação afim, aliás à época já consagrado em muitos países da América Latina, Europa e da América do Norte, o maior fator limitante era a falta de regulamentação de mercado de trabalho para o médico da especialidade saúde da família ou, como impuseram a CNRM à época de “geral comunitário” (Tavares-Neto J, registros pessoais, enquanto ex-Secretário executivo da CNRM de 1980 a 1983). Essa realidade só começou a mudar no Governo Luiza Erundina, da cidade de São Paulo (SP), ao criar um incipiente mercado de trabalho para esse tipo de profissional. A história recente, de maior domínio público, foi à mudança das políticas públicas do Ministério da Saúde, em 1994, ao criar o Programa de Saúde da Família.

Tendo a legislação da Residência Médica como modelo, desde 1978 (CNRM, 1978), entre outras Resoluções e Lei (Brasil, 1981), ou mais recentemente a Resolução CNRM nº 05/2002 (CNRM, 2002), a carga horária, semanal ou anual, de atividades teórico-práticas pode variar de 10% a 20% e nenhum programa de excelência do Brasil ou do exterior exige disciplinas ou algo assemelhado.

No Brasil, a CNRM exige que os Programas de Residência Médica tenham duração de 2 (anos), com algumas exceções (por tempo maior), e também descrita na Resolução CNRM nº 05/2002 (CNRM, 2002). A Lei 6.932/1981 (Brasil, 1981), também determina (Art. 5º) que o Programa de Residência Médica tenha carga horária semanal de 60 (sessenta) horas, “nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão”.

Sendo assim, e considerando que há 52 semanas por ano e menos os 30 dias (ou 4 semanas) consecutivos de folga, por ano de atividade (§1º do Art. 5º da Lei 6.932/1981; Brasil, 1981), cada ano do PRM tem 48 semanas ou 2.880 horas e em 2 anos (duração da maioria dos PRMs) a carga horária total é de 5.760 horas. Portanto, os PRMs oferecem de 576 (10%) a 1.152 (20%) horas de atividades teórico-práticas, muito além do mínimo exigido, pelo sistema federal de ensino, de carga horária total (360 horas) para os outros cursos *lato sensu*.

Como *subespecialidade*, a hepatologia sofre um sério problema. Para ser hepatologista, o jovem médico deve fazer 2 anos de medicina interna, 2 anos de gastroenterologia e posteriormente buscar o aprendizado em hepatologia em outro país. Ficar mais de 6 anos fora do mercado de trabalho é uma realidade para poucos. Este fato acaba elitizando o acesso à hepatologia ao tempo em que cria

dificuldades para o crescimento da nossa especialidade. Gera, portanto, absoluta carência de profissionais habilitados para lidar com doenças do fígado no país

Enquanto não resolvemos o problema da hepatologia como especialidade independente, devemos estimular ao máximo os programas de Residência Médica e de Pós-Graduação *Lato Sensu* pelo menos nos serviços que possam oferecer o mínimo de requisitos necessários para um bom treinamento profissional. Neste caso, poderemos aceitar para a residência, candidatos que tivessem finalizado o R2 de Gastroenterologia para mais dois anos de Hepatologia.

Já para os Pós-Graduandos, o pré-requisito seria residência médica em Clínica Médica, Infectologia ou Cirurgia para atender os profissionais das regiões mais carentes do País, encaminhados pelos seus respectivos gestores municipais e estaduais com a devida autorização da SVS-Ministério da Saúde. Estes seriam estagiários.

Os residentes receberiam bolsas do programa estadual da residência. Já os pós-graduandos receberiam Bolsas, ajuda de custo, passagem e auxílio moradia da sua secretaria estadual de saúde. O mesmo se propõe para os estagiários de enfermagem em programas de curta duração a ser posteriormente implementado.

A nossa intenção é que tenhamos um núcleo que avalie o programa de Residência Médica e de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Hepatologia certificados pela Sociedade Brasileira de Hepatologia. O aval da Sociedade Brasileira de

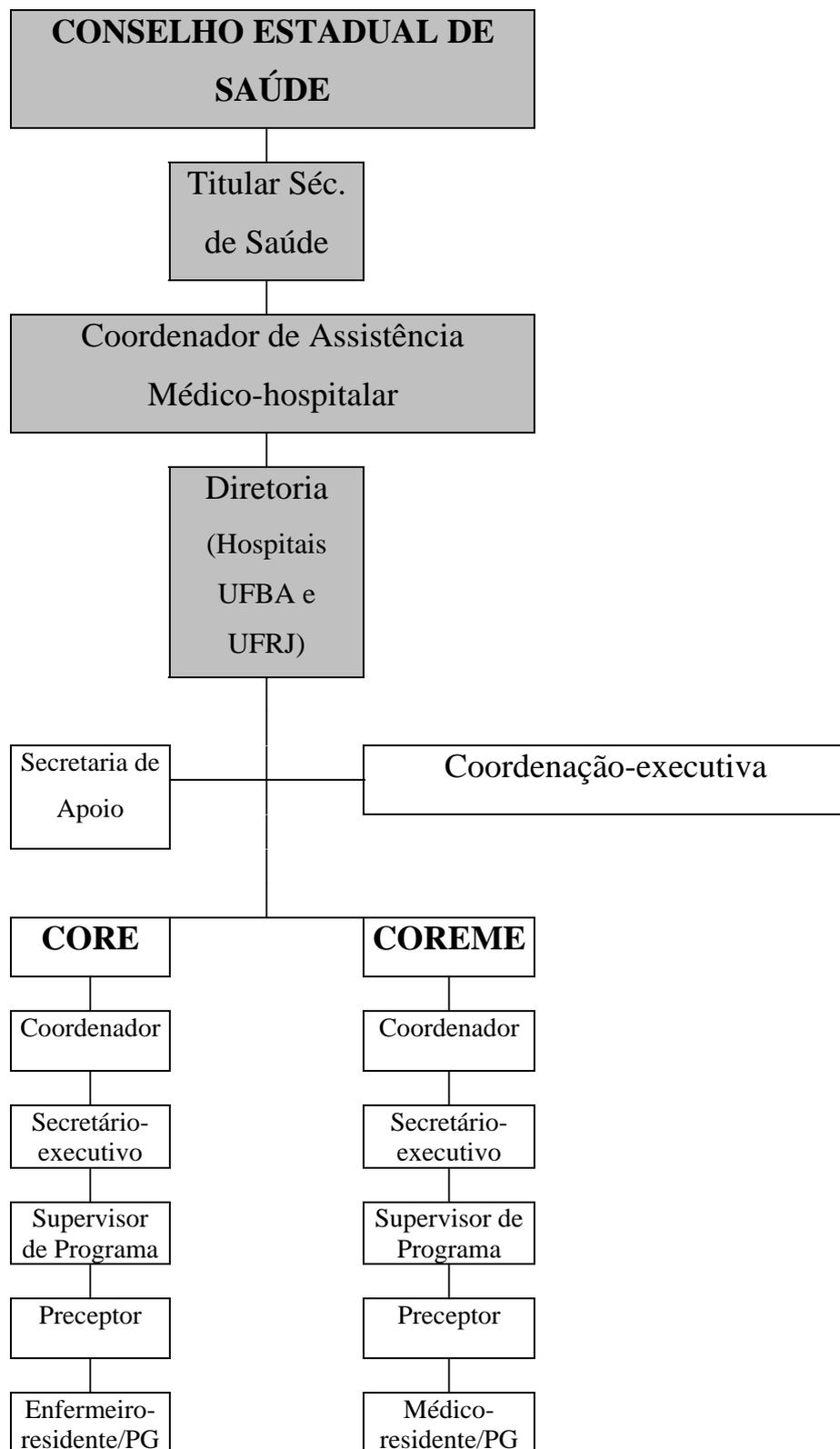
Hepatologia, baseado num instrumento de avaliação bem definido, será de muita importância para dar credibilidade aos jovens profissionais formados nestas instituições.

Estrutura geral dos Programas de Residência e de Especialização

Características gerais dos Programas de Residência Médica e Especialização em Hepatologia UFRJ/UFBA

- I. Estrutura organizacional
- II. Duração dos Programas: 2 anos
- III. Carga horária semanal: 60 (sesenta) horas semanais com Dedicção exclusiva;
- IV. Período de folga anual: 30 (trinta) dias consecutivos. Esse período pode ser a qualquer tempo, de acordo com o planejamento dos rodízios dos residente/PGs e pós-graduandos, para não acumular períodos de folga ou folga anual no mês anterior ao do término do R-2 /P-2 (residente/PG/pós-graduando de segundo ano);
- V. Período anual, em semanas, para o cálculo das atividades práticas e teórico-práticas: 24 a 48 (vinte e quatro a quarenta e oito)

FIGURA 1. Organograma e disposição hierárquica* das Comissões, Membros e Residente/PGs.



(*) no caso dos Programas de Residência Médica, a subordinação superior é a CNRM/Ministério da Educação e a dos Programas de Residência em Enfermagem ao Conselho Federal de Enfermagem.

- VI. Carga horária total: primeiro ano (R-1) de 2.880 horas e no segundo ano (R-2) de 2.880 horas;
- VII. Carga horária de plantão semanal: 24 (vinte e quatro) horas, também incluídas entre as sessenta (60) horas semanais;
- VIII. Correspondência ao número de créditos acadêmicos, mas deve ser considerando que cada Programa poderá oferecer de 80% a 90% de atividades práticas (para efeito de cálculo foi selecionada a proporção de 90% de atividades práticas):

ANO	ATIVIDADES*		TOTAL
	Práticas ^A	Teórico-práticas ^B	
Primeiro	2.592h=43c	288h=10c	2.880h=53c
Segundo	2.592h=43c	288h=10c	2.880h=53c
TOTAL	5.184h=86c	576h=20c	5.760h=106c

(*) os números de créditos, assinalados no corpo do quadro, estão aproximados para valores inteiros;
 (A) 1 crédito (c) de estágio (E) ou prático (P) = 60 horas (h); (B) 1 crédito (c) teórico-prático (TP) =30 horas (h).

- IX. Monografia (Anexo 3, vide também item VIII.2.1.): é computada como parte das atividades teórico-práticas e é obrigatória para a conclusão da Residência. A monografia (5 exemplares) deve ser entregue três (3) meses antes da data prevista para a conclusão do R-2 e o tema deve ter interesse científico ou tecnológico na especialidade, e também ser de interesse regional. Preferencialmente, a monografia deve utilizar-se de uma das seguintes metodologias: revisão sistemática; análise secundária de dados ou meta-análise. O tema deve ser selecionado, juntamente, com o Supervisor e Preceptores do Programa até o final do R-1;

- X. Definições sobre os membros dos Programas e Comissões (vide Figura 3):
- a. Comissão Estadual de Residência em Enfermagem (CORE) e Comissão Estadual de Residência Médica (COREME). Cada Comissão, obrigatoriamente, tem membros próprios e estrutura regimental própria. Até o início dos Programas, a COREME-provisória deverá rever o Regimento Interno. Caso somente seja possível, em 2008, a implantação de um (1) Programa de Residência Médica a COREME não poderá ter menos de 5 (cinco) membros, sendo um deles o representante discente. Nesse caso, da oferta de 1 ou 2 Programas por Comissão, cada Programa terá mais de um (1) membro para completar o número mínimo de 5 (cinco) membros, inclusive o representante discente;
 - b. Coordenador da Comissão da COREME: coordena a Comissão de Residência Médica (COREME). O Coordenador é um dos Supervisores de Programa, eleito pelos demais Supervisores (membros natos da Comissão) e Representantes Discentes, por meio de eleição secreta e com mandato de 2 (dois) anos e podendo ser renovado só uma (1) vez e por igual período;
 - c. Secretário-executivo da Comissão da COREME: é um dos Supervisores de Programa, eleito pelos demais Supervisores (membros natos da Comissão) e Representantes Discentes, por meio de eleição secreta e com mandato de 2 (dois) anos e podendo ser renovado só uma (1) vez e por igual período;
 - d. Supervisor: membro nato da Comissão, eleito entre os Preceptores de cada Programa, por meio de eleição secreta e com mandato de 2 (dois) anos e podendo ser renovado só uma (1) vez e por igual período;

- e. Preceptor: profissional médico (COREME), entre aqueles do corpo clínico da(s) instituição(ões) de saúde que oferece(m) o Programa, com qualificação de especialista (Residência e/ou Curso de Especialização) ou acadêmica (Mestrado, Doutorado e/ou Livre Docência), e sem nenhuma penalidade por infração ao código deontológico do Conselho Federal de Medicina;
- f. Preceptor-convidado: colaboradores ocasionais e voluntários, convidados pela COREME, conforme as necessidades de cada Programa, para ministrar ou supervisionar alguma parte ou conteúdo do Programa de Residência Médica;
- g. Preceptor-orientador: Preceptor ou Preceptor-convidado que orienta o trabalho monográfico do residente/PG;
- h. Residente/PG-chefe, Residente/PG Vice-Chefe e Secretário Geral: médicos-residente/PGs, eleitos (entre aqueles mais votados) entre seus respectivos pares, com mandato de 12 meses e sem direito a renovação. Além desses, cada Programa (se houver mais de um) deve ter o Residente/PG-representante;
- i. Representantes Discentes na Comissão: equivale aos residente/PGs chefe, vice-chefe e secretário geral (*vide* minuta do Regimento, **Anexo 2**).

XI. Conteúdos gerais das atividades teórico-práticas e complementares:

Instrumentos didáticos-pedagógicos

Legislação sobre os Cursos de Pós-graduação

Sistema Único de Saúde

Políticas de saúde

Bases da Atenção à saúde

Treinamento para elaboração de Monografia (a ser oferecido todo mês de maio, a partir do segundo ano)

Bioética

Deontologia (correspondente aos Códigos do COFEN e CFM)

Informática em saúde

Bases da Metodologia Científica

Pesquisa Bibliográfica em bancos de dados eletrônicos

Epidemiologia

Bioestatística

Estatísticas aplicadas nos serviços de saúde

Controle das Infecções Hospitalares

- XII. Conteúdos peculiares a cada Programa, para as atividades teórico-práticas e complementares: os temas a serem discutidos ao longo do Programa (2 anos), em torno de 100 assuntos (*vide* detalhamento de cada Programa). Vale ressaltar, que um Programa de Residência Médica e Pós-Graduação *lato Sensu* tem um *continuum* e, portanto, não há um programa teórico-prático e complementar para o R-1/PG 1 e outro para o R-2/PG 2. Também, os temas ou assuntos, inclusive aqueles que devem ter preferencialmente nexos com os estágios em andamento, casos observados ou situação observada em pacientes ou na comunidade. Só excepcionalmente, os médicos-residente/PGs devem ter cursos exclusivamente teóricos, ou seja, os Preceptores devem buscar a inserção dos conteúdos teóricos a partir da vivência do residente/PG, da experiência acumulada pelo grupo ou serviço, de séries históricas, etc.

XIII. Tipos de atividades teórico-práticas e complementares:

Práticos (em serviço):

- Revisão de Prontuário
- Visita a Enfermaria
- Sessão de admissão
- Sessão Anatomo-Clínica
- Sessão de Imagem
- Ambulatórios

Teórico-práticos:

- Sessão clínico-terapêutica
- Sessão Clínica com os Internos

Teóricos:

- Discussão de artigo científico
- Cursos de curta duração (até 30 horas)
- Seminários
- Mesas-redondas
- Palestras
- Jornadas
- Congressos
- Cursos de extensão

LEMBRETE: o programa prático e teórico-prático/complementar do R-2 / PG 2 segue a mesma programação do R-1/ PG1, mas com maior nível de complexidade e/ou maior número de procedimentos, e também reservando para o R-2 as atividades, inclusive as teórico-práticas, ou estágios complementares de maior complexidade.

XIV. Locais das atividades práticas: a carga horária de cada estágio ou atividade é peculiar a cada Programa, no caso dos PRMs é descrita na Resolução CNRM nº 05/2002:

- Ambulatorio;
- unidade de internação (de vários níveis de complexidade);
- Centro cirúrgico;
- Estágios na Anatomia Patológica

XV. Seleção Pública dos residente/PGs: de caráter nacional, e com ampla divulgação (Edital) nos principais veículos de comunicação de massa dos Estados da Bahia através de cartazes a serem encaminhados para Cursos de Medicina, CRMs, Associações Médicas, Hospitais Universitários, entre outras entidades do território nacional e deverão ser vinculados pelos menos 30 (trinta) dias antes da seleção. A seleção consta de uma prova (**peso 90**) de múltipla escolha, com cinco alternativas (sendo uma a correta) e que abranja, com equidade, as áreas básicas (do ciclo profissional) da Medicina. A COREME deve estabelecer o número de questões, de cada prova, e a duração das mesmas. Porque, as provas ou testes serão aplicados em diferentes instituições do Brasil, em um dia da segunda semana de janeiro do ano subsequente ao de autorização do Programa. Todos os programas serão iniciados no primeiro dia útil do mês de fevereiro do mesmo ano da seleção (Resolução CNRM nº 03/2002). A análise do *C. vitae* terá **peso 10**.

- XVI. Para os PG haverá a indicação de dois profissionais pelos gestores locais com anuência da Secretaria de Saúde do Ministério da Saúde.
- XVII. O PG terá uma atuação diferenciada do MR, visto que fará um estágio de 30 dias no Acre, Fundhacre sob a supervisão do Dr Thor Dantas cujo foco será Hepatologia Tropical. Neste estagio, o PG terá contato com doenças hepáticas próprias da região Amazônica como a Febre de Labrea, Malaria, Hepatite Delta Equinococose *Vogeli*, etc. O PG Fará também estagio obrigatório de 2 meses no serviço da UFBA e da UFRJ e vice-versa. Deverá ter a sua formação baseada em serviços de características diferentes.
- XVIII. Edital da Seleção Pública, além da ampla divulgação, supracitada, o Edital deve conter as seguintes informações (Resolução CNRM nº 04/2002):
- a) programas oferecidos e respectivos número de vagas;
 - b) critérios de seleção;
 - c) período de inscrição, preferencialmente por meio eletrônico e a documentação autenticada encaminhada via Correios (fotocópia da carteira de identidade expedida por órgão reconhecido pelo Governo Federal; 2 fotos 3 x 4; *Curriculum vitae*, anexar a documentação comprobatória e não sendo necessária a autenticação); comprovante de inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM) ou declaração da instituição de ensino do Brasil, assinada pelo Diretor e Chefe ou Coordenador do Curso, que o candidato cursa o último período do curso e que irá concluir o curso de graduação antes do primeiro dia útil de fevereiro; e
 - d) indicação dos períodos (datas), horários e locais de inscrição e das provas.de seleção.

XIX. Avaliação: todo residente/PG/pós-graduando deve ser continuamente avaliado em serviço e no desempenho das atividades teórico-práticas e complementares. Na avaliação periódica (a frequência mínima deve ser trimestral), usando as modalidades de prova escrita, oral, prática ou de desempenho de atitudes, “que incluam atributos tais como: comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o paciente, interesse pelas atividades” (Resolução nº 05/2002), entre outros a serem definidos pela COREME e/ou pelo Regimentos Interno (**Anexo 2**). A promoção do residente/PG “para o ano seguinte, bem como a obtenção do certificado de conclusão do programa, dependem de:

- a) cumprimento integral da carga horária do programa;
- b) aprovação obtida por meio do valor médio dos resultados realizadas durante o ano, com nota mínima definida no Regimento da Comissão”;
- c) para aprovação final, também será exigida a aprovação da Monografia, por dois avaliadores de outro Programa ou de Instituição externa.

VIII.2.1. Monografia de conclusão da Residência/Pós-Graduação

Os 5 (cinco) exemplares da Monografia terão a seguinte destinação: a) dois para os Preceptores-avaliadores ou convidados externos; b) dois (2) para o acervo da Biblioteca Setorial de Saúde, a ser criada pelas Secretarias Estaduais de Saúde, sendo só um (1) para consulta do público externo; e um (1) exemplar, como doação, para a Biblioteca Central da Universidade.

No **Anexo 3**, constam as normas gerais e as exigências mínimas para elaboração do trabalho de conclusão (Monografia) de conclusão da Residência/Pós - Graduação. A monografia deve ter, no mínimo, 50 (cinquenta) páginas e o texto formatado com espaçamento duplo, fonte de tamanho 12 ou 14 e páginas em folha do tamanho A4, com recuos direito e esquerdo de 3cm.

Calendário da Monografia:

1. **até o final do 2º mês do -1/PG 1 e R-2/PG2:** o residente/PG deve encaminhar para a COREME, as seguintes informações, após ciência e de acordo do Supervisor do Programa: título provisório, nome do preceptor-orientador, objetivo(s) da monografia e resumo (até 300 palavras) da metodologia a ser aplicada;
2. **até o 4º mês do R-2:** a COREME deve aprovar o anteprojeto da Monografia;
3. **até o 7º mês do R-2:** o Preceptor-orientador, com a ciência e de acordo do Supervisor do Programa, deve comunicar a COREME sobre o andamento da Monografia do residente/PG;
4. **até o final do 9º mês do R-2:** o residente/PG deve encaminhar cinco (5) exemplares da Monografia;
5. **até o final do 10º mês do R-2:** os dois membros da Comissão Examinadora devem encaminhar Parecer, individual, para a COREME e citando, no final, o conceito de zero a 10 (dez). Caso a média dos dois conceitos (só considerando a primeira casa decimal) for inferior a 5,0 (cinco), o residente/PG deve apresentar a reformulação da Monografia, após conhecer ambos os Pareceres, no prazo máximo de 30 (trinta) dias. Só após a reformulação e aprovação da mesma, por ambos os Examinadores, poderá ser expedido o certificado de conclusão.

VIII.3. Direitos e Deveres dos residente/PGs/ Pós Graduandos

A minuta de Regimento Interno (**Anexo 2**), deve ser revista pela COREME-provisória, aprimorando-a e adequando-a ao longo do segundo semestre de 2007, para ser aprovada até 30 dias depois do início do(s) Programa(s) pela respectiva Comissão Permanente, quando já deve contar com a Representação Discente.

No Regimento Interno devem ser explicitados os fundamentos de um Programa de Residência,:

Direitos

- a) supervisão permanente, observando a proporção mínima de 6 residente/PGs para um Preceptor de 40 horas ou 3 residente/PGs para 2 Preceptores de 20 horas. Não deve ser confundida supervisão como sendo tutoria; preferencialmente, o supervisor deve ficar disponível, na mesma área física, para consultas, discussão, orientação e, na etapa final de cada atividade, a revisão dos procedimentos (isto não se aplica aos atos cirúrgicos, obstétricos ou outro procedimento que possa causar dano irreparável ao paciente ou a comunidade);
- b) ter alojamento do residente/PG em condições dignas e que respeite a privacidade de cada um. Aqueles que optarem pela residência em outro local da cidade de Macapá, não terão direito ao ressarcimento de despesas afins;
- c) dispor, nos plantões noturnos, de espaço adequado para o repouso eventual e a ceia;

- d) a residência (alojamento) deve ter pessoal de limpeza, das áreas externas e de cada apartamento. Não será de responsabilidade da COREME ou da Secretarias de Saúde a lavagem de roupas, de automotores ou cuidados com objetos pessoais dos residente/PGs;
- e) a residência não poderá hospedar pessoas estranhas ao corpo discente da Residência, exceto estudantes de Medicina ou de Enfermagem, de outras unidades da federação, por período não superior a dois (2) meses, e desde que haja vaga (em apartamento não ocupado) e tenha a concordância da maioria simples dos residente/PGs;
- f) receber, no mínimo, três refeições diárias, servidas em local adequado (preferencialmente na copa da Residência);
- g) receber, no início do R-1, dois (2) jalecos (de cor a ser definida por cada Comissão), em uma das mangas a logomarca. Direito de 30 dias de folga, consecutivos, por ano de residência (*vide* adendos no item III do subcapítulo VIII.2);
- h) folga semanal de 24 horas (ou um dia);
- i) a residente/PG-gestante será assegurada a continuidade da bolsa durante quatro (4) meses, “devendo, porém, o período da bolsa ser prorrogado por igual tempo”, durante a integralização, obrigatória, da carga horária;
- j) o residente/PG requisitado pelas Forças Armadas, após a data do resultado da seleção, terá assegurada sua vaga para o ano subsequente;
- k) direito a bolsa mensal no valor determinado pela Lei nº 10.405/2002 (Brasil, 2002) ou diploma legal posterior, e

sempre em acordo as Resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica;

- l) saber do andamento do processo de credenciamento definitivo do Programa, no âmbito da CNRM;
- m) ao concluir o Programa de Residência, receber certificado de conclusão, assinado pelo Titular da Secretarias de Saúde, Coordenador da Comissão, Supervisor do Programa, Secretário-executivo da Comissão e pelo próprio Discente, constando também nome completo do residente/PG, filiação, naturalidade, nacionalidade, data de nascimento, programa de Residência, período e carga horária total, e título da monografia. No verso, além do carimbo de registro deve constar a síntese do programa prático e de atividades teórico-práticas e complementares, bem como o registro da CNRM (solicitação de responsabilidade da COREME);
- n) dispor de Biblioteca (**Anexo 4**), inclusive com acesso aos bancos de dados eletrônicos;
- o) contar com assistência médica nas unidades de saúde da Secretarias de Saúde, especialmente em caso de emergência ou urgência;
- p) direito pleno a reuniões ou assembléias restritas aos residente/PGs;
- q) dispor de campos de prática com serviços básicos e de apoio às necessidades dos pacientes;
- r) ter nos campos de prática, especialmente os secundários/terciários, de prontuário e serviço médico e de estatística (SAME).

Deveres

1. observar o Regimento Interno das instituições, campos de prática do Programa;
2. observar as normas e rotinas das instituições, campos de prática do Programa;
3. participar, quando convidado, de Conselhos Comunitários;
4. em caso de servidor da SECRETARIAS DE SAÚDE ou de outro órgão de Governo do Estado ou de Governos Municipais, não poderá acumular bolsa e salário e, preferencialmente, deve optar pela bolsa;
5. em caso de servidor da SECRETARIAS DE SAÚDE ou de outro órgão de Governo do Estado, deverá solicitar a dispensa das atividades durante o Programa de Residência;
6. deve ter conhecimento sobre as penalidades, dispostas no Regimento Interno (**Anexo 2**), em caso de infração administrativa, ética ou técnica;
7. fazer obrigatoriamente, até 15 dias após o pagamento da primeira bolsa, a inscrição na Previdência Social na condição de profissional autônomo;
8. observar, com rigor, as normas internas da residência (alojamento) e que devem ser aprovadas em assembléia dos residente/PGs até 60 (sessenta) dias após o início do primeiro programa;

9. conhecer os motivos que justificam o desligamento do programa de residência;
10. observar o calendário de avaliações periódicas e final, inclusive sobre a monografia;
11. votar ou ser votado nas eleições para Chefe, Vice-Chefe e Secretário Geral dos Residente/PGs, bem como da representação dos Residente/PGs de cada Programa;
12. saber que o residente/PG é sujeito e deve observar o código deontológico da sua profissão, bem como que deve responder ao Conselho Regional de Medicina (CRM);
13. saber também que é considerada infração grave o mal uso do prontuário, inclusive quando houver o registro de informações técnicas de forma e/ou conteúdo inadequados ou impróprios.

Biblioteca Virtual Setorial

1. só o público interno (residente/PGs, preceptores, supervisores e servidores da SECRETARIAS DE SAÚDE) terá direito a acesso aos softwares disponíveis na Biblioteca

2. Na “home page” do serviço haverá “links” para a Biblioteca Regional da BIREME (OPAS, São Paulo), listas de periódicos da CAPES (através de acordo coma UNIFAP), Biblioteca Central da UNIFAP, Conselhos (COFEN ou CFM), entre outras fontes bibliográficas ou de informação;

IX.1. Programas de Residência Médica

As propostas seguintes têm base na Resolução CNRM nº 05/2002.

IX.1.1. Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral

CAMPOS DE PRÁTICA OU DE ESTÁGIOS: PRM-Cirurgia Geral

Complexo Hospitalar Universitário Prof Edgar Santos

➤ FIOCRUZ-BA

IX.1.2. Programa de Residência / PG

PROGRAMA SEMANAL: PRM-HEPATOLOGIA		
LOCA/SETOR/UNIDADE DE SAÚDE	R-1 (1º ano)	R-2 (2º ano)
Unidades de Internação (Enfermarias, semiintensivas):	42 horas	30 horas
Ambulatório:	8 horas	12 horas
Anatomia Patologica	4 horas	4 horas
Interconsultas	—	4 horas
Programa teórico-prático e complementar (<i>vide</i> Quadro seguinte)	6 horas	8 horas ^A
TOTAL		

(A) dedicar parte da carga horária para elaboração da Monografia de Conclusão.

PROGRAMA TEÓRICO-PRÁTICO E COMPLEMENTAR DO PRM- Hepatologia

- 1- Revisão geral de Agressão Hepatocelular;
- 2- Principais síndromes clínicas (Colestase, Hipertensão Porta): diagnóstico;
- 3- Insuficiência Hepática aguda;
- 4- Insuficiência Hepática crônica;
- 5- Hepatotoxicidade medicamentosa e ambiental
- 6- Abuso e Dependência de Drogas e Alcoolismo;
- 7- Antibioticoterapia;
- 8- Insuficiência Renal Aguda no Cirrótico;
- 9- Insuficiência Renal crônica no Cirrótico;
- 10- Esteato-Hepatite Não Alcoólica - NASH;
- 11- Hemocromatose;
- 12- Doença de Wilson;
- 13- Hepatites Virais;
- 14- Hemorragias Digestivas Altas e Baixas no cirrótico;
- 15- Hepatites Autoimunes;
- 16- Síndrome icterícia;
- 17- Cirrose Hepática;
- 18- Hepatites Agudas e Crônicas;
- 19- O Fígado nas Hemoglobinopatias;
- 20- Deficiência de alfa 1 antitripsina;
- 21- Hemoterapia e as indicações de fatores de coagulação;
- 22- Interpretação de exames laboratoriais;
- 23- Complicações da terapêutica antiviral;
- 24- Hepato esplenomegalia Febril
- 25- Síndromes de Choque relacionadas a Sepsis;
- 26- Febre Tifóide e Fígado;
- 27- Doenças Sexualmente Transmissíveis;
- 28- AIDS e Fígado;
- 29- Carcinoma Hepatocelular
- 30- **Transplante Hepático**
- 31- **Manejo da Rejeição Aguda pós-transplante**

- 32- **Manejo da Rejeição crônica pós-transplante**
- 33- Leptospirose;
- 34- Mononucleose infecciosa e citomegalovírus;
- 35- Dengue e Fígado;
- 36- Febre Amarela;
- 37- Malária;
- 38- Abscesso hepático Piogenico
- 39- AmebíA Abscesso Hepático Amebiano;
- 40- Doenças hepáticas causadas por Helmintos;
- 41- Esquistossomose;
- 42- Lúpus Eritematoso Sistêmico e Fígado;
- 43- Encefalopatia Hepática;
- 44- Isquemias e Infartos Hepaticos;
- 45- Trauma Hepático;
- 46- Fígado e Gravidez;
- 47- Análise Clínica e Técnica da Tomografia Computadorizada
- 48- Fun Análise Clínica e Técnica da Ressonancia Magnética
- 49- Análise Clínica e Técnica da Ultrassonografia de Abdome
- 50- Indicações e Contra-indicações de Exames Hemodinamicos;
- 51- Indicações e Contra-indicações das ablações de Tumores;
- 52- Interação entre as drogas;
- 53- Colestase obstrutiva;
- 54- Tumores metastáticos para o Fígado;
- 55- Doença Cística;
- 56- Endoscopia Digestiva;
- 57- Doença Intestinal Inflamatória e Fígado;
- 58- Infecções em pacientes cirróticos
- 103. Indicações de punções guiadas por Ecografia e Tomografia Computadorizadas;
- 104. Correção dos distúrbios hidro-eletrolóticos;
- 105. Correção dos distúrbios ácido-básicos.

X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Decreto nº 80.281 de 05 de setembro de 1977. Diário Oficial da União de 05 de setembro de 1977, Brasília, 1977.
2. Brasil. Lei nº 6.932 de 07 de julho de 1981. Diário Oficial da União de 09 de julho de 1981, Brasília, 1981.
3. Brasil. Lei nº 10.405 de 09 de janeiro de 2002. Diário Oficial da União de 10 de janeiro de 2002, Brasília, 2002.
4. Buarque de Holanda FA. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed., revista e ampliada. Nova Fronteira: Rio de Janeiro, p. 1360, 1999.
5. COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 259/2001. Extraída de <http://www.portalcofen.com.br/secoes/section.asp>. Acesso em 14 de dezembro de 2002, Rio de Janeiro, 2001a.
6. COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 260/2001. Extraída de <http://www.portalcofen.com.br/secoes/section.asp>. Acesso em 11 de janeiro de 2001, Rio de Janeiro, 2001b.
7. Brasil. Decreto nº 91.364 de 21 de junho de 1985. Diário Oficial da União de 21 de junho de 1985, Brasília, 1985.
8. CNRM, Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 04/1978. Diário Oficial da União de 09 de novembro de 1978, Brasília, 1978.
9. CNRM, Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 01/1981. Diário Oficial da União de 23 de fevereiro de 1981, Brasília, 1981a.
10. CNRM, Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 07/1981. Diário Oficial da União de 17 de junho de 1981, Brasília, 1981b.
11. CNRM, Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 16/1981. Diário Oficial da União de 22 de outubro de 1981, Brasília, 1981c.
12. CNRM, Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 05/2002. Diário Oficial da União de 23 de dezembro de 2002, Brasília, 2002.
13. DATASUS. Capacidade instalada da rede do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde: Brasília, 67p., 2001.

14. Gonçalves EL. Três Escolas Médicas numa Escola. In: Marcondes E, Gonçalves EL (ed.), Educação Médica. SARVIER: São Paulo, p. 355-368, 1998.
15. Gonçalves EL. De ingressante na Faculdade a médico especialista: uma longa trajetória. In: Marcondes E, Gonçalves EL (ed.), Educação Médica. SARVIER: São Paulo, p. 325-339, 1998.
16. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Objetiva: Rio de Janeiro, p. 1953, 2001.
17. IBGE. População residente/PG, área e densidade dos municípios do Estado do Amapá – 1991/2002. Estimativa de 2002. IBGE: EU-IBGE/AP-SDDI, Macapá, 2002 (mimeog.).
18. IBGE. População residente/PG, por situação do domicílio e sexo, segundo as grandes regiões. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Extraído de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelasgrandes_regioes211.shtm. Acesso em 12 de janeiro de 2003a.
19. IBGE. Contagem da população – 1996. População residente/PG, por sexo e população cedida, segundo o código e o município – Amapá. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Extraído de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem/apcont96.shtm>. Acesso em 12 de janeiro de 2003b.
20. IBGE. Domicílios particulares permanentes, por número de moradores, segundo as grandes regiões e unidades da federação – Brasil – Grandes Regiões. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Extraído de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelasgrandes_regioes231.shtm. Acesso em 09 de janeiro de 2003c.
21. IBGE. População residente/PG, por sexo e situação do domicílio, população residente/PG de 10 anos ou mais de idade, total, alfabetizada e taxa de alfabetização, segundo os municípios – Amapá. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Extraído de: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/universo.php?tipo=31&uf16&PHPSESSID=015>. Acesso em 04 de fevereiro de 2003d.
22. IBGE. População residente/PG, por situação do domicílio e sexo, segundo grupos de idade – Brasil. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Extraído de: <http://www1.ibge.gov.br>. Acesso em 04 de fevereiro de 2003e.

23. IBGE. Pessoas que freqüentam creche ou escola, por nível de ensino, segundo as grandes regiões e as unidades da federação. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Extraído de:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/pessoas_resultados amostra/grandes regioes/pdf/tabela 2 2 1.pdf. Acesso em 09 de fevereiro de 2003f.
24. MEC, Ministério da Educação. Ensino Médico no Brasil. Documento nº 03, de janeiro de 1976: Internato e Residência. In: Documentos do Ensino Médico. Comissão do Ensino Médico/Ministério da Educação e Cultura: Brasília, p. 95-122, 1977.
25. Mitchell R, Liu PL. A study of resident learning behavior. *Teaching and Learning in Medicine* 7: 233-240, 1995.
26. Santos M. O País distorcido. Publifolha: São Paulo, 221p., 2002.
27. Ramos O. Pós-graduação no ensino médico. In: Marcondes E, Gonçalves EL (ed.), Educação Médica. SARVIER: São Paulo, p. 374-381, 1998.
28. SECRETARIAS DE SAÚDE, Secretaria de Estado de Saúde do Amapá. Projeto de Reorganização da Atenção Básica/Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família. Responsáveis técnicos: Pureza NS, Aragão SRS & Moraes MJS. SECRETARIAS DE SAÚDE: Macapá, 14p., 2002 [impresso].
29. SECRETARIAS DE SAÚDE, Secretaria de Estado de Saúde do Amapá. Amapá. Saúde Pública: uma revolução silenciosa. Gestão de João Alberto Capiberibe. SECRETARIAS DE SAÚDE: Macapá, 11p., 2001 [folheto].
30. SECRETARIAS DE SAÚDE, Secretaria de Estado de Saúde do Amapá. Proposta do Plano Diretor da Regionalização da Assistência à Saúde do Amapá (NOAS-SUS), Macapá. SECRETARIAS DE SAÚDE: Macapá, p. 1, 2, 4-5, 2000 [folheto].
31. Tavares-Neto J. Proposta do Curso de Medicina do Governo do Estado do Acre para a Universidade Federal do Acre. Secretaria de Estado de Saúde e Saneamento do Acre (SESSACRE): Rio Branco, 5 volumes, 2000.
32. Tavares-Neto J. Roteiro para elaboração de Projeto de Pesquisa, Dissertação e Tese. Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, 6ª versão, Salvador, 64p., 2002 [impresso ou disponível em www.hupes.ufba.br/cpgms].

33.UNIFAP, Universidade Federal do Amapá. Apresentação. Extraído de <http://www.unifap.br>. Acesso em 08 de fevereiro de 2003.

ROTEIRO* PARA ELABORAÇÃO DE MONOGRAFIA

(*) parte desse documento foi extraído de Tavares-Neto J. Roteiro para elaboração de Projeto de Pesquisa, Dissertação e Tese. Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, 6ª versão, Salvador, 64p., 2002 [impresso ou disponível em www.hupes.ufba.br/cpgms].

APRESENTAÇÃO

A **Monografia** é um trabalho acadêmico exigido como pré-requisito para a conclusão de Curso de especialização (carga horária ≥ 360 horas), inclusive de Programa de Residência, e de curso de graduação de nível superior.

Como a própria grafia da palavra Monografia (mono + grafia) expressa, diz-se desse trabalho acadêmico também que é a descrição de um tema específico, parte de assunto mais geral. Do mesmo modo, os dois principais dicionaristas da língua portuguesa, falada no Brasil, descrevem a Monografia como sendo:

“1. trabalho escrito acerca **de determinado ponto** ^(grifo nosso) da história, da arte, da ciência, ou sobre uma pessoa ou região; 2. descrição **de um só** ^(grifo nosso) gênero ou espécie de animais ou vegetais” (Houaiss & Villar, 2001);

ou

“Dissertação ou estudo minucioso que se propõe esgotar determinado tema relativamente **restrito** ^(grifo nosso),” (Buarque de Holanda, 1999).

Quanto aos autores que tratam do tema, mais especificamente, há acordo quanto ao objeto da Monografia e que em síntese pode ser resumido da seguinte forma:

descrever com profundidade o “estado da arte”, de algum tema muito específico ou parte do conhecimento existente sobre algum aspecto de tema geral.

Portanto, o primeiro passo do autor e/ou do Professor-orientador é rever a literatura de dado conhecimento (teológico, filosófico, artístico, popular ou

científico) e entre os diversos aspectos ou características que o compõe selecionar aquele que será objeto da Monografia.

Como exemplo, também considerando a relevância médico-social, o tema seria **ASCARIDÍASE**, dentro desse conjunto o autor (e Professor-orientador) selecionou como subtema de interesse a **obstrução biliar por Ascaris** e como parte da mesma a pergunta selecionada, objeto da monografia, foi: apresentação clínica da ascaridíase biliar. O objetivo da Monografia poderia ser descrito da seguinte forma: rever as características iclinicas da ascaridíase biliar

Em conclusão, a Monografia comporta dois elementos básicos: no primeiro, o autor fundamenta o conhecimento geral sobre dado **TEMA** e **subtema(s)** associado(s); e como parte da Monografia, propriamente dita, rever o “estado da arte” referente ao objetivo proposto. Esses e outros elementos da Monografia serão detalhados nas páginas seguintes.

I. CAPA

USO OBRIGATÓRIO

Exemplo (página seguinte)

A capa da Monografia é do mesmo tamanho de uma folha A4 (210 x 297mm). **NÃO USAR ESPIRAL OU CAPA DE MATERIAL PLÁSTICO OU SIMILAR.**

A capa deve ser em papel couchê branco, letras de cor preta e com as seguintes **dimensões**: (a) 21,1 cm de largura e 29,7 cm de comprimento (dimensões em cm da folha A4).

Na capa da Monografia, devem constar as seguintes informações (*vide exemplo*):

- ✓ Instituições, órgãos e brasão heráldico da instituição de ensino e/ou saúde responsável;
- ✓ Assinalar, Monografia de Conclusão;
- ✓ Título: deve ser conciso e capaz de conduzir o leitor a prever o objetivo principal do estudo;
- ✓ Nome do aluno ou pós-graduando (como prefere ser citado ? No exemplo, o **nome completo** é Manoel Eugênio de Oliveira Köetzel Neto, mas o autor preferiu o registro de somente **Manoel Köetzel Neto**, como usado mais modernamente;
- ✓ (rodapé): cidade (Estado, sem abreviatura), ANO.

II. LOMBADA (ou Dorso)

USO OBRIGATÓRIO

A lombada da capa deve conter as seguintes informações: Nome do aluno ou Pós-graduando, título do trabalho e ano. **Exemplo:**

Amanoel Köetzel Neto. Aspectos de gestão de serviço de saúde descritos no livro “Montanha Mágica” de Thomas Mann, 2003.

III. FICHA CATALOGRÁFICA

USO OBRIGATÓRIO

LOCALIZAÇÃO: contra-capa (verso da capa). Elementos da Ficha (a ficha deve ser colocada dentro de um de quadro, preferencialmente na parte inferior da página, como no exemplo abaixo). **RECOMENDAÇÃO:** consulte Bibliotecário ocorrer o registro correto das informações.

1ª linha: Número de Cutter//*(Último sobrenome, Nome do aluno ou Pós-graduando)

2ª linha e seguintes:(Título do trabalho)/(Nome completo do Autor. -(Cidade): (Letras iniciais do nome, último sobrenome), (ano).

Em outra linha: (número de páginas iniciais numeradas com algarismos romanos**), (número de páginas numeradas com algarismos arábicos, seguido de p.) (ESPAÇO) il. (se o trabalho tem ilustrações, fotos, ou desenhos).

Na linha seguinte: Monografia (especifique a que curso se refere), [cite qual(is) vinculação(ões) institucional(is).

Na linha seguinte: Palavras-chaves: (até quatro). 1. ...; 2. ...; 3. ...; 4. ...; 5. Título (não registre o título do trabalho).

Na linha seguinte (recuado para a direita): CDU: (***)

(*) N° de Cutter//*: seguido de dois espaços; (**) Exemplo: vii, 187p. il. (significado: sete páginas **iniciais** numeradas com algarismos romanos seguidas de 187 páginas em algarismos arábicos e o trabalho tem ilustrações); (***) CDU (números da Classificação Decimal Universal).

IV. PRIMEIRA PÁGINA

USO OBRIGATÓRIO

Numeração da página: algarismo romano (iii ou III, considerando que a CAPA corresponde a página i ou I* e a FICHA CATALOGRÁFICA ocupe a página ii ou II).

(*) na capa não deve constar o número (i ou I)

Exemplo: *vide* elementos na página seguinte.

Assinalar, nome do Preceptor-orientador (ou Professor-orientador, como couber) e:

Monografia de Conclusão do Programa de Enfermagem em Saúde da Família, apresentada a Comissão de Residência em Enfermagem da Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Estado do Amapá, como pré-requisito obrigatório para obter o título de especialista em Saúde da Família.

V. COMISSÃO EXAMINADORA E DE REVISÃO

USO OBRIGATÓRIO

NUMERAÇÃO: algarismo romano

Nome dos Membros titulares (o Preceptor ou Professor-orientador não faz parte da Comissão)

Exemplo:

COMISSAO EXAMINADORA

Membros Titulares:

. Rafael Tuma (Presidente/PG), Enfermeiro-chefe da Clínica Médica do Hospital da Criança e do Adolescente de Macapá;

. Carla Feitosa de Brito e Santtos, Farmacêutico da Unidade de Saúde do bairro de Pedrinhas.

Membro Suplente:

. Antônio Garrafa, Enfermeiro da Unidade de Saúde do bairro de Pedrinhas.

VI. PÁGINA DO FRONTISPÍCIO

USO OPCIONAL

Numeração: algarismo romano

Usada para fazer alguma citação de Autor conhecido ou frase de domínio público. EXEMPLO:

Cada um tem sua raridade: selo, flor, dente de elefante. Uns têm até felicidade! Eu tenho...

(extraído do poema "Retrato Falante", de **Cecília Meireles**)

VII. DEDICATÓRIA

USO OPCIONAL

NUMERAÇÃO: algarismo romano

Preferencialmente, no canto inferior direito da página e recuado para a esquerda

VIII. EQUIPE

USO RECOMENDÁVEL, caso se aplique.

NUMERAÇÃO: algarismo romano

Exemplo:

- Soraia de Araújo e Silva, Mestre e Doutora do Instituto de ...
- Albano Luiz de Sattler, Estudante de Medicina, do PET-Medicina

Recomendação: a participação de alunos de Curso de Graduação e/ou de Técnicos sem título de Mestre são considerados como aspecto positivo do projeto ou do trabalho de conclusão.

IX. INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

USO RECOMENDÁVEL

NUMERAÇÃO: algarismo romano

Exemplo:

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

- Departamento de Medicina

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- Departamento de Ações Básicas
- Departamento Médico-hospitalar

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

- Programa Municipal da Farmácia Básica

X. FONTES DE FINANCIAMENTO

USO RECOMENDÁVEL, caso se aplique.

NUMERAÇÃO: algarismo romano

Exemplo:

Fontes de Financiamento:

1. Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Amapá (FAPESAP);
2. Comissão de Residência em Enfermagem.

XI. AGRADECIMENTOS

USO RECOMENDÁVEL

NUMERAÇÃO: algarismo romano

ATENÇÃO: em trabalho científico, os agradecimentos devem ser restritos aos colaboradores (diretos ou indiretos) e as instituições, mas de modo sóbrio. Evite citar Colaboradores referindo-os pelo apelido ou somente pelo prenome.

XII. ÍNDICE OU SUMÁRIO

USO OBRIGATÓRIO

NUMERAÇÃO: algarismos **arábicos** (este é o primeiro item com página numerada com algarismo arábico, como **todos** os capítulos ou itens seguintes). O número da página deve ser citado no canto superior direito de cada item ou tópico, exemplo (insira uma Tabela e retira as bordas, dividindo-a em duas colunas, sendo a da direita, de menor largura, para inserir a numeração da página).

EXEMPLO: página seguinte

ÍNDICE

<u>ÍNDICE DE TABELAS</u>	1
ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS	3
I. RESUMO	4
II. OBJETIVO DA MONOGRAFIA	5
III. REVISÃO DA LITERATURA	6
III.1. A Tuberculose	7
III.2. A Tuberculose na literatura de ficção	15
III.2.1 Coerência científica e a obra ficcional	23
III.2.1. Autores <i>versus</i> tuberculose na literatura	27
IV. METODOLOGIA	34
V. RESULTADOS	39
V.1. O livro “A Montanha Mágica”	39
V.1.1. Thomas Mann, autor: dados biográficos	45
V.1.2. A obra, espaço e o seu tempo	53
V.1.3. A tuberculose na obra de Thomas Mann	69
V.1.3.1. Panorama da tuberculose no século XIX	82
V.1.4. Aspectos concordantes e discordantes da realidade	102
V.1.5. Personagens ilustrativos da história natural da tuberculose	134
V.1.6. Ficção <i>versus</i> a realidade do século XIX	165
VI. DISCUSSÃO	176
VII. CONCLUSÕES	191
VIII. SUMMARY	192
IX. ANEXOS	193
ANEXO X: Cópia reprográfica da introdução do livro “A montanha mágica	193
ANEXO Y: Ficha de registro de dados	196

XIII. ÍNDICES (tabelas, gráficos, figuras, quadros e siglas)

USO OBRIGATÓRIO, exceto se não houver nenhum dos elementos. Quando houver **cinco** (5) ou mais elementos a serem citados, do contrário o índice pode ser conjunto, separando-os por grupos.

O número da página deve ser registrado à direita. Após número da tabela, gráfico ou figura colocar ponto (.). **Exemplo de modelo conjunto:**

ÍNDICE DE FIGURA, GRÁFICO E TABELAS FIGURA

FIGURA I. Curva de sobrevida em casos de leptospirose ... em ... 45

GRÁFICO

GRÁFICO I. Proporção dos pacientes 89

TABELAS

TABELA I. Indicadores de Desenvolvimento Humano (IDH) no Estado da Bahia 20

TABELA II. Casos de leptospirose atendidos no Hospital Couto Maia, de 1990 a 1999 51

TABELA 1. Distribuição dos pacientes por forma clínica 67

ATENÇÃO:

1. Utilize com cautela siglas em títulos de Tabelas, Figuras e Quadros e somente quando estritamente necessário e sempre citando no rodapé qual o significado daquela sigla. No texto, adote a sistemática de antes da primeira citação de alguma sigla fazer referência ao nome completo (por extenso);
2. porém, quando utilizar o **índice** de siglas ou abreviaturas, não inclua símbolos, siglas ou abreviaturas de domínio internacional (cm, dl, H₂O, etc.);
3. Figuras, Gráficos, Quadros, Tabelas, etc., citados na Introdução e Revisão da Literatura **devem ser numerados com algarismos romanos, ao contrário dos referidos em Resultados.** (do Artigo ou do capítulo “Resultados gerais”).

XIV. RESUMO

USO OBRIGATÓRIO

NÚMERO DE PÁGINAS: não deve ser superior a duas (2) páginas, preferencialmente até 350 palavras ou 2.400 caracteres. Para isto é recomendável não utilizar parágrafos, destacando os itens em negrito ou sublinhado (v. abaixo) e alinhando as margens direita e esquerda. Lembre-se, no entanto, que alguns bancos de dados somente aceitam resumos com até 250 palavras. **NÃO CITE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS NO RESUMO.**

Exemplo:

(Título do trabalho, com todas as letras MAIÚSCULAS). (Breve período introdutório). (Objetivo: assinale aquele referente a pergunta principal). (Metodologia). (Resultados ou observações mais relevantes). (Conclusões principais).

Palavras-chaves: (as mesmas da ficha catalográfica); este elemento inicia-se na linha seguinte a do parágrafo final das conclusões. Todas as palavras-chaves devem ser numeradas, separando-as por ponto e vírgula (;). Exemplo: 1. ... ; 2. ... ; 3. ... ; 4. ... ; 5.

XV. OBJETIVO(S)

USO OBRIGATÓRIO

Cada objetivo deve ser descrito em uma ou duas sentenças; recomenda-se destacar o objetivo principal do(s) secundário(s), os quais devem ser numerados com algarismos arábicos. **LEMBRETE:** quem tem muitos objetivos corre o risco, no final, de ficar só com inquietações e nenhuma resposta! **Exemplo:**

PRINCIPAL

Verificar as atribuições do Técnico de Enfermagem na equipe de Saúde da Família.

SECUNDÁRIOS

1. Descrever a evolução histórica da formação técnico-educacional do Técnico de Enfermagem no Brasil;
2. Comparar os currículos de Escolas Técnicas da Região Norte e o currículo mínimo exigido pelo sistema federal de ensino; e
3. Rever a legislação sobre a formação e capacitações do Técnico de Enfermagem;
4. Propor mudanças curriculares e alterações na legislação.

XVI. REVISÃO DA LITERATURA (ou FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA)

USO OBRIGATÓRIO

A fundamentação teórica deve focar o problema ou questão a ser estudado, permitindo ao leitor ter conhecimento exato e da extensão do mesmo. Também o aluno ou pós-graduando deve também demonstrar:

- a) a relevância do estudo;
- b) o interesse técnico, educacional, social ou médico-social;
- c) o conhecimento dos aspectos relevantes do assunto, principalmente os aspectos mais ligados aos objetivos do estudo;
- d) a atenção para as questões de ordem metodológica;
- e) a originalidade do estudo e
- f) o quanto o estudo irá colaborar para melhorar o entendimento da(s) questão(ões) a ser(em) explorada(s).

Os estudos desenvolvidos na região devem ser revistos e os dados citados com destaque.

O tema deve ser explorado com erudição: demonstrando domínio da literatura pertinente, visão crítica dos dados publicados e observando as lacunas existentes na literatura, especialmente quando associadas ao(s) objetivo(s) do trabalho. Vale ressaltar, **o objetivo do estudo é o guia da revisão.**

Para isto, antes faça um plano de redação, detalhando em linguagem sucinta todos os tópicos ou sub-capítulos cabíveis de registro. Passe algum tempo revendo o formato preliminar e peça sugestões e críticas de Colegas, de Especialistas na área e/ou do Preceptor ou Professor-orientador. E quando indicado introduza novos itens ou sub-capítulos, exclua outros ou altere a posição de alguns. Desse modo, reduz a chance de repetir conceitos ou dados previamente apresentados.

Na revisão siga o modelo do triângulo do vértice invertido (∇), ou seja, inicie do geral para o objetivo do estudo.

Para facilitar a compreensão dos dados citados por outros Autores pode utilizar-se de tabelas, gráficos ou figuras - neste caso, numerá-los com algarismos **romanos** (maiúsculos) para distinguir dos apresentados no capítulo **Resultados**.

Caso use tabelas, gráficos ou figuras, citar no rodapé a fonte [exemplo: FONTE: Rey et al.(1995) ou FONTE: adaptada de Rey et al. (1995) ou FONTE: referências 12, 26, 78, 184, 206.] ou, em algumas tabelas, citar no corpo ou rodapé o(s) autor(es) e ano da publicação. Em qualquer caso, as

referências devem também ser citadas em “Referências Bibliográficas”. Caso opte por citar as Referências, no texto, pelo número ^{sobrescrito} de cada uma no “Referências Bibliográficas”, só o faça APÓS a revisão final do Preceptor ou Professor-orientador, para evitar que alguma nova sugestão altere a ordem das mesmas e o obrigue a rever todos os registros.

OBSERVAÇÕES:

1. quando referir o nome de qualquer espécie, a citação deve ser em negrito, em itálico ou sublinhada. Por exemplo: **Schistosoma mansoni** ou *Schistosoma mansoni* ou Schistosoma mansoni. Porém, optando por uma das formas, a mesma deve ser citada assim em todo o texto, inclusive nas outras partes do trabalho;
2. após a primeira citação o gênero da espécie deve ser abreviado: **S. mansoni** ou *S. mansoni* ou S. mansoni;
3. caso somente o gênero for citado incluir a sigla sp. (ponto após sp.; e sem negrito itálico ou sublinhado). Por exemplo: **Schistosoma** sp. ou *Schistosoma* sp. ou Schistosoma sp.
4. neste capítulo, como nos demais, alinhe às margens direita e esquerda e inicie cada parágrafo no espaço mais à direita. Exemplos:

Recomendado:

O seu trabalho de conclusão do Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde (CPgMS) da Faculdade de Medicina da UFBA deve ser publicado, o mais breve possível. Do contrário, terá uma circulação restrita ou de conhecimento só seu ..., será que dessa forma valeu o seu esforço ou do Professor-orientador?

Não-recomendados:

a) sem recuar para a direita e não-alinhado a direita

O seu trabalho de conclusão do Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde (CPgMS) da Faculdade de Medicina da UFBA deve ser publicado, o mais breve possível. Do contrário, terá uma circulação restrita ou de conhecimento só seu ..., será que dessa forma valeu o seu esforço ou do Professor-orientador?

b) recuado para a direita e não-alinhado a direita

O seu trabalho de conclusão do Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde (CPgMS) da Faculdade de Medicina da UFBA deve ser publicado, o mais breve possível. Do contrário, terá uma circulação restrita ou de conhecimento só seu ..., será que dessa forma valeu o seu esforço ou do Professor-orientador?

c) não-recuado para a direita e alinhado

O seu trabalho de conclusão do Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde (CPgMS) da Faculdade de Medicina da UFBA deve ser publicado, o mais breve possível. Do contrário, terá uma circulação restrita ou de conhecimento só seu ..., será que dessa forma valeu o seu esforço ou do Professor-orientador?

XVII. METODOLOGIA

USO OBRIGATÓRIO.

Quando o estudo envolver *anima nobili* utilizar: CASUÍSTICA E METODOLOGIA, do contrário (espécimes do *anima nobili*, animais ou outros objetos de estudo), utilizar METODOLOGIA.

É recomendável e mais conveniente que a Monografia de conclusão de Curso (graduação, especialização e residência), use como modelo de estudo a revisão sistemática da literatura, meta-análise, análise secundária de dados, relato de caso ou série de casos. Isto, favorecendo o aluno ou pós-graduando a ser exposto às fontes e a literatura especializada, bem como as técnicas da redação científica. No entanto, a formulação de outro de outro modelo de estudo, envolvendo a pessoa humana ou animais, requer Projeto mais elaborado e análise e aprovação prévias de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), também aplicáveis se for relato de caso ou de série de casos de pessoas humanas e em alguns casos de análise secundária de dados. Nesses casos, na Metodologia o autor deve esclarecer:

Casuística: quem você vai estudar?

Material: quais os recursos vai utilizar?

Método: como vai estudar?

E também especificar com destaque:

1. População de referência;
2. Características da população de estudo (ou população-alvo);

3. Desenho do estudo;
4. Critérios de inclusão e exclusão;
5. Quando se aplicar: definição de caso e de controle (se estudo do tipo caso-controle) ou definição do *par* (estudo com pareamento) ou do grupo de comparação;
6. Técnica de amostragem;
7. Classificar as variáveis a serem usadas no estudo, como:
 - a. variável(is) que define(m) o evento (a resposta). Em Bioestatística, a variável de evento é denominada variável dependente;
 - b. principais variáveis de predição;
8. Quando se aplicar, definir possíveis variáveis de confusão ou de modificação de efeito;
9. Descrever como as variáveis serão, em caso de Projeto, operacionalizadas;
10. Técnicas e equipamentos a serem utilizados. Descreva e detalhe, passo a passo, as técnicas (e os reagentes, por exemplo), de modo que o seu trabalho possa ser reproduzido por outro pesquisador;
11. No planejamento da análise estatística: procedimentos para análise descritiva; procedimentos estatísticos para avaliar a probabilidade (p) dos achados no caso da hipótese nula ser a verdadeira. Deve ser observado que o objetivo e as hipóteses não têm o mesmo significado - um estudo sempre tem um objetivo. No entanto, um estudo pode ser realizado sem que nenhuma hipótese seja declarada *a priori*. Ao referir-se à estatística analítica, declare as hipóteses (H_0 ou nula e H_1 ou alternativa). No caso da H_1 , especificar se é monocaudal ou bicaudal. As hipóteses alternativas são, em geral, bicaudais, quando monocaudal deve ser acompanhada de justificativa.

Exemplo de como expressar as hipóteses:

- H_0 : A frequência da hipertensão arterial grave em brancos = A frequência da hipertensão arterial grave em negros
- H_1 : A frequência da hipertensão arterial grave em brancos < * A frequência da hipertensão arterial grave em negros.

(*) conforme a hipótese poderia ser > ou \neq , por exemplo.

12. Ao citar o planejamento da análise estatística, estabelecer:
 - a) tamanho da amostra de acordo com as hipóteses. Para amostras com tamanho fixo, avalie o poder do estudo;
 - b) erros tipo I (α) e II (β);
 - c) possibilidade de perda *de follow-up* (seguimento);
 - d) necessidade de controle para variáveis de confusão; e
 - e) tamanho mínimo do efeito que o pesquisador deseja levar em consideração.

13. Quando se aplicar, referir-se ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (segundo a Resolução CONEP nº 196 de 1996, **Anexo C** e anexar o modelo do Termo – *vide* modelo **Anexo B**);

14. Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é diferente de Comissão de Ética de instituição de saúde, inclusive quanto a vinculação: o primeiro é à CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) do Ministério da Saúde e a Comissão de Ética ao Conselho Regional de Medicina, Enfermagem ou de outra Profissão, que trata de outros tipos conflitos ou avalia aspectos potencialmente geradores de conflitos de interesse deontológico. O CEP, de cada instituição, avalia o Projeto de Pesquisa, segundo aspectos éticos e bioéticos. O Parecer de um CEP credenciado pela CONEP tem validade nacional;

15. Anexar a Monografia, quando se aplicar, cópia do Parecer do CEP. O CEP ao receber um Projeto de Pesquisa (anexando Formulário-padrão ou folha de rosto do CONEP, a ser fornecido pela Secretaria do CEP) nomeia um Relator e, posteriormente, o plenário aprova ou não o Parecer do mesmo - não é ético ou mesmo civilizado o pesquisador procurar saber quem é o Relator ou manter contato não-formal com o mesmo ou qualquer outro membro do CEP. As informações sobre o Projeto, o pós-graduando deve solicitar ao(a) Secretário(a) do CEP.

16. Quando o Projeto não atende as exigências básicas, cabe ao Presidente/PG do CEP encaminhar para o Pesquisador o formulário inserido nas três (3) páginas seguintes. Por isto, no Projeto de Pesquisa deve ficar em destaque cada um dos itens (aqueles cabíveis) assinalados nas 3 páginas seguintes.

17. Outras informações ou Resoluções do CONEP consultar a “home page”:
<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep>

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

DOCUMENTOS PARA ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA – Prot. CEP Nº _____

Reg. CONEP Nº _____

⇒ **CLASSIFICAÇÃO NO FLUXOGRAMA:**

GRUPO I () Área Temática Especial _____

GRUPO II ()

GRUPO III ()

Obs.: Itens marcados com X correspondem a documentos obrigatórios sem os quais o protocolo não pode ser aceito no CEP para análise. Conferir no ato de entrega do protocolo. Os outros itens serão avaliados pelo relator.

	sim	não	
⇒			Folha de rosto
⇒			Projeto de pesquisa em português
			Antecedentes e justificativa, registro no país de origem, em caso de drogas e dispositivos para a saúde
			Descrição de material e métodos, casuística, resultados esperados e bibliografia
			Análise crítica de riscos e benefícios
			Duração
			Responsabilidades do pesquisador, da instituição, do patrocinador
			Crítérios para suspender ou encerrar
			Local de realização das várias etapas
			Infra estrutura necessária e concordância da instituição
⇒			Orçamento financeiro detalhado e remuneração do pesquisador
			Propriedade das informações
			Características da população, justificativa de uso de grupos vulneráveis
			Número de sujeitos da pesquisa, no local e global (multicêntricos)
			Descrição de métodos que afetem os sujeitos da pesquisa
			Fontes de material, coleta específica
			Planos de recrutamento, critérios de inclusão e exclusão
⇒			Termo de consentimento livre e esclarecido
			Como e quem irá obtê-lo
			Descrição de riscos com avaliação de gravidade
			Medidas de proteção de riscos e à confidencialidade
			Previsão de ressarcimento de gastos
⇒			Curriculo do pesquisador principal e demais pesquisadores

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

sim	Não	
		Linguagem acessível
		Justificativa, objetivos e procedimentos
		Desconfortos e riscos
		Benefícios esperados
		Métodos alternativos existentes
		Forma de assistência e responsável
		Esclarecimentos antes e durante a pesquisa sobre a metodologia
		Possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo
		Liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem penalização
		Garantia de sigilo e privacidade
		Formas de ressarcimento
		Formas de indenização

PESQUISAS CONDUZIDAS DO EXTERIOR OU COM COOPERAÇÃO ESTRANGEIRA

sim	Não	
		Compromissos e vantagens para os sujeitos da pesquisa
		Compromissos e vantagens para o País
		Identificação do pesquisador e instituição nacionais co-responsáveis (Folha de Rosto)
⇒		Documento de aprovação por Comitê de Ética no país de origem ou justificativa
		Resposta à necessidade de treinamento de pessoal no Brasil

PESQUISAS COM NOVOS FÁRMACOS, VACINAS E TESTES DIAGNÓSTICOS

Sim	não	
		Fase atual e demonstração de cumprimento de fases anteriores
		Substância farmacológica - registro no país de origem
⇒		Informação pré-clínica - brochura do pesquisador (BPPFC**)
		Informação clínica de fases anteriores
		Justificativa para uso de placebo ou wash out
		Acesso ao medicamento, se comprovada sua superioridade
		Declaração do pesquisador de que concorda e seguirá (Folha de Rosto)
		Justificativa de inclusão de sujeitos sadios
		Formas de recrutamento

Para enviar o protocolo à CONEP para apreciação, acrescentar:

Sim	não	
⇒		Carta de encaminhamento do CEP institucional
⇒		Documento de aprovação pelo CEP, com parecer consubstanciado

XVIII. RESULTADOS

USO OBRIGATÓRIO

Apresente-os distribuindo em itens, começando pela caracterização geral da população de estudo, quando se aplicar, e siga o seguinte roteiro na apresentação dos seus resultados: do geral para o particular. Destaque os resultados referentes às variáveis-respostas ou ao objetivo principal.

Na apresentação dos seus resultados seja objetivo, não dê margem a confusão.

EXIGÊNCIAS:

a. tabelas, gráficos, figuras ou quadros devem ser numerados, seqüencialmente, com **algarismos arábicos**;

b. tabelas, gráficos, quadros ou figuras devem aparecer na mesma página da primeira citação ou, quando não for possível, na página seguinte;

c. tabelas, gráficos, quadros ou figuras não serão aceitas se localizadas nas páginas finais do trabalho, isto só se aplica para as tabelas gerais (v. ANEXO);

d. os dados não devem ser exclusivamente apresentados em gráficos ou figuras, porque não dispensam tabelas. O aluno ou pós-graduando é tentado, com os atuais recursos da Informática, a utilizar gráficos em profusão e, deste modo, sem a tabela respectiva, o que dificulta a recuperação (com precisão) de muitas informações;

e. tabelas e quadros, principalmente, devem ter título e corpo de compreensão que independa do texto;

f. o sistema métrico decimal deve ser o adotado;

g. preferencialmente, no texto, quadros, tabelas, etc., utilize somente uma casa decimal (7,3%); use sempre o mesmo método para fazer as aproximações dos decimais. Seja preciso, evite fazer aproximações desnecessárias: encontrando o percentual de 7,3% não cite 7%. Deixe tais aproximações para o seu futuro leitor;

h. principalmente neste item, mas também nos demais, evite citar números utilizando-se de expressões como: cerca de 4% (quando o preciso é 4,4%), aproximadamente 10% (sendo correto: 8,6%), etc. **SEJA SEMPRE PRECISO.**

i. no sistema métrico-decimal, os decimais **não** devem ser separados por ponto (.) e **SIM** por vírgula (,) - exceto quando escreve na língua inglesa (*vide* "Summary");

j. não faça comparação dos seus resultados com o de outros Autores (isto é na Discussão) ou os interprete (isto também é na Discussão);

k. caso utilize nota de rodapé: deve ser incluída na mesma página do texto, onde ocorreu a referência - use uma linha sólida (_____) entre o corpo do texto e o rodapé (preferencialmente com outro tipo de fonte e de tamanho menor;

l. utilize com propriedade os recursos do seu programa "redator de texto". O "Word", por exemplo, dispõe dos seguintes símbolos (v. ícone Inserir ⇒ Símbolo [selecionar tipo de fonte]): α (alfa), β (beta), χ^2 (qui-quadrado), \geq (maior ou igual), \pm (mais ou menos), \leq (menor ou igual), \cong (aproximadamente), entre outros;

m. quando utilizar escala intervalar, observe o exemplo abaixo e respectivos símbolos: Exemplo: faixa etária (anos)

4 |—| 6 (inclui pessoas de 4 e 6 anos)

4 —| 6 (não inclui pessoas de 4 e inclui de 6 anos)

4 |— 6 (inclui pessoas de 4 e não inclui de 6 anos)

4 — 6 (não inclui pessoas de 4 nem de 6 anos)

4 ... 6 (os limites do intervalo não foram ou não puderam ser precisados)

n. é freqüente a confusão do que seja um quadro ou tabela, o primeiro tem linhas verticais "fechando" as laterais ao contrário da Tabela (é a apresentação mais exigida pelas revistas). Por exemplo, os números citados são fictícios:

QUADRO 4. Número de casos de leptospirose em 2000 e 2001, internados no Hospital Couto Maia (Salvador, Bahia), conforme o gênero dos pacientes.

ANO	NÚMERO DE CASOS, n (%)		
	Masculino	Feminino	TOTAL
2000	286 (93,2)	21 (6,8)	307 (100,0)
2001	212 (95,1)	11 (4,9)	223 (100,0)
TOTAL	498 (94,0)	32 (6,0)	530 (100,0)

TABELA 4. Número de casos de leptospirose em 2000 e 2001, internados no Hospital Couto Maia (Salvador, Bahia), conforme o gênero dos pacientes.

ANO	NÚMERO DE CASOS, n (%)		
	Masculino	Feminino	TOTAL
2000	286 (93,2)	21 (6,8)	307 (100,0)
2001	212 (95,1)	11 (4,9)	223 (100,0)
TOTAL	498 (94,0)	32 (6,0)	530 (100,0)

XIX. DISCUSSÃO

USO OBRIGATÓRIO

Não cometa o erro de apresentar novos resultados e tabelas neste capítulo. Neste item, o pesquisador oferece sua contribuição pessoal, com base nos resultados observados.

É à parte de síntese–interpretação. Siga um roteiro:

1. Qual a sua interpretação dos resultados?
2. Como os associa com os de outros Autores?
3. Qual a sua análise crítica, de cada resultado observado? Ressalte os aspectos relevantes, os possíveis erros do estudo (qual a sua sugestão para serem contornados em estudo futuro?), etc.
4. Como explica os seus resultados, associando-os ao conhecimento correlato?
5. Tem hipóteses a formular?
6. Tem propostas de estudos futuros?

XX. CONCLUSÕES

USO OBRIGATÓRIO

Cada conclusão deve ser numerada, com números arábicos. A conclusão deve ser baseada nos objetivos e resultados observados. As especulações e hipóteses pertencem ao capítulo da Discussão.

XXI. SUMMARY

USO OBRIGATÓRIO

Observação: neste caso, ao contrário de quando escreve na língua portuguesa, assinale 70.3% (e **não** 70,3%) ou 10,000.03 (e não: 10.000,03).

(VER ELEMENTOS DO RESUMO: Title, Background, Objective, Design, Methods, Results, Conclusions, Key words)

XXII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(*vide* ANEXO A: Normas de Registro)

USO OBRIGATÓRIO

O gerenciador eletrônico de referências (tipo “Endnote”: <http://www.anacom.com.br>), poderá ser muito útil e evitar os freqüentes erros, até de falta de sistematização.

XXIII. ANEXO(S)

USO RECOMENDÁVEL (quando se aplicar)

NUMERE CADA ANEXO

Exemplos:

ANEXO α . Modelo do questionário;

ANEXO β . Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

ANEXO ϕ . Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUPES, aprovando a investigação; etc.

ANEXOS

ANEXO A**NORMAS DE REGISTRO DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

O registro das referências bibliográficas foram adaptadas pelo CPgMS da Faculdade de Medicina da UFBA, das normas da ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT)¹, mas tendo também como fonte o estilo Vancouver do American National Standards Institute (ANSI), adaptado da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos². No entanto, muitos periódicos (nacionais e internacionais) utilizam outras normas, que devem ser observadas quando da publicação do trabalho.

As referências valorizam o trabalho e são fontes de consulta para outros pesquisadores e, também no futuro, para você.

O termo Bibliografia somente deve ser utilizado quando o levantamento for completo e abranger todos os períodos. Portanto, somente utilize a expressão “Referências bibliográficas”.

Alguns cuidados:

- A. muitos, no afã de citar somente a literatura atual ("dos últimos cinco anos"), esquecem-se da história do conhecimento abordado;
- B. muitos livros textos têm por base trabalhos publicados em outras fontes;

(1) ABNT. Informação e Documentação. Referências. Elaboração. Associação Brasileira de Normas Técnicas, Rio de Janeiro, 22p., Agosto de 2000 (endereço eletrônico: <http://www.abnt.org.br>);

(2) International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. New England Journal of the Medicine 336: 309-315, 1997. Tradução no Informe Epidemiológico do SUS 8: 5-16, 1999.

- C. não deixe para a "última hora" a listagem (registro) das suas referências, caso proceda assim terá muitos problemas nos momentos finais. Desde a fase de projeto, mantenha atualizado banco de dados com os trabalhos a serem referidos. Peça, com alguma periodicidade, a listagem das referências e faça a revisão, tomando como base a cópia reprográfica da fonte, por exemplo;
- D. a numeração das referências é obrigatória (exceto no texto, *vide* item "E", seguinte);
- E. **ATENÇÃO:** as referências numeradas por ordem de citação no texto podem sofrer muitas alterações na etapa final (revisões do Professor-orientador ou dos Membros da Comissão Examinadora) e, procedendo deste modo, poderá ter muitas dificuldades. Daí ser muito mais prudente colocar as referências por ordem alfabética, no capítulo "Referências bibliográficas" e, posteriormente, numerá-las (o "Word" faz isto automaticamente, a medida que insere novos registros).

NORMAS

1. autores com nomes terminados com Junior, Sobrinho, Filho, Neto, etc., devem ser assim citados (texto e em referências):

- José Costa Filho citar como Costa Filho no texto e Costa Filho J no capítulo das Referências bibliográficas;

2. as páginas finais são citadas, preferencialmente, excluindo os algarismos iguais à esquerda: **Exemplos:**

- 1409-12 (e não: 1409-1412)

- 21-8 (e não: 21-28).

3. em *itálico* deve ser referido o título dos livros e o nome de periódicos ou revistas (v. exemplos adiante);

4. se o autor for o mesmo da referência seguinte, assinale com o traço contínuo (a referência seguinte) em tamanho correspondente. **EXEMPLOS:**

Barros N. A pediatria ...

_____. Ocorrência de um caso ...

5. nas referências bibliográficas **todos** os autores devem ser citados. Portanto, o uso de et al.* (ou cols.) somente se aplica no texto. **No texto** (vale ressaltar, não se aplica às referências), quando a referência for de dois autores, citá-los com o "e comercial" (&), por exemplo: Marcondes & Soares; sendo três ou mais: Marcondes et al. (nestes exemplos o verbo da frase não deve ser na primeira pessoa; ou seja, é incorreto dizer "Marcondes et al. demonstrou a...", assinale corretamente: "Marcondes et al. demonstraram a ...";

(*) et al. (após "al" digitar ponto), porque é a abreviatura da expressão latina *et alii*;

6. Nas citações das referências, no texto (introdução; revisão da literatura; racional; casuística, material e métodos; e discussão), deve ser seguir somente uma das formas de citação, para manter a uniformidade.

não-recomendadas:

a).por ordem numérica crescente, conforme aparecem no texto. Exemplo: O mapa de caracteres foi capaz de exibir todas as fontes (1,2)... também como assinalado por Oliveira (3). ... Em outro estudo, Ximenes (4) observou dados contraditórios,... já especulados por Alcântara & Pinto(5);

b).autoria e número da referência. Exemplo: O mapa de caracteres foi capaz de exibir todas as fontes (Souza Filho⁸² e Vianna & Ottoni¹²³) ou O mapa..., segundo Souza Filho (82) e Vianna & Ottoni (123);

c).autoria, ano e número da referência. Exemplo: O mapa de caracteres foi capaz de exibir todas as fontes (Vianna & Ottoni, 1945¹²³; Souza Filho, 1995⁹²)*... . Anteriormente, Azevêdo et al. (1914)⁴ e Vianna & Ottoni (1945)¹²³, já haviam especulado a respeito... ;

(*) observe que entre as citações, quando entre parênteses, há um ponto e vírgula (;)

recomendadas

d).autor(es) e data. Exemplo: O mapa de caracteres foi capaz de exibir todas as fontes (Vianna & Ottoni, 1945; Souza Filho, 1995). ... Antes de Azevêdo et al. (1914) e Vianna & Ottoni (1945), já haviam especulado a respeito... . **Este é o modo preferencial, quando estiver escrevendo o texto. Na etapa final, após receber a revisão dos membros da Comissão examinadora, poderá optar em fazer as numerações das referências e optar por “a”, “b”, “c” ou manter a alternativa “d” (mais segura);**

7) Observe, nos itens "c" e "d", acima, que os trabalhos são citados no -texto na ordem cronológica de publicação (ANO). Ou seja, os trabalhos são citados no texto conforme a ordem do ano de publicação. Porém, quando dois (2) ou mais trabalhos foram publicados no mesmo ano, e citados no mesmo período ou frase, o registro no texto será em ordem alfabética. Exemplo: Revendo este aspecto vários autores encontraram resultados discordantes ... (Katz, 1978; Klöetzel, 1978; Azevedo et al., 1992; Figueiredo & Zaitz, 1995), deste modo, Asis et al. (1996) sugeriram controlar... ;

8) Quando o mesmo autor tiver dois ou mais trabalhos no mesmo ano, registrar após o ano: a, b, c,... (tanto no texto, se a opção permitir, mas especialmente nas referências). Exemplo 1(texto): Como observou Souza Filho (1993a,b) e também Souza Filho & Vanderlit (1993) Observe que como Vanderlit participou do terceiro trabalho, apesar do mesmo ano dos dois trabalhos anteriores (a, b), os autores não são os mesmos e, sendo assim, **NÃO** cabe assinalar: Souza Filho & Vanderlit (1993c); Exemplo 2 (aplicado ao registro das referências):

Souza Filho G. O Abcesso cerebral..., 1993 a.

_____. Distribuição das ..., 1993b.

_____, Vanderlit T. As fontanelas ..., 1993.

OBSERVE: a ordem, nas referências bibliográficas, foi pelo título do artigo (no caso das duas primeiras). Ou seja, primeiramente segue a ordem alfabética do sobrenome dos autores, secundariamente a ordem de cada título (sem levar em consideração: o, a, os e as ou correspondentes em outras línguas).

9) Não assinale nas referências bibliográficas: “informação pessoal”, mas **SOMENTE NO TEXTO**, anotando: nome, instituição (**se possível**) e ano: informação pessoal). Exemplo: “Os resultados foram semelhantes aos observados por J. Pinto Soares (FAMED/UFBA, 1995: informação pessoal) ou Gilberta Bensabath (1995: informação pessoal)”.

10) O registro da referência de trabalho não-publicado se aplica quando já foi publicado ou aceito para publicação (nesse caso, o pós-graduando deve ter: autores, título, nome da revista, ano*). Do contrário, o mais correto (e prudente) é assinalar: “informação pessoal” no texto;

Exemplos:

Tinhorão Sobrinho M, Andrade V. Genótipo do *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo* 34, 2002 [in press ou no prelo].

11) Havendo dois ou mais autores com o mesmo sobrenome e mesmo ano de publicação citar no texto do trabalho o sobrenome e as iniciais do nome (isto quando não usar as referências numeradas). Exemplo: “Esse resultado foi semelhante ao observado por Silva GT (1972) e Silva P (1972)”;

12) Quando não tiver acesso ao trabalho do autor, mas sendo conhecido de outra fonte consultada, não registrar nas referências e **SOMENTE** no texto. Por exemplo, lendo um artigo de Sherlock (1993) teve informação sobre outro artigo de Blumberg (1964), assim irá assinalar no texto: “A observação do antígeno Austrália coube a Blumberg (1964 *apud* Sherlock, 1993). Observar que a palavra latina *apud* ('junto a' ou “em”) deve ser assinalada em *itálico*.

13) Registro de um livro

Sobrenome/nome.//*Título da obra*: subtítulo.//número da edição*/editora**/: local da publicação***./se houver: volume ou número de série./número de páginas(p.)/ano da publicação.

Observação: uma barra (/) ou duas (//) correspondem ao número de espaços.

Exemplo: Alcantâra Filho A. *Fisiopatologia clínica*: Bases do raciocínio clínico. 4. ed., Kosmos: Porto Alegre, 280p., 1991.

(*) não citar a edição como 4^a e sim como 4. ed. (4 ponto ed ponto); (**) na citação da editora os prenomes são abreviados e a natureza comercial ou jurídica são excluídas. Exemplos: Rocco (e não: Livraria Rocco Ltda.) e J. Olymplo (e não: José Olympio Editora S/A);

(***) quando a publicação tiver mais de um local (Porto Alegre, Boston, Londres, São Paulo) cite somente o primeiro. Sendo impossível determinar o local cite a sigla: s.l.. Quando o local não for citado, mas pode ser identificado, coloque-o entre colchetes: [Rio de Janeiro].

Observações:

a. tendo o livro dois ou mais autores: no texto assinale (Thomaz & Silva, 1943), se dois, e tendo três ou mais (Bevilaqua et al., 1978). Porém, nas referências, todos os autores devem ser citados: Thomaz C, Silva H. ..., 1943; Bevilaqua D, Tavares S, Santos O, Pedra-Silva T. ..., 1978;

b quando o autor do livro é: órgão público, entidade filantrópica, autarquia, universidade, instituição de fomento, etc., assinalar o nome por extenso, antecipado pela sigla oficial ou abreviatura (para facilitar a citação no texto e/ou a localização da referência). Exemplos:

1) OMS, Organização Mundial da Saúde. *Vetores da Malária: Prevenção e controle* ..., 1990.

2) UFBA, Universidade Federal da Bahia. *Bibliografia Bahiana dos movimentos populares* ..., 1982

c. quando o autor do livro for entidade coletiva, assinale: País./nome da entidade (por extenso)./nome do setor, seção, diretoria ou região (por extenso)//título... (ver exemplo do livro, acima).

Exemplo:

Inglaterra. Sindicato dos Mineiros. Setor de Saúde Ocupacional. *Os mineiros na terceira idade: Causas de morbidade e mortalidade...*, 1995.

d. quando o autor do livro for entidade coletiva que contém no título o nome do País ou derivado, assinale: Sigla, Nome da entidade (por extenso)./cidade*./Título ... (ver exemplo do livro acima). Exemplo: IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília. *Censo populacional do Brasil: Dados demográficos. Região nordeste.* ..., 1992.

(* mesmo que o local do órgão seja igual ao da editora, assinalar o nome da cidade duas vezes.

e. quando o livro foi escrito por vários autores, os quais não podem ser identificados: inicie a citação pelo título da obra (nesse caso, não coloque em itálico). Exemplo:

Título da obra: subtítulo//número da edição*/editora**: local da publicação** */se houver: volume, série,/número de páginas(p.)/data da publicação.

Enciclopédia Britânica. História das epidemias na idade média. 16. ed., Libs-Libs: Rio de Janeiro, 8 vol., p. 1 1-22, 1989.

f. sendo o autor do livro: anônimo. Começe a referência pelo título da obra, neste caso em *itálico*.

14) Registro de capítulo de livro

Sobrenome(s) e nome(s) do(s) autor (es).//Título do capítulo: Sub-título, se houver.//In:/Sobrenome nome/(ed.)*,//Título da obra: subtítulo.//número da edição*,/editora**:/local da publicação***,/se houver volume, série,/número de páginas(p.)/ano da publicação.(ed.) - abreviatura de editores; incorreto: (eds.). **Exemplo:**

Maciel S, Santos-Neto F. Diarréia: diarréia dos viajantes. In: Jofre PS, Espírito Santo J, Nascimento-e-Silva J (ed.), *Clinica das doenças infecciosas doenças bacterianas e virais*. 1. ed., Blue: Recife, Série Verde, 11-22p., 1992.

a). quando o capítulo não tem autoria definida, o título do capítulo aparece no final, após as páginas. Exemplo:

Jofre PS, Espírito Santo J, Nascimento-e-Silva J. *Clínica das doenças infecciosas: doenças bacterianas e virais*. 1. ed., Blue: Recife, Série verde, 11-22p., Diarréia: diarréia dos viajantes, 1992.

b). capítulo sem título ou autoria: após o título do livro coloque uma barra(/), seguida de dois espaços. Exemplo:

Jofre PS, Espírito Santo J, Nascimento-e-Silva J. *Clínica das doenças infecciosas: doenças bacterianas e virais*./ 1. ed., Blue: Recife, Série verde, 11-22p.,1992.

c). quando o livro tem editor, organizador ou coordenador, mas NÃO é citado o autor de nenhum capítulo, assinale: após os editores assinale (ed.);

Exemplo:

Jofre PS, Espírito Santo J, Nascimento-e-Silva J (ed.). *Clínica das doenças infecciosas: doenças bacterianas e virais*. 1. ed., Blue: Recife, Série verde, 11-22p., 1992.

15) Registro de artigo de revista

Sobrenome nome.// título do artigo// título da revista,*/ local (caso se aplique, para diferenciar de outro periódico) // volume (número**): /páginas,/ano.

(*) *em itálico*; o nome do periódico pode ser abreviado, de acordo com o catálogo próprio ou verifique no artigo (não abrevie por conta própria, porque muitos periódicos têm siglas semelhantes). No entanto, muitos periódicos exigem a citação do nome da revista ou periódico por extenso e, quando da publicação, você poderá ter dificuldades em recuperar o nome completo, se usou a forma abreviada. **O CPgMS EXIGE O NOME DO PERÍODO POR EXTENSO;**

(**) o número pode ser dispensado, no entanto, se optou pelo uso devem utilizá-lo em todas as citações.

Exemplo:

Viana H, Azevêdo T, Salgado MEF, Silva O, Nascimento J, Dias J, Gomes Sobrinho O. A esquistossomose mansônica em brancos e negros. *Revista de Saúde pública*, São Paulo 39: 34-8,1991.

OBSERVE, como no registro de livros e dos seguintes, que na separação entre os nomes dos Autores não tem (;) somente (.). O nome de cada autor é separado somente por espaço. Exemplo: Sobrenome/Inicial prenome Inicial dos demais nomes, sem pontos (Salgado MEF)

16) Registro de Tese e Dissertação

Sobrenome nome. //Título da tese ou dissertação.//Dissertação (mestrado), Tese (doutorado, Livre docência, Titular, etc. // Instituição/, local,/número de páginas (p.),/ano.

Exemplo:

Prata GF. O cromossomo Y ..., em São Paulo. Tese de Titular. Universidade Estadual de São Paulo, Botucatu, 186p., 1976.

17) Registro de Resumo publicado em Anais de Congresso, Jornadas, etc.

Sobrenome nome.//Título do trabalho.//In: Evento científico.// Instituição,ou Entidade (quando se aplicar),/Local (cidade, onde ocorreu o evento,/número de páginas(p.),/ano.

Exemplo:

Garcia M, Sabrosa TG, Oliveira Neto N. A solução do Brasil: planejamento familiar. In: Anais do XXIV Congresso de Demografia. São Paulo, 33-4p., 1994.

18) Registro de leis, decretos, resoluções, e afins

País ou Estado./Título (sublinhado).//Diário oficial,/número,/página*,/capítulo*,/parágrafo*,/artigo*,/ano

(* caso necessário)

19) Registro de trabalho mimeografado ou datilografado

Sobrenome nome.//Título,/local,/Instituição,/número de páginas,/ano.//[datilografado ou mimeografado].

Exemplo:

Freitas O. Planorbídeos do Brasil Central, Goiânia EMBRAPA, 20p.,1981. (Mimeografado).

20) Trabalho no prelo (v. também item 7, das Normas Gerais neste capítulo)

Sobrenome nome.//título do artigo.//*Título da revista* *,/local (caso se aplique, para diferenciar de outro periódico)://[no prelo] ou [*in press*].

Exemplo:

Viana H, Azevedo T, Salgado MEF, Silva O, Nascimento J, Dias J, Gomes Sobrinho O. A esquistossomose mansônica em brancos e negros. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo: [no prelo].

Observação:

- a. somente se aplica para os trabalhos aceitos para publicação;
- b. no exemplo acima, quando citado no texto, deve ser referido como: Viana et al., dados não-publicados.

21) Trabalho extraído de endereço eletrônico

(entradas conforme o tipo de documento). /Disponível em: <endereço eletrônico >. Acesso em:/data (dia, mês, ano). **Exemplo:**

Birds from Amapá: banco de dados. Disponível em: <<http://www.bdt.org/bdt/avifauna/aves>>. Acesso em: 22 de outubro de 2000.

22) Consultar as Normas da ABNT (<http://www.abnt.org.br>), para citar jornais populares, revistas leigas, entrevistas, entre outros documentos, mas adaptando-as conforme as determinações do CPgMS.

Anexo B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** (*)

Título do projeto de pesquisa: Frequência de soro-conversão pós-vacinação contra o vírus da hepatite B.

Durante a leitura do documento abaixo fui informado(a) que posso interromper para fazer qualquer pergunta, com objetivo de tirar dúvidas, para o meu melhor esclarecimento.

Eu,, fui procurado(a) pelo Prof. xxx da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, médico com o registro nº xxx no Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, sobre o projeto de pesquisa com o título acima citado. Nesse estudo, coordenado pelo Prof. xxxx, eu, fui selecionado(a) {(ou o(a) **MENOR** de anos de idade, sob a minha inteira responsabilidade)] por sorteio através do número da minha conta de luz da minha residência, para participar desse projeto de pesquisa.

O Prof. xxx explicou-me que nos dias 19 de agosto, 10 de outubro e 12 de dezembro de 1999, toda a população do Estado do xxx, crianças e pessoas adultas, será vacinada contra o vírus da hepatite B. Esse programa de vacinação do Governo do Estado do xxx foi aprovado pelo Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde, conhecido como PNI, e que é também responsável pelo fornecimento das doses de vacinas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da xxx.

Também fui informado(a) que este programa de vacinação contra a hepatite B, consta de três (3) doses a serem aplicadas nos dias acima mencionados e é inteiramente “de graça” ou gratuito. Mesmo assim, o Prof. xxx também deixou claro, durante suas explicações, que caso não queira ou não julgue necessário posso não ser vacinado.

Esse Programa de Vacinação contra o vírus da hepatite B é porque a hepatite é uma das grandes problemas de saúde no Estado do xxx, onde em algumas cidades as populações têm de 10% a 30% das pessoas com o vírus da hepatite B ou que tiveram no passado. O vírus da hepatite B é um micróbio muito, muito pequeno, mas que provoca uma infecção no fígado chamada de hepatite e que algumas pessoas podem desenvolver complicações graves ou, com o passar dos anos, até aparecer câncer no fígado.

Outra explicação do Prof. xxx foi que o projeto de pesquisa, caso eu aceite ser vacinado, consta da colheita de 5 a 8 ml de sangue (quantidade menor da que cabe em uma colher de sopa) em uma veia do braço, através de seringa e agulha esterilizadas e que depois do uso serão jogadas no lixo. O Prof. xxxxxx também disse-me que a sensação de DOR durante o ato de colher o sangue na

(*) o documento original foi escrito em espaço duplo (2) e com letras de tamanho 14.

veia do braço varia de pessoa para pessoa e a criança pequena pode chorar devido àquela dor. Outras pessoas podem “perder os sentidos” ou desmaiar quando vêem sangue. Outras pessoas ainda podem ter hematoma (ou “calombo de sangue”) no local de retirada do sangue no braço, devido ao sangue que saiu da veia, mas que esse problema é passageiro na grande maioria das pessoas que o tem e que pode ser mais rapidamente resolvido colocando compressas com água gelada de 4 a 6 vezes por dia.

Antes de colher o sangue, uma pessoa da equipe do Prof. xxx irá fazer perguntas sobre informações da minha pessoa e da minha família. Essas perguntas são as seguintes: minha idade, meu endereço, onde nasci, quantos anos moro na cidade xxx, qual o meu trabalho, se já fui vacinado contra o vírus da hepatite B, quantas doses da vacina já usei, se tive hepatite e quantas vezes, se sou tatuado, se já tomei sangue e se já fui operado, quando e onde.

Fui plenamente informado(a) que posso negar-me a responder as perguntas acima, não querer deixar colher o sangue e mesmo se agora concordar posso deixar de participar da segunda parte da pesquisa em janeiro do próximo ano. Porém, qualquer que seja minha opinião, terei o direito de ser vacinado contra o vírus da hepatite B, se assim desejar.

O Prof. xxx explicou-me que essa SEGUNDA parte da pesquisa consta de nova colheita de sangue e as perguntas sobre o número de doses usado de vacina e se houve mudança do meu endereço. Essa segunda parte da pesquisa será realizada trinta dias após eu (ou a criança sob a minha responsabilidade) usar a terceira dose da vacina contra o vírus da hepatite B e justificou ser necessária essa segunda parte para saber se a vacina usada provocou no meu organismo o aparecimento de substância, chamada de anticorpo, que vai fazer a minha proteção contra o vírus da hepatite B. Esses resultados da pesquisa também servirão à Secretaria de Saúde, na programação de futuras atividades para controlar a hepatite B no Estado do xxx. Portanto, os resultados desses exames poderão não ser úteis para a minha pessoa ou para o menor de quem sou responsável.

Devido a segunda parte da pesquisa, também fui informado(a) que só terei os resultados dos exames de sangue no final do mês de fevereiro ou na primeira semana de março do próximo ano, a serem enviados pelos CORREIOS, com uma nota explicativa sobre os mesmos. Mas, caso tenha alguma dúvida, poderei procurar no horário da manhã a Dra. xxx, no xxx (Centro de xxx), localizado defronte do prédio do “xxx”.

Os resultados da pesquisa serão publicados em revista médica, mas o Prof. xxx garantiu-me que jamais poderei ser identificado(a) (ou o(a) menor sob a minha responsabilidade) como participante desta pesquisa. Ou seja, os dados serão publicados na revista médica SEM constar o meu nome (ou as iniciais do meu nome) e o meu endereço.

Também estou ciente que caso tenha alguma reclamação a fazer poderei procurar o Secretário de Saúde, Dr. xxx (Telefone xxxxxx), no prédio da Secretaria defronte do xxx ou procurar o Presidente/PG do Conselho Regional de Medicina, Dr. xxx (Telefone xxxxxx), localizado no bairro xxx.

Assim, considero-me satisfeito com as explicações deste documento e também as explicações do Prof. xxx, inclusive durante a leitura desse documento, realizada pelo mesmo e que foi de forma pausada e clara, quando também tive a oportunidade de fazer perguntas. Portanto, no momento concordo (ou o menor sob a minha responsabilidade) em participar da primeira parte dessa pesquisa, mas em janeiro do próximo ano, quando for realizada a segunda parte do estudo, deverei novamente ser consultado, porque tenho pleno direito de recusar-me (ou o menor sob a minha responsabilidade) a participar da segunda parte do estudo, quando deverei conhecer e assim outro Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Também foi explicado pelo Prof. xxx que agora ou quando da segunda parte da pesquisa, em janeiro do próximo ano, o(a) menor, sob a minha responsabilidade, poderá recusar-se a participar do estudo, independente da minha opinião ou concordância.

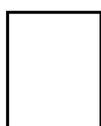
COMO TENHO DIFICULDADE PARA LER (☐ sim OU não☐), O ESCRITO ACIMA, ATESTO TAMBÉM QUE O PROF. xxx QUANDO DA LEITURA PAUSADA DESSE DOCUMENTO ESCLARECEU ÀS MINHAS DÚVIDAS E COMO TEM A MINHA CONCORDÂNCIA PARA PARTICIPAR DO ESTUDO, CONCORDEI COLOCAR ABAIXO A MINHA IMPRESSÃO DO DEDO POLEGAR.

xxx, 19 de agosto de 1999.

NOME:

Assinatura ⇒

Ou



(impressão digital ou datiloscópica)

Testemunhas:

1. NOME:

Assinatura ⇒

2. NOME:

Assinatura ⇒

xxx (CRM-BA)

DOCUMENTO EM DUAS (2) VIAS, UMA PARA SER ENTREGUE A PESSOA (OU RESPONSÁVEL) QUE VAI PARTICIPAR DA PESQUISA.

Orçamento

BIBLIOTECA

N°	Sotwere	Titulo	Ano	n	Valor (R\$)
001		MD - Consult	2008	2	8000,00
002		ENDNOTE	2008	2	9.340,00
003		SPSS	2008	2	10.260,00
004					27.600,00

REVISTAS EM CD

N°	TÍTULO	EDITORA	ANO	n	VALORUNIT.(R\$)
001	Hepatology	AASLD	2008/ 2009	2	3000,00
002	Journal of Hepatology	EASL	2008/ 2009	2	3.000,00
003	Transplantation	AASLD	2008/ 2009	2	3.000,00
004	Liver International	IASL	2008/ 2009	2	3.000,00
005	Total				12.000,00

MATERIAL DE INORMÁTICA

Nº	MATERIAL	N	Valor (R\$)
001	Computadores Pentium V	10	20.000,00
002	Impressora Multifatorial	2	2.000,00
003	Impressoras Lazer	2	1.500,00
004	Câmara fotográfica Digital Nikon	2	1.500,00
005	Data Show	2	14.000,00
006	Lep Top	2	10.000,00
	Total		49.000,00
034	Biologia Celular e Molecular	Guanabara	92,00
035	Revisão de Patologia	Guanabara	88,00
036	Métodos de Laboratórios Aplicados a Clínica	Guanabara	195,00
037	Manual de Testes Diagnósticos Laboratoriais	Guanabara	126,00
038	Bases da Parasitologia Médica	Guanabara	95,00
039	Fundamentos Clínicos e Laboratoriais. Micologia Médica	Guanabara	95,00
040	Interpretação Clínica de Exame de Laboratório	Medsi	186,00
041	Diagnostico Microbiológico. Texto e Atlas	Medsi	319,00
042	Imunologia Celular	Revinter	198,00

**PASSAGENES/BOLSAS/DIARIAS DE PROFESSORES
VISITANTES E AVALIADORES DA SBH**

Nº	Item	Ref	n	Valor Unit. (R\$)
001	Passagem	Inclui passagem para os professores Visitantes e para os PG. Não é possível definir o valor exato no momento visto depender do local	06/ano para PG 06/Ano para Prof visitante 1/Ano para SBH	60.000,00
002	Bolsa de PG	Inclui a Bolsa mensal durante o período de estágio	6/ano	24.000,00
003	Auxilio Moradia	Auxilio instalação para o Pos-Graduando	6/ano	18.000,00
004	Diárias de Prof Visitante	Período de visita aos serviços	30/ano	6.000,00
005	Hospedagem Prof Visitante	Período de Visitas ao Serviço	30/ano	10.000,00
006	Custeio das visitas da SBH	A ser definida pela SBH	2/ano	4.000,00
007	Participação em congressos e reuniões científicas para PG	A ser definida		20.000,00
008	Promoção de eventos científicos conjuntos UFBA/UF RJ	A ser definido		20.000,00
			Total	112.000,00

MATERIAL DE ESCRITÓRIO

Nº	Autor	Valor Unit. (R\$)
001	Papel	2.000,00
002	Toner	3.000,00
003	Cartuchos	2.000,00
004	CDs/DVDs	500,00
005	Clipes, marcadores, etc	500,00
006	Correio	1.000,00
007	Deslocament os (Taxi)	1.000,00
008	Despesas Miúdas	1000,00
	Total	11.000,00

