

JORNAL DE  
**MEDICINA DE PERNAMBUCO**

Órgão de divulgação da Associação Médica de Pernambuco - Recife, setembro de 2014

**EXPOENTES**

Gilda Kelner

**ENTREVISTA**

Carmem Marinho

**ARTIGO**

Profilaxia do HIV

**AMPE**

**2014**

**2017**

Conheça a nova  
Diretoria

**HISTÓRIA**  
Obras raras

**INFOGRÁFICOS**  
Evolução do vírus ebola

EM OUTUBRO

1<sup>a</sup>

SEMANA  
CULTURAL



**AMPE**  
ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE PERNAMBUCO

DIA 06

CHÁ COM PROSA

Homenagem  
aos associados  
jubilados

DIA 07

LITERATURA

Apresentação do livro  
*DICIONÁRIO  
PERNAMBUCANO*  
do autor  
Dr. Paulo Camelo,  
e exposição de livros  
de autores médicos

DIA 08

ARTES PLÁSTICAS

Artistas médicos  
expõem suas  
obras de arte

DIA 09

NOITE MUSICAL

*MEDICINA E MÚSICA  
da mitologia à  
contemporaneidade*  
Drs. Paulo Fernando  
Barreto Campelo de Melo  
e Reinaldo Carneiro  
Marques

DIA 10

CINEMA

Exibição do filme  
*Há tanto tempo  
que te amo*  
Comentários de  
Ana Catarina Galvão (crítica)  
Mabel Cristina Cavalcanti  
(psicanálise), e Helena  
Carneiro Leão (bioética)

Silvia da Costa Carvalho  
Presidente da AMPE



# EDITORIAL

Encontramo-nos às vésperas de pleito eleitoral para escolha de ocupantes de diversos cargos políticos, e sobretudo, para a Presidência da República. A expectativa do povo brasileiro é elevada, e o momento requer profunda reflexão, impondo análise crítica e racional acerca das propostas e perspectivas que se apresentam. É necessário que o exercício do voto seja resultante de uma avaliação criteriosa, e realizado de maneira coerente e consciente, permitindo-nos vislumbrar a possibilidade de um BRASIL melhor e mais desenvolvido.

Foi também um ano em que a categoria médica escolheu seus representantes perante a ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA e CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, entidades de âmbito nacional, cuja participação nas discussões da política de saúde, no enfrentamento às causas relacionadas às condições do trabalho médico, assistência digna à população, formação e qualificação do profissional médico, dentre tantas outras, tem demonstrado elevado comprometimento e preocupação com o futuro na assistência à saúde, de forma integral e igualitária à população.

Seguindo o calendário eleitoral da Associação Médica Brasileira, da qual a Associação Médica de Pernambuco é entidade federada, foi também realizado no dia 28 de agosto, o pleito eleitoral para escolha de sua nova Diretoria, que ficará à frente da instituição nos próximos três anos. Em chapa única, foi eleita para capitanear esta Associação, na gestão 2014-2017, a Dra. Helena Maria Carneiro Leão, que já integrava a Diretoria da entidade, na qualidade de segunda tesoureira. No período em que estivemos à frente da AMPE, tivemos a oportunidade de

mais intimamente conhecer a magnitude de sua existência e atuação. Buscamos dar continuidade às ações já iniciadas em gestões anteriores, que já rendiam frutos, e desenvolver novos projetos, tudo com objetivo de perpetuar a credibilidade, respeito e confiança da população e da categoria médica, em uma instituição que já conta 174 anos de existência. Entendemos que cumprimos nosso papel, em conjunto com uma Diretoria coesa, participativa e sobretudo, comprometida com a Associação.

Nesse que será o último número do JPM de nossa gestão, trazemos aos nossos associados, uma publicação que inclui dentre outros, atualizações em temas científicos, com artigo sobre mudanças no protocolo da profilaxia do HIV, as estatísticas da OMS sobre o surto do EBOLA nos últimos anos, e outros, na seção AMPE CONECTA. Na seção Expoente da Medicina, tradicionalmente redigida pelo associado e colaborador Gildo Benício, um relato sucinto da vida profissional da Dra. Gilda Kelner, médica de reconhecido destaque dentre os que exercem a prática da Psicanálise. Anunciamos também nesse periódico, a breve realização da primeira semana cultural da AMPE, com participação de médicos escritores, pintores e artistas em geral, evento para o qual convidamos toda a categoria médica a prestigiar. Outros artigos e informações de interesse estão contidos, com objetivo de promover agradável leitura.

Despedimo-nos de nossos associados, neste Editorial, agradecendo a colaboração e atenção que nos foram dispensadas durante nossa gestão.

NOTAS • ENTREVISTA • HUMOR • ARTIGOS • EXPOENTES • INFOGRÁFICOS

## EXPEDIENTE

Jornal de Medicina de Pernambuco / setembro 2014 - Distribuição gratuita. Tiragem: 2000

### DIRETORIA

Presidente: Silvia da Costa Carvalho Rodrigues

1º vice-presidente: Anacleto Rodrigues de Carvalho / 2ª vice-presidente: Sirleide de Oliveira Costa Lira

3ª vice-presidente: Maria do Carmo Lencastre Menezes Dueire Lins e Cruz / Secretária Geral: Jane Maria Cordeiro Lemos

1ª secretária: Nair Cristina Nogueira de Almeida / 2ª secretária: Marília de Moraes Delgado

1º tesoureiro: Feliciano Abdon Araújo Lima / 2ª tesoureira: Helena Maria Carneiro Leão

### CONSELHO EDITORIAL

Dra. Nair Cristina Nogueira de Almeida / Dra. Sirleide Lira / Dr. Gildo Benício

Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva / Dr. Assuero Gomes da Silva Filho

**Diagramação / Jornalista Responsável** - Antonio Gomes DRT/PE 3689

Associação Médica de Pernambuco, Rua Osvaldo Cruz, 393, Boa Vista – Recife/PE, CEP: 50055-220 – Fone: 3423.5473 Fax: 3423.6186  
E-mail: somepe.ampe@hotmail.com / comunica@ampe-med.com (imprensa) / www.ampe-med.com

## CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM SOLICITAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

Nos dias 06 e 07 de junho, a Associação Médica de Pernambuco realizou o CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM SOLICITAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS, ministrado pelo médico e biomédico Dr. Carlos David Araújo Bichara.

Durante os dois dias os quase 200 participantes (médicos e estudantes de medicina), puderam se reciclar, recebendo orientação quanto à forma adequada para solicitação de exames, evitando equívocos e conflitos entre profissionais e laboratórios de análises.

“Foi excelente principalmente para os que já se formaram há algum tempo e os que estão chegando. Na rotina do dia a dia nos desatualizamos por acabarmos focando em outras coisas, e o curso nos ajudou nisto.” Elogiou a Dra. Maria de Fátima Vieira Campos.

Para o estudante Víctor Sá Leitão da FCM UPE, um dos pontos fortes foi a experiência do palestrante. “Estou muito satisfeito, e o palestrante transmite as informações



de uma forma muito sólida para todos os profissionais.”

“Um bom laboratório é o resultado de um grupo bem treinado”, disse o Dr. Carlos Bichara, após discorrer durante dois dias de evento, sobre mais de 20 tópicos relacionados ao tema central.

Considerando o êxito do curso, bem como a sua abrangência, a AMPE já intenciona realizá-lo para outros profissionais da área de saúde, bem como proporcionar novos módulos à classe médica e estudantes de Medicina.

## PALESTRA ORGANIZAÇÃO JURÍDICA DAS SOCIEDADES MÉDICAS

Em mais um evento bem sucedido, a AMPE em parceria com a Queiroz Cavalcanti Advogados, realizou na noite de 24/07 a palestra Organização Jurídica das Sociedades Médicas.

Durante duas horas, os espectadores puderam através de simulações de casos, selecionados pelos profissionais, terem suas dúvidas esclarecidas sobre Diminuição dos riscos tributários; Concorrência entre sócio e a clínica; Ingresso de herdeiros, entre outros temas.

Antes de cada painel, uma breve animação abordava as situações a serem resolvidas. Tal artifício tornou as soluções apresentadas mais compreensíveis ao público.

“Estou abrindo uma sociedade médica agora, e o que está sendo passado na palestra será de grande ajuda” elogiou a médica Elizane Laurentino.

A advogada Manuela Moura, uma das palestrantes apontou a falta de diálogo entre os sócios



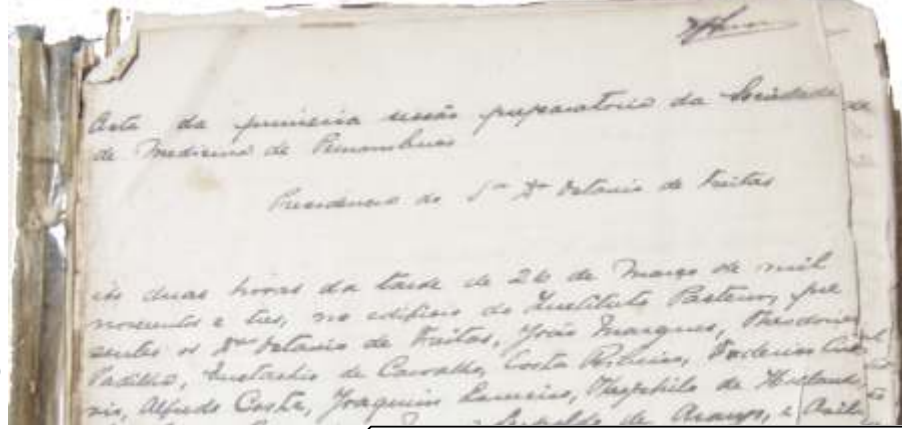
como um dos fatores de possíveis conflitos dentro das sociedades. “Os associados deveriam realizar pelo menos uma reunião a cada dois ou três meses para que fossem discutidos os mais diversos temas, diminuindo os conflitos e aumentando a longevidade do negócio”, ressaltou.

Para o Médico Eraldo Sá Martins, as informações sobre o convívio dentro da sociedade são de grande relevância. “Nos ajudará muito a nos defender dentro da sociedade, que geralmente é formada por um colega, a gerar menos atrito ou nenhum, e também a nos prevenir de futuras questões tributárias”.

Ao final da explanação, foi aberta a participação do público para que tirassem suas dúvidas.

# JOIAS DA COROA

Biblioteca da AMPE guarda importante acervo da história médica e social de Pernambuco.



Ata da primeira reunião preparativa da Faculdade de Medicina de Pernambuco, 26/03/1903

**A**o longo de sua existência, a Associação Médica de Pernambuco contribuiu para a história da medicina e sociedade local. Sua biblioteca tornou-se responsável por agrupar um considerável material sobre esses aspectos.

Das quase 1200 peças de seu acervo, dos mais diversos tipos, destacam-se cerca de 300 obras raras. Verdadeiras preciosidades capazes de revelar importantes aspectos da história médica ao longo dos mais de 170 anos da Instituição, como o empenho na fundação da Faculdade de Medicina do Recife.

Esses materiais, em sua maioria, são livros didáticos, de especialidades como anatomia, também revistas que trazem um bom conteúdo do início da imprensa médica e da publicidade, além de biografias e anais que revelam a participação ativa da AMPE na vida dos pernambucanos.

O conteúdo vai além da medicina, abraçando diversas áreas de conhecimento como publicidade, antropologia, sociologia, entre outros.

A biblioteca da AMPE funciona de segunda a sexta das 13:30 às 17:30, e também aceita doações de livros em bom estado de conservação, além de ter iniciado uma coleção de convites de formatura das instituições médicas estaduais. Telefone: 3423-6186.



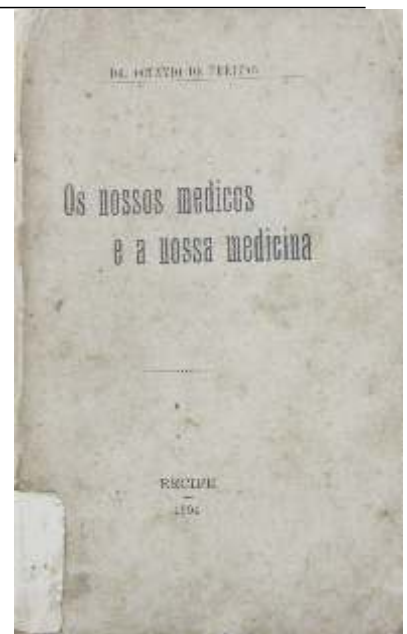
Noções Fundamentais de Cardiologia, Oswaldo de Oliveira, 1934



Publicidade de medicamentos na revista *Imprensa Médica*. RJ, Fevereiro de 1945

*Nossos Médicos e Nossa Medicina*, obra de Octávio de Freitas, 1904

*A Luta Anti-Tuberculosa em Pernambuco*, Octávio de Freitas, 1909



# MUITO ALÉM DO JALECO

É provável que muitos profissionais não tenham pensado ainda o quanto uma boa apresentação pode fortalecer sua credibilidade junto ao paciente. Nesta entrevista concedida ao JMP, a especialista Carmem Marinho fala como o visual pode ser um aliado importante.

**Hoje, muitas profissões na área de saúde (odontologia, fisioterapia entre outras ) destituíram do médico a exclusividade do uso do jaleco. Como o médico especificamente pode imprimir seu diferencial?**

O jaleco é um tipo de uniforme, que se enquadra no que chamamos de antimoda, peça que não segue as mudanças sazonais do sistema de moda, e, que, neste caso específico, serve para identificar os profissionais de uma mesma área. Se existir uma demanda por parte dos médicos no sentido de se diferenciar dos demais profissionais ligados à área de saúde, a alternativa seria desenvolver um jaleco com design exclusivo para a categoria.



***Residentes, pela sua pouca experiência, em contato com pacientes, geralmente de baixa renda em serviços públicos, costumam "inspirar" menos confiança nos mesmos, muitas vezes tidos como "jovens demais". Como a forma de se vestir e de se comportar, de acordo com a imagem que se quer passar pode ajudar a quebrar essa primeira impressão?***

Uma primeira impressão positiva pode quebrar uma barreira comunicacional que porventura possa existir entre indivíduos, e gerar um estado de confiança e conforto na relação entre as partes. Refletir sobre que imagem se deseja passar já é o primeiro passo para se atingir esse objetivo, pois todas as escolhas serão pautadas nessa definição. Se a intenção dos novos profissionais for a de transmitir em um primeiro contato com o paciente e seus familiares a credibilidade necessária à profissão, deverão investir na composição de uma imagem profissional condizente. Para tal, é necessário que esses médicos invistam e evitem alguns elementos em seu visual. Investir em: peças clássicas, cabelo bem tratado e penteado, maquiagem discreta (no caso das mulheres), acessórios de bom gosto, mãos bem tratadas, unhas cuidadas, etc.

Evitar: cortes e cores de cabelo que chamem a atenção pela excentricidade, tatuagens a mostra, vestuário muito justo e com referências à cultura adolescente, acessórios chamativos ou desgastados, etc.

**É possível que uma boa imagem possa fidelizar esse paciente para que futuramente venha a fazer parte da clientela desse profissional que começou a atender em um espaço público?**

É bom lembrar que uma boa imagem pessoal não está restrita à aparência como um todo, envolve também a postura e a maneira de se expressar de um indivíduo. E, quando falamos da imagem profissional dos médicos, devemos agregar a isso a qualidade do serviço prestado por cada profissional. Com relação ao questionamento, sim, uma boa imagem pode fidelizar um paciente, em especial pela empatia e confiança geradas. No entanto, mesmo que um médico cause uma boa impressão, seja pela sua imagem e/ou trabalho realizado, a escolha dos seus pacientes da saúde pública, em sua maioria, serão guiadas por sua condição econômica.

**No artigo "Estilo pessoal: trajetória e aspectos comunicacionais" de sua autoria em parceria com Marcelo Machado Martins é dito que "sujeitos ainda não possuem um perfeito entendimento do que seja o "estilo pessoal", sua importância para um autoconhecimento e eficácia na comunicação interpessoal". Profissionais inseguros podem se esconder atrás do jaleco, usando-o como um escudo?**

O jaleco oferece ao profissional da área de saúde uma imagem de respeito e credibilidade dentro da sociedade. Por sua vez, seu usuário agrega toda essa simbologia a sua própria imagem no momento em que está utilizando a peça em seu ambiente de trabalho, oferecendo-lhes um nível de segurança e até confiança. Como todo uniforme, porém, prejudica a expressão das subjetividades e, por conseguinte, do estilo pessoal, podendo representar para alguns profissionais uma verdadeira camuflagem. Dessa forma, não apenas a insegurança, mas também outras características podem estar escondidas por trás do jaleco. Todavia, mesmo com a obrigatoriedade do uso do jaleco, é possível e fundamental que os médicos criem para si um estilo/marca pessoal, que comunique a seus colegas de profissão, pacientes e familiares características da sua personalidade.

**Em outro trecho cita-se que "O estilo pessoal não é algo estático, mas algo que se configura a partir da personalidade e da subjetividade do indivíduo e vai sendo moldado e ressignificado a partir do ambiente em que cada um é exposto e dos movimentos naturais da vida". Quais aspectos você pode citar sobre essa percepção no profissional masculino e feminino?**

Como os médicos utilizam uma peça que domina os seus visuais, o jaleco, possíveis alterações no estilo pessoal poderão ser percebidas em outros elementos que compõe a aparência de profissionais de ambos os gêneros. Mudanças no cabelo, acessórios, forma e cores das demais peças do vestuário e, no caso das mulheres, na maquiagem, poderão representar novas maneiras de pensar, agir e sentir por parte de determinado indivíduo.

**O que se espera da imagem de um médico?**

Mesmo que o vestuário esteja, em vários aspectos, mais informal, e que a maioria das profissões não exijam mais um visual específico, ainda há regras estéticas empregadas em algumas categorias, como é o caso dos médicos. Independente dessas regras, o profissional da área precisa estar consciente da expectativa que as pessoas e sociedade como um todo possuem com relação a sua imagem. Quando se procura um médico, espera-se não apenas encontrar uma pessoa vestida de branco, mas um profissional com uma imagem que transmita confiança, por meio de uma aparência bem cuidada, de bom gosto, que esteja condizente com sua atuação, que, acima de tudo, não chame mais a atenção do que aquilo que está dizendo e fazendo.

\*Mestre em Tecnologia e Gestão em Educação a Distância pela Universidade Federal Rural de Pernambuco. Bacharel em Comunicação Social, especialista em Educação a Distância e Cultura de Moda. Gestora de Educação a Distância, Docente de Design de Moda e Produção de Moda e Styling e palestrante de Imagem pessoal e profissional.

Blog Diálogos com a Moda:  
www.http://dialogoscomamoda.blogspot.com.br

# Profílatxia da transmissão vertical do HIV- mudanças no protocolo brasileiro

Maria Luiza Bezerra Menezes

Professora Adjunta da FCM UPE, Membro do Consenso de Gestantes Infectadas pelo HIV do Ministério da Saúde e Conselheira do CREMEPE

No final da década de 1970 e início dos anos 80 surgiam nos EUA os primeiros casos de AIDS. Na época a nova "praga" ainda não era conhecida do grande público, não sendo ainda muito bem definido como seria chamada: AIDS, SIDA ou mesmo "A.I.D.S.", letra por letra, "garrafal" como foi denominada por algum tempo naquela época. Hoje, "aids" - assim mesmo, como qualquer outra doença, se escreve com letras minúsculas.

Tão logo identificada sua associação com práticas homossexuais masculinas e ser rotulada de "peste gay", inicialmente identificada entre artistas e pessoas de alto poder aquisitivo, rapidamente globalizou-se, pauperizou-se e atingiu a esfera heterossexual e, por consequência, ocorreu a feminização da infecção.

Tendo em vista que 90% dos infectados, atualmente, encontram-se na faixa etária reprodutiva o desfecho evolutivo epidemiológico não poderia ser outro, se não, a transmissão de mãe para filho, através da gestação, parto e aleitamento - a chamada transmissão vertical (TV) do HIV, responsável por mais de 90% dos casos de aids pediátrica (menores de 13 anos)<sup>1</sup>.

Em pouco mais de 30 anos, muito se avançou no conhecimento de novas tecnologias diagnósticas, terapêuticas e preventivas da infecção pelo HIV/aids.

Testes de até a 4ª. geração permitem diagnosticar a infecção com um período de janela imunológica reduzida como 15 dias, o que torna seguro, por exemplo sua utilização em bancos de sangue e hemoderivados<sup>2</sup>. Outras formas de detecção que não a sanguínea, como os testes com fluido oral, em breve estarão disponíveis para uso pelo SUS. No entanto, salienta-se que o teste não deve ser banalizado e nem substituir as práticas sexuais seguras, pois, por maior que possa ser sua sensibilidade e especificidade ainda restará um mínimo de possibilidade de resultados falso-negativos pela janela imunológica e o uso de preservativo ainda é a melhor forma de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST).

As evidências científicas beneficiaram também a redução da TV. Desde o *Pediatric Aids Clinical Trial Group*

(PACT 076)<sup>3</sup> em 1994, um ensaio clínico multicêntrico, duplo-cego, randomizado, controlado com placebo, que mostrou eficácia de redução de 67,5% da taxa de TV (25,5% para 8,9%) com uso de Zidovudina (AZT) nos três momentos (gestação, parto e recém-nascido), os sucessos na prevenção da transmissão vertical, levaram a uma significativa redução dos casos novos, porém, com estabilização nos últimos anos. Os progressos no desenvolvimento da Terapia Antirretroviral Combinada (TARV) proporcionaram a conversão de uma doença grave em uma infecção crônica e controlável, em crianças, adolescentes e adultos. Passível de eliminação, no entanto a TV em nosso meio, ainda se encontra acima das metas ideais, com variações regionais. Dados de um estudo colaborativo multicêntrico brasileiro<sup>4</sup> mostraram uma taxa de transmissão vertical de 7,5% nos anos de 2003 e 2004, enquanto que nos melhores centros não são aceitáveis taxas superiores a 1% de TV, quando todas as medidas efetivas são seguidas pelos profissionais de saúde e aderidas pela gestante e cuidadores das crianças.

Para se atingir essas cifras, faz-se necessário um pré-natal de qualidade, onde, partindo-se de um adequado aconselhamento firma-se o diagnóstico da infecção, quer seja pelos moldes tradicionais com testes Elisa + teste confirmatório (p.ex. Western Blot ou testes de biologia molecular com detecção virai) ou, mais simples e rapidamente através de dois testes de imunocromatografia (testes rápidos) disponíveis gratuitamente nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) distribuídos em vários municípios do Brasil e estimulada pelo Programa do Ministério da Saúde "Fique Sabendo".

Uma vez diagnosticada a infecção no pré-natal (ou previamente já identificada como HIV+), a gestante iniciará terapia antirretroviral (TARV) adequada à sua condição clínica (presença ou não de sintomas relacionados a alguma infecção oportunista), imunológica, avaliada pelo nível de Linfócitos T-CD4+ (LT-CD4+) e virológica pelo nível da carga virai (CV) do HIV, e ainda

optando-se pela TARV que ofereça mínimos efeitos colaterais e teratogênicos.

Regra geral, salvo se existem co-infecções (ex. hepatites, tuberculose) ou comorbidades (ex. anemia severa, nefropatia) a escolha da TARV na gestação recai sobre a associação de duas drogas que inibem a transcriptase reversa, em único comprimido em duas tomadas diárias (Zidovudina, 300mg + Lamivudina, 150mg AZT/3TC) e outros dois comprimidos também em duas tomadas diárias, compostos por duas drogas inibidoras da protease (Lopinavir, 200mg + ritonavir, 50mg = LPV/r), a segunda em "boostern para minimizar a posologia da primeira, caso fosse tomada isoladamente, reduzindo, desta forma, os efeitos colaterais da primeira.

Recomenda-se o início da TARV após a 16ª semana gestacional, ou mantê-la, se já fazia uso antes da gestação, tendo-se o cuidado de se evitar o uso de Efavirenz (ação teratogênica em animais) e manutenção do esquema durante toda a gestação e após a mesma, contrário ao que se recomendava até o ano passado, que era a suspensão no puerpério, caso **não** apresentasse sintomas de infecções oportunistas ou  $CD4 < 350$  células/mm<sup>3</sup>. Desta forma mantém-se sinergismo com o atual Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos<sup>5</sup>, no qual a recomendação é o de "diagnosticar e tratar", independentemente do nível de LT-CD4+, mas, principalmente quando o nível for  $< 500$  células/mm<sup>3</sup> (ponto de corte não mais de 350), pois as evidências científicas comprovam que desta forma mantém-se o paciente livre de doença por mais tempo, com melhor qualidade de vida e contribui-se para redução da transmissão do HIV para outras pessoas.

Outras novidades na profilaxia da TV do HIV é que nas gestantes com boa adesão à TARV e que atingem a indetectção da CV a partir da 34ª semana gestacional podem ter partos transpelvianos, sem episiotomia ou fórceps (até 2013 esse limite era de 1000 cópias/mm<sup>3</sup>) e não precisam receber AZT injetável no momento do parto. Ao contrário (CV detectável ou desconhecida), mantém-se indicação de cesárea eletiva (programada para a 39ª semana) precedida de AZT via venosa (excepcionalmente oral) no mínimo 3h antes.

A quimioprofilaxia no recém-nato (RN) também sofreu modificação. Nos casos de RN expostos a

parturientes que não receberam TARV durante a gestação (ou naquelas que utilizaram e não se conhece a CV, ou seja detectável após a 34ª semana), além do AZT oral por quatro semanas (sim, neste caso reduziu, antes eram seis semanas) receberão três doses de nevirapina (NVP) oral<sup>6</sup>.

O quadro a seguir mostra as principais mudanças da Profilaxia da TV do HIV desde o último consenso do Ministério da Saúde para gestantes HIV+ e crianças expostas (2010)<sup>7</sup>:

Medidas	Até 2013	2014
TARV	Iniciar na 14ª semana e <b>suspender</b> no puerpério se LT-CD4 <sup>+</sup> mantiver níveis $> 350$ células/mm <sup>3</sup>	Iniciar na 14ª semana e <b>NÃO suspender</b> no puerpério, independente do nível de LT-CD4 <sup>+</sup>
AZT periparto	IV independente do nível da CV na gestação	<b>Dispensável se CV indetectável</b> a partir da 34ª semana gestacional
Cesárea eletiva semana	Se CV $> 1000$ Cópias/mm <sup>3</sup> ou desconhecida a partir da 34ª semana	Se CV <b>detectável</b> ou desconhecida a partir da 34ª semana
QP no RN	<b>AZT 2mg/kg</b> a cada 6h por <b>6 semanas</b>	<b>AZT 4mg/kg</b> a cada 12h por <b>4 semanas + NVP (3 doses)</b> <sup>4</sup>

\* ver especificações de acordo com idade gestacional e peso neonatal em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo MV em Crianças e Adolescentes (2014)<sup>4</sup>

#### Referências:

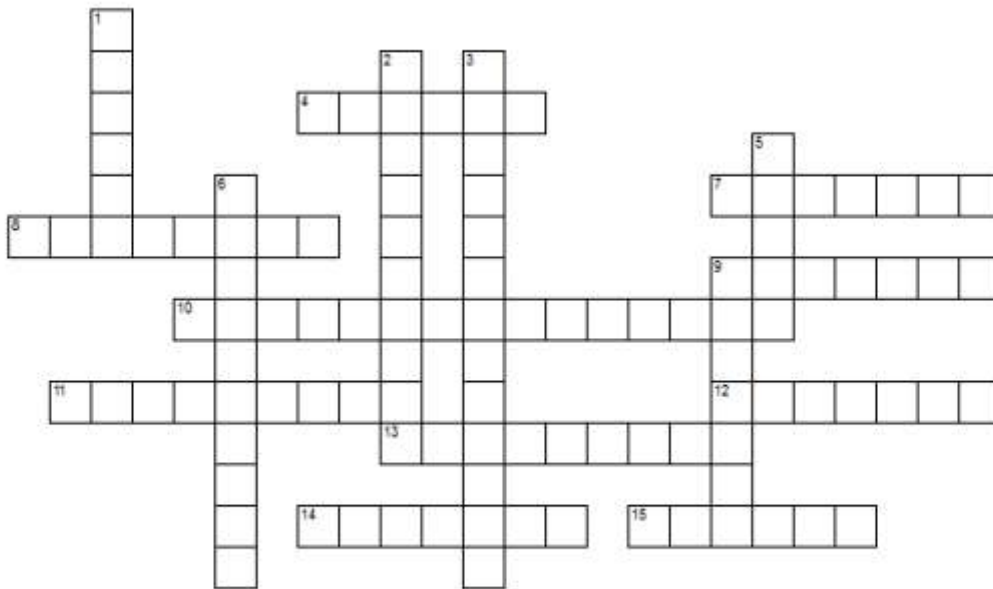
- BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST; Ano II n° 1 - até semana epidemiológica 26a - dezembro de 2013. Disponível em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV. Ministério da Saúde, 2013.
- Conor EM. et al. Reduction of Maternal-Infant Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 with Zidovudine Treatment. *N Engl J Med* 1994; 331:1173-80.
- SUCCI RCM, Grupo de Estudo da Sociedade Brasileira de Pediatria. Transmissão vertical do HIV no Brasil em 2003-2004. Resultado preliminar de um estudo colaborativo multicêntrico. *Jornal Paranaense de Pediatria* 2005, 6: 13-13.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

D	E	S	A	F	I	O
			A	M	P	E



A partir desta edição, o JMP tem um novo colaborador: Gustavo Barros Alves de Carvalho. Ele trará palavras-cruzadas com temas médicos.

Acadêmico do sétimo período da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco. Foi bolsista de iniciação científica do CNPq, monitor de anatomia e de citologia, membro da Liga de Cirurgia Geral da UPE e membro do DA Josué de Castro. Realizou estágio no Laboratório de Fisiologia do Trato Gastrointestinal do Hospital das Clínicas da FMRP-USP. Atualmente é membro da Liga de Cirurgia Laparoscópica de Pernambuco. Tem experiência em cirurgia experimental. Desenvolveu um livreto intitulado "Anatomia em Exercícios" que consta basicamente de palavras-cruzadas.



#### Horizontais

4. referente ao membro inferior
7. mesmo que lesbianismo
8. dor na orelha
9. que tem a natureza do vinagre
10. envolve o axônio, acelerando a transmissão nervosa
11. toxina produzida ou encontrada em um organismo vivo
12. formação patológica de tecido fibroso
13. semelhante a um dente
14. célula de pús
15. ausência de cavidades

#### Verticais

1. relativo à raiva
2. luxação incompleta
3. ressecção de uma válvula cardíaca
5. em radiologia, tipo de posicionamento utilizado em ombro
6. hérnia umbilical
9. gênero de insetos dípteros, culicídeos e transmissores da malária

#### RESPOSTAS

11-biotoxina 10-bainha de mielina 9-anofel 15-acella 9-acetico 4-cruval 12-fibroze 8-odontinia 6-onfalocle 1-rabico 7-safismo 2-subluxacao 3-valvulaxacao 3-valvulectomia 5-zanca 14-plocito 13-odontoid



### DICIONÁRIO DO FALAR PERNAMBUCANO

Autor: Paulo Camelo de Andrade Almeida. Ano: 2014  
288 páginas. Ilustrado. Preço: R\$ 40,00  
Livraria e Café 17 / Livraria Jaqueira / página do autor:  
[www.paulo.camelo.com.br](http://www.paulo.camelo.com.br)

Com quase 2300 verbetes, 288 páginas, ilustrado, o "Dicionário do falar pernambucano" apresenta os termos comumente falados pelo pernambucano ou pelos que aqui vivem. Os verbetes são seguidos de definição, muitas vezes acompanhada por etimologia, citações e expressões. Obedecem a ortografia, fugindo das palavras erradas e caricatas, que desvirtuam o falar cotidiano do pernambucano. Prefácio do médico escritor acadêmico Waldenio Porto, da Academia Pernambucana de Letras.



### PESQUISA NACIONAL SOBRE O CRACK

Organizado pelos pesquisadores Francisco Inácio Bastos e Neilane Bertoni do Laboratório de Informação em Saúde (LIS) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz) Ano: 2014

Já está disponível o livro digital Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack – Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?

O estudo servirá para orientar as políticas governamentais e sociais com relação à população usuária de crack e outras drogas similares. Além de trazer números sobre a real situação do crack no país, a pesquisa também revela que são as vulnerabilidades sociais que marcam o usuário.

TV

### THE KNICK

Diretor: Steven Soderbergh, Ano: 2014  
Elenco: Clive Owen, André Holland, Jeremy Bobb

Os constantes avanços da medicina por muitas vezes nos cega de um momento onde o quão difícil era a vida de médicos e pacientes em um mundo onde não havia antibióticos, e a morte era quase certa.

The Knick é uma obra-prima da tv atual com uma fotografia intensa e texto sem enrolações ou subtramas que acabam por tirar o foco do que realmente se quer mostrar. Fato este muito comum entre as séries médicas atuais onde a medicina é apenas pano de fundo, o que não é o caso na série do canal MAX.

Sem pudores, a direção de Steven Soderbergh (Traffic, Terapia de Risco) e a atuação de atores como Clive Owen (Filhos da Esperança) transformam a série em um inteligente emaranhado de subtramas onde a história da medicina se faz presente e é a principal condutora.

A série já renovada para o segundo ano mesmo

antes de estrear, traz em seu enredo conflitos éticos, sociais e raciais, e não se esquivava de polêmicas como venda de corpos. Mas o grande trunfo da obra é se conectar com os problemas atuais que parecem saltar à tela mesmo 100 anos antes. O passado não é só cenário, mas é a alegoria dos dias atuais refletida nele e mostra que o desejo de mudança impulsiona as grandes revoluções.





# UNIÃO E VALORIZAÇÃO DO MÉDICO

No dia 28/08 a AMPE e a AMB realizaram por eleições nas quais as chapas (únicas) inscritas foram confirmadas para a gestão de ambas as entidades até 2017.

Em Pernambuco, a Dra. Helena Carneiro Leão foi confirmada como Presidente pela chapa “União e valorização do médico”, e como Presidente da AMB foi reeleito o Dr. Florentino de Araújo Cardoso Filho.

Dra. Helena dará continuidade aos trabalhos em curso na AMPE, como o Projeto de reformulação da estrutura física e funcional da entidade de quase 174 anos, que já vem sendo realizado pelo grupo atualmente dirigido pela Dra. Sílvia da Costa Carvalho.

Segundo Dra. Helena, em parceria com a AMB manterá o trabalho de união e valorização dos médicos, melhoria da assistência à saúde e condições de trabalho dos profissionais.

“É com muita honra que conduziremos, juntamente com os membros eleitos, o destino da Associação Médica de Pernambuco, triênio 2014- 2017, que com seus 174 anos de compromisso e tradição na história da Medicina, mantém sua função principal que é a Educação Continuada, agregada à luta pela valorização e união dos médicos Pernambucanos em prol do SUS, para uma saúde pública e suplementar digna e justa. A busca da conquista foi, e sempre será continuamente construída, com a união das Entidades Médicas de Pernambuco, iniciada, quando um grupo de médicos, visionários e humanistas, em especial, cito o Ex-Presidente desta Associação, Dr. Adriano Ernesto de Oliveira, que tornaram Pernambuco, exemplo para todo o Brasil”, ressaltou.

“Iremos agora, mais que nunca lutar pela “UNIÃO E VALORIZAÇÃO DO MÉDICO”, disse.

## AMB

Para o Dr. Florentino Cardoso, a continuidade do trabalho e a união da entidades nacionais será de grande valor.

“A nossa reeleição tem enorme significado, pois coroa o trabalho de um grupo. Assumimos a AMB em outubro de 2011 e nossa reeleição, chapa única, mostra que fizemos uma gestão que nos qualificou para continuar guiando os destinos do movimento médico associativo brasileiro por mais três anos (2014-2017)”, disse confiante.

“Orgulhamo-nos por essa confiança, e esperamos cumprir um ótimo mandato no novo período. O que nos interessa é a entidade, pois precisa ser cada vez mais fortalecida.. Bom será se quem vier depois, faça sempre mais e melhor que os anteriores. Todos nós ganhamos”.

## Propostas da AMB para os próximos três anos:

- Fortalecer a formação médica, a educação médica continuada;
- Aprimoramento do Título de Especialista;
- Grande Campanha Nacional de forte impacto para a saúde da população;
- Trabalho conjunto com o CFM, FENAM, Federadas e Sociedades de Especialidades;
- Lutar pela melhoria do financiamento da saúde;
- Criar agenda com a ANS, avançando no que é convergente;
- Conscientizar a Classe Médica do importante engajamento nas entidades e no cenário político.” Dr. Florentino Cardoso.



**PRESIDENTE**  
**HELENA MARIA CARNEIRO LEÃO**



**1º VICE-PRESIDENTE**  
**ANACLETO RODRIGUES DE CARVALHO**



**2º VICE-PRESIDENTE**  
**MARIA DO CARMO LENCASTRE DUEIRE MENEZES**



**3º VICE-PRESIDENTE**  
**SIRLEIDE DE OLIVEIRA COSTA LIRA**



**SECRETÁRIA GERAL**  
**JANE MARIA CORDEIRO LEMOS**



**1ª SECRETÁRIA**  
**NAIR CRISTINA NOGUEIRA DE ALMEIDA**



**2º SECRETÁRIO**  
**FELICIANO ABDON ARAÚJO LIMA**



**1ª TESOUREIRA**  
**MARÍLIA DE MORAES DELGADO**



**2ª TESOUREIRA**  
**SÍLVIA DA COSTA CARVALHO**

# AMPE 61 PRESIDENTES

(INCLUINDO DRA. HELENA)



**57** HOMENS



**4** MULHERES

1841

Mulheres à frente da presidência da AMPE



1985/1987  
Darcy Gonçalves



2003/2011  
Jane Lemos



2011/2014  
Sílvia Carvalho



2014/2017  
Helena Carneiro

2017



# Corpo estranho no trato digestivo superior

## Relato de caso da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco

### Autores:

Gustavo Barros Alves de Carvalho<sup>1</sup>, Breno Alexandre de Melo e Silva<sup>1</sup>, Arthur Maciel Bandim<sup>1</sup>, Alex Ricart Andrade de Oliveira<sup>1</sup>, Luiz Ricardo Baur Marques<sup>1</sup>, Luiz Eduardo Correia Miranda<sup>2</sup>, Leonardo Lima Monteiro<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Acadêmicos do quarto ano do Curso de Medicina da Universidade de Pernambuco <sup>2</sup> Professor Adjunto de Cirurgia Geral do Curso de Medicina da Universidade de Pernambuco <sup>3</sup> Cirurgião Geral do Hospital da Restauração

### RESUMO

Os autores relatam um caso de ingestão incomum de corpo estranho (CE) em paciente portador de distúrbio psiquiátrico. Extraído o objeto por procedimento cirúrgico, o paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, com um bom prognóstico.

Palavras-chave: Corpo estranho; Trato digestivo superior; Ingestão; Garfo

### INTRODUÇÃO

A ingestão de corpos estranhos (CE) é um problema comum, especialmente entre as crianças, alcoólatras, pacientes psiquiátricos ou com prejuízo causado pelo álcool, indivíduos que têm doença esofágica subjacente, prisioneiros, pacientes senis, ou aqueles que procuram algum ganho secundário, com acesso a um centro médico, mas a ingestão de um garfo de jantar metálico é incomum.

Embora a maior parte dos corpos estranhos passe pelo trato gastrointestinal sem dificuldade, os corpos afiados, os pontudos, e os alongados estão associados a um maior risco de perfuração, de penetração vascular, e outras complicações. Ingestão de corpo estranho é geralmente diagnosticado com base na história de ingestão dada pelo paciente ou por um observador. No entanto, crianças e adultos com deficiência podem ser incapazes de dar uma história precisa e um elevado índice de suspeição deve ser mantido nestes grupos.<sup>(1,2,3,8)</sup>

### RELATO DE CASO

JPSA, 17 anos, sexo masculino, pardo, solteiro, procedente de Sitio Cafundo (zona rural de Arcoverde) e natural de Arcoverde-PE. Encaminhado do Hospital Regional de Arcoverde, foi atendido no serviço de traumatologia do Hospital da Restauração com corpo estranho (garfo) presente no trato digestivo superior.

Paciente apresentava EGB, consciente, orienta-

do, hidratado, afebril ao toque, anictérico e acianótico. Ao exame do aparelho respiratório, apresentou simetria na caixa torácica com boa expansibilidade pulmonar, murmúrio vesicular presente em ambos hemitóraxes, sem ruídos adventícios e eupnéico (20 ipm). Na análise do aparelho gastrointestinal, apresentava abdome globoso, flácido, sem presença de visceromegalias, ruídos hidroaéreos presentes e hiperáudíveis com dores à palpação no epigástrico e hipocôndrios direito e esquerdo. Ao exame do aparelho cardiovascular, constatou-se RCR em 2T com BNF S/S, pulsos presentes, simétricos, cheios, com boa perfusão capilar e frequência cardíaca de 99bpm. A pontuação na escala de coma de Glasgow foi de 15 pontos, pupilas reativas e isocóricas. Paciente com distúrbio psiquiátrico foi de difícil anamnese e exame físico.

Após as avaliações feitas pela equipe de cirurgia geral, o paciente foi submetido a uma radiografia de abdome para confirmação de corpo estranho e encaminhado à sala de cirurgia. A endoscopia realizada em Arcoverde sugeriu perfuração da mucosa gástrica não sendo encontrada perfuração de estômago ou duodeno, abordando-se também o retroperitônio. Não houve achados de sangue em cavidade, lesões de vísceras ou perfurações das serosas do cólon. Devido à natureza do objeto (garfo) ter dimensões alongadas e superfície perfurante, a remoção por via endoscópica não se mostrou adequada.

O paciente foi submetido à procedimento cirúrgico para extirpação de corpo estranho. Por meio de laparotomia exploradora com incisão mediana e abertura por planos anatômicos supraumbilical (localizado abaixo do apêndice xifóide até próximo a cicatriz umbilical) com aproximadamente 16 cm de comprimento, a cavidade abdominal foi exposta. O objeto (garfo) foi localizado entre o antro gástrico e a altura do duodeno proximal

(bulbo duodenal). Seguiu-se confecção de enterotomia transversal de 3 cm na porção pilórica do estômago, remoção do corpo estranho, com posterior fechamento da parede do estômago em dois planos com fio inabsorvível, rafia da serosa e lavagem peritoneal com solução cristalóide a 0,9%, seguindo-se uma revisão da hemostasia da cavidade abdominal. Seguido o procedimento cirúrgico, paciente foi encaminhado à sala de recuperação, tendo, após 2 dias, conduzido à enfermaria. No pós-operatório não conseguiu evacuar e apresentou um episódio emético sanguinolento, sem mais intercorrências, tendo recebido alta hospitalar sete dias após o procedimento cirúrgico.

#### DISCUSSÃO

Em adultos, a ingestão de corpos estranhos é de espectro variado indo desde ossos de galinha a dentaduras. Aproximadamente 80% dos pequenos corpos estranhos que atingem o estômago espontaneamente passam pelo tubo digestivo. Até 10-20%, no entanto, irão exigir a remoção endoscópica e, possivelmente, de 1-4% necessitará de cirurgia, o que costuma ter baixíssima mortalidade.(9)

Muitos estudos têm mostrado que os objetos com mais de 6-10 cm de comprimento e maiores que 2 cm de diâmetro têm dificuldade em passar pelo duodeno e devem ser removidos. A radiografia é importante na localização de corpos estranhos radiopacos e detecção de extensão de lesões no trato digestivo superior, enquanto que a endoscopia é útil tanto como ferramenta de diagnóstico como terapêutica, independentemente da radiopacidade do CE. Corpos estranhos, com bordas lisas geralmente não apresentam problemas significativos, mas quando afiados ou pontiagudos e de grandes extensões, podem apresentar riscos de perfuração na parede, além de obstrução, em especial a flexura duodeno-jejunal devido ao ligamento de Treitz que estreita o canal anatômico levando a graves complicações sendo indicada majoritariamente a laparotomia. O CE se não for recuperado com a maior brevidade, pode penetrar na parede e causar complicações. Logo, objetos grandes e/ou perfurantes devem ser extraídos cirurgicamente para evitar lesão do esôfago que poderia ser causado pela extração por uma endoscopia digestiva alta, ou uma perfuração intestinal, caso não seja removido agilmente. A laparoscopia, inclusive, é uma boa opção como plano cirúrgico para a maior parte dos corpos estranhos engolidos.(4,5,6,7,8,9,10)

O achado em estudo se enquadra dentro dos pacientes com remoção cirúrgica devido à incapacidade de remoção por endoscopia, uma vez que o objeto era de

difícil extração, pontiagudo e de aproximadamente 19 cm.

O relato mostra que o paciente foi submetido a uma laparotomia para excisão do CE, tendo evoluído sem complicações com ausência de sinais de peritonite. Não houve perfuração transfixante de estômago pelo CE, logo a incisão foi menor, com o paciente sob anestesia geral. Em caso de complicação, uma pequena porcentagem pode ser tratada por ressecção gástrica.(11)

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

gustavo.carvaz@gmail.com



#### REFERÊNCIAS

1. NAGEL, Gabriel et al. Corpo estranho no trato digestivo superior: relato de caso; Foreign Body in superior gastrointestinal tract: case report. ACM arq. catarin. med, v. 35, n. 3, p. 27-28, 2006.
2. SOUZA, Fernando de Oliveira; AITA, Jeferson Fabiano; SCHMIDT, Marcelo Kruehl. Ingestion of foreign body. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 26, n. 4, p. 246-248, 1999.
3. BRADY, P. G. Esophageal foreign bodies. Gastroenterology clinics of North America, v. 20, n. 4, p. 691, 1991.
4. SELIVANOV, V. et al. Management of foreign body ingestion. Annals of surgery, v. 199, n. 2, p. 187, 1984.
5. ERBIL, Bülent et al. Emergency admissions due to swallowed foreign bodies in adults. World journal of gastroenterology: WJG, v. 19, n. 38, p. 6447, 2013.
6. KHONDKER, N. S.; ISLAM, D. N. A case of swallowed surprising foreign bodies in a young psychotic man. Mymensingh medical journal: MMJ, v. 22, n. 3, p. 578-580, 2013.
7. KARCZ, W. K. et al. Laparoscopic extirpation of a fork from the duodenum. Surgical endoscopy, v. 25, n. 7, p. 2363-2363, 2011.
8. ATILA, Koray et al. Delayed complete gastric outlet obstruction due to a dinner fork: report of a case. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, v. 16, n. 4, p. 376-8, 2010.
9. EISEN GM, Baron TH, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JL, Johanson JF, et al. Guideline for the management of ingested foreign bodies. Gastrointest Endosc 2002;55:802-6.
10. SELIVANOV V, Sheldon GF, Cello JP, Crass RA. Management of foreign body ingestion. Ann Surg 1984;199:187-91.
11. STACK LB, Munter DW. Foreign bodies in the gastrointestinal tract. Emerg Med Clin North Am 1996;14:493-521.



# *Restrição de atividades físicas pelas mães de asmáticos*

Pesquisa produzida pela Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco

Autores:

Fabianne MNA Dantas(1), Marco AV Correia(2), Almerinda R Silva(3), Décio M Peixoto(3), Emanuel SC Sarinho(3) e José A Rizzo(4\*)

(1) Hospital Agamenon Magalhães, Pós-graduação em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil (2) Universidade de Pernambuco, Petrolina, Brasil (3) Centro de Pesquisas em Alergia e Imunologia Clínica. Departamento de Pediatria, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil (4) Centro de Pesquisas em Alergia e Imunologia Clínica, Departamento de Clínica Médica - pneumologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.

## Resumo

Atividades físicas são importantes para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, e, especialmente para os asmáticos. Uma proporção significativa destes é menos ativa que seus pares não asmáticos e preconceitos das mães a respeito da asma e atividades físicas tem sido considerado como um fator determinante. Os objetivos desta pesquisa foram investigar se as mães tentam impor restrições às atividades físicas de seus filhos asmáticos; identificar fatores associados e explorar se esta atitude acarreta em algum impacto no nível de atividades físicas dos jovens.

## Métodos

Neste estudo transversal nos avaliamos 115 pares de asmáticos entre 9 e 19 anos e suas mães. A Gravidade da asma, nível de atividade física (AF) e broncoespasmo induzido pelo exercício foram avaliados nos asmáticos. As mães responderam questionários sobre suas crenças a respeito de atividades físicas em crianças e adolescentes asmáticos e não-asmáticos, se elas impunham restrições às atividades físicas de seus filhos, sobre a percepção do broncoespasmo induzido pelo exercício e níveis pessoais de ansiedade e depressão.

## Resultados

Noventa e seis por cento das mães responderam que AF são importantes para crianças e adolescentes. Apesar disso, 37% admitiram impor restrições às AF dos filhos. Esta atitude estava associada a opiniões negativas por asmáticos, percepção de dispnéia dos filhos após corrida em esteira, nível de ansiedade das mães e gravidade da asma dos filhos. A atitude restritiva das mães não estava associada a um nível mais baixo de AF pelas crianças.

## Conclusão

Uma elevada proporção de mães relataram que impunham restrições a que seus filhos se engajassem em AF. Este fato deve ser reconhecido pelos profissionais de saúde e discutido com os pais ou responsáveis uma vez que estas atitudes podem gerar conflitos desnecessários e atitudes preconceituosas que poderiam desencorajar a participação destes jovens em atividades físicas e esportes.

\* Contato do autor : José A Rizzo - jarizzo@hotmail.com.br

# GILDA, MÉDICA E AMIGA



**G**ilda Kelner é uma mulher dotada de forte personalidade. É sempre a amiga, com quem se pode contar. Médica de destaque, goza de merecido conceito, seja como profissional, seja como ser humano.

Estudou medicina por influência familiar (seus pais são os consagrados Salomão e Miriam Kelner) e também por conta da frequência em casa de muitos médicos.

Formou-se pela U.F.P.E (então Universidade do Recife), em 1967. Casou-se aos 19 anos, e ao se formar já tinha 2 filhos (atualmente são 3 filhos e 5 netos, uma das filhas é médica).

Como estudante, foi membro da Sociedade de Internos dos Hospitais do Recife, e monitora de Neurofisiologia (com Paulo Saraiva, cadeira do Prof. Nelson Chaves). Ganhou 2 prêmios: pelo 1º lugar no vestibular e pelo 1º lugar da turma, ao término do curso. Esteve em Congressos da S.I.H.R, e começou a frequentar a Enfermaria Santana, no Hospital Pedro II; seu preceptor foi o Dr. Santos Moura (cadeira do Prof. Amaury Coutinho). Frequentou Congressos de Endocrinologia.

Já formada, Gilda fez curso de Especialização em Clínica Médica, e seguiu a carreira universitária. Fez Concursos para Auxiliar de Ensino, Prof. Assistente e Prof. Adjunto. Publicou trabalhos científicos e esteve em Congressos, no Brasil e fora dele.

Sempre se interessou, paralelamente, pela Psiquiatria. Produziu trabalhos sobre os Aspectos psicológicos da obesidade infantil. Em 1976, defendeu Tese de Mestrado, e em 1977 foi para a Inglaterra, no

HAMMERSMITH Hospital, em Londres, e enveredou pelos caminhos da Psicanálise.

Voltando a Recife, fez formação psicanalítica e ingressou no Círculo Psicanalítico de Pernambuco. Passou a trabalhar com grupos “Balint” (fronteiriços entre a Medicina Tradicional e a Psicanálise).

Seguiu publicando trabalhos, proferindo Conferências e participando de Mesas de Debates. Atualmente, faz Consultório de Psicanálise e coordena 2 grupos “Balint”.

A vida associativa de Gilda Kelner sempre esteve entre as suas atividades. Fez parte da Sociedade de Endocrinologia e Metabologia, integra a Academia Pernambucana de Medicina e o Círculo Psicanalítico de Pernambuco. Sempre foi ligada à antiga Sociedade de Medicina (atualmente Associação Médica de Pernambuco), da qual é sócia antiga.

Gilda trabalhou no Serviço público (Ambulatório do INAMPS, no Hospital Barão de Lucena e no Hospital das Clínicas da UFPE).

Sempre procurada, tem vida médica intensa. Escreveu Capítulos para o livro “Condutas em Clínica Médica”, do Serviço de Clínica Médica da UFPE.

Como seria natural, viveu experiências curiosas, como a de uma paciente que implorou para que Gilda não revelasse ao marido (dela, cliente) que a mesma já não mais menstruava: Ela pretendia a “juventude eterna”.

Gilda Kelner é um expoente da Medicina de Pernambuco. Sempre amiga, sobretudo de seus pacientes.

# MEDICINA EM NÚMEROS

## EBOLA

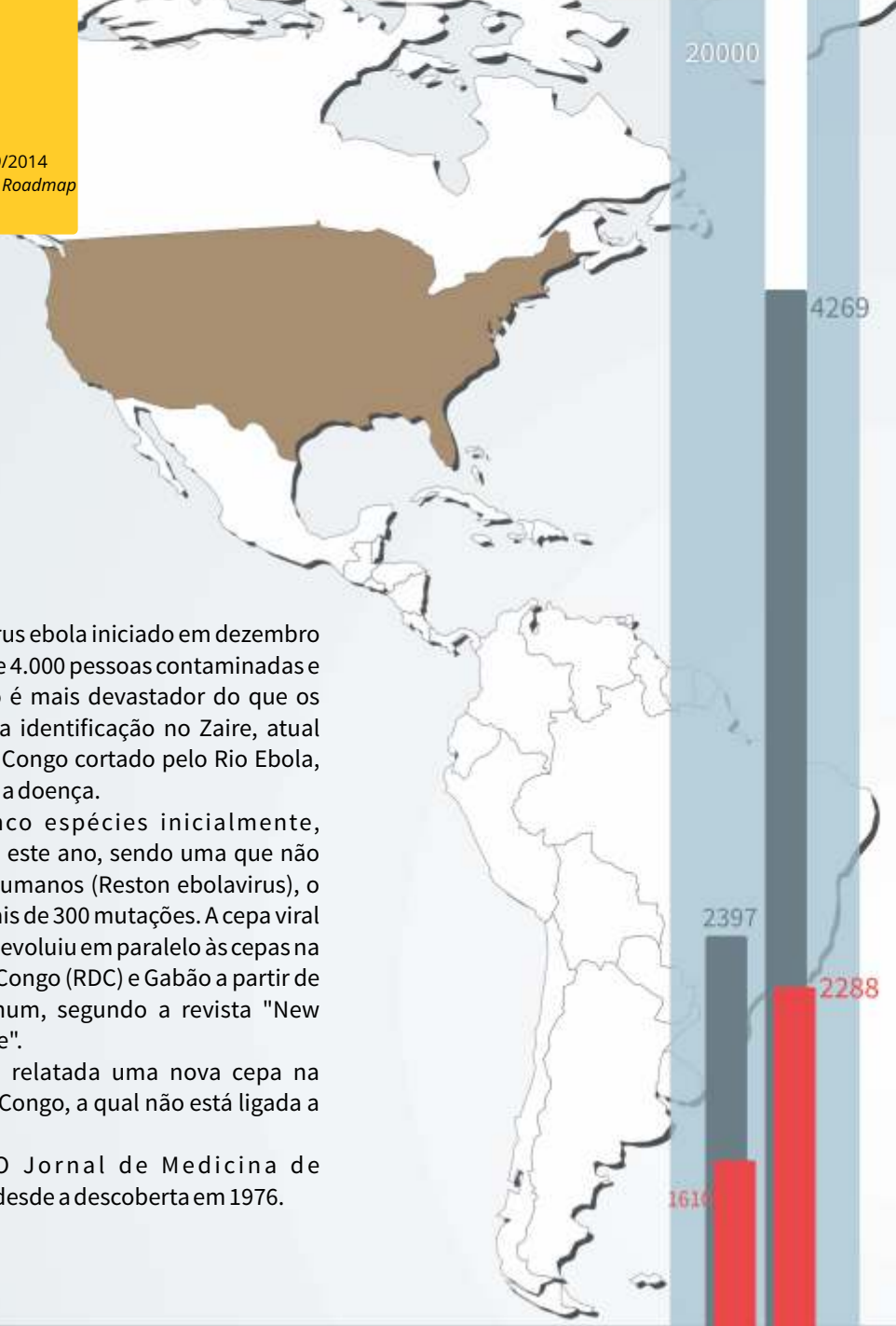
Os dados são da OMS divulgados até o dia 08/09/2014 através do *Ebola Response Roadmap*  
Gráficos: Antonio Gomes

O surto atual do vírus ebola iniciado em dezembro de 2013, já registrou mais de 4.000 pessoas contaminadas e mais de 2.000 mortes. Isto é mais devastador do que os quase 40 anos desde a sua identificação no Zaire, atual República Democrática do Congo cortado pelo Rio Ebola, de onde surgiu o nome para a doença.

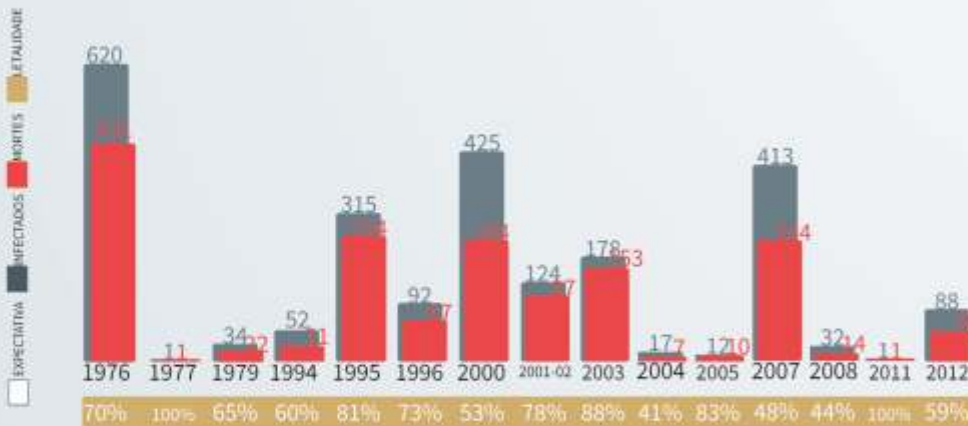
Dividida em cinco espécies inicialmente, adicionada mais esta nova este ano, sendo uma que não desenvolve a doença em humanos (Reston ebolavirus), o vírus atual já passou por mais de 300 mutações. A cepa viral na Guiné, a 'Guinean EBOV', evoluiu em paralelo às cepas na República Democrática do Congo (RDC) e Gabão a partir de um recente ancestral comum, segundo a revista "New England Journal of Medicine".

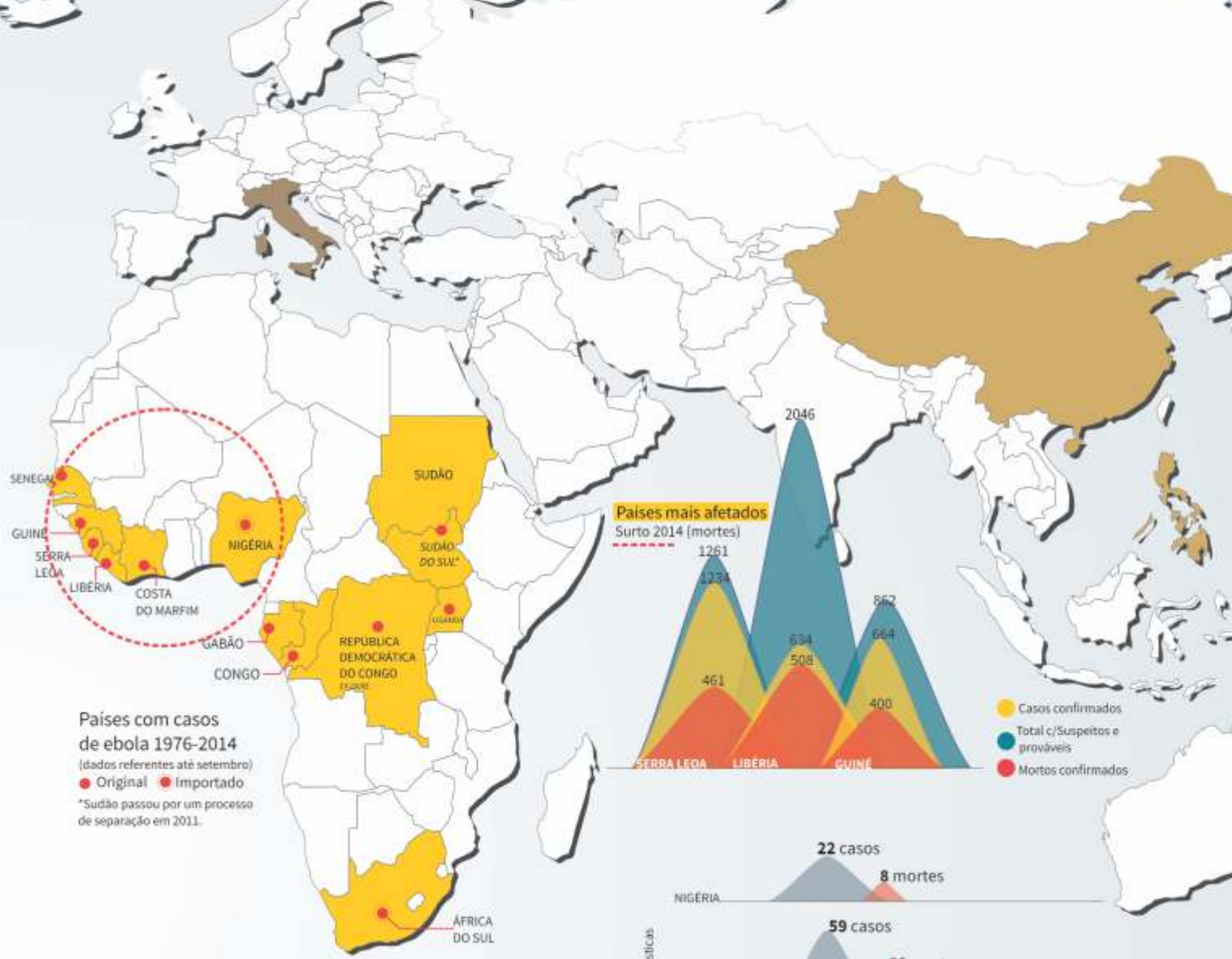
Recentemente foi relatada uma nova cepa na República Democrática do Congo, a qual não está ligada a da África Ocidental.

Nesta edição O Jornal de Medicina de Pernambuco traz os dados desde a descoberta em 1976.



### Surto de ebola ao longo do anos

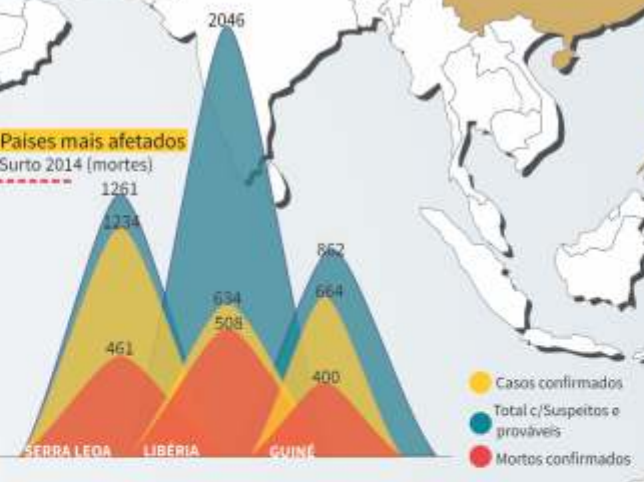




**Países com casos de ebola 1976-2014**  
 (dados referentes até setembro)  
 ● Original ● Importado  
 \*Sudão passou por um processo de separação em 2011.

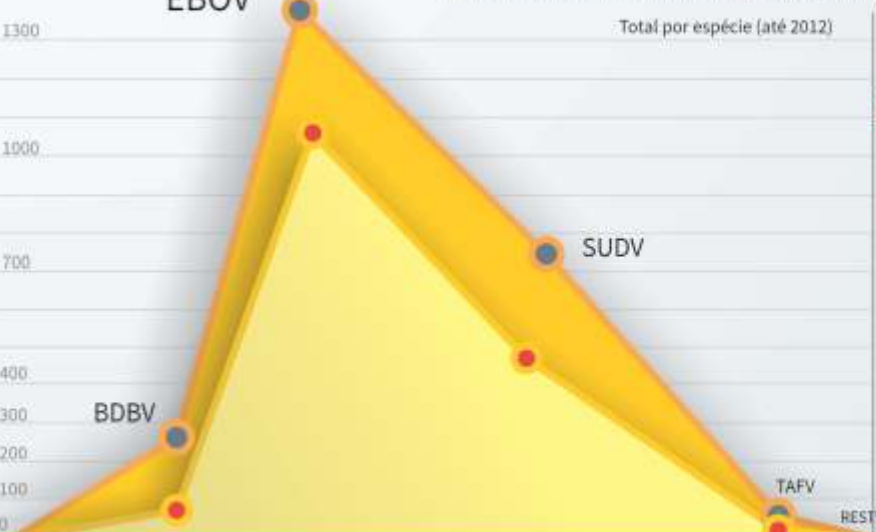
● Casos de animais importados das Filipinas com o Reston ebolavírus (RESTV)  
 ● RESTV - Casos de animais (macacos ou porcos domésticos)

**Países mais afetados Surto 2014 (mortes)**



**Dados por espécie do vírus**

**EBOV** - Zaire ebolavírus **SUDV** - Sudan ebolavírus **BDBV** - Bundibugyo ebolavírus **TAFV** - Tai Forest ebolavírus (originalmente Côte d'Ivoire ebolavírus)  
**RESTV** - Reston ebolavírus: Foi encontrada em países asiáticos mas não desenvolve a doença: nem causa mortes.



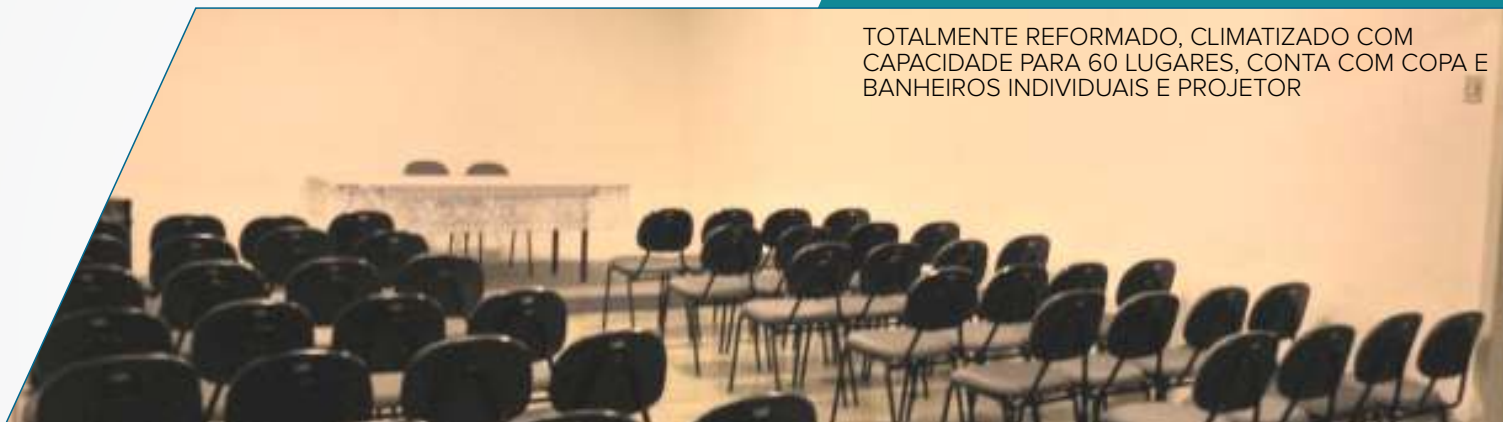


## SEU EVENTO COM A MELHOR IMAGEM

OS AUDITÓRIOS DA AMPE AGORA DISPÕEM DE MODERNOS  
PROJETORES COM ENTRADA HDMI E USB

### AUDITÓRIO EUSTÁQUIO GOMES

TOTALMENTE REFORMADO, CLIMATIZADO COM  
CAPACIDADE PARA 60 LUGARES, CONTA COM COPA E  
BANHEIROS INDIVIDUAIS E PROJETOR



### AUDITÓRIO OCTÁVIO DE FREITAS

CLIMATIZADO E CAPACIDADE PARA 200 LUGARES,  
CONTA COM COPA, BANHEIROS INDIVIDUAIS E  
PROJETOR NO TETO.



## HALL

CLIMATIZADO E COM AMPLO  
ESPAÇO PARA EVENTOS, COPA E  
BANHEIROS INDIVIDUAIS