

Referências Bibliográficas

1. Bastos RC & Hoeltge GA. Acute myocardial infarction in the hospital and delay in blood transfusion. Rev Bras Hematol Hemot 2005;27(3):175-178.
2. Ferreira JS, Ferreira VLPC, Pelandré GL. Transfusão de concentrado de hemácias em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Hematol Hemot 2005;27(3):179-182.
3. Saraiva JCP. Comunicação pessoal. 2005.

*Livre-docente de Hematologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – Famerp, SP.
Coordenador da Unidade de TMO do Hospital de Base de SJ Rio Preto, Cintrans – Funfarme.*

Correspondência para: Milton Artur Ruiz
Hospital de Base de São José do Rio Preto
Av. Brigadeiro Faria Lima 5544
CEP 15090-000 – SJ Rio Preto, SP - Brazil
Tel.: 55 -17 3201 5172, 32015000 / 1390;1661
E-mail: milruiz@yahoo.com.br

À procura de novos marcadores *The search for new markers*

Oswaldo T. Greco

Embora tenhamos avançado muito no tratamento da doença coronária, especialmente na prevenção de novos eventos e, de modo espetacular, no tratamento das síndromes coronárias agudas, ainda há uma enorme quantidade de pessoas que sofrem de angina do peito, incluindo aqui aquelas já submetidas a tratamentos de revascularização miocárdica por qualquer meio.

Nas últimas décadas, o melhor entendimento da fisiopatologia dos eventos coronarianos, a constatação da eficiência das medidas de prevenção cardiovascular e a utilização de fármacos embasada por evidências científicas sólidas modificaram sobremaneira a evolução e o prognóstico da doença arterial coronariana.

Manifestam-se dentro de uma população extremamente heterogênea, o que pode levar a diferentes apresentações clínicas. Tais apresentações podem ou não incluir alterações eletrocardiográficas, elevação de marcadores séricos de necrose miocárdica e outros fatores que terão sua contribuição no processo de identificação dos pacientes, que venham a evoluir de modo desfavorável. Esse processo é dinâmico e dele depende a conduta adotada, assim como o prognóstico de cada caso.

A estratificação de risco durante a avaliação clínica inicial está baseada nos sintomas apresentados pelo paciente, em seu perfil demográfico e no exame físico. Marcadores bioquímicos auxiliam a compor o quadro clínico, também ajudando a identificar os casos mais graves.

O tratamento atual da síndrome coronariana aguda requer decisões rápidas. Os pacientes devem ser triados rápida e adequadamente, e liberados precocemente e com segurança.

Nos últimos trinta anos, a isoenzima CK-MB atividade tem sido o marcador padrão para esse diagnóstico, embora não seja específico. Novos métodos automatizados com testes imunológicos que utilizam anticorpos monoclonais para CK-MB massa, isoformas de CK-MB, mioglobina e troponina I e T foram introduzidos como possíveis substitutos da CK-MB atividade.

Esses novos marcadores são mais sensíveis e específicos e podem detectar a presença de lesões mínimas do miocárdio em pacientes com dor torácica. Estudos recentes que avaliaram o prognóstico desses pacientes demonstraram que os portadores de troponina positiva evoluem com risco maior de óbito e cura a médio prazo. O uso desses marcadores pode, também, identificar a terapia mais adequada para essa população.¹

Está sendo discutido atualmente se a elevação dos níveis sanguíneos dos diferentes marcadores ocorre na presença de lesão reversível ou não dos miócitos e se a liberação da CK reflete lesão irreversível.

Em relação às troponinas, por causa de sua presença citoplasmática e de seu baixo peso molecular, questiona-se se sua liberação é secundária à lesão celular irreversível. Isso porque, embora tenham peso molecular menor, as troponinas atingem a circulação em tempo semelhante à CK-MB.

Do ponto de vista prático, independentemente da presença de lesão reversível ou não, níveis alterados de troponina estão diretamente relacionados a pior prognóstico.²

Quanto à proteína C reativa, esta é uma proteína de fase aguda correlacionada com a atividade inflamatória, podendo ser adicional, e independe de outros marcadores, como a troponina. Pode ser promissora na avaliação de síndromes coronariana agudas, e ainda carece de grandes estudos que adotem essa conduta. Talvez o uso combinado de um marcador sérico de necrose tissular e outro de atividade inflamatória venham a ser uma boa alternativa no esforço de identificar pacientes que possam evoluir de forma desfavorável.³

Como podemos observar neste breve resumo, ainda carecemos nesta área de marcadores mais consistentes, que possam melhor orientar o médico na emergência e na unidade coronária, qual paciente deve receber uma atenção mais agressiva.

Por isto acho de importante valia o trabalho publicado nesta edição, que propõe o fragmento 1+2 da protrombina como um novo marcador para pacientes com ateromatose coronariana, já que nestes primeiros resultados se mostra como uma alternativa promissora.

Referências Bibliográficas

1. III Diretrizes sobre Dislipidemia e Diretriz de Prevenção de Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bas Cardiol 2001;77:1-23.
2. Ross R. Atherosclerosis – An inflammatory disease. N Engl J Med 1999;340:115-26.
3. Mulvihill NT, Foley JF, Walsh MA et al. Relationship between intracoronary and peripheral expression of soluble cell adhesion molecules. Intern J Cardiol 2001;77:223-29.

Cardiologista e Diretor científico do IMC (Instituto de Moléstias Cardiovasculares)

Professor adjunto de Cardiologia da Famerp (Faculdade de Medicina de S.J. do Rio Preto - SP)

Correspondência para: Oswaldo Tadeu Greco

Rua Castelo D'água, 3030

15015-210 - São José do Rio Preto - SP

Tel./Fax.: 17 - 3227-5206

E.mail: oswaldogreco@terra.com.br

A história da Hemoterapia no Brasil *Brazilian Hemotherapy History*

João Carlos Pina Saraiva

Quando Auguste Comte dizia : "Os mortos governam os vivos", ele traduzia de uma forma lapidar a idéia fundamental de que toda civilização é fruto do passado e que nós não poderíamos compreender o presente sem a referência constante da herança espiritual dos nossos ancestrais.

A Hemoterapia no Brasil segue os rumos de uma história apaixonante pelas situações e pelos atores que a protagonizaram, desde a fase "pré-científica".

De ato que era realizado pelos cirurgiões ou anestesistas para maior segurança de seus atos cirúrgicos, aos poucos foi se diferenciando como especialidade e, então, saiu das mãos daqueles especialistas para, com a criação dos bancos de sangue, posteriormente denominados serviços de hemoterapia, tornar-se um procedimento privativo de especialistas hemoterapeutas.

A atuação de alguns médicos pioneiros e com visão internacional da especialidade, como Pedro Clóvis Junqueira e Osvaldo Mellone, permitiu que o Brasil não ficasse distanciado do que estava acontecendo "lá fora", numa época sem internet e quando a presença de especialistas estrangeiros nos eventos nacionais era um acontecimento.

A atuação desses e de outros pioneiros foi marcada pelos desafios, não somente científicos mas também políti-

cos, em fazer anunciar aos seus pares e à classe médica que uma nova especialidade médica estava nascendo: a Hemoterapia.

Mas a Hemoterapia, como toda especialidade que realiza procedimentos, tem o seu contexto empresarial e, como os autores referem, esse mesmo contexto trouxe as suas mazelas e distorções no que pior se pode entender quando o interesse comercial sobrepõe-se aos interesses acadêmicos ou da comunidade de usuários.

Assim é que foi inevitável o aparecimento dos chamados "banqueiros", profissionais médicos e não-médicos e mesmo de fora da área da saúde que enxergavam aquela fluorescente atividade como um empreendimento que não deveria ser regido pela ética e mesmo pelo direito.

A falta de controle governamental estimulou a proliferação de bancos de sangue que colhiam sangue de doadores remunerados, algumas vezes estimulados pelos próprios órgãos governamentais.

Naquela época, mesmo alguns serviços públicos remuneravam os doadores de sangue. Os fiscais do Ministério da Previdência exigiam dos serviços de hemoterapia, ainda na década de 70, a apresentação de recibos que comprovassem o pagamento dos doadores de sangue, por inferirem que o lucro do empresário não se poderia fazer à custa de doadores voluntários.

A realização de exames sorológicos era uma simples questão que dependia do rigor ou da vontade das vigilâncias sanitárias locais e quase nunca eram exigidos.

Obrigatório ressaltar-se o trabalho do Dr. Augusto Gonzaga, brilhante hematologista e hemoterapeuta, um pioneiro no tratamento multidisciplinar dos portadores de coagulopatias, fundador do Instituto Santa Catarina e da Casa do Hemofílico, no Rio de Janeiro, e que trouxe uma contribuição considerável e inestimável ao desenvolvimento das especialidades.

Mas a revolução política da especialidade estava em fermentação. A especialidade estava desacreditada pelas frequentes denúncias de comercialização, sem se referir outras denúncias bem mais graves e que chegaram a figurar nas páginas policiais.

A principal interlocutora dos organismos internacionais era uma mulher, não médica – a Sra. Carlota Osório, presidente da Associação Brasileira de Doadores Voluntários de Sangue, que tinha acesso aberto aos gabinetes governamentais, inclusive no exterior, onde era considerada a principal figura brasileira contra a comercialização do sangue e conseguia influenciar ministros de estado nas políticas governamentais de saúde. A sua atuação, bastante controversa, foi fortalecida pela inércia dos agentes públicos e privados em resolverem problemas que se avolumavam na especialidade.

Assim é que, nas décadas de 70 e de 80, algumas iniciativas foram fundamentais para que a Hemoterapia brasileira ultrapassasse as barreiras do compadrio e do regionalismo.

Em 1976, o médico hemoterapeuta Francisco Antonácio, do Hospital das Clínicas/FMUSP, a convite do Ministério da Saúde percorreu diversos estados do Brasil e apresentou um relatório sobre a coleta e distribuição de sangue no território