

# Retorno à década de 1950 na prevenção da doença hemolítica perinatal?

Return to the 1950s in the prevention of hemolytic diseases?

Juliana Schettin<sup>1</sup>

A etiopatogenia da doença hemolítica perinatal (DHPN) ocorreu a partir dos estudos de Levine e Stetson, em 1939, que evidenciara a existência da passagem de anticorpos transplacentários<sup>1</sup>. Entretanto, o anticorpo antieritrocitário anti-D foi identificado, posteriormente, por Levine, Burnham, Katzin e Vogel, em 1941<sup>1,2</sup>. A DHPN é decorrente da passagem de anticorpos antieritrocitários maternos da classe IgG, que atravessavam a barreira placentária e aderiram-se às hemácias fetais causando hemólise, podendo acarretar danos fetais como anemia, hepatoesplenomegalia, ascite, anasarca, *Kernicterus* e até óbito fetal intrauterino<sup>3</sup>.

A DHPN tem grande impacto emocional sobre as mulheres, as quais, em alguns casos, não conseguem conceber recém-nascidos vivos e saudáveis porque têm abortos de repetição, óbitos fetais intrauterinos e recém-nascidos com retardo mental, em decorrência de sequelas da hiperbilirrubinemia pela DHPN. Além dos fatores emocionais, há ainda o aumento de custos com consultas frequentes aos serviços de maior complexidade de assistência pré-natal e, ainda, internamentos na gestação, afastando-as do lar e do trabalho.

Além desses impactos na vida das mulheres, há ainda os custos para o Sistema Único de Saúde (SUS), com exames e procedimentos dispendiosos nas gestantes, tais como ultrassonografias obstétricas com Doppler colorido, cordocenteses e transfusão-fetal intraútero. Esses demandam profissionais capacitados com formação em Medicina Fetal e com relação aos recém-nascidos ictericos, custos advindos com a fototerapia, a permanência prolongada nos berçários, exsanguíneo-transfusões e, nos casos mais graves, diárias de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), entre outros.

Durante esses anos, a Imuno-hematologia e a Biologia Molecular trouxeram muitos avanços no diagnóstico da DHPN, por meio da melhoria dos testes de identificação dos fenótipos e genótipos dos sistemas sanguíneos, especialmente do Rh. Houve muito avanço na segurança diagnóstica, sendo possível atualmente, por meio da genotipagem fetal, identificar o grupo sanguíneo de um feto pela coleta do sangue periférico materno.

Com relação à prevenção da DHPN, entretanto, os avanços não foram na mesma magnitude. Ainda foi mantida a utilização do uso da imunoglobulina (Ig) anti-D policlonal obtida a partir de humanos. A Ig anti-D era produzida a partir de mulheres RhD negativas sensibilizadas por um feto RhD positivo, entretanto, com o advento da profilaxia Rh, essas mulheres foram desaparecendo e o anti-D é agora, na grande maioria das vezes, obtido do plasma de voluntários

<sup>1</sup> Centro de Atenção à Mulher do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP); Mestre em Saúde Materno-Infantil do IMIP; Aluna de Doutorado em Saúde Materno-Infantil pelo Instituto Materno-Infantil IMIP – Recife (PE), Brasil.  
Endereço para correspondência: Juliana Schettin – Rua Joaquim Nabuco, 418, apto. 501 – Graças – Recife (PE), Brasil – E-mail: julianaschettini@yahoo.com.br

masculinos RhD negativos expostos deliberadamente ao sangue D positivo<sup>4</sup>. Tal fato suscita questões de ordem ética e impulsiona à necessidade de se produzir uma Ig anti-D monoclonal em substituição à policlonal, obtida a partir de plasma de humanos.

Apesar de estar sendo celebrado os 70 anos da descoberta da etiopatogenia da DHPN, ainda são encontrados casos de DHPN pela sensibilização silenciosa na gestação, pelos abortamentos ilegais, pela não-prescrição da profilaxia com Ig anti-D pelos profissionais de saúde ou sua realização fora de tempo hábil. Atualmente há outro coadjuvante, o desabastecimento do mercado nacional com relação à Ig anti-D, que tem gerado ansiedade nos profissionais ginecologistas e obstetras e nos gestores do SUS. Tal fato nos faz pensar se retornaremos a ver os casos graves de DHPN nas proporções descritas na história.

Mas ainda há esperança. Alguns centros na Europa, especialmente na França e na Inglaterra, vêm realizando pesquisas no sentido de produzir a Ig anti-D monoclonal segura. O Brasil, por meio da Hemobrás (Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia – Lei nº 10.972, de 2 de dezembro de 2004), tem realizado a transferência de tecnologia com o *Laboratoire Français de Biotecnologie*. Tal laboratório deve começar a produzir a imunoglobulina anti-D no Brasil e quem sabe até, um dia, obter a tão sonhada independência nacional dos hemoderivados. Enquanto isto, resta-nos aguardar a normalização da importação de Ig anti-D de forma sistemática, sem desabastecimentos, e em casos onde não haja imunoglobulina disponível, voltaremos à década de 1950, torcendo para que a paciente não seja isoimunizada

## Leituras suplementares

---

1. Levine P, Stetson RE. Unusual case of intra-group agglutination. JAMA. 1939;113:126.
2. Levine P, Katzin EM, Burnham L. Isoimmunization in pregnancy. Its possible bearing on the etiology of erythroblastosis fetalis. JAMA. 1941;116:125.
3. Zugaib M. Medicina Fetal. Rio de Janeiro: Editora Atheneu; 1999.
4. Schmidt LC, Corrêa Júnior MD, Loures LF. Atualizações na profilaxia da isoimunização Rh. Femina. 2010;38:345-52.