



# Broncoscopia e o Congresso Brasileiro

**Murilo Guimarães**

*Presidente do Congresso;  
Presidente do Departamento  
de Endoscopia Respiratória*

Desde a introdução da broncoscopia rígida por Jackson, há mais de um século, até os dias de hoje, muita coisa mudou nesta área, em especial nos últimos trinta anos, com o desenvolvimento do aparelho de fibras óticas, idealizado por Ikeda. Inicialmente concebido com fins terapêuticos - retirada de um corpo estranho - ao longo dos tempos o broncoscópio passou a ter sua indicação no diagnóstico das patologias broncopulmonares, tanto de vias aéreas, como os infiltrados parenquimatosos. Essa tendência consolidou-se nos anos 70 e 80 com a popularização do fibrobroncoscópio, sua maior inocuidade e mais fácil manuseio.

Na última década, como que voltando às origens, temos assistido uma crescente utilização terapêutica do broncoscópio, trazendo em bojo o revigoramento do aparelho rígido, por seu maior controle da ventilação nas vias aéreas. Técnicas tais como crioterapia, braquiterapia, laserterapia e colocação de "stents" traqueobrônquicos, além de outros tratamentos em fase de pesquisa, são hoje práticas difundidas nos centros mais avançados. O carcinoma broncogênico cirurgicamente intratável e acarretando obstruções, outras estenoses traqueobrônquicas e as fístulas são as condições clínicas mais beneficiadas por estas terapias broncoscópicas.

Não podemos deixar de mencionar que a evolução continuou nos anos seguintes, não só no campo da terapia, mas também na esfera tecnológica, com o advento da videobroncoscopia, da ultra-sonografia, da fluorescência com derivados de hematoporfirina, entre outras.

O aumento de casos de câncer de pulmão, um melhor conhecimento microbiológico, o grande

número de antimicrobianos, suas indicações cada vez mais específicas e o constante surgimento de cepas resistentes, implicando na necessidade de um diagnóstico mais preciso, constituem-se nos maiores responsáveis pela grande divulgação da broncoscopia neste último quarto de século. O que antes era um procedimento eventualmente praticado por cirurgiões torácicos ou por otorrinolaringologistas, usado para diagnóstico de neoplasias em traquéia e brônquios principais ou para retirada de corpo estranho, hoje é rotineiramente realizado, com múltiplas indicações, por um grande número de pneumologistas. Não se concebe, atualmente, nos centros médicos mais avançados, a formação de um especialista em doenças broncopulmonares que não inclua um estágio em broncoscopia.

No nosso país não é diferente. O melhor exemplo é o Departamento de Endoscopia Respiratória (DER) da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, que congrega o maior número de associados entre todos os Departamentos e que, recentemente, oficializou a expedição de um título de especialista em broncoscopia. Outro tanto é a realização, a cada dois anos do Congresso Brasileiro de Endoscopia Respiratória, foro perfeito para discutirmos os avanços na área. Todo esse cabedal é fruto do trabalho incansável de um grupo de profissionais, com interesse nesta subespecialidade, que estruturaram o DER de formas a ocupar a local de destaque que hoje desfruta. Citar nomes poderia implicar em injustiças e, afinal, todos sabem quem são os responsáveis pelo acelerado desenvolvimento da broncoscopia no Brasil.

Mas nem tudo são apenas rosas, há também espinhos.

Dependemos de aparelhagem e de acessórios totalmente importados, com preço em moeda estrangeira, em clima comercial de quase oligopólio, carente de concorrência. A consequência disso é bem familiar a todos. Até a viabilização do congresso depende de sua associação a um outro evento, que conte com o apoio, este sim sempre presente, da indústria farmacêutica.

Continuamos convivendo com uma tabela de procedimentos - praticada pelas seguradoras - muito injusta, inteiramente defasada, até mesmo comparativamente a outros métodos propedêuticos. Uma broncoscopia remunerada por 40 reais - contra 650 reais na média americana - é um inominável absurdo. Isso dificulta e muitas vezes inviabiliza o acompanhamento dos avanços tecnológicos da área, refletindo-se diretamente na qualidade do atendimento médico que temos condição de oferecer à nossa população.

Não podemos deixar de falar nos nossos próprios defeitos. Todos sabemos da existência de colegas, em geral não devidamente habilitados, que praticam a broncoscopia por preço vil, incompatível com seu custo (!), compondo com seguradoras de saúde de princípios éticos duvidosos um acordo que só a elas interessa. Essa vulgarização da Medicina, que não é exclusividade da broncoscopia, precisa ser combatida com veemência, não apenas pelo seguimento sério dos profissionais de saúde, mas também e sobretudo pela comunidade à qual prestamos serviço.

Pois é com a cabeça voltada para todos estes aspectos da broncoscopia que estamos elaborando o IV Congresso Brasileiro de Endoscopia Respiratória, de 8 a 11 de setembro próximo, em Recife.

Nosso programa científico procura contemplar, desde os princípios básicos da Broncoscopia, através de dois cursos pré-congresso, até os mais recentes avanços, tanto no campo do diagnóstico, como na área terapêutica. Para isso contaremos com a presença dos mais prestigiados especialistas brasileiros, que serão ajudados pelo Dr. Christoph Bolliger, da Universidade da Basileia, Suíça, que foi unanimemente indicado pelos colegas de outros estados da federação, consultados a respeito. Estamos ainda, remando contra a maré do Dólar e da crise econômica nacional, tentando um segundo nome de expressão internacional. Como estaremos realizando, associadamente, o VIII Congresso Norte-Nordeste de Pneumologia, a programação visará uma maior integração entre a Pneumologia Geral e a Pneumologia Endoscópica, convívio tão importante para um maior entrosamento médico-científico.

Por outro lado, teremos também espaço para discutir todos os assuntos éticos, profissionais e educacionais relativos à endoscopia respiratória.

Mas nada disso terá sentido caso não tenhamos sua presença. Afinal de contas, você é o alvo e a razão de todo esse trabalho de elaboração do congresso.

Portanto, até breve, em Recife!

**Clavulin® BD Composição:** Cada comprimido revestido contém: Amoxicilina 875 mg, Ácido clavulânico 125 mg, Excipiente q.s.p. 1 comp. - Cada 5 ml de suspensão oral 200 mg contém: Amoxicilina 200mg, Ácido Clavulânico 28,5 mg, Veículo q.s.p. 5 ml. - Cada 5 ml de suspensão oral 400 mg contém: Amoxicilina 400 mg, Ácido Clavulânico 57 mg, Veículo q.s.p. 5 ml. - **Indicações:** Clavulin® BD para administração oral duas vezes ao dia é indicado no tratamento de curta duração das infecções bacterianas nas seguintes áreas: Infecções do trato respiratório superior (ouvido nariz e garganta) Ex.: Tonsilite, sinusite, otite média. Infecções do trato respiratório inferior, ex.: bronquite aguda e crônica, pneumonia lobar e broncopneumonia. Infecções do trato genit urinário, ex.: cistite, uretrite, pielonefrite. Infecções da pele e tecidos moles. Infecções dos ossos e das articulações. Outras infecções, ex.: aborto séptico, sepse puerperal, sepse intra-abdominal. **Administração e dosagem:** Adultos e crianças acima de 12 anos: 1 comprimido de Clavulin® BD 2 vezes ao dia. Crianças menores de 12 anos: A dose usual diária recomendada é: 25/3,6 mg/kg/dia em infecções leves a moderadas, 45/6,4 mg/kg/dia para o tratamento de infecções mais sérias. **Contra-indicações:** Clavulin® BD é contra indicado a pacientes com hipersensibilidade à penicilina e com histórico prévio de icterícia / disfunção hepática associadas a Clavulin® BD ou à penicilina. **Precauções:** Alterações nos testes de função hepática foram observadas em alguns pacientes recebendo Clavulin® BD. Reações de hipersensibilidade sérias e ocasionalmente fatais foram relatadas em pacientes recebendo tratamento com penicilina. Clavulin® BD suspensão 200 mg/5 ml e 400 mg/5 ml contém 12,5 mg de aspartame por dose de 5 ml e, portanto, deve-se ter cautela na fenilcetonúria. A experiência é limitada sobre o uso de Clavulin® BD na gravidez humana. Assim como com todos os medicamentos, o uso de Clavulin® BD deve ser evitado durante o primeiro trimestre da gravidez, a menos que seja considerado essencial pelo médico. **Reações Adversas:** Os efeitos colaterais são incomuns e principalmente de natureza leve e transitória. Diarréia, indigestão, náusea, vômito e candidíase mucocutânea foram relatados. Aumentos moderados e assintomáticos em TGO e TGP foram relatados ocasionalmente. Reações de hipersensibilidade também foram relatadas. **Interações:** O uso concomitante de probenecida pode resultar em aumento e prolongamento dos níveis de amoxicilina no sangue. Clavulin® BD deve ser usado com cautela em pacientes recebendo anti-coagulantes. Clavulin® BD pode reduzir a eficácia dos contraceptivos orais e as pacientes devem ser adequadamente advertidas. **Apresentações:** Clavulin® BD comprimidos: Caixa com 2 blisters de 6 comprimidos, Clavulin® BD suspensão oral 200 mg e 400 mg: Frascos de 70 ml para reconstituição.