



CHOOSING WISELY

JUNDIAÍ, SP, BRASIL



Introdução

Choosing wisely (escolhendo sabiamente) começou como iniciativa do *American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation*, nos EUA.¹ Lançado em 2012, o objetivo era promover diálogo nacional para evitar exames, tratamentos e procedimentos médicos desnecessários e potencialmente iatrogênicos. A ideia se espalhou rapidamente para outros locais e atualmente se discute iniciativas inteligentes em diversos países como Austrália, Brasil, Canadá, Inglaterra, Itália, Japão, Holanda, entre outros. O objetivo não é criticar os especialistas, mas sim entender o contexto de suas escolhas, além de discutir o seu impacto clínico real e a repercussão sobre o sistema de saúde, sobretudo o seu financiamento. É necessário romper com o pensamento de muitos pacientes - “quanto mais, melhor”. O médico é treinado a saber o que fazer nas mais variadas situações, porém não há ampla discussão sobre o que **não fazer**. O paradigma é diferente, e caminha em direção ao “menos é mais”. Abrimos a discussão neste MamaNews 20º ed, convocando a responsabilidade de autocritica da classe médica, com objetivo final de frear o consumo de recursos “pseudocientíficos” (Tabelas 1 e 2).^{2,3}



Autoria: Prof. Dr. Gil Facina
Professor Adjunto Livre-Docente da
Escola Paulista de Medicina - UNIFESP
Chefe da Disciplina de Mastologia -
Escola Paulista de Medicina - UNIFESP

Tabela 1

Motivos para a Campanha Choosing Wisely

- Terapias desconhecidas quanto à sua eficácia (não há demonstração), porém são adotadas sistematicamente, baseadas em crenças.
- Terapia comprovadamente ineficaz, embora segura, são tomadas, pois muitas vezes ensaios clínicos negativos não são valorizados por irem de encontro às crenças pessoais.
- Testes diagnósticos ou prognósticos aplicados em situações inúteis (fúteis), trazem resultados potencialmente prejudiciais (*falso-positivos e "overdiagnosis"*).

Oliveira, M. Reunião do Projeto Choosing Wisely Brasil, 2016



CHOOSING WISELY – Testes Diagnósticos e de Rastreamento em Mastologia

- **Evite solicitar mamografia (MMG) de rotina em mulheres com menos de 40 anos.**⁴
- **Evite solicitar ultrassonografia (USG) de rotina em mulheres com menos de 40 anos.**⁴
- **Evite solicitar testes de rastreamento (MMG e US) em mulheres cuja expectativa de vida seja inferior a 5 anos.**⁴
- **Seja criterioso com as indicações de ressonância magnética (RM) das mamas.**

A mamografia se consolidou como o principal teste de rastreamento para o câncer de mama, entretanto ainda muito se discute sobre o momento ideal para o seu início. Ensaios clínicos randomizados comprovaram redução de mortalidade por câncer de mama em até

Tabela 2

Perguntas para Reflexão (Things to question)

Realmente preciso deste exame/procedimento?

Este teste a ser solicitado irá auxiliar na identificação do problema? Nos casos de exames de rastreamento, este teste é justificável diante dos riscos de haver doença subclínica?

Quais as chances do resultado ser equivocado?

Há efeitos colaterais? Quais as chances do teste demonstrar resultados imprecisos/equivocados? Tais resultados poderiam levar a outros exames e/ou procedimentos?

Há opções mais simples ou seguras?

Por vezes alterações no estilo de vida e alimentação poderiam gerar resultados iguais e/ou superiores?

O que pode acontecer se eu não fizer nenhum teste/procedimento?

Há risco de haver piora da condição de saúde? Há a possibilidade de resolução espontânea?

Quais são os custos?

Os custos podem ser financeiros, emocionais ou inclusive de tempo. Há custo-efetividade em relação ao teste/procedimento? Há opções mais custo-efetivas?

American Society of Clinical Oncology, 2012

30%, notadamente em mulheres acima de 50 anos.⁵ Abaixo desta faixa etária os dados permanecem controversos. A Sociedade Brasileira de Mastologia, baseada em estudos bem documentados, recomenda o exame anual a partir dos 40 anos. O Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendam o exame entre 50-69 anos, com

intervalos não superiores a dois anos.⁶ Fato é que abaixo dos 40 anos não há qualquer evidência robusta que recomende o rastreamento universal, já que tanto a incidência da neoplasia como a acurácia da mamografia são baixas nessa faixa etária.

A ultrassonografia foi avaliada em população com RISCO ELEVADO para câncer de mama, aonde demonstrou ser capaz de identificar aproximadamente quatro casos adicionais para cada 1.000 mulheres rastreadas, em comparação com a mamografia isolada.⁷ As taxas de falso-positivo, além do número excessivo de biópsias, trouxeram pouco entusiasmo com este método, mesmo no contexto de alto risco. Em pacientes com risco habitual, não há recomendação para a adição da USG como forma universal de rastreamento.

A ressonância magnética é exame presente e disponível em nosso meio, com dados animadores em relação à sensibilidade para detecção do câncer de mama.⁸ Suas taxas de especificidade, custos elevados e dificuldade na investigação de focos/lesões ausentes em outros métodos diagnósticos fizeram com que fosse recomendada somente em situações bastante específicas (tabela 3).⁹ Importante lembrar que antes de se lançar mão desta opção, todos os outros métodos diagnósticos devem ser esgotados (MMG e USG). No contexto de pacientes de alto risco, dados pessoais, assim como o histórico familiar, devem ser muito bem caracterizados, pois a sua solicitação rotineira pode trazer repercussões negativas relevantes para as pacientes (tabela 4).¹⁰

Tabela 3

Diretrizes para Indicação de Ressonância Magnética das Mamas

1. Carcinoma oculto da mama e doença de Paget

Investigação mamária na ausência de lesões nos métodos usuais (MMG e USG)

2. Avaliação da extensão do câncer de mama quando métodos convencionais (MMG e USG) são incapazes de determiná-la de forma acurada

Inclui pacientes com carcinoma lobular invasivo ou tecido mamário extremamente denso (limitam a avaliação mamográfica), ou quando há discrepâncias significativas no tamanho estimado do tumor entre os métodos empregados ou com o exame clínico

3. Avaliação de resposta em pacientes com câncer de mama em programação de terapia neoadjuvante

Para auxiliar na avaliação da indicação e resposta à terapia endócrina neoadjuvante ou quimioterapia antes, durante ou após o tratamento

4. Investigação de achado imaginológico indeterminado nos exames convencionais (MMG e USG), quando não há indicação clara de biópsia

Para avaliação mais aprofundada dos achados clínicos ou de imagem que permanecem indeterminados após avaliações completas pelos métodos convencionais (MMG e USG). Se as lesões atendem aos critérios de biópsia por exame clínico ou imagem, é preferível. São exemplos as distorções arquiteturais por cirurgia prévia na dúvida sobre possível recidiva tumoral, ou na presença de achado palpável nítido, sem correlação com exames convencionais, notadamente em mamas densas ou de difícil avaliação.

5. Investigação da integridade de próteses mamárias na suspeita de ruptura

Na avaliação diagnóstica de achados clínicos ou de imagem inconclusivas em mulheres com próteses de silicone.



CHOOSING WISELY –Pacientes com diagnóstico de Câncer de Mama

- **Evite solicitar rotineiramente a RM.⁹**
- **Não realize esvaziamento axilar rotineiro em pacientes submetidas à quadrantectomia.⁹**
- **Não solicite rotineiramente testes genéticos específicos do tumor para pacientes recém-diagnosticadas com câncer de mama.⁹**
- **Evite realizar ampliação de margens de forma rotineira para pacientes com tumores próximos, porém que não atinjam a margem (não atinge o nanquim, ou seja, a margem é livre).⁹**
- **Não realize rotineiramente a mastectomia profilática contralateral em mulheres com câncer de mama.⁹**

Apesar da RM ser extremamente útil em diversas condições, não há evidências de que este método reduza as taxas de recorrência local, mortalidade ou re-operações por câncer de mama.¹¹ Da mesma forma, foi demonstrado que a sua utilização rotineira levou a necessidade de biópsias adicionais, atraso para o início do tratamento e aumento dos custos, além de elevar a indicação de mastectomias desnecessárias.^{12,13}

Pacientes com câncer de mama e axila clinicamente negativa, devem se beneficiar da análise do linfonodo sentinela, como forma de reduzir a morbidade do esvaziamento axilar, sem prejuízo sobre as taxas de cura.¹⁴

Existem vários novos testes de assinatura de múltiplos genes do tumor que fornecem informações sobre seu risco de recorrência à distância, risco de morte ou a probabilidade de benefício com a quimioterapia. Esses testes podem ser úteis quando escores baixos de recorrência possibilitam a omissão da quimioterapia com segurança. Não há provas de que os testes devem ser usados rotineiramente em todos os pacientes, principalmente quando o seu resultado não irá alterar a escolha do tratamento.¹⁵

Tabela 4

ANTECEDENTE FAMILIAR RELEVANTE PARA CÂNCER DE MAMA

- Um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama em idade < 45 anos.
- Dois parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com qualquer idade (do mesmo lado da família).
- Três parentes de primeiro ou segundo grau (avó, primas e tias) com câncer de mama em qualquer idade (do mesmo lado da família).
- Câncer de mama em homem na família, com qualquer idade.
- Câncer de mama bilateral na família, com qualquer idade.
- Câncer de ovário na família, com qualquer idade
- Parente com mutação conhecida para gene de susceptibilidade para câncer de mama.

The Johns Hopkins University, 2008

Após o diagnóstico de câncer de mama, é desejo frequente entre as pacientes a realização da mastectomia contralateral, por acreditarem que isto irá reduzir o risco de uma nova doença, e por sua vez, incrementar êxito do tratamento. Os dados já amplamente publicados referem-se a risco muito baixo de câncer de mama contralateral, sendo que este procedimento terá mínimo efeito, isso se houver algum, sobre a taxa de cura e expectativa de vida.¹⁷ A morbidade e riscos associados são demasiadamente elevados, e não se justificam na imensa maioria das pacientes acometidas por esta enfermidade. Atualmente, a cirurgia redutora de risco contralateral está indicada apenas nas pacientes que apresentam mutação hereditária deletéria, tais como mutação nos genes BRCA1, BRCA 2, P53 (Síndrome Li-Fraumeni) ou PTEN (Síndrome de Cowden).



CHOOSING WISELY – Doenças Benignas da Mama

- **Não realize rotineiramente a exérese de nódulos com menos de 2,0cm cuja biópsia demonstrou tratar-se de fibroadenoma.**¹⁸
- **Evite realizar cirurgia para tratamento de abscesso mamário sem antes tentar a punção ou drenagem percutânea.**¹⁸
- **Evite realizar rotineiramente punção de cistos mamários não dolorosos.**¹⁸
- **Não realize rotineiramente biópsia de nódulos não palpáveis, classificados como BI-RADS 3 na USG e/ou MMG.**

Os fibroadenomas são as lesões benignas mais comuns da mama e não possuem relação com o carcinoma. A sua retirada está indicada apenas nas lesões maiores, associadas a incômodo ou se estiverem em crescimento.¹⁹

Os abscessos são infecções nas quais uma “bolsa” de pus se forma no interior da mama. Grande parte dos casos irá observar resolução com a introdução de agulha calibrosa no interior dos mesmos e aspiração do conteúdo purulento. Tal procedimento é mais simples, rápido, com menores cicatrizes quando comparado à drenagem cirúrgica.

Os cistos são os achados mais comuns na mama, na faixa etária entre 30 e 50 anos, e a punção é indicada exclusivamente nos casos associados a dor ou incômodo, ou quando há dúvidas de sua natureza benigna, como na presença de conteúdo sólido no seu interior, denominados cistos complexos.¹⁹

O Colégio Americano de Radiologia em muito contribuiu com a normatização e padronização dos laudos de testes diagnósticos mamários. O léxico BI-RADS, já amplamente aplicado na prática clínica brasileira, facilitou a comunicação entre os profissionais envolvidos com a saúde da mulher, além de incluir em sua conclusão a conduta sugerida associada aos achados em estudo.²⁰ As lesões classificadas

como BI-RADS 3 possuem taxas de malignidade inferiores a 2%, e desta forma, o seguimento, inicialmente em seis meses, é a opção mais indicada. A biópsia destas lesões deve ocorrer em caráter excepcional, visto que o temor, stress, baixíssima taxa de malignidade, além dos custos, tornam inadequada sua realização rotineira.



CHOOSING WISELY – Seguimento de Pacientes com Câncer de Mama

- **Evite realizar testes de vigilância (biomarcadores) ou imagens (PET-CT, Tomografias Computadorizadas, Cintilografia Óssea) para indivíduos assintomáticos que foram tratados para câncer de mama com intenção curativa.**²¹
- **Não solicite rotineiramente mamografias em mamas reconstruídas após mastectomias.**²¹
- **Evite solicitar rotineiramente mamografias em intervalos inferiores a um ano para as mulheres que tiveram radioterapia após cirurgia conservadora de mama.**²¹

O teste de vigilância com marcadores de tumor séricos ou imagens mostrou ter valor clínico para certos tipos de câncer (por exemplo, colorretal). No entanto, para o câncer de mama tratado com intenção curativa, vários estudos demonstraram que não há benefício com a investigação imaginológica rotineira ou avaliação de marcadores tumorais séricos em pacientes assintomáticas.²² Testes falso-positivos podem causar danos através de procedimentos invasivos desnecessários, tratamento excessivo, exposição desnecessária à radiação e diagnóstico incorreto.

A imagem com PET-CT ou varreduras ósseas com radionuclídeos podem ser úteis no estadiamento de outros tipos específicos de

Tabela 5

câncer. No entanto, estes testes não são recomendados na avaliação inicial do câncer de mama ou mesmo no seguimento de mulheres tratadas por câncer de mama em estádios iniciais (I e II).²²

Pacientes submetidas a mastectomia seguida de reconstrução mamária, seja com implantes ou retalhos, não devem realizar mamografias na mama reconstruída. Atualmente, não há dados para apoiar o valor da mamografia de rastreamento rotineira neste contexto. As recorrências locais costumam ocorrer na pele, mais facilmente detectada clinicamente, ou na parede torácica, local aonde a mamografia é incapaz de realizar a detecção precoce.²²

Exames complementares desnecessários expõem pacientes ao risco de diagnósticos incorretos, que por sua vez podem gerar procedimentos invasivos e tratamentos desnecessários. O *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), uma aliança sem fins lucrativos de centros norte-americanos especializados no tratamento do câncer, publica anualmente diretrizes sobre diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes com câncer. O objetivo final é melhorar a qualidade, eficácia e eficiência no cuidado destes pacientes para que possam viver melhor suas vidas. Atualmente os relatórios do NCCN são fontes importantes de diretrizes, e expõe de forma clara a conduta baseada na evidência mais relevante e mais atual (Tabela 5).²³

Diretrizes para Seguimento de Sobreviventes ao Câncer de Mama

História e exame físico 1-4 vezes/ ano por 5 anos, após anualmente.

Investigação periódica de alterações na história familiar e encaminhamento para aconselhamento genético, se indicado.

Educar, monitorar e encaminhar para setor de referência os casos de linfedema.

Mamografia a cada 12 meses

A imagem de rotina de mama reconstruída não é indicada

Na ausência de sinais e sintomas clínicos sugestivos de doença recorrente, não há indicação para estudos de laboratório ou de imagem para triagem de metástases

Para mulheres em uso de tamoxifeno com útero intacto recomenda-se avaliação ginecológica a cada 12 meses

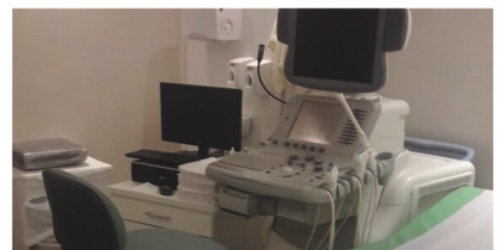
Mulheres em uso de inibidor de aromatase ou que sofrem insuficiência ovariana secundária ao tratamento, devem ter monitoramento da saúde óssea com determinação da densidade mineral óssea na linha de base e periodicamente

Avaliar e encorajar a adesão à terapia endócrina adjuvante

Evidências sugerem que estilo de vida ativo, dieta saudável, consumo limitado de álcool, e alcançar e manter peso corporal ideal (IMC=20-25) podem levar a ótimos resultados do tratamento do câncer de mama

NCCN Guidelines, 2018

Alta tecnologia e diagnósticos por imagem de qualidade





Conclusão

Sabe-se que a prática médica é cheia de detalhes e anseios, frequentemente trazidos pelos pacientes, por vezes dos próprios médicos, que não podem ser medidos ou analisados objetivamente. Cada indivíduo é tão diferente do outro como se pode imaginar. Desta forma, cuidar de pessoas baseado tão somente em normativas não nos parece uma recomendação plausível. A individualização e a personalização da medicina nos parece algo mais compatível com a qualidade assistencial, algo desejável. As diretrizes, por sua vez, fornecem o código fonte para a atuação médica. A partir dela, o profissional estará respaldado a definir a conduta mais apropriada para cada situação, independente das expectativas e

anseios do paciente. É necessário ajustar tais expectativas, quando possível, com o objetivo de evitar que crenças e medos possam mais atrapalhar as pessoas do que auxiliá-las. O sistema de saúde, seja público ou privado, deve e merece ser respeitado. Se nem mesmo países ricos se dão o luxo de desperdícios ou gastos desnecessários com a saúde, o que dirá o nosso Brasil. Atuar em consonância com a sociedade e com o sistema que nos financia é nossa obrigação, sem mais ouvir frases como “eu peço este exame”, “é melhor pecar por excesso”, “na dúvida, melhor pedir todos estes exames”. A melhor conduta é aquela mais embasada nas evidências atuais, aplicadas e oportunamente adaptadas para cada paciente. Por fim, atuar individualmente, mas agir coletivamente. Choosing wisely!

Referências

1. The American Board of Internal Medicine Foundation: Choosing Wisely Campaign. <http://www.choosingwisely.org/about-us/research-report/> (2015). Acessado em 31/1/2018.
2. Oliveira, M. Reunião do Projeto Choosing Wisely Brasil – Pacientes. ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar. http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Choosing_Wisely_Brasil_-_Iniciativa_para_Pacientes.pdf. Acessado em 31/01/2018.
3. American Society of Clinical Oncology. Ten Things Physicians and Patients Should Question. Released April 4, 2012 (1-5) and October 29, 2013 (6-10).
4. The American Society of Breast Surgeons. https://www.breastsurgeons.org/new_layout/index.php (2014). Acessado em 26/1/2018.
5. Tabár L, Fagerberg CJ, Gad A, Baldetorp L, Holmberg LH, et al. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. Randomised trial from the Breast Cancer Screening Working Group of the Swedish National Board of Health and Welfare. *Lancet*. 1985 Apr 13;1(8433):829-32.
6. World Health Organization Early Diagnosis and Screening Programmes. <http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/>. Acessado em 8/2/2018.
7. Berg WA, Blume JD, Cormack JB, Mendelson EB, Lehrer D, et al. ACRIN 6666 Investigators. Combined screening with ultrasound and mammography vs mammography alone in women at elevated risk of breast cancer. *JAMA* 2008 May 14; 299(18):2151-63.
8. Houssami N, Turner R, Macaskill P, et al. An individual person data meta-analysis of preoperative magnetic resonance imaging and breast cancer recurrence. *J Clin Oncol*. 2014;32(5):392-401.
9. American Society of Breast Surgeons. Position statement on breast MRI. https://www.breastsurgeons.org/new_layout/about/statements/PDF_Statements/MRI.pdf. Acessado em 1/2/2018.
10. Shockney LD, Tsangaris TN. The Johns Hopkins Breast Cancer Handbook For Health Care Professionals. 1ª ed. Jones and Bartlett Publishers. United States of America, 2008.

11. Berg WA, Gutierrez L, NessAiver MS, et al: Diagnostic accuracy of mammography, clinical examination, US, and MR imaging in preoperative assessment of breast cancer. *Radiology* 233:830-849, 2004.
12. Turnbull L, Brown S, Harvey I, et al. Comparative effectiveness of MRI in breast cancer (COMICE) trial: a randomised controlled trial. *J Lancet*. 2010 Feb 13;375(9714):563-71.
13. Peters NH, Borel Rinkes IH, Mali WP, et al. Breast MRI in nonpalpable breast lesions: a randomized trial with diagnostic and therapeutic outcome – MONET – study. *Trials*. 2007 Nov 28;8:40.
14. Giuliano AE, Hunt KK, Ballman KV, et al. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis. A randomized clinical trial. *Clinicaltrials*. *JAMA*. 2011;305:569–75.
15. Landercasper J, Bailey L, Berry TS, Buras RR, Degnim AC, et al. Measures of Appropriateness and Value for Breast Surgeons and Their Patients: The American Society of Breast Surgeons Choosing Wisely (®). *Initiative Ann Surg Oncol*. 2016 Oct;23(10):3112-8.
16. Houssami N, Macaskill P, Marinovich ML, Morrow M. The association of surgical margins and local recurrence in women with early-stage invasive breast cancer treated with breast-conserving therapy: a meta-analysis. *Ann Surg Oncol*. 2014;21:717–30.
17. Hassett MJ, Neville BA, Weeks JC. The relationship between quality, spending and outcomes among women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2014 Sep 13;106(10).
18. American Society of Breast Surgeons – Benign Breast Disease. Choosing Wisely Campaign. http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2018/01/ASBrS_Benign-Breast-Disease-Choosing-Wisely-List.pdf. Acessado em 30/01/2018.
19. Nazário ACP. *Mastologia Condutas Atuais*. 1.ed. v.1. São Paulo: Manole; 2016.
20. Mendelson EB, Böhm-Vélez M, Berg WA, et al. ACR BI-RADS® Ultrasound. In: ACR BI-RADS® Atlas, Breast Imaging Reporting and Data System. Reston, VA, American College of Radiology; 2013
21. American Society of Clinical Oncology. Breast Cancer Choosing Wisely Campaign. <http://www.choosingwisely.org/societies/american-society-of-clinical-oncology/>. Acessado em 5/2/2018.
22. Simos D, Hutton B, Clemons M. Are Physicians Choosing Wisely When Imaging for Distant Metastases in Women With Operable Breast Cancer? *J Oncol Pract*. 2015 Jan;11(1):62-8.
23. National Comprehensive Cancer Network. Breast Cancer (Version 4.2017). https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf. Acessado em 14/2/2018.

Sua saúde é nossa prioridade

Cuidar da sua saúde é nosso maior desafio, por isso a Jundimagem oferece uma alta gama de exames por imagem como: ressonância magnética, tomografia multislice, angiotomografia, angioressonância, ultrassonografia, mamografia digital, densitometria óssea e radiologia.

Alta tecnologia e diagnósticos por imagem de qualidade

