

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível

COMARCA: Uberlândia

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0005104

IDADE: 72 anos

Sexo: Masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10 C61

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento Ressonância magnética multiparamétrica de próstata

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Avaliação urológica para diagnóstico precoce de neoplasia prostática

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 48.599

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

1- Há cobertura do procedimento requerido pelo rol? 2- Há parecer do CONITEC sobre o tema? 3- O exame é imprescindível para o diagnóstico precoce de neoplasia prostática? 4- Existe outros exames constantes no rol que possam auxiliar a avaliação urológica para diagnóstico precoce de neoplasia prostática?

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme solicitação médica datada de 08/08/2023 trata-se de PRZ, 72 anos, paciente atendido pela Saude Suplementar Notre Dame, em avaliação urológica para diagnóstico precoce de neoplasia de próstata. Alteração suspeita ao exame de PSA. Solicitado, em caráter de urgência de ressonância magnética multiparamétrica da próstata, 3 tesla, como forma de avaliação por imagem de suspeita de neoplasia.

O câncer de próstata é considerado o tumor da terceira idade, pois cerca de 75% dos casos ocorrem a partir dos 65 anos. Normalmente este tumor cresce de forma tão lenta e silenciosa, levando cerca de 15 anos para atingir 1 cm³, não chegando a dar sinais durante a vida e nem a ameaçar a saúde do homem na maioria dos casos.

Quando os pacientes apresentam sintomas, estes são semelhantes aos do crescimento benigno da próstata (dificuldade de urinar, necessidade de urinar mais vezes). Entretanto na **fase avançada, pode provocar dor óssea, sintomas urinários ou, quando mais grave, infecção generalizada ou insuficiência renal. Alguns desses tumores porém podem crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos e podendo levar à morte.**

Tem como principais fatores de risco são: idade, história familiar de câncer, etnia/cor da pele, obesidade e exposições à aminas aromáticas, arsênio, derivados do petróleo. **A idade é o único fator de risco bem estabelecido para o câncer de próstata, já que a incidência e a mortalidade aumentam significativamente após os 50 anos.**

Apesar dos avanços terapêuticos, **cerca de 25% dos pacientes com câncer de próstata ainda morrem devido à doença.** Atualmente, **cerca de 20% ainda são diagnosticados em estágios avançados,** embora um **declínio importante** tenha ocorrido nas últimas décadas **em decorrência,** principalmente, **de políticas para o diagnóstico precoce da doença e maior conscientização da população masculina. O diagnóstico precoce possibilita melhores resultados no tratamento e deve ser buscado com a investigação de sinais e sintomas gerais** como: dificuldade de urina, diminuição do jato de urinário, poliúria ou hematúria. **O rastreamento universal** de toda população masculina sem considerar idade, raça e história familiar **apresenta controvérsias,** pois pode diagnosticar, entre outros, câncer de próstata de baixa agressividade, que não necessita de tratamento, cujos pacientes são submetidos a biópsias, que têm potencial de complicações, e, eventualmente, tratamentos radicais com potencial impacto na qualidade de vida. **Individualizar a abordagem é fundamental neste sentido. A identificação de pacientes com risco de desenvolver a doença de forma mais agressiva, por meio de parâmetros clínicos ou laboratoriais, pode ajudar a individualizar a indicação e frequência das avaliações periódicas. As justificativas que norteiam a detecção**

precoce do câncer da próstata, assim como de qualquer outra topografia, é que quanto mais inicialmente a doença for diagnosticada, maiores serão as chances de cura, além de permitir um tratamento menos agressivo e mutilante. Não há evidência científica de que o rastreamento traga mais benefícios do que riscos. Portanto, o INCA não recomenda a realização de exames de rotina com essa finalidade. Entretanto a recomendação da Sociedade Brasileira de Urologia é que os homens, a partir de 50 anos, e mesmo sem apresentar sintomas, devam procurar um profissional especializado, para avaliação individualizada tendo como objetivo o diagnóstico precoce do câncer de próstata. Os homens que integrarem o grupo de risco devem começar seus exames mais precocemente, a partir dos 45 anos. Após os 75 anos, a recomendação é que somente homens com perspectiva de vida maior do que dez anos façam essa avaliação.

A detecção precoce do câncer da próstata poderia reduzir os altos custos decorrentes do tratamento do câncer em estádios avançados ou da doença metastática. Assim é desejável que pessoas com sinais e sintomas sugestivos da doença (diagnóstico precoce), ou pessoas sem sinais ou sintomas (rastreamento), mas pertencentes a grupos com maior chance de ter a doença sejam submetidas respectivamente ao diagnóstico por meio de investigação, com exames clínicos, laboratoriais ou radiológicos; ou com o uso de exames periódicos. Os exames de eleição para o diagnóstico são o toque retal e o exame de sangue para avaliar a dosagem do antígeno prostático específico (PSA). O toque retal é o teste mais utilizado, apesar de suas limitações, uma vez que somente as porções posterior e lateral da próstata podem ser palpadas, deixando de 40% a 50% dos tumores fora do seu alcance. As estimativas de sensibilidade variam entre 55% e 68%. O valor preditivo positivo é estimado entre 25% e 28%. Quando utilizado em associação à dosagem do PSA com valores entre 1,5 ng/ml e 2,0 ng/ml, sua sensibilidade pode chegar a 95%. A dosagem do PSA

surgiu como teste promissor na detecção precoce do câncer da próstata, porém a relação custo-benefício deve ser cuidadosamente avaliada. A primeira dificuldade na avaliação da sensibilidade e especificidade do teste é a falta de consenso sobre o ponto de corte ideal e clinicamente significativo, com autores propondo valores que vão de 3 a 10 ng/ml. **Considerando um ponto de corte em 4,0 ng/ml, a sensibilidade estimada varia de 35% a 71% e a especificidade de 63% a 91%.** Estudos que estimaram seu valor preditivo positivo apontam para valores em torno de 28%, o que significa que cerca de 72% dos pacientes com dosagem do PSA alterada são submetidos a biópsias desnecessárias. Como nem o toque retal, nem o PSA têm 100% de precisão outros exames complementares podem ser necessários. Quando o PSA estiver acima de 10 ng/ml há indicação formal para biópsia. Para valores entre 4-10 ng/ml deve-se também levar em consideração a velocidade do PSA e a relação PSA livre/total. **A biópsia prostática guiada por ultrassom é o único procedimento capaz de confirmar o câncer, sendo o método de escolha para obtenção de material para análise anatomopatológica da glândula. O relatório anátomo-patológico deve fornecer a graduação histológica do sistema de Gleason, cujo objetivo é informar sobre a provável taxa de crescimento do tumor e sua tendência à disseminação, além de ajudar na determinação do melhor tratamento para o paciente.** Quanto mais baixo o escore de Gleason, melhor será o prognóstico do paciente. **O ultra-som transretal usado para orientar a biópsia da próstata, também pode ser útil na determinação do volume prostático e para avaliar a extensão local da doença.** Outros exames de imagem também podem ser solicitados, como tomografia computadorizada, cintilografia óssea para verificar se os ossos foram atingidos., ressonância nuclear magnética (RNM) e a RNM multiparamétrica (RNMm). **A cintilografia óssea é fundamental no estadiamento do câncer da próstata, sendo altamente sensível, porém pouco específica. É indicada para todo paciente portador de câncer da próstata com PSA**

> 20ng/ml e PSA entre 10-20 com graduação histológica de Gleason \geq 7. Os mesmos parâmetros devem ser utilizados para a pesquisa de metástases linfonodais utilizando-se métodos de imagem pélvica como o ultra-som, a tomografia computadorizada ou a RNM.

A RNM da próstata é amplamente utilizada em cuidados clínicos para orientar amostragem de tecido, vigilância ativa e estadiamento. Existe um crescente interesse no uso da RNM para detecção de câncer de próstata e orientar a biópsia por agulha. Os benefícios do seu uso no direcionamento das biópsias incluem a redução da detecção de câncer de próstata clinicamente insignificante e menos atualizações significativas na prostatectomia radical. Já o seu uso para selecionar pacientes para biópsia tem o potencial de reduzir biópsias desnecessárias e sobrediagnósticos e de melhorar a detecção de doenças clinicamente significativas. Mais recentemente, há interesse no papel que a RNM pode ter nas decisões de manejo relacionadas a determinados resultados de biópsia. Embora não exista obrigatoriedade, a ressonância de 3 Tesla identifica lesões periféricas hipossônicas na sequência ponderada em difusão e lesões da zona de transição e comissura anterior na sequência T2. Os resultados de ensaios e estudos sugerem que uma proporção significativa de pessoas que nunca fizeram biópsia e com níveis elevados de PSA podem evitar a biópsia com base em um resultado Prostate Imaging Reporting and Data System (PI-RADS) ≤ 2 na RNM (21%–49%), mas algumas dessas pessoas têm doença clinicamente significativa que passaria despercebida (2%–14%). Numerosos outros estudos apoiam o papel da RNM antes da biópsia para reduzir biópsias desnecessárias e a detecção de doença indolente, tanto no cenário inicial quanto no de repetição da biópsia. O Guideline de detecção do câncer de próstata reforça a recomendação da avaliação da próstata por RNM antes da biópsia inicial para informar as decisões de biópsia e ajudar a identificar regiões da próstata que podem abrigar câncer, entretanto

alerta que resultados falso-negativos de RNMM podem ocorrer mesmo com os melhores equipamentos e leitores devido ao valor preditivo negativo (VPN) para câncer de próstata clinicamente significativo (aproximadamente 86%–98%). Portanto, a realização de biópsia sistemática guiada por ultrassom transretal (TRUS) após uma RNMM negativa ainda deve ser considerada, particularmente em situações em que o indivíduo é considerado de alto risco para câncer com base na densidade de PSA ou outros biomarcadores. O VPP da RNMM para câncer de próstata clinicamente significativo foi de cerca de 54%, sendo baixo portanto falsos positivos podem ser comuns. foi baixo e variou amplamente entre os centros. À luz das evidências que mostram variabilidade interobservador considerável na interpretação da RNMM da próstata, há necessidade de exames de alta qualidade. Apesar do uso generalizado, a variabilidade no desempenho da ressonância magnética da próstata entre as práticas permanece desconhecida. Há varias discussões quanto ao seu uso incluindo estudos mostram que a RNM na biópsia direcionada e padrão em homens com resultados de ressonância magnética sugestivos de câncer de próstata não é inferior à biópsia padrão para detectar câncer de próstata clinicamente significativo em um ensaio de triagem por convite de base populacional e resultou em menos detecção de câncer clinicamente insignificante. O recente desenvolvimento do software de fusão guia a biópsia transretal por ecografia a partir de imagens obtidas na RNMM. Assim, a fusão desses dois métodos implica na obtenção de amostras de tecido prostático diretamente de áreas suspeitas, principalmente quando essas lesões se localizam fora da zona periférica. Além de aumentar as chances de confirmar o diagnóstico de câncer de próstata, a biópsia utilizando técnica de fusão reduz o tempo de exposição, o número de punções, o risco de infecção e o erro diagnóstico. As diretrizes mais recentes da American Urological Association (AUA) consideram o uso da RNMM de grau moderado

sendo as seguintes observações:

- A RNM pode ser usada antes da biópsia inicial para aumentar a detecção de câncer de próstata do Grupo de Grau (GG) 2+. (Recomendação Condicional; Nível de Evidência: Grau B)
- Os radiologistas devem utilizar o PI-RADS no relato de imagens de RNMM (Recomendação Moderada; Nível de Evidência: Grau C)
- Pacientes sem biópsia anterior que apresentam lesão suspeita na RNM, devem realizar biópsias direcionadas da lesão suspeita e podem realizar uma biópsia sistemática. (Recomendação Moderada para biópsias direcionadas/Recomendação condicional [modelo de biópsia sistemática]; Nível de evidência: Grau C)
- Pacientes com ausência de achados suspeitos na RNM e com risco elevado de câncer de próstata GG2+, devem proceder com biópsia sistemática. (Recomendação Moderada; Nível de Evidência: Grau C)

Em 2017 o Grupo Técnico do COSAÚDE da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), apreciou a proposta para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no que diz respeito ao uso da RNMM no estadiamento do câncer de próstata. Após análise da tecnologia e sua indicação para o câncer de próstata, concluiu que a revisão “Multiparametric MRI in prostate cancer management”, que descreve a Ressonância Multiparamétrica de próstata com base em artigos sobre câncer de próstata, publicados entre 1990 e 2014, a qual conclui que a tecnologia é importante na avaliação da extensão da doença, na diferenciação de lesões malignas e benignas e no acompanhamento de pacientes que estão em vigilância ativa. Entretanto, não apresenta dados científicos que justifiquem as afirmações da conclusão. Já as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata do Sistema Único de Saúde (SUS) determina que a ultrassonografia transretal é o método de escolha para a realização da biópsia prostática. A RNMM tem indicação em casos bastante selecionados. Ambos os métodos também têm baixa acurácia na determinação da

extensão local da doença. O AETNA Transretal ultrasound **considera experimental o uso combinado das imagens da RNMM com o ultrassom transretal para guiar biópsias da próstata,** pois a efetividade dessa abordagem não foi definida. **Nas diretrizes de utilização da RM endorretal do CADTH e NICE, embora o procedimento tenha sido incorporado em alguns centros internacionais com Diretrizes bastante restritas, não foram apresentados estudos com “n” significativo, assim como não foram apresentados estudos que comparassem a RNM de Pelve com a RNMM de Próstata** que permitisse avaliar o ganho desta nova tecnologia. Da mesma forma, **não foram apresentados estudos de longo prazo que evidenciassem ganhos no desfecho final destes pacientes no que se refere a aumento da sobrevida, sobrevida livre de doença e mortalidade.** Assim o **Cosaúde recomendou a não incorporação da tecnologia RNMM ao Rol de procedimentos da ANS pela inexistência de estudos que comprovem superioridade do procedimento em relação aos já existentes, efetividade, segurança e benefícios para o paciente.**

Vale ainda ressaltar que **estudos revelam as seguintes limitações dia RNMM: em tumores pequenos (< 0,5 cm³) e em tumores de baixo grau (somatório de Gleason < 6), a detecção tumoral é dificultada no estudo de RNMM, mesmo com a utilização da espectroscopia e da perfusão; em próstatas com hemorragia extensa, devendo ser mantida, a recomendação de aguardar o mínimo de 21 dias entre a biópsia e o exame de RNMM.**

Conclusão: trata-se de paciente 72 anos, atendido pela Saude Suplementar Notre Dame, em avaliação urológica para diagnóstico precoce de neoplasia de próstata. Alteração suspeita ao exame de PSA. Solicitado, em caráter de urgência de ressonância magnética multiparamétrica da próstata, 3 tesla, como forma de avaliação por imagem de suspeita de neoplasia.

O câncer de próstata em 75% dos casos ocorrem a partir dos 65 anos. A investigação do câncer de próstata se dá pelo exame de toque retal e pelo exame o PSA. Para confirmar a doença, também é preciso realizar biópsia, indicada caso seja encontrada alguma alteração nos exames anteriores. Seu diagnóstico pode ser feito por meio da investigação, com exames clínicos, laboratoriais ou radiológicos. Entre as avaliações oferecidas estão: biópsia de próstata, ultrassonografia de próstata por via abdominal ou transretal, dosagem de antígeno prostático específico, exames endoscópios e radiológicos. Apesar dos avanços terapêuticos, cerca de 25% dos pacientes com câncer de próstata ainda morrem devido à doença. Atualmente, cerca de 20% ainda são diagnosticados em estágios avançados, embora um declínio importante tenha ocorrido em decorrência, principalmente, de políticas para o diagnóstico precoce da doença e maior conscientização da população masculina.

Existe um crescente interesse no uso da RNM para detecção de câncer de próstata e orientar a biópsia por agulha. Os benefícios do seu uso no direcionamento das biópsias incluem a redução da detecção de câncer de próstata clinicamente insignificante e menos atualizações significativas na prostatectomia radical. Embora não exista obrigatoriedade, a ressonância de 3 Tesla identifica lesões periféricas hipossônicas na sequência ponderada em difusão e lesões da zona de transição e comissura anterior na sequência T2. Os resultados de ensaios e estudos sugerem que uma proporção significativa de pessoas que nunca fizeram biópsia e com níveis elevados de PSA podem evitar a biópsia com base em um resultado PI-RADS ≤ 2 na RNMM (21%–49%), mas algumas dessas pessoas têm doença clinicamente significativa que passaria despercebida (2%–14%). Nas diretrizes de utilização da RM endorretal do CADTH e NICE, embora o procedimento tenha sido incorporado em alguns centros internacionais com Diretrizes bastante restritas, não foram apresentados estudos

com “n” significativo, assim como não foram apresentados estudos que comparassem a RNM de Pelve com a RNMM de Próstata que permitisse avaliar o ganho desta nova tecnologia. Da mesma forma, não foram apresentados estudos de longo prazo que evidenciassem ganhos no desfecho final destes pacientes no que se refere a aumento da sobrevida, sobrevida livre de doença e mortalidade. As diretrizes mais recentes da AUA consideram as evidências do uso da RNMM para detecção do câncer de próstata de grau moderado sendo as seguintes observações:

- A RNM pode ser usada antes da biópsia inicial para aumentar a detecção de câncer de próstata do Grupo de Grau (GG) 2+. (Recomendação Condicional; Nível de Evidência: Grau B)
- Os radiologistas devem utilizar o PI-RADS no relato de imagens de RNMM (Recomendação Moderada; Nível de Evidência: Grau C)
- Pacientes sem biópsia anterior que apresentam lesão suspeita na RNM, devem realizar biópsias direcionadas da lesão suspeita e podem realizar uma biópsia sistemática. (Recomendação Moderada para biópsias direcionadas/Recomendação condicional [modelo de biópsia sistemática]; Nível de evidência: Grau C)
- Pacientes com ausência de achados suspeitos na RNM e com risco elevado de câncer de próstata GG2+, devem proceder com biópsia sistemática. (Recomendação Moderada; Nível de Evidência: Grau C).

A revisão da Cochrane de dados de 18 estudos incluiu pacientes sem biópsia prévia e pacientes com biópsia de próstata negativa anterior. Considerando o IC: 0,29 a 0,46 para câncer de próstata GG2D, a taxa de detecção de câncer de próstata para RNMM antes da biópsia inicial foi de 1,05 (IC 95%: 0,95 a 1,16), o que indica que a RNMM anterior pode ter benefício limitado neste cenário.

Diante destes achados a Cosaúde recomendou a não incorporação da tecnologia RNMM ao Rol de procedimentos da ANS pela inexistência de estudos que comprovem superioridade do

procedimento em relação aos já existentes, efetividade, segurança e benefícios para o paciente. A CONITEC nas Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata do SUS determina que a ultrassonografia transretal é o método de escolha para a realização da biópsia prostática. A RNMM tem indicação em casos bastante selecionados. Ambos os métodos também têm baixa acurácia na determinação da extensão local da doença.

As evidências não permitem incluir o uso desta tecnologia como uma questão de urgência ou imprescindibilidade, já que consensos atuais mostram graus ainda baixos evidências e com condicionantes. Enquanto não há dados mais definitivos obter uma RNMM em pacientes sem biópsia antes da primeira biópsia, não pode ser considerada a abordagem padrão com base nas evidências atualmente disponíveis.

Vale ressaltar que nos tempos atuais para o diagnóstico do cancer de prostata precoce, clinicamente significativo (Grupo de Grau 2 ou superior [GG2+]), o rastreio deve ser baseado no PSA em combinação com a tomada de decisão compartilhada. Os dados atuais relativos ao risco de coortes populacionais fornecem uma base para intervalos de rastreio mais longos e rastreios personalizados, e a utilização de calculadoras de risco online disponíveis é incentivada. O uso de biomarcadores laboratoriais, RNMM da próstata e técnicas de biópsia podem melhorar a detecção e a segurança quando uma biópsia da próstata é considerada necessária após o rastreamento do câncer de próstata.

IV – REFERÊNCIAS:

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação Nacional de Prevenção e Vigilância Coordenação de Ensino e Divulgação Científica. Programa nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso. - Rio de Janeiro;, 2002. 24p. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_da_prostata.pdf

2. Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos CONITEC. Relatório de recomendação Abril/2019. Abiraterona para câncer de próstata metastático resistente à castração em pacientes com uso prévio de quimioterapia. Brasília, 2019. 65 p . Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio_Abiraterona_Adenocarcinoma-de-prostata-resistente-a-castrao-em-pacientes-com-uso-prvio-de-quimioterapia_CP_26_2019.pdf.

3. Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos CONITEC. Relatório de recomendação nº 205 Maio/2016. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata. Brasília, 2016. 66p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/DDT/DDT_AdenocarcinomadeProstata_.pdf.

4. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS) Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Câncer de próstata: Vamos falar sobre isto? Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer. 3ª reimpressão Rio de Janeiro, 2019. 12p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cartilha-cancer_prostata_2017.pdf.

5. Westphalen AC, McCulloch CE, Anaokar JM, Arora S, Barashi NS, Barentsz JO, Bathala TK, Bittencourt LK, Booker MT, Braxton VG, Carroll PR, Casalino DD, Chang SD, Coakley FV, Dhatt R, Eberhardt SC, Foster BR, Froemming AT, Fütterer JJ, Ganeshan DM, Gertner MR, Mankowski Gettle L, Ghai S, Gupta RT, Hahn ME, Houshyar R, Kim C, Kim CK, Lall C, Margolis DJA, McRae SE, Oto A, Parsons RB, Patel NU, Pinto PA, Polascik TJ, Spilseth B, Starcevich JB, Tammisetti VS, Taneja SS, Turkbey B, Verma S, Ward JF, Warlick CA, Weinberger AR, Yu J, Zagoria RJ, Rosenkrantz AB. Variability of the positive predictive value of PI-RADS for prostate MRI across 26 centers: experience of the society of abdominal radiology prostate cancer disease-focused panel. **Radiology**. 2020;296:76–84. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7373346/pdf/radiol.2020190646.pdf>.

6.7. NCCN Guidelines® Insights: Prostate Cancer Early Detection, Version 1.2023. JNCCN. 2023;21(3):236-246. Disponível em:

<https://jnccn.org/view/journals/jnccn/21/3/article-p236.xml>

8. Eklund M, Jäderling F, Discacciati A, Bergman M, Annerstedt M, Aly M, Glaessgen A, Carlsson S, Grönberg H, Nordström T, for the STHLM3 consortium. MRI-Targeted or Standard Biopsy in Prostate Cancer Screening **N Engl J Med** 2021;385:908-20. Disponível em:

<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2100852?articleTools=true>.

9. Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS. Grupo Técnico do COSAÚDE. Revisão do Rol de procedimentos e eventos em saúde - 2018. Resumo da 7ª reunião para apreciação de propostas via Formulário Eletrônico para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Disponível em:

https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/camaras-e-grupos-tecnicos-anteriores/grupo-tecnico-do-cosaude-para-apreciacao-de-propostas-via-formulario-eletronico-para-as-alteracoes-no-rol-de-procedimentos-e-eventos-em-saude-2018/gt_cosaude_reuniao_7_ata.pdf

10. American urological Association. Early Detection of Prostate Cancer: AUA/SUO Guideline (2023). Disponível em:

<https://www.auanet.org/guidelines-and-quality/guidelines/early-detection-of-prostate-cancer-guidelines>. Disponível em:

<https://www.auanet.org/guidelines-and-quality/guidelines/early-detection-of-prostate-cancer-guidelines>.

11. Souza Santos F, Hamester J, José NM, Reznicek SE, Noronha JAPCâncer de próstata: uma breve revisão atualizada Prostate Cancer: a short updated review. **Acta Méd.** (Porto Alegre). 2017;38(2):1-7], Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883329/ca_de_prostata-finalb_rev.pdf.

12. Baroni RH, Novis MI, Caiado AHM, Cerri LMO, Leite CC, Cerri GG.

Magnetic resonance imaging of the prostate: an over- view for radiologists.

Radiol Bras. 2009;42(3):185–92. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rb/a/BTMDgz5q5v9Sh7Q6zKhxf3c/?format=pdf&lang=en>.

13. Wei JT, Barocas D, Carlsson S, Coakley F, Eggener S, Etzioni R, Fine SW, Han M, Kim SK, Kirkby E, Konety BR, Miner M, Moses K, Nissenberg MG, Pinto PA, Salami SS, Souter L, Thompson IA, Lin DW. Early Detection of Prostate Cancer: AUA/SUO Guideline 2023 Part I: Prostate Cancer Screening. **J Urol.** 2023;210(1):46-53. Disponível em: <https://www.auajournals.org/doi/epdf/10.1097/JU.0000000000003491>.

14. Wei JT, Barocas D, Carlsson S, Coakley F, Eggener S, Etzioni R, Fine SW, Han M, Kim SK, Kirkby E, Konety BR, Miner M, Moses K, Nissenberg MG, Pinto PA, Salami SS, Souter L, Thompson IA, Lin DW. Detection of Prostate Cancer: AUA/SUO Guideline 2023 Part II: Considerations for a Prostate Biopsy. **J Urol.** 2023;210(1):54-63. Disponível em: <https://www.auajournals.org/doi/epdf/10.1097/JU.0000000000003492>.

V – DATA:

18/03/2024 NATJUS – TJMG