



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Gerência de Regulação

**PROTOCOLO DE ACESSO A
EXAMES/PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA
COMPLEXIDADE – RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**

2013

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Observações a serem consideradas no preenchimento de todas as solicitações de Exames de Alto Custo/Alta Complexidade disponibilizados pela Gerência de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas:

Toda solicitação de exame/procedimento deve ser feita em documento próprio normatizado e regulado pela Secretaria Municipal de Saúde;

Os exames/procedimentos a serem solicitados são aqueles aceitos e consolidados pelo Ministério da Saúde, pela tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e aprovados pela Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas;

Toda solicitação de exame/procedimento para ser autorizada deve estar preenchida corretamente, de maneira legível e em todos os campos: nome completo, idade, nome da mãe, número do prontuário, sexo e origem do paciente;

Descrever o quadro clínico (anamnese e exame físico) que justifique o pedido, descrevendo ou anexando também resultados de exames prévios, relacionados ao quadro, se realizados;

Cada requisição de Exame deve conter apenas 1 (um) pedido de Exame, de acordo com a descrição da “Tabela de Procedimentos do SIA/SUS”;

É necessário data da solicitação e identificação do médico assistente, com carimbo e assinatura;

O formulário de Requisição de Exames deve estar identificado, com o carimbo da Unidade Sanitária ou com a identificação impressa como cabeçalho da Instituição solicitante onde o paciente foi atendido;

ATENÇÃO: O preenchimento adequado é importante para que o exame/procedimento seja autorizado e no caso de exames com pouca oferta possa ser avaliada a ordem de prioridade. O não preenchimento adequado determinará a devolução da solicitação para que seja refeita pelo profissional.

Ressonância Magnética

Em regra geral, as solicitações de Ressonância Magnética deverão ser feitas por especialistas que estão investigando patologias ou tratando pacientes dentro de uma especialidade. Não é vedada a outros profissionais médicos a solicitação deste exame, nesses casos, passará por análise individualizada, observando os itens, tais como:

- **História da doença atual;**
- **Exame físico completo;**
- **Hipótese diagnóstica;**
- **Resultados de exames anteriores subsidiados e autorizados pelo SUS;**
- **Justificativa da relevância de solicitação perante a hipótese diagnóstica;**
- **Proposta de tratamento na confirmação da hipótese diagnóstica mais provável.**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECOMENDAÇÕES SOBRE CONTRA-INDICAÇÕES EM RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Devido a constante evolução tecnológica, resultando em aparelhos de RM cada vez mais potentes e tendo como consequência cada vez menos contra-indicações, as recomendações abaixo devem permanecer em constante avaliação. Como exemplo, nos casos de pacientes portadores de Stents, onde apesar de não haver contra-indicação, conforme o quadro abaixo, se observa na prática o contrário, principalmente em relação ao tempo da realização do exame de RM, após a data da cirurgia. Por isso, esta tabela é somente um guia de orientação que pode de acordo com o equipamento disponibilizado modificar as contra-indicações.

Contra-indicação absoluta
Monitor de pressão intracraniana
Neuroestimuladores (cerebral e espinhal)*
Cateter de Swan-Ganz e outros com eletrodos
Clamp carotídeo do tipo Popen-Blaylock
Clipes de aneurisma (cerebral ferromagnéticos(antes de 1995 todos são))*
Desfibrilador implantável
Expansores mamários dos tipo McGhan ou Infail
Fios metálicos de localização pré-cirúrgica mamária (exceto aqueles especificamente compatíveis)
Fixadores ortopédicos externos metálicos não-removíveis
Halos cranianos
Bombas de infusão(inclusive implantáveis)*
Cápsula endoscópica
Holter
Implantes dentários magnéticos*
Marcapasso cardíaco
Suturas metálicas cutâneas em pacientes anestesiados ou com rebaixamento do nível de consciência
Prótese coclear metálica, implantes otológicos e aparelhos não removíveis+
Próteses internas ortopédicas em pacientes anestesiados ou com rebaixamento do nível de consciência
Cateter de Swan-Ganz e outros com eletrodos
Clamp carotídeo do tipo Popen-Blaylock
Contra-indicação relativa
Patch transdérmico com material metálico (necessário remover)
Piercing (necessário remover)
Claustrofobia(depõe do tipo de exame possibilidade de sedação e tamanho do tubo)
Clipes cirúrgicos metálicos (podem realizar exame, exceto os de aneurisma cerebral)
Clipes de aneurisma cerebral fracamente ferromagnéticos (checar data de colocação, modelo, etc)*
Filtro de veia cava (checar modelo, se não for testado – e considerado seguro – não realizar antes de 8 semanas)
Gestante (evitar no primeiro trimestre, evitar Gadolínio)
Sonda gastrointestinal com ponta metálica (remover se exame de abdome superior)
Tatuagem ou maquiagem definitiva (orientação do paciente, colocação de compressa fria)
Material de imobilização ortopédica (talas, gesso, equipamentos de tração) (necessário remover)
Aparelhos auditivos (necessário remover)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Cânula de traqueostomia metálica (trocar por cânula plástica)
Molas de embolização (chechar modelo, se não for testado – e considerado seguro – não realizar antes de 8 semanas)
Patch transdérmico com material metálico (necessário remover)
Piercing (necessário remover)
Projéteis ou rastilhos metálicos por ferimento de arma de fogo (depende da localização – avaliar com radiografias)
Válvulas de DVP de pressão ajustável / programáveis (contatar neurocirurgião para reajustar)
Sem contra-indicação
Acessos venosos centrais (port-o-cath, Hickman), exceto Swan-Ganz ou com eletrodos
Aparelhos ortodônticos
Cateteres urinários “duplo J”
Próteses penianas (exceto tipo Duraphase e Omniphase)
Próteses valvares e foraminais cardíacas (mesmo metálicas)
Diafragma contraceptivo
DIU
Implantes dentários (exceto aqueles magnéticos que são infreqüentes)
Próteses ou expansores mamários (exceto tipo MacGhan ou Infal)
Stents vasculares (mesmo coronarianos), traqueobrônquicos e biliares *
Válvulas de DVP (exceto de pressão ajustável / programáveis)*
Próteses vasculares
. * Indica que há algumas exceções e/ou depende da marca e modelo do dispositivo implantado – consultar o prestador do serviço de RM
+ Alguns implantes otológicos como tubos de ventilação são feitos de titânio podem ser utilizados a depender da marca e modelo. Isto também é válido para algumas próteses cocleares.

Além das indicações abaixo, a RM poderá ser usada para qualquer diagnóstico nos casos de pacientes que não podem receber radiações ionizantes ou são atópicos.

PROTOCOLO SUGERIDO PARA ANGIORRESSONÂNCIA

INDICAÇÕES:

- Anomalias anatômicas (Aneurismas);
- Complicações vasculares pós-cirúrgicas, principalmente depois de transplantes de órgãos;
- Investigação de doença aterosclerótica extracraniana;
- Estudo das doenças estenóticas e oclusivas das artérias cervicais, arco aórtico, aneurisma da aorta abdominal e torácica;
- Hipertensão arterial grave ou forte suspeita de origem renal;
- Doppler com informações insuficientes;
- Doença oclusiva da carótida (combinada a USG com Doppler);
- Síndrome de roubo da subclávia;
- Patologias das artérias pulmonares (TEP);
- Patologias da aorta abdominal, ilíacas e artérias renais (vasos viscerais e sistema venoso também podem ser estudados);

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Doenças dos vasos periféricos (geralmente contrastado).

PRÉ-REQUISITOS:

- História clínica;
- Exame físico;
- Doppler de carótidas alterado (se houver);
- US com Doppler (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Angiologista;
- Cardiologista;
- Cirurgião Vascular;
- Cirurgião Cardíaco;
- Cirurgião torácico;
- Cirurgião pediátrico;
- Nefrologista;
- Hematologista;
- Neurologista;
- Pneumologista;
- Urologista;
- Clínico geral (vide observações pág. 2).

PRIORIDADES:

- Portador de hipertensão severa < 16 anos ou > 55 anos.

PROTOCOLO SUGERIDO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO E ENCÉFALO

INDICAÇÕES:

- Avaliar fossa cerebral posterior e tronco cerebral;
- AVC isquêmico;
- Infartos cerebrais múltiplos (suspeita);
- Demência;
- Tumores (diagnóstico);
- Metástases (detecção);
- Lesões orbitárias ou Trato Visual;
- Suspeita de aneurisma e má formação vascular;
- Suspeita de trombose do seio sagital;
- Estudo do ouvido interno;
- Suspeita de infecções intracranianas (não diagnosticadas por punção lombar);
- Suspeita esclerose múltipla;
- Articulação têmporo-mandibular.

NOTA IMPORTANTE:

- Melhor método para avaliar patologia não hemorrágica;

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Não há indicação para cefaléias hemicranianas;
- Ideal na delimitação de tumores benignos e malignos=> da profundidade e margem de ressecção.

CONTRA-INDICAÇÕES: (deverão ser analisados pelo neurologista em conjunto com radiologista).

- Cefaléias;
- Vertigens;
- Hemorragias Cerebrais;
- Aneurisma.

PRÉ-REQUISITOS:

- História clínica;
- Exame físico;
- RX crânio com laudo;
- TC crânio, se necessário.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Neurologista;
- Neurocirurgião;
- Cirurgião Cabeça e Pescoço;
- Oncologista;
- Infectologista;
- Oftalmologista;
- Otorrinolaringologista;
- Cirurgião bucomaxilofacial;
- Clínico geral (vide observações pág. 2).

PRIORIDADE:

- Lesão orbitária;
- Tumores cerebrais

PROTOCOLO SUGERIDO PARA RESSONÂNCIA DE TÓRAX

INDICAÇÕES:

- Avaliação morfológica de órgãos torácicos (Parênquima pulmonar, vasos, cavidades pleurais) para pesquisa e diagnósticos de alterações congênitas, inflamatórias, neoplásicas, degenerativas e ou traumáticas;
- Tumores neurais e mediastinais;
- Tumores cardíacos.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Implantes metálicos (marca-passo cardíaco, próteses metálicas ósseas, stents, etc).

PRÉ-REQUISITOS:

- História clínica;

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Exame físico;
- RX tórax PA/perfil com laudo;
- TC tórax, se necessário;
- Ecocardiografia inconclusiva.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Pneumologista;
- Oncologista;
- Cirurgião geral, cardíaco e torácico;
- Cardiologista;
- Clínico geral (vide observações pág. 2).

PROTOCOLO SUGERIDO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOME SUPERIOR

INDICAÇÕES:

- Avaliação morfológica de órgãos abdominais (fígado, pâncreas, vesícula e vias biliares, baço, rins, alças intestinais e estruturas vasculares) para pesquisa e diagnóstico de alterações congênitas, inflamatórias, neoplásicas, degenerativas e/ou traumáticas;
- Metástase hepática;
- Diferenciar tumor hepático e hemangioma;
- Pacientes com cirrose hepática e suspeita de carcinoma hepatocelular (Sensibilidade Maior que o US e TC);
- Suspeita de feocromocitoma ou adenoma da adrenal;
- Suspeita de metástase em veia cava inferior.

NOTA IMPORTANTE:

- É o método sensível para avaliação hepática e pancreática.
- Para avaliação e estadiamento de tumores pélvicos pode-se usar um dos dois métodos: tomografia computadorizada ou ressonância magnética, não ambos.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Sangramentos;
- Fratura de órgão sólido (suspeita);
- Implantes metálicos.

PRÉ-REQUISITOS:

- História clínica;
- Exame físico;
- RX simples de Abdome com laudo;
- US abdome com laudo;
- TC abdome, se necessário.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cirurgião Geral e pediátrico;

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Oncologista;
- Endocrinologista;
- Nefrologista;
- Gastroenterologista;
- Urologista;
- Clínico geral (vide observações pág. 2).

PRIORIDADES:

- Seguimento de portadores de cálculo renal com insuficiência renal instalada.

PROTOCOLO SUGERIDO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA VERTEBRAL

- Cervical;
- Lombo-sacra;
- Torácica.

INDICAÇÕES:

- Tumores Ósseos Primários (suspeita);
- Metástases;
- Processos Expansivos;
- Infecções (suspeita);
- Hérnia de disco com sintomas progressivos=> onde há evidência de compressão nervosa;
- Complicações pós- operatórias;
- Esclerose múltipla;
- Investigação de tuberculose extra- pulmonar;
- Prurido braquiradial;
- Notalgia parestésica.

NOTA IMPORTANTE: Avaliação da maioria de doenças de coluna em que há comprometimento nervoso.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Fraturas (detecção);
- Implantes metálicos.

PRÉ-REQUISITOS:

- História clínica;
- Exame físico;
- RX simples com laudo;
- TC com laudo, se necessário.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Ortopedista;
- Neurologista;
- Infectologista;

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Reumatologista;
- Pneumologista;
- Dermatologista;
- Fisiatra;
- Clínico geral (vide observações pág. 2).

PRIORIDADES:

- Processos expansivos

PROTOCOLO SUGERIDO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÕES

- Articulações Temporo-mandibular;
- Ombro (Unilateral);
- Cotovelo-punho (Unilateral);
- Coxo-femural (Unilateral);
- Joelho (Unilateral);
- Tornozelo com especial atenção ao pé (Unilateral).

INDICAÇÕES:

- Traumatismos articulares;
- Derrames articulares (suspeita);
- Lesões meniscais e ligamentares;
- Lesões do manguito rotador (se não houver possibilidade de ecografia);
- Fraturas Ocultas;
- Alterações de partes moles (lesões ligamentares e nervos);
- Neoplasias de partes moles e ósseas.

NOTA IMPORTANTE: Importante nas alterações músculo-esqueléticas, indicado em Pediatria na disfunção neuro-ortopédica.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Fraturas simples (detecção);
- Tendinites e sinovites;
- Implantes metálicos.

PRÉ-REQUISITOS:

- História clínica;
- Exame físico;
- RX simples com laudo;
- US Articular com laudo (quando indicado);
- Tomografia computadorizada (quando indicado).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Ortopedista;

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Reumatologista;
- Neurologista;
- Oncologista;
- Cirurgião de tórax;
- Fisiatra;
- Clínico geral (vide observações pág. 2).

PRIORIDADES

- Alterações de partes moles (lesões ligamentares e nervos);
- Traumatismos articulares;
- Fraturas ocultas-suspeitas;
- Derrames articulares (suspeita).

PROTOCOLO SUGERIDO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PELVE

INDICAÇÕES:

- Tumores;
- Metástases;
- Processos Inflamatórios, linfoproliferativos ou indefinidos no RX, US ou TC.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Sangramentos traumáticos;
- Implantes metálicos.

PRÉ-REQUISITOS:

- História clínica;
- Exame físico;
- US e/ou TC pélvico com laudo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cirurgião Geral;
- Ginecologista;
- Oncologista;
- Infectologista;
- Clínico geral (vide observações pág. 2).

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / CÓDIGOS DE PROCEDIMENTO / LOCAIS DISPONÍVEIS
PARA REALIZAÇÃO DOS EXAMES DE ACORDO COM A CONTRATUALIZAÇÃO/2012**

EXAME	CÓDIGO DE PROCEDIMENTO	LOCAL DE REALIZAÇÃO
Angioressonância cerebral	0207010013	HUSFP/UCPEL
RM de coluna cervical	0207010030	Benef.Portuguesa - HUSFP/UCPEL - Santa Casa
RM articulação temporo-mandibular	0207010021	HUSFP/UCPEL
RM de coluna lombo-sacra	0207010048	Benef.Portuguesa - HUSFP/UCPEL - Santa Casa
RM de coluna torácica	0207010056	Benef.Portuguesa - HUSFP/UCPEL - Santa Casa
RM de crânio	0207010064	Benef.Portuguesa - HUSFP/UCPEL - Santa Casa
RM de sela túrcica	0207010072	Benef.Portuguesa - HUSFP/UCPEL
RM de bacia/pelve	0207030022	Benef.Portuguesa - HUSFP/UCPEL - Santa Casa
RM de tórax	0207020035	HUSFP/UCPEL
RM de abdome superior	0207030014	HUSFP/UCPEL - Santa Casa
RM de membro inferior (unilateral)	0207030030	Benef.Portuguesa - HUSFP/UCPEL - Santa Casa
RM de membro superior (unilateral)	0207030014	HUSFP/UCPEL - Santa Casa

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Norma Técnica n. 01/2005, de 29/08/2005 – Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.
- Protocolo de regulação da atenção básica para encaminhamento aos especialistas/procedimentos de alta e média complexidade desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos/SP – 2009.
- Protocolo de acesso a consultas e exames/procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade – Manaus/AM – 2008,
- Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de alta complexidade –2005 - Secretaria Municipal de Joinville /SC.
- Protocolo de acesso a exames de ressonância magnética- 2007 - Secretaria Municipal da Saúde- Prefeitura de São Paulo - Coordenação de Integração e Regulação do Sistema.
- Diretrizes Assistenciais –Segurança em Ressonância Magnética(Versão eletrônica atualizada em 11/2008 – Albert Einstein-Hospital Israelita.
- MRI Safety – <http://www.mrisafety.com>.
- Protocolo de regulação da assistência. Secretaria Municipal de Saúde de Aracruz/ES. 2011.
- Protocolo de Regulação do Estado de Mato Grosso – Cuiabá 2011.
- Proposta de protocolo de regulação do Estado de Rondônia – Porto Velho – 2012.
- Resolução SESAU N. 130, de 14 de junho de 2012. Campo Grande-MS.
- Manual de Contratualização/2012 – Secretaria Municipal da Saúde de Pelotas.