# PROTOCOLO DE ACESSO

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

O exame de ressonância magnética é um exame de diagnóstico por imagem, que não possui radiação e permite a captação de imagens detalhadas e tridimensionais de forma não invasiva.

É utilizada uma tecnologia de ponta que estimula e detecta a mudança na direção do eixo de rotação dos prótons encontrados na água que compõem os tecidos vivos. Essas moléculas são captadas pelo aparelho de ressonância e reproduzidas no computador para avaliar o resultado obtido.

A ressonância magnética tem um grande papel na hora de detectar, diagnosticar e monitorar o tratamento de doenças.

De acordo com a tabela SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS, o procedimento consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radio frequência.

Este exame será realizado por um laboratório de imagem.

As solicitações que não se enquadrem nas especificações deste protocolo (especialista solicitante, indicações e etc.), só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

**ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL**

Código do Procedimento: 0207010013

**INDICAÇÕES**

Quando houver contraindicação à realização da angiografia convencional;

Doppler com informações insuficientes;

Pacientes idosos alérgicos a contraste iodado e com insuficiência renal;

Investigação de doença ateromatosa extracraniana;

**CONTRAINDICAÇÕES ESPECÍFICAS**

As contraindicações a realização de Angio-RM com meio de contraste paramagnético (Gadolínio) são extremamente raras, restringindo-se a reação alérgica grave previa ao meio de contraste. Insuficiência renal não e contraindicação.

**PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS**

Hipótese diagnóstica e avaliação de exames anteriores.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Angiologista, cardiologista, cirurgião vascular, neurologista, neurocirurgião.

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

**RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES**

Quando solicitado para análise conjunta de artérias e parênquima cerebral, poderá ser liberado conjuntamente com o código (020701006-4 Ressonância magnética de crânio);

Liberar por segmento estudado. Ex: Angio-RM de membros inferiores (x2);

Angio-RM de aorta abdominal e torácica (x2), Angio-RM de vasos cerebrais (x1);

Pode ser realizada sem ou com contraste. Esta última técnica e mais vantajosa devido ao reduzido tempo de aquisição (cerca de 1 minuto) em relação a Angio- RM sem contraste endovenoso.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO**

Código do Procedimento: 020701006-4

**INDICAÇÕES**

Avaliação de fossa posterior ou tronco cerebral;

Suspeita de aneurisma e malformação vascular;

Suspeita de trombose do seio sagital;

Estudo do ouvido interno;

Suspeita de neoplasias primárias;

Suspeita de metástases e linfomas;

Suspeita de tumores de hipófise;

Lesões intraorbitais ou trato visual;

Suspeita de infecções intracranianas (não diagnosticadas por punção lombar);

Suspeita de esclerose múltipla;

Alterações de articulação temporomandibular;

Avaliação de SNC de Recém Nascido prematuro;

Crises convulsivas em crianças.

**CONTRAINDICAÇÕES ESPECÍFICAS**

Sem contraindicações específicas.

**PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS**

Hipótese diagnostica e avaliação de exames anteriores.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Cirurgião buco maxilofacial, cirurgião de cabeça e pescoço, endocrinologista, ginecologista, infectologista, neurologista, neurocirurgião, oftalmologista, oncologista, otorrinolaringologista, psiquiatra e geriatra.

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

**RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES**

Avaliação de patologia não hemorrágica;

Não há indicações para cefaleias hemicranianas;

Ideal na delimitação de tumores benignos e malignos (profundidade e margem de ressecção).

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL**

Código do Procedimento: 0207010030

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA TORÁCICA**

Código do Procedimento: 0207010056

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBO SACRA**

Código do Procedimento: 0207010048

**INDICAÇÕES**

Traumas;

Patologias inflamatórias, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;

Patologias degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;

Neoplasias de partes moles e ósseas;

Malformações congênitas.

**CONTRAINDICAÇÕES ESPECÍFICAS**

Sem contraindicações específicas.

**PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS**

Hipótese diagnostica e com exames como raios-X simples, laboratoriais e/ou tomografia computadorizada.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Fisiatra, neurologista, neurocirurgião, ortopedista, oncologista e reumatologista.

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

**RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES**

Prioridade em dor aguda da coluna com radiculopatia, suspeita de mielopatia

e trauma raquimedular com ou sem deficit motor (paraplegia ou paraparesia);

Suspeita de tumores no canal vertebral ou lesões ósseas;

Síndrome da cauda equina;

Espondilodiscite.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES**

Código do Procedimento: 0207030049

**INDICAÇÕES**

• Vesícula:

Pesquisa de Complicações da Colecistite Aguda;

Estadiamento dos tumores (sensibilidade maior que a do US).

• Vias Biliares:

Avaliar dilatação das vias biliares;

Pesquisa de Obstrução (Colelitíase, Coledocolitíase).

Sensibilidade semelhante à colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) para cálculos;

Pesquisa e Estadiamento de tumores;

Avaliação Pré-operatória dos Tumores das Vias Biliares;

Colangiopancreatografia por RM (Avaliacao do Ducto de Wirsung e coledoco).

## CONTRAINDICAÇÕES ESPECÍFICAS

Sem contraindicações específicas.

## PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Hipótese diagnostica e avaliação de exames anteriores como Tomografia computadorizada e/ou ultrassonografia.

## PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Gastroenterologista, cirurgião geral, cirurgião pediátrico, gastro cirurgião, hepatologista, infectologista e oncologista.

## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

## RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Sensibilidade maior que a da Tomografia Computadorizada para pesquisa e estadiamento de tumores.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ABDOME SUPERIOR**

Código do Procedimento: 0207030014

**INDICAÇÕES**

Pacientes com contraindicação para realização de Tomografia Computadorizada (alergia a iodo e gestantes);

Avaliação morfológica de órgãos abdominais (fígado, pâncreas, vesícula e vias biliares, baco, rins, alcas intestinais e estruturas vasculares) para pesquisa e diagnostico de alterações congênitas, inflamatórias, neoplásicas, degenerativas e/ou traumáticas.

Fígado:

• Caracterização de nódulos atípicos ao US e TC;

• Detecção de nódulos em pacientes com esteatose Hepática moderada/ importante (Sensibilidade maior que o US e TC);

• Avaliação Pré-Operatória;

• Pacientes com cirrose hepática e suspeita de carcinoma hepatocelular

(Sensibilidade Maior que o US e TC);

• Avaliação dos nódulos hepáticos pós-tratamento com quimioterapia.

Pâncreas:

• Avaliação pré-operatória;

• Colangiopancreatografia por RM (Avaliação do Ducto de Wirsung e colédoco).

Vesícula:

• Pesquisa de Complicações da Colecistite Aguda;

• Estadiamento dos tumores (sensibilidade maior que a do US).

Vias Biliares:

• Avaliar dilatação das vias biliares;

• Pesquisa de Obstrução (Colelitíase, Coledocolitíase)- (Sensibilidade semelhante a CPRE para cálculos);

• Pesquisa e Estadiamento de tumores - Sensibilidade maior que a da TC;

• Avaliação Pré-operatória dos Tumores das Vias Biliares;

• Colangiopancreatografia por RM (Avaliação do Ducto de Wirsung e colédoco).

Vias urinarias e adrenais:

• Caracterização de nódulos atípicos ao US e TC;

• Estadiamento de tumores de celulas renais;

• Suspeita de feocromocitoma ou adenoma da adrenal.

**CONTRAINDICAÇÕES ESPECÍFICAS**

Sem contraindicações específicas.

**PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS**

Hipótese diagnostica e avaliação de exames anteriores como Ultrassonografia abdominal ou pélvica e/ou tomografia computadorizada.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Cirurgião geral, cirurgião pediátrico, endocrinologista, gastro cirurgião, gastroenterologista, infectologista, nefrologista, oncologista, urologista e cirurgião vascular.

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

**RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES**

Método sensível para avaliação hepática e pancreática.

Para avaliação e estadiamento de tumores pélvicos pode-se utilizar Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética. Não ambos.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA OU PÉLVIS**

Código do Procedimento: 0207030022

**INDICAÇÕES**

Traumas;

Patologias inflamatórias, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;

Patologias degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;

Neoplasias de partes moles e ósseas;

Avaliação morfológica fetal e complicações da gravidez (ex. Acretismo placentário);

Doença inflamatória pélvica (ex. sítios de endometriose / cistos anexiais complicados);

Avaliação do trato intestinal baixo;

Avaliação geniturinária (bexiga, próstata e útero);

Malformações congênitas.

**CONTRAINDICAÇÕES ESPECÍFICAS**

Sem contraindicações específicas.

**PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS**

Dependente da hipótese diagnostica: raios-X simples, laboratoriais e/ou tomografia computadorizada.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Cirurgião geral, cirurgião pediátrico, gastroenterologista, ginecologista, ortopedista, oncologista, reumatologista, urologista.

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

**RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES**

As solicitações que não se enquadrem nas especificações acima (especialista solicitante, indicações e etc.) deverão ser discutidas com o médico regulador responsável.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)**

Código do Procedimento: 020702002-7

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)**

Codigo do Procedimento: 0207030030

**INDICAÇÕES**

Traumas;

Patologias inflamatórias, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;

Patologias degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;

Neoplasias de partes moles e ósseas;

Malformações congênitas.

**CONTRAINDICAÇÕES ESPECÍFICAS**

Sem contraindicações específicas.

**PRÉ-REQUISITOS DIAGNÓSTICOS**

Dependente da hipótese diagnostica: raios-X simples, laboratoriais, tomografia computadorizada e/ou ultrassonografia.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Fisiatra, neurologista, ortopedista, oncologista, reumatologista e neurocirurgião.

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

**RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES**

Especificar o membro.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante

as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ATM (BILATERAL)**

Código do Procedimento: 0207010021

**INDICAÇÕES**

Deslocamentos de disco;

Doenças articulares degenerativas (osteoartrite);

Artrites inflamatórias;

Sinovites;

Traumas.

**CONTRAINDICAÇÕES ESPECÍFICAS**

Sem contraindicações específicas.

**PRÉ-REQUISITOS DIAGNÓSTICOS**

Não há.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Buco maxilo, cirurgião de cabeça e pescoço, neurologista, ortopedista, otorrinolaringologista.

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

## RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnostico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TÓRAX

Código do Procedimento: 0207020035

## INDICAÇÕES

Avaliação morfológica de órgãos torácicos (Parênquima pulmonar, vasos, cavidades pleurais) para pesquisa e diagnósticos de alterações congênitas, inflamatórias, neoplásicas, degenerativas e/ou traumáticas.

## CONTRAINDICAÇÕES ESPECÍFICAS

Sem contraindicações específicas.

## PRÉ-REQUISITOS DIAGNÓSTICOS

Raio-X de tórax, tomografia computadorizada e/ou ultrassonografia.

## PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Cirurgião geral, cirurgião cardíaco, cirurgião pediátrico, cirurgião torácico, oncologista, pneumologista e reumatologista.

## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

**RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES**

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnostico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO OU AORTA**

COM CINE-RM

Codigo do Procedimento: 0207020019

**INDICAÇÕES**

1 Cardiopatias Congenitas

**Indicações gerais:**

Seguimento de cardiopatias congenitas do adulto.

**Indicações específicas:**

1. Avaliacao de shunt sistemico-pulmonar (Qp/Qs).

2. Anomalias de situs visceroatrial:

Anomalias de situs com cardiopatias congênitas complexas;

Anomalias isoladas de situs;

3. Anomalia atrial e do retorno venoso:

Retorno venoso pulmonar anômalo, especialmente em anomalias complexas e cor triatriatum;

Retorno venoso sistêmico anômalo;

Obstrução de retorno venoso pulmonar ou sistêmico apos reparo intra-atrial ou correção de retorno venoso pulmonar anômalo.

4. Anomalias dos ventrículos

Comunicação interventricular associada com anomalias complexas;

Comunicação interventricular supracristal;

Avaliação da função ventricular, massa e volumes direito e esquerdo;

Aneurismas e divertículos ventriculares.

5. Anomalias das valvas semilunares:

Estenose aórtica supravalvar;

Regurgitação pulmonar;

Estenose pulmonar supravalvar.

6. Anomalias das artérias:

Avaliação pós-operatória de shunts;

Aneurismas do seio de Valsalva;

Coarctação da aorta;

Anéis vasculares;

Janela aorto-pulmonar;

Origem anômala de coronárias em adultos e crianças maiores;

Atresia pulmonar;

Estenose pulmonar proximal;

Colaterais sistêmico-pulmonares;

Ma posicao dos grandes vasos.

**Indicações de RMC na avaliação das doenças vasculares:**

1. Aneurismas de aorta (incluindo Marfan).

2. Dissecção de aorta.

3. Ruptura de aorta.

4. Hematoma intramural aórtico.

5. Ulceras aórticas.

6. Planejamento de abordagem cirúrgica da aorta.

7. Planejamento de stent aórtico,

8. Arterites.

9. Anatomia da artéria pulmonar e fluxo.

10. Avaliação das veias pulmonares.

11. Avaliação estenoses renais.

12. Avaliação de estenoses carótidas extracranianas.

**Indicações de RMC na avaliação da doença arterial coronária:**

1. Avaliação da função ventricular global, volumes e massa (esquerda e direita).

2. Detecção isquemia miocárdica:

Avaliação da função ventricular regional em repouso e em estresse (RMCestresse);

Avaliação da perfusão miocárdica.

3. Infarto agudo e cronico do miocárdio:

Detecção e quantificação;

Viabilidade miocárdica;

Trombo ventricular;

Avaliação de aneurisma de VE;

Diagnostico de síndrome coronária na fase aguda.

4. Angio-RMC de artérias coronárias:

Anomalias congênitas.

**Indicações de RMC na avaliação das cardiomiopatias:**

1. Cardiomiopatia hipertrófica.
2. Cardiomiopatia dilatada – diagnostico diferencial com etiologia isquêmica.
3. Displasia/cardiomiopatia arritmogenica do ventrículo direito.
4. Cardiomiopatia siderotica, especialmente secundaria a talassemia.
5. Miocárdio não compactado.
6. Cardiomiopatia chagasica.
7. Miocardite (fase aguda ou cronica).
8. Diagnostico diferencial do coração de atleta.
9. Cardiomiopatia restritiva.
10. Sarcoidose cardíaca.

**Indicações de RMC na avaliação de doenças pericárdicas, tumores e trombos:**

1. Detecção e caracterização de tumores cardíacos e pericardíacos.
2. Detecção e diagnostico diferencial de trombos ventriculares.
3. Pericardite constritiva.

**Indicações de RMC na avaliação das doenças valvares:**

1. Avaliação da anatomia função ventricular.
2. Quantificação da regurgitação.

**CONTRAINDICAÇÕES ESPECÍFICAS**

Sem contraindicações específicas.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Cardiologista, cirurgião cardíaco, cirurgião torácico, oncologista e cirurgião vascular.

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

**RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES**

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnostico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

**REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Saude Suplementar. Resolução normativa – RN no 262, de 1 de agosto de 2011. Atualiza o rol de procedimentos e eventos em saude previstos na RN no 211, de 11 de janeiro de 2010. Disponivel em: < http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/rn%20262.pdf>. Acessado em: 19 out 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção a Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Brasília: Ministério de Saúde, 2014. v.3.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 96 p.

SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura. Programa de Metas 2017-2020, 2017. Disponível em: <http://programademetas.prefeitura.sp.gov.br/PMSP_Programa%20de%20 Metas%202017%20-2020.pdf>. Acessado em: 18 maio 2017.

_____. Prefeitura. Protocolo de acesso a exames de tomografia computadorizada. Sao Paulo: PMSP, 2007.

_____. Prefeitura. Protocolo de acesso a rede de oncologia. Sao Paulo: PMSP, 2012.

_____. Prefeitura. Protocolo de regulação do acesso da rede de atenção especializada ambulatorial: exames de apoio diagnostico. 1a ed. São Paulo: PMSP, 2014. v.1.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.F.; CAMPOS, K. F. C. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do ser vico. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 84 p.

_____. Prefeitura. Protocolo de acesso de exames Mamografia, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Volume 1. São Paulo - SP, 2018.