

	PROTOCOLO	DOC N° SES/CIRAM/ASS/PT/ 0001
	ACESSO À RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - AMBULATÓRIOS DE UNIDADES ESTADUAIS	VERSÃO 01
		VALIDADE 19/08/2022
ELABORAÇÃO Mércia Karolline Gonçalves S. Lima Karolina Saldanha Renata Maria Neves Gisele Marques	CARGO Coordenadora da Regulação Ambulatorial de Consultas e Exames Supervisora SISREG/CIRAM/SES Enfermeira Reguladora/CIRAM/SES Supervisora de Marcação/Policlínica Diamante	DATA 19/08/2020
REVISÃO Anna Cindy Araújo Leite Myllena Carvalho Veras	CARGO Chefe do Departamento de Qualidade Assessora Técnica SAAS/SES	DATA 19/08/2020
APROVAÇÃO Fernando Henrique Ribeiro	CARGO Diretor Clínico da EMSERH	DATA 19/08/2020
RESPONSÁVEIS Direção das Unidades de Saúde Núcleos Internos de Regulação - NIR Sistema de Regulação - SISREG	DISTRIBUIDO PARA Todas as centrais de regulação do Estado, unidades de Saúde Estaduais e Municipais.	

1. OBJETIVO

Esse protocolo tem o objetivo de auxiliar os profissionais de saúde das unidades solicitantes para acesso ao procedimento regulado de Ressonância Magnética, com orientações sobre como e quando encaminhar os usuários, permitindo resolução mais rápida e eficiente das enfermidades de acordo com o grau de prioridade, gerando maior agilidade na execução dos exames. Todas as orientações são baseadas em evidências clínicas, considerando os protocolos do Ministério de Saúde e de outras fontes de informações científicas, descrevendo a prática da medicina para subsidiar a prioridade nos agendamentos.

A central de regulação ambulatorial – CIRAM, através do médico regulador, tem autonomia para tomada de decisão, não sendo objetivo de este documento substituir a gestão da clínica dos profissionais no exercício profissional.

2. DESCRIÇÃO

A ressonância magnética (RM) é um método de diagnóstico por imagem, com alta capacidade de distinguir tecidos e captar informações bioquímicas, o espectro de aplicações se amplifica a todas as partes do corpo humano e analisa aspectos anatômicos e funcionais.

Porém, por produzir um campo magnético alto, ela necessita de cuidados especiais. Faz necessário verificar se consta algum objeto metálico presente durante o procedimento como Implantes Metálicos (Marca-Passo Cardíaco, Próteses Metálicas Ósseas, stents, cliques de aneurisma cerebrais, prótese coclear, implantes oculares, DIU, Braçadeiras vasculares de artérias carótidas, Implantes otológicos ou qualquer outro tipo de dispositivo), só realizam o exame se apresentarem laudo do médico solicitante contendo a liberação do paciente para execução do procedimento.

Pacientes que possuam tatuagem (região que for ser estudada), PINOS, maquiagem definitiva, placa de metal, titânio e implante dentário (recente 3 meses) serão avaliados na unidade pela equipe de enfermagem/médica e poderão dependendo de cada caso, não realizar o exame.

Aparelho Ortodôntico: avisar ao paciente para retirar caso a RM seja cervical, pescoço, região da cabeça (crânio, hipófise, mastoide e face).

3. ORIENTAÇÕES PARA AUTORIZAÇÃO DO EXAME

- Solicitação em APAC (autorização de procedimento de alta complexidade) em duas vias original e cópia, com descrição dos dados obrigatórios conforme anexo 1, emitida por estabelecimento de saúde vinculado ao SUS;
- Verificar se há indicação ao uso de contraste venoso ou oral, e em caso de dúvidas confirmar com unidade executante;
- Orientar o paciente a usar roupas sem detalhes de metais ou excesso de botões e zíper;
- É obrigatório o jejum de no mínimo 5hrs para realização dos exames com indicação ao uso do contraste;
- Pacientes em uso de medicações diária (ex. pressão alta) tomar como de costume, ingerir com menos de ¼ de copo de água. Suspende apenas quando houver orientação médica;
- Exames de pelve feminina não podem ser realizados em vigência do ciclo menstrual;
- É obrigatório que o paciente preencha termo de consentimento e esclarecimento com informações essenciais para realização do exame, e é de extrema importância na veracidade das respostas;
- Evitar trazer cartões, moedas, presilhas, cinto, anéis, relógios, joias em geral, aparelho celular e outros eletros portáteis, pois a unidade não possui local adequado para armazenamento destes pertences, portanto não se responsabiliza por perdas ou furtos. Não utilizar maquiagem ou spray de cabelo, alguns produtos contêm partículas metálicas que podem interferir na imagem;
- Todos os pacientes com indicação ao uso do contraste com idade superior a 60 anos e/ou com histórico de problema renal, é obrigatório apresentar exames laboratoriais de ureia e creatina atuais (30 dias validade);

4. EXAMES COM CONTRASTE

- Acompanhante maior 18 anos;
- Jejum de 5 horas;
- Pacientes com idade superior à 60 anos e/ou portadores; de doença renal crônica, trazer exames de ureia e creatina atuais (2 meses);
- Chegar 1 hora de antecedência;
- Trazer RG/SUS e APAC original;
- Tomar todas as medicações de rotina (HAS e DM).

5. TIPOS DE RESSONANCIA MAGNETICA

5.1 ANGIORESSONÂNCIA - CÓDIGO SIA/SUS - 02.07.01.001-3

INDICAÇÕES:

- Investigação de doença ateromatosa extracraniana: estudo das artérias carótidas, mesentérica superior, artéria ilíaca e femoral;
- 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.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica - Exame Físico - USG com Doppler (se houver)

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Angiologista
- Cardiologista
- Cirurgião Vascular
- Cirurgião Cardíaco
- Cirurgião Torácico
- Nefrologista

PRIORIDADE VERMELHO:

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

5.2 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO E ENCÉFALO –

CÓDIGO SIA/SUS - 02.07.01.006-4

INDICAÇÕES:

- Avaliar fossa cerebral posterior e tronco cerebral
- AVC Tronco Cerebral
- Demência
- Tumores (diagnóstico) Metástases (detecção)
- Lesões orbitárias ou Trato Visual
- Infecções
- Esclerose Múltipla
- Epilepsia
- Cefaléias recorrente e intensas com vertigens
- Hemorragias cerebrais
- Aneurisma clipado

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica - Exame Físico - TC Crânio

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Neurologista
- Neurocirurgião
- Cirurgião Cabeça e Pescoço
- Oncologista
- Infectologista
- Oftalmologista
- Intensivista

PRIORIDADE VERMELHO:

- Lesão orbitária e Tumores cerebrais.

5.3 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEDIASTINO - CÓDIGO SIA/SUS -

02.07.02.003-5

INDICAÇÕES:

- Avaliar Artérias Pulmonares
- Avaliar Massas Hilares, Parenquimatosas e Pleurais
- Avaliar Anomalias do Arco Aórtico e aorta descendente
- Tumores Neurais e Mediastino
- Tumores cardíacos

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Implantes Metálicos (Marca-Passo Cardíaco, Próteses Metálicas Ósseas, Stents, etc.)

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica - Exame Físico - RX tórax PA/Perfil com Laudo -TC Tórax

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Pneumologista
- Oncologista
- Cirurgião Geral
- Cirurgião Torácico
- Cardiologista
- Cirurgião cardíaco

5.4 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ABDOME - CÓDIGO SIA/SUS - 02.07.03.001-4

INDICAÇÕES:

- Metástase Hepática
- Adenoma de Suprarrenal
- Diferenciar Tumor Hepático e Hemangioma
- Doenças dos ductos pancreáticos e vias biliares
- Suspeita de metástase em veia cava inferior

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Sangramentos
- Fratura de Órgão Sólido (suspeita)
- Implantes Metálicos

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica - Exame Físico - RX simples de Abdome com Laudo - USG Abdome - TC Abdome

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cirurgião Geral
- Cirurgião pediátrico
- Gastroenterologista
- Oncologista
- Endocrinologista
- Nefrologista/ Urologista

5.5 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DA COLUNA VERTEBRAL

CÓDIGOS SIA/SUS:

CERVICAL = 02.07.01.003-0

LOMBO-SACRA = 02.07.01.004-8

TORÁCICA = 02.07.01.005-6

INDICAÇÕES:

- Tumores Ósseos Primários (suspeita)
- Metástases
- Processos Expansivos
- Hérnia de Disco
- Infecções (suspeita)
- Complicações pós-operatórias
- Esclerose múltipla
- Investigação de tuberculose extra-pulmonar
- Prurido Braqui radial
- Nostalgia parestésica

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Fraturas (detecção)
- Implantes Metálicos (ex: marca-passo)

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica - Exame Físico - RX simples com Laudo - TC com Laudo

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Ortopedista
- Neurologista,
- Neurocirurgião
- Infectologista
- Reumatologista

PRIORIDADE VERMELHO:

- Processos expansivos

5.6 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ARTICULAÇÕES E MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR

CÓDIGOS SIA/SUS:

ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) 02.07.01.0002-1

OMBRO (UNILATERAL) 02.07.02.002-7

ESTERNO 02.07.02.002-7

CLAVÍCULA (UNILATERAL) 02.07.02.002-7

COTOVELO (UNILATERAL) 02.07.02.002-

PUNHO (UNILATERAL) 02.07.02.002-7

SACRO-ILÍACAS 02.07.02.003-0

COXO-FEMURAL (UNILATERAL) 02.07.02.003-0

JOELHO (UNILATERAL) 02.07.02.003-0

TORNOZELO OU PÉ (UNILATERAL) 02.07.02.003-0

INDICAÇÕES:

- Traumatismos Articulares
- Derrames Articulares (suspeita)
- Fraturas Ocultas
- Alterações de partes moles (Lesões Ligamentares, nervos)

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Fraturas Simples (detecção)

- Tendinites e Sinovites
- Implantes Metálicos

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica - Exame Físico - RX simples com Laudo - USG Articular com Laudo (quando indicado)

PROFISSIONAL SOLICITANTE:

- Ortopedista
- Reumatologista
- Neurologista
- Oncologista
- Infectologista

Prioridade vermelho:

- Traumatismos articulares, Fraturas ocultas, Tumores, Infecção.

5.7 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE PELVE - CÓDIGO SIA/SUS: 02.07.03.002-2

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 Pélvico com Laudo, TC da Pelve

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cirurgião Geral
- Ginecologista
- Oncologista

- Infectologista

PRIORIDADES:

- Tumores, Infecção

6. EXAME POR REGIÃO/ USO DO CONTRASTE

EXAME POR REGIÃO	USO CONTRASTE
CRANIO	
ANGIORESSONÂNCIA ARTERIAL CEREBRAL	NÃO
RM DE CRANIO	INDICAÇÃO
RM DE HIPÓFISE/SELA TURCICA	SEMPRE
RM DE MASTOIDES OU OUVIDOS	SEMPRE
RM DE SELA TURCICA	SEMPRE
RM DA FACE	INDICAÇÃO
RM DE PESCOÇO	SEMPRE
RM ORBITA	SEMPRE
NEURO EIXO	
RM NEURO EIXO CRANIO /CERVICAL/D RSAL /LOMBAR	SEMPRE
ABDOMEN	
COLANGIORESSONÂNCIA	ORAL
RM DE ABDOMEN SUPERIOR	SEMPRE
RM PELVE (MAS/FEM)	SEMPRE
RM DE ABDOMEN INFERIOR (MAS/FEM)	SEMPRE
RM DE TORAX	INDICAÇÃO
COLUNAS	
RM DE COLUNA CERVICAL	INDICAÇÃO
RM DE COLUNA TORACICA/DORSAL	INDICAÇÃO
RM DE COLUNA LOMBAR	INDICAÇÃO
RM DE COLUNA LOMBO-SACRA	INDICAÇÃO
RM DE SACRO-COCCIX/SACROCOCCÍGA	SEMPRE
RM DE SACRO-ILIACA	SEMPRE
MEMBROS SUPERIORES	
RM DE OMBRO DIREITO/ESQUERDO	INDICAÇÃO
RM DE BRAÇO DIREITO / ESQUERDO	INDICAÇÃO
RM DE ANTEBRAÇO DIREITO / ESQUERDO	INDICAÇÃO
RM DE MÃO DIREIRA/ESQUERDA	SEMPRE
RM DEDOS DA MÃO DIREITA/ESQUERDA	SEMPRE
RM DE COTOVELO DIREITO/ESQUERDO	INDICAÇÃO
MEMBROS INFERIORES	
RM DE PUNHO (NÃO ESTAMOS REALIZANDO)	SEMPRE
RM DE QUADRIL DIREITO/ESQUERDO	INDICAÇÃO

RM DE COXA DIREITA /ESQUERDA	SEMPRE
RM DE PERNA DIREIT / ESQUERDA	SEMPRE
RM DE JOELHO DIREITO/ESQUERDO	INDICAÇÃO
RM DE BACIA	INDICAÇÃO
RM DE TORNOZELO DIREITO/ESQUERDO	SEMPRE
RM DE PÉ DIREITO/ESQUERDO	SEMPRE
RM DE ANTE-PÉ DIREITO/ESQUERDO	SEMPRE

7. EXAMES COM AS INDICAÇÕES À BAIXO SEMPRE SERÃO AGENDADOS COM CONTRASTE:

RM CRANIO:

- Historico de crise convulsiva não tratada*sida/*hemangioma*recidiva de tumor*controle pós operatorio*esclerose multipla *neurofibromatose* mav (mal formação arterio venosa);

ESCLEROSE MULTIPLA:

- Sempre, independente do exame (região);

HISTÓRICO DE CA:

- Recidiva/estadiamento;

PACIENTES COM HIV

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa – RN nº 262, de 1 de agosto de 2011.** Atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde previstos na RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/rn%20262.pdf>>. Acessado em: 15 agosto 2020.

MAGALHÃES, A.C.A. **Ressonância magnética do sistema nervoso central.** São Paulo: Atheneu, 1999. p.1-26.

Ministério da Saúde. **Secretaria da Atenção à 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.

9. HISTÓRICO DE REVISÕES

DATA	REVISOR	EDIÇÃO	ITEM ALTERADO	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

VALIDAÇÕES

DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____
DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____