



**PALHOÇA**  
P R E F E I T U R A

ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PALHOÇA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

# **Protocolo de Acesso Ressonância Magnética**



## **Orientações aos MÉDICOS SOLICITANTES**

### **Critérios de solicitação**

- Necessidade de avaliação por exame de imagem de maior acurácia após investigação inicial.

### **Conteúdo descritivo mínimo no BPAI**

- Nome do Estabelecimento solicitante, Nome do Paciente, Código e nome do procedimento solicitado, Descrição do diagnóstico e CID, Resumo da anamnese e exame físico com justificativa do procedimento, Descrição de exames anteriores, Nome do médico, data de solicitação, CNS do médico solicitante e carimbo.

### **SEDAÇÃO**

- Caso haja necessidade de sedação do paciente para o exame, deve ser informado ao lado do nome do procedimento. Exemplo: RNM crânio com sedação.

### **PRIORIDADES DE ATENDIMENTOS:**

- São de extrema importância as informações descritas na solicitação repassadas via SISREG. A definição de prioridade de atendimento será guiada pelo presente protocolo de acesso e ficará a cargo do regulador de acordo com a descrição dos DADOS CLÍNICOS e nas evidências científicas cabíveis.



## ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL

- **Indicações:**

- Aneurismas
- Complicações vasculares pós-cirúrgicas
- Controle de lesões neoplásicas
- Estenose e oclusões vasculares
- Malformações arteriovenosas
- Controle de lesões traumáticas
- Cefaleia súbita / Cefaleia com suspeita de origem vascular
- Hemorragia subaracnóidea
- Quando houver contraindicação à realização da angiografia convencional; Pacientes idosos alérgicos a contraste iodado e com insuficiência renal;

- **Pré-requisitos:**

- História clínica detalhada e tempo de evolução
- Exame físico compatível com hipótese diagnóstica
- Exames de imagens prévios, com laudo (se houver): Angiotomografia Computadorizada
- Descrição de conduta realizada até o momento

- **Profissionais solicitantes:**

- Cirurgião Vascular, Neurologista, Cardiologista, Cirurgião Cabeça e Pescoço, Cirurgião Pediátrico, Neurocirurgião, Clínico Geral da APS, Médico ESF.

<b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Suspeita de neoplasias</li><li>● Pré-operatório</li><li>● Suspeita de estenose e oclusões vasculares</li><li>● Suspeita de malformações arteriovenosas</li><li>● Aneurismas</li><li>● Cefaleia súbita / Cefaleia com suspeita de origem vascular</li><li>● Hemorragia subaracnóidea</li></ul>
<b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Complicações vasculares pós-cirúrgicas</li><li>● Controle de lesões traumáticas</li></ul>
<b>VERDE</b>	



## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO

- **Indicações:**

- Avaliação de fossa cerebral posterior e tronco cerebral
- Demências e outras alterações cognitivas
- Doenças degenerativas/ desmielinizantes do encéfalo
- Investigação de epilepsias
- Erros inatos do metabolismo
- Distúrbios do movimento
- Lesões orbitárias ou trato visual
- AVC isquêmico
- Infartos cerebrais múltiplos
- Malformações congênitas do SNC
- Infecções/ inflamações intracranianas
- Epilepsia
- Suspeita de neoplasias
- Suspeita de aneurisma e malformação vascular
- Suspeita de trombose do seio sagital

- **Pré-requisitos:**

- História clínica detalhada e tempo de evolução
- Exame físico compatível com hipótese diagnóstica
- Exames de imagem prévios, com laudo (se houver): RX simples e Tomografia Computadorizada
- Descrição de conduta realizada até o momento

- **Profissionais solicitantes:**

- Neurologista, Infectologista, Geriatra, Cirurgião de cabeça e pescoço, Cirurgião Pediátrico, Neurocirurgião, Psiquiatra, Oftalmologista, Oncologista, Psiquiatra, Otorrinolaringologista, Clínico Geral, Pediatra, Ginecologista, Clínico Geral da APS, Médico ESF.

- **Orientações:**

- **\*Alterações neurológicas agudas/ Traumatismo cranioencefálico (TCE) devem ser encaminhados para avaliação hospitalar/ emergência**
- Indicada para avaliação de patologias não hemorrágicas
- Não há indicações para cefaleias hemicranianas (primárias).
- Ideal na delimitação de tumores benignos e malignos (profundidade e margem de ressecção).

VERMELHO

- Suspeita de neoplasias
- Pré-operatório



	<ul style="list-style-type: none"><li>● *AVC isquêmico subagudo/ AIT</li><li>● *TCE subagudo</li><li>● Cefaleia com sinais de alarme</li><li>● Convulsões recentes a esclarecer</li><li>● Suspeita de infecções intracranianas</li><li>● Suspeita de trombose do seio sagital</li><li>● Surto de esclerose múltipla</li></ul>
<b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Acompanhamento pós AVC/ AIT</li><li>● Avaliação de fossa cerebral posterior e tronco cerebral</li><li>● Acompanhamento aneurisma/ malformação vascular</li><li>● Investigação de demência / alterações cognitivas</li><li>● Lesões orbitárias ou trato visual</li><li>● Processos inflamatórios intracranianos</li><li>● Erros inatos do metabolismo</li></ul>
<b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● TCE sem alteração neurológica</li><li>● Doenças degenerativas/ desmielinizantes do encéfalo</li><li>● Cefaleia sem sinais de alarme</li><li>● Avaliação de malformação congênita do SNC sem sinal de alarme</li><li>● Hidrocefalia</li></ul>

### **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE HIPÓFISE OU SELA TÚRCICA**

- **Indicações:**

- Adenomas hipofisários
- Investigação de distúrbios hormonais hipofisários
- Puberdade precoce
- Atraso de crescimento e desenvolvimento
- Investigação de hiperprolactinemia, hipopituitarismo, hipogonadismo hipogonadotrófico, gigantismo, acromegalia
- Investigação de infertilidade, amenorreia e galactorreia
- Avaliação de tumores da região selar, parasselar e suprasselar
- Alterações de campo visual e ptose palpebral
- Avaliação de lesões seios cavernosos

- **Pré-requisitos:**

- História clínica detalhada e tempo de evolução
- Exame físico compatível com hipótese diagnóstica
- Exames laboratoriais
- Exames de imagens prévios, com laudo (se houver): Tomografia Computadorizada
- Descrição de conduta realizada até o momento



- **Profissionais solicitantes:**
  - Neurologista, Endocrinologista, Endocrinologista Pediátrico, Pediatra, Geriatria, Oncologista, Oftalmologista, Ginecologista, Cirurgião de cabeça e pescoço, Cirurgião Pediátrico, Neurocirurgião, Psiquiatra, Clínico Geral da APS, Médico ESF.
  
- **Orientações:**
  - É necessário administração de meio de contraste venoso com estudo dinâmico para pesquisa de microadenomas hipofisários e para melhor avaliação de macroadenoma;
  - Na avaliação de tumores de maiores dimensões, recomenda-se ressonância magnética de crânio, juntamente com ressonância magnética de sela túrcica com meio de contraste.

<b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Suspeita de neoplasias</li><li>● Pacientes portadores de prolactinomas sintomáticos ou acompanhamento de macroprolactinomas (&gt;1 cm)</li><li>● Alterações de campo visual e ptose palpebral</li></ul>
<b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Investigação de puberdade precoce</li><li>● Atraso de crescimento e desenvolvimento</li><li>● Investigação de hiperprolactinemia, hipopituitarismo, hipogonadismo hipogonadotrófico, gigantismo, acromegalia</li><li>● Pacientes portadores de prolactinomas assintomáticos/ acompanhamento de microprolactinomas (&lt;1cm)</li><li>● Investigação de infertilidade, amenorreia e galactorreia</li><li>● Avaliação de lesões seios cavernosos</li></ul>
<b>VERDE</b>	

### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE FACE/ SEIOS DA FACE

- **Indicações:**
  - Avaliação de ossos e mucosas da face
  - Traumas
  - Suspeita de lesões neoplásicas/ expansivas
  - Lesões vasculares
  - Avaliação e investigação de processos inflamatórios/infecciosos dos seios paranasais
  - Polipose nasossinusal
  
- **Pré-requisitos:**
  - História clínica detalhada e tempo de evolução
  - Exame físico compatível com hipótese diagnóstica



- Exames de imagens prévios, com laudo (se houver): RX simples e Tomografia Computadorizada
- Descrição de conduta realizada até o momento

● **Profissionais solicitantes:**

- Neurologista, Oftalmologista, Otorrinolaringologista, Cirurgião de cabeça e pescoço, Neurocirurgião, Oncologista, Cirurgião Bucomaxilofacial, Cirurgião Pediátrico, Pediatra, Clínico Geral da APS, Médico ESF.

● **Orientações:**

- O uso do contraste é recomendado na maioria dos casos, pois aumenta a sensibilidade e especificidade do exame.
- Processos inflamatórios agudos devem ser encaminhados para avaliação hospitalar/emergência

<b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Suspeita de neoplasias</li><li>● Suspeita de lesões vasculares</li></ul>
<b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Avaliação de ossos e mucosas da face</li><li>● Controle de lesões traumáticas</li><li>● Avaliação e investigação de processos inflamatórios/ infecciosos dos seios paranasais</li></ul>
<b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Sinusite crônica</li><li>● Polipose nasossinusal</li></ul>

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITA**

● **Indicações:**

- Oftalmopatia de Graves
- Lesões intra-orbitais ou trato visual (alterações visuais)
- Pesquisa de lesões neoplásicas/ expansivas
- Pseudotumores
- Malformações
- Patologias inflamatórias, infecciosas e vasculares das estruturas orbitárias

● **Pré-requisitos:**

- História clínica detalhada e tempo de evolução
- Exame físico compatível com hipótese diagnóstica
- Exames de imagens prévios, com laudo (se houver): Tomografia Computadorizada
- Descrição de conduta realizada até o momento



- **Profissionais solicitantes:**
  - Oftalmologista, Neurologista, Infectologista, Cirurgião de cabeça e pescoço, Neurocirurgião, Oncologista, Cirurgião Geral, Clínico Geral da APS, Médico ESF.
  
- **Orientações:**
  - Processos inflamatórios agudos devem ser encaminhados para avaliação hospitalar/emergência

<b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Suspeita de neoplasias</li><li>● Lesões intra-orbitais ou trato visual (alterações visuais)</li><li>● Oftalmopatia de Graves</li></ul>
<b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Pseudotumores</li><li>● Malformações</li><li>● Patologias inflamatórias, infecciosas e vasculares das estruturas orbitárias</li></ul>
<b>VERDE</b>	

### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MASTÓIDES/ OUVIDOS

- **Indicações:**
  - Estudo do ouvido interno
  - Estudo das mastoides
  - Perdas auditivas
  - Zumbidos no ouvido
  - Suspeita de tumores do conduto auditivo
  - Alterações vasculares
  - Malformações congênitas
  - Labirintopatias
  - Processos infecciosos - otites/ mastoidites
  - Paralisia facial periférica
  - Avaliação para implante coclear
  
- **Pré-requisitos:**
  - História clínica detalhada e tempo de evolução
  - Exame físico compatível com hipótese diagnóstica
  - Exames de imagens prévios, com laudo (se houver): Tomografia Computadorizada
  - Descrição de conduta realizada até o momento



- **Profissionais solicitantes:**
  - Neurologista, Otorrinolaringologista, Infectologista, Cirurgião de cabeça e pescoço, Neurocirurgião, Cirurgião Geral, Clínico Geral da APS, Médico ESF.
  
- **Orientações:**
  - Processos inflamatórios agudos devem ser encaminhados para avaliação hospitalar/emergência

<b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Suspeita de tumores do conduto auditivo</li><li>● Alterações vasculares</li></ul>
<b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Perdas auditivas</li><li>● Malformações congênitas</li><li>● Paralisia facial periférica</li><li>● Avaliação para implante coclear</li><li>● Otite/mastoidite refratárias/ de repetição</li><li>● Alterações de ouvido interno/mastoides</li></ul>
<b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Labirintopatias</li><li>● Investigação de zumbidos no ouvido</li></ul>

### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ATM

- **Indicações:**
  - Alterações de partes moles (lesões ligamentares, nervos)
  - Disfunção temporomandibular
  - Suspeita de derrames articulares
  - Doenças articulares degenerativas
  - Traumatismos articulares
  
- **Pré-requisitos:**
  - História clínica detalhada e tempo de evolução
  - Exame físico compatível com hipótese diagnóstica
  - Exames de imagens prévios, com laudo (se houver): RX panorâmico e Tomografia Computadorizada
  - Descrição de conduta realizada até o momento



● **Profissionais solicitantes:**

- Neurologista, Cirurgião Dentista, Cirurgião buco maxilo-facial, Otorrinolaringologista, Fisiatra, Reumatologista, Ortopedista, Cirurgião de cabeça e pescoço, Cirurgião Geral, Neurocirurgião, Clínico Geral da APS, Médico ESF.

<b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Traumatismos articulares</li></ul>
<b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Suspeita de derrames articulares</li></ul>
<b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Disfunção temporomandibular</li><li>● Doenças articulares degenerativas</li><li>● Alterações de partes moles (lesões ligamentares, nervos)</li></ul>

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PESCOÇO E REGIÃO CERVICAL**

● **Indicações:**

- Avaliação da faringe e laringe
- Avaliação de glândulas salivares
- Avaliação de tireoide
- Paralisia de corda vocal
- Avaliações de lesões tumorais e linfonodomegalias
- Síndrome da Apneia-Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS)
- Investigação hiperparatireoidismo

● **Pré-requisitos:**

- História clínica detalhada e tempo de evolução
- Exame físico compatível com hipótese diagnóstica
- Exames de laboratório
- Exames de imagens prévios, com laudo (se houver): Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada
- Descrição de conduta realizada até o momento

● **Profissionais solicitantes:**

- Gastroenterologista, Otorrinolaringologista, Pneumologista, Endocrinologista, Neurologista, Neurocirurgião, Cirurgião Geral, Clínico Geral da APS, Médico ESF.

● **Orientações:**

- Processos inflamatórios agudos devem ser encaminhados para avaliação hospitalar/emergência



<b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Suspeita de neoplasias</li><li>● Linfonomegalias suspeitas</li><li>● Avaliação de lesões expansivas com sintomas compressivos</li></ul>
<b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Paralisia de corda vocal</li><li>● Avaliação de processos inflamatórios/ infecciosos subagudos/ crônicos</li><li>● Síndrome da Apneia-Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS)</li><li>● Investigação hiperparatireoidismo</li></ul>
<b>VERDE</b>	

### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL, TORÁCICA E LOMBO-SACRA

- **Indicações:**

- Complicações pós-operatórias
- Doença desmielinizantes
- Esclerose múltipla
- Infecções (suspeita)
- Investigação de mielopatias
- Investigação de tuberculose extrapulmonar
- Malformações congênitas.
- Suspeita de lesões neoplásicas/ expansivas
- Patologias inflamatórias, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas
- Patologias compressivas que cursam com estenose de canal medular e compressão de estruturas neurais
- Processos Expansivos
- Controle de lesões traumáticas
- Lesões tumorais, incluindo tumores ósseos primários (suspeita)

- **Pré-requisitos:**

- História clínica detalhada, tempo de evolução e descrição da conduta médica adotada até o momento da solicitação do exame
- Exame físico compatível com hipótese diagnóstica
- Exames de imagens prévios, dependendo da hipótese diagnóstica, com laudo: RX simples, Tomografia Computadorizada
- Descrição de conduta realizada até o momento



● **Profissionais solicitantes:**

- Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista, Fisiatra, Reumatologista, Infectologista, Pneumologista, Cirurgião Pediátrico, Cirurgião Geral, Médico do Trabalho, Clínico Geral da APS, Médico ESF.

● **Orientações:**

- Prioridade em suspeitas de lesões infecciosas, desmielinizantes, traumáticas ou congênitas com achados clínicos de sinais neurológicos negativos neuro anatomicamente lógicos como perda de força motora documentada, alteração de reflexos profundos, atrofia muscular e alterações sensitivas associadas (p.ex. suspeita de mielopatia e trauma raquimedular com déficit motor; paraplegia ou paraparesia; suspeita de tumores no canal vertebral ou lesões ósseas compressivas; 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.
- Exames de seguimento serão autorizados mediante justificativas clínicas que sugiram necessidade de mudança de conduta ou planejamento cirúrgico

<b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Suspeita de neoplasias</li><li>● Suspeita de lesões infecciosas, desmielinizantes, traumáticas ou congênitas com achados clínicos de sinais neurológicos negativos neuro anatomicamente lógicos como perda de força motora documentada, alteração de reflexos profundos, atrofia muscular e alterações sensitivas associadas</li><li>● Suspeita de estenose de canal vertebral com achados neurológicos negativos compatíveis com lesão medular ou lesão de cauda equina</li></ul>
<b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Suspeita de claudicação neurogênica</li><li>● Suspeita de compressão radicular com sinais de acometimento neurológico negativo</li><li>● Exames pré-operatórios de cirurgias de coluna</li></ul>
<b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Seguimento de doenças infecciosas, desmielinizantes, traumáticas ou congênitas com necessidade de seguimento radiológico para tomada/mudança de conduta</li></ul>



**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX**

● **Indicações:**

- Avaliação de massas/ lesões suspeitas hilares, parenquimatosas e pleurais
- Alterações mediastinais – parede torácica
- Rouquidão por lesão do laríngeo recorrente
- Avaliar anomalias do arco aórtico e aorta descendente
- Tumores neurais e mediastinais
- Tumores cardíacos
- Traumas torácicos

● **Pré-requisitos:**

- História clínica detalhada e tempo de evolução
- Exame físico compatível com hipótese diagnóstica
- Exames de laboratório
- Exames de imagens prévios, com laudo (se houver): RX de tórax PA/ Perfil, Tomografia Computadorizada
- Descrição de conduta realizada até o momento

● **Profissionais solicitantes:**

- Pneumologista, Reumatologista, Cardiologista, Cirurgião Vascular, Oncologista, Cirurgião Geral, Cirurgião Torácico, Cirurgião Cardíaco, Clínico Geral da APS, Médico ESF.

● **Orientações:**

- O parênquima pulmonar é melhor avaliado com tomografia computadorizada
- Processos inflamatórios agudos devem ser encaminhados para avaliação hospitalar/emergência

<b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Suspeita de neoplasias</li><li>● Linfonodomegalias suspeitas</li><li>● Hemoptise</li></ul>
<b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Alterações mediastinais, parede torácica, hilos e pleura</li><li>● Investigação de processos inflamatórios/ infecciosos crônicos</li></ul>
<b>VERDE</b>	



**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO/ AORTA COM CINE**

● **Indicações:**

- Avaliação de anatomia cardíaca: estruturas cardíacas como ventrículos, átrios, válvulas e grandes vasos.
- Identificação de anomalias estruturais congênitas ou adquiridas.
- Avaliação de espessura das paredes do miocárdio e possíveis hipertrofias.
- Detecção de possíveis tumores cardíacos ou massas.
- Avaliação de doenças inflamatórias do miocárdio, como a miocardite.
- Avaliação de doenças do pericárdio.
- Avaliação de doenças infiltrativas do miocárdio, como sarcoidose, amiloidose e hemocromatose.
- Monitoramento de condições cardíacas previamente diagnosticadas onde a visualização se contraste é suficiente
- Avaliação de calcificações nas estruturas cardíacas

● **Pré-requisitos:**

- História clínica detalhada e tempo de evolução
- Exame físico compatível com hipótese diagnóstica
- Exames de laboratório
- Laudo de Ecocardiograma prévio (exame obrigatório)
- Exames de imagens prévios, com laudo (se houver): RX de tórax PA/ Perfil, Tomografia Computadorizada
- Descrição de conduta realizada até o momento

● **Profissionais solicitantes:**

- Cardiologista, Clínico Geral da APS, Médico ESF.

<b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Casos documentados de alteração estrutural ao Ecocardiograma com sintomas graves, como precordialgia aos esforços, síncope e/ou a presença de arritmias ventriculares</li></ul>
<b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Casos documentados de alteração estrutural ao Ecocardiograma com sintomas leves a moderados, como dispneia aos esforços</li></ul>
<b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Casos documentados de alteração estrutural ao Ecocardiograma na ausência de sintomas;</li><li>● Ecocardiogramas com resultados divergentes, em que algum deles sugira patologia que represente indicação para o exame.</li></ul>



**AZUL**

- Acompanhamento de casos já documentados em Ressonância Magnética

### **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES (COLANGIORRESSONÂNCIA)**

- **Indicações:**

- Suspeita de lesões neoplásicas/expansivas de vesícula e vias biliares:
- Avaliar dilatação das vias biliares
- Investigação de processos inflamatórios/ infecciosos do fígado, vesícula e vias biliares
- Pesquisa de complicações tardias de processos infecciosos/ procedimentos cirúrgicos
- Pesquisa de Colestase/Obstrução (Colelitíase, Coledocolitíase)

- **Pré-requisitos:**

- História clínica detalhada e tempo de evolução
- Exame físico compatível com hipótese diagnóstica
- Exames de laboratório
- Exames de imagens prévios, com laudo (se houver): Ultrassonografia, Doppler de vasos hepáticos, Tomografia Computadorizada
- Descrição de conduta realizada até o momento

- **Profissionais solicitantes:**

- Gastroenterologista, Hepatologista, Infectologista, Reumatologista, Oncologista, Cirurgião Geral, Cirurgião do Aparelho Digestivo, Pediatra, Clínico Geral da APS, Médico ESF.

- **Orientações:**

- Sensibilidade maior que a da Tomografia Computadorizada para pesquisa e estadiamento de tumores de vesícula e vias biliares.
- Processos inflamatórios agudos devem ser encaminhados para avaliação hospitalar/emergência

**VERMELHO**

- Suspeita de neoplasias

**AMARELO**

- Avaliar dilatação/ estenose das vias biliares
- Investigação de processos inflamatórios/ infecciosos subagudos/ crônicos
- Pesquisa de Colestase/Obstrução (Colelitíase, Coledocolitíase)



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliação de complicações pós operatórias</li></ul>
VERDE	<ul style="list-style-type: none"><li>• Exame de seguimento de alterações crônicas de vias biliares</li></ul>

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOME SUPERIOR

- **Indicações:**

- Avaliação pré-operatória
- Suspeita de lesões neoplásicas/expansivas do fígado, das vias biliares, da vesícula biliar, do pâncreas, das adrenais, rins
- Caracterização de nódulos hepáticos atípicos/ suspeitos ao US e TC
- Detecção de nódulos hepáticos em pacientes com esteatose hepática moderada/severa (sensibilidade maior que o US e TC)
- Pacientes com cirrose hepática e suspeita de carcinoma hepatocelular (sensibilidade maior que o US e TC)
- Avaliação de sobrecarga hepática de Ferro
- Avaliação do pâncreas (processos inflamatórios/ complicações/ tumores)
- Processos infecciosos/ inflamatórios agudos e crônicos intra-abdominais
- Avaliação de complicações tardias de processos inflamatórios/ procedimentos cirúrgicos
- Avaliação de fístulas intra-abdominais
- Avaliar dilatação das vias biliares
- Pesquisa de colestase/obstrução (Colelitíase, Coledocolitíase)
- Linfonodomegalias abdome superior
- Suspeita de feocromocitoma ou adenoma da adrenal
- Pacientes com contraindicação para realização de Tomografia Computadorizada (alergia a iodo, gestantes)

- **Pré-requisitos:**

- História clínica detalhada e tempo de evolução
- Exame físico compatível com hipótese diagnóstica
- Exames de laboratório
- Exames de imagens prévios, com laudo (se houver): Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada
- Descrição de conduta realizada até o momento

- **Profissionais solicitantes:**

- Gastroenterologista, Infectologista, Nefrologista, Urologista, Endocrinologista, Hematologista, Cirurgião Vascular, Oncologista, Reumatologista, Pediatra, Clínico Geral, Clínico Geral da APS, Médico ESF.



● **Orientações:**

- Sensibilidade maior que a da Tomografia Computadorizada para pesquisa e estadiamento de tumores.
- Processos inflamatórios agudos devem ser encaminhados para avaliação hospitalar/emergência

<b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Suspeita de neoplasias</li><li>● Linfonomegalias suspeitas</li><li>● Suspeita de processos infecciosos/ inflamatórios subagudos/ crônicos e complicações</li><li>● Suspeita de feocromocitoma</li><li>● Suspeita de doença inflamatória intestinal em atividade</li></ul>
<b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Exame de seguimento de nódulos hepáticos suspeitos</li><li>● Exame de seguimento de cistos pancreáticos</li><li>● Exame de seguimento de adenoma adrenal</li><li>● Avaliação de sobrecarga hepática de Ferro</li><li>● Processos inflamatórios crônicos/ infecciosos de repetição</li><li>● Avaliação de fístulas intra-abdominais</li><li>● Investigação de dor abdominal aguda/ refratária</li></ul>
<b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Investigação de dor abdominal crônica</li></ul>

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PELVE/ ABDOME INFERIOR**

● **Indicações:**

- Suspeita de lesões neoplásicas/ expansivas de partes moles e órgãos pélvicos
- Caracterização de nódulos/cistos atípicos ao US e TC;
- Suspeita de feocromocitoma ou adenoma adrenal
- Processos Inflamatórios, linfoproliferativos ou Indefinidos no RX, US ou TC
- Avaliação de fístulas
- Malformações congênitas
- Complicações pós-cirúrgicas
- Avaliação de processos obstrutivos
- Investigação de alterações órgãos pélvicos (útero, ovários, próstata)



● **Pré-requisitos:**

- História clínica detalhada e tempo de evolução
- Exame físico compatível com hipótese diagnóstica
- Exames de laboratório
- Exames de imagens prévios, com laudo (se houver): RX simples, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada
- Descrição de conduta realizada até o momento

● **Profissionais solicitantes:**

- Gastroenterologista, Infectologista, Nefrologista, Urologista, Endocrinologista, Hematologista, Cirurgião Vascular, Ginecologista, Reumatologista, Pediatra, Clínico Geral da APS, Médico ESF.

● **Orientações:**

- Necessário preparo intestinal com laxante no dia que antecede o exame para evitar artefatos de resíduos no interior das alças intestinais;
- Processos inflamatórios agudos devem ser encaminhados para avaliação hospitalar/emergência

<b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Suspeita de neoplasias</li><li>● Linfonodomegalias suspeitas</li><li>● Suspeita de feocromocitoma</li><li>● Suspeita de processos inflamatórios/infecciosos subagudos/ crônicos complicados</li><li>● Investigação de hematúria sem causa definida ao USG/TC</li><li>● Suspeita de doença inflamatória intestinal em atividade</li></ul>
<b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Investigação de processos inflamatórios crônicos / estenoses</li><li>● Avaliação de fístula anorretal</li><li>● Avaliação de aumento volume prostático/ aumento de PSA</li><li>● Controle de cistos anexiais complicados</li><li>● Investigação de doença inflamatória pélvica</li><li>● Investigação de sangramento uterino anormal sem causa definida ao USG/TC</li><li>● Investigação de dor pélvica recorrente/ refratária</li></ul>
<b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Malformações congênitas</li><li>● Complicações pós-cirúrgicas</li><li>● Investigação inicial de dor pélvica crônica</li><li>● Investigação de sítios de endometriose</li><li>● Investigação trato intestinal baixo</li></ul>

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBROS E ARTICULAÇÕES**

- RM ANTEBRAÇO DIREITO
- RM ANTEBRAÇO ESQUERDO
- RM CALCÂNEO DIREITO
- RM CALCÂNEO ESQUERDO
- RM CLAVÍCULA DIREITA
- RM CLAVÍCULA ESQUERDA
- RM COTOVELO DIREITO
- RM COTOVELO ESQUERDO
- RM COXA DIREITA
- RM COXA ESQUERDA
- RM COXO-FEMURAL DIREITA
- RM COXO-FEMURAL ESQUERDA
- RM BACIA
- RM BRAÇO DIREITO
- RM BRAÇO ESQUERDO
- RM MÃO DIREITA
- RM MÃO ESQUERDA
- RM MEMBRO INFERIOR DIREITO
- RM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
- RM MEMBRO SUPERIOR DIREITO
- RM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO
- RM OMBRO DIREITO
- RM OMBRO ESQUERDO
- RM PÉ DIREITO
- RM PÉ ESQUERDO
- RM PERNA DIREITA
- RM PERNA ESQUERDA
- RM PUNHO DIREITO
- RM PUNHO ESQUERDO
- RM QUADRIL DIREITO
- RM QUADRIL ESQUERDO
- RM SACRO-ILÍACAS
- RM TORNOZELO DIREITO
- RM TORNOZELO ESQUERDO
- RM JOELHO DIREITO
- RM JOELHO ESQUERDO

● **Indicações:**

- Malformações congênitas
- Suspeita de lesões neoplásicas de partes moles e ósseas



- Patologias degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas
- Patologias inflamatórias, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas
- Traumas
  
- **Pré-requisitos:**
  - História clínica detalhada e tempo de evolução
  - Exame físico compatível com hipótese diagnóstica
  - Exames de imagens prévios, com laudo, dependente da hipótese diagnóstica: RX simples, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada
  - Descrição de conduta realizada até o momento
  
- **Profissionais solicitantes:**
  - Ortopedista, Reumatologista, Fisiatra, Infectologista, Cirurgião Vascular, Neurologista, Neurocirurgião, Pediatra, Cirurgião Pediátrico, Médico do Trabalho, Clínico Geral da APS, Médico ESF.
  
- **Orientações:**
  - Recurso não indicado para diagnóstico de fraturas simples (detecção); avaliação de tendinites e sinovites.

<b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Suspeita de neoplasias ósseas e de partes moles</li></ul>
<b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Traumatismos articulares recentes</li><li>● Fraturas ocultas</li><li>● Suspeita de lesões ligamentares ou neurais decorrentes de lesões osteoarticulares</li><li>● Exames pré-operatórios para planejamento cirúrgico</li><li>● Suspeita de condições articulares que predispõem a evolução para osteoartrite secundária</li></ul>
<b>VERDE</b>	

**COLABORADORES**

Ana Paula Godoy Finger  
Médica – Setor de Regulação  
Secretaria de Saúde de Palhoça/SC

João Eduardo Marten Teixeira  
Médico – Setor de Regulação  
Secretaria de Saúde de Palhoça/SC

Marcelo Eduardo Testoni Pedroso  
Médico teleconsultor – Setor de Regulação  
Secretaria de Saúde de Palhoça/SC

Cleudeni Moraes dos Santos  
Superintendente Setor Regulação  
Secretaria de Saúde de Palhoça/SC

Natália Souza Schmitz  
Coordenadora Setor Regulação  
Secretaria de Saúde de Palhoça/SC

Sandra Ribeiro de Abreu  
Secretária Municipal de Saúde  
Secretaria de Saúde de Palhoça/SC