

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÃO-ME-TOQUE / RS**

ANEXO I

**PROTOCOLO DE ACESSO A
EXAMES DE MÉDIA E
ALTA COMPLEXIDADE**

1ª EDIÇÃO

NOVEMBRO / 2018

2018 Secretaria Municipal da Saúde de Não-Me-Toque.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. O conteúdo desta pode ser acessado na página

1ª edição (Versão final) – 2018

Elaboração, distribuição e informações:

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Dr. Otto Stahl, 469.

Telefone: (54) 3332-4042

Site: www.naometoquers.com.br

E-mail: saude@naometoquers.com.br

Pedro Paulo Falcão da Rosa
Prefeito Municipal

Marco Antonio da Costa
Secretário Municipal de Saúde

EQUIPE TÉCNICA DE REVISÃO:

Gilmar Iesbich Finkler
Médico – CRM 14092

Mayara Lopes Goelzer
Médica – CRM 41069

Alessandra Piveta
Enfermeira – Coren 111565

Renata Silva Pietro Kraemer
Enfermeira – Coren 194617

Apoio Administrativo:

Marcia Regina de Souza
Enfermeira – Coren 292611

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	7
2. OBJETIVOS.....	8
3. DIRETRIZES	8
4. PROCEDIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES.....	10
5. PROCEDIMENTO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	11
5.1 TOMOGRAFIAS.....	11
5.1.1 TOMOGRAFIA DE HEMITÓRAX, PULMÃO E MEDIASTINO.....	11
5.1.2 TOMOGRAFIA DE TÓRAX.....	12
5.1.3 TOMOGRAFIA DE COLUNA	13
5.1.4 TOMOGRAFIA DE FACE/SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES TEMPORO- MANDIBULARES	13
5.1.5 TOMOGRAFIA DE PESCOÇO	14
5.1.6 TOMOGRAFIA DO ABDOME SUPERIOR.....	14
5.1.7 TOMOGRAFIA DA PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR	15
5.1.8 TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA E PÉ.....	16
5.1.9 TOMOGRAFIA DE CRÂNIO E SELA TURCICA	17
5.2 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	18
5.2.1 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	21
5.2.2 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBO-SACRA	21
5.2.3 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA TORÁCICA.....	21
5.2.4 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	22
5.2.5 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÕES TÊMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL).....	23
5.2.6 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL).....	23

5.2.7 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	23
5.2.8 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX.....	23
5.2.9 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR.....	24
5.2.10 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONÂNCIA	25
5.2.11 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR	25
5.3 ULTRASSONOGRAFIAS	26
5.3.1 ULTRASSONOGRAFIA DE MAMÁRIA BILATERAL.....	26
5.3.2 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL.....	27
5.3.3 ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	27
5.3.4 ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL.....	27
5.3.5 ULTRASSONOGRAFIA DA PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL	29
5.3.6 ULTRASSONOGRAFIA DA PRÓSTATA TRANSRETAL.....	29
5.3.7 ULTRASSONOGRAFIA DO APARELHO URINÁRIO	30
5.3.8 ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOMEN SUPERIOR	31
5.3.9 ULTRASSONOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES	31
5.3.10 ULTRASSONOGRAFIA DO GLOBO OCULAR/ORBITA (MONOCULAR)	32
5.3.11 ULTRASSONOGRAFIA DO TÓRAX (EXTRACARDÍACA)	32
5.3.12 ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	33
5.3.13 ULTRASSONOGRAFIA DA TIREÓIDE	34
5.3.14 ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA	34
5.3.15 ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER FLUXO OBSTÉTRICO	35
5.3.16 ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	35
5.3.17 ULTRASSONOGRAFIA DE DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3 VASOS)	36
5.4 ECOCARDIOGRAMA (ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA).....	36
5.5 COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA).....	38
5.6 DENSITOMETRIA ÓSSEA.....	40

5.7 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA).....	42
5.8 MAMOGRAFIA.....	43
5.9 MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO.....	43
5.10 EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS.....	46
6. ANEXOS.....	47
6.1 ANEXO I - Laudo de BPA-I.....	47
7. CONSIDERAÇÕES.....	48
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49

1. APRESENTAÇÃO

Os princípios de organização de Redes de Atenção à Saúde – RAS estabelecem a Atenção Básica como ordenadora e estruturante do sistema de saúde, coordenadora do cuidado e centro de comunicação da RAS. A Atenção Básica deve constituir a porta de entrada preferencial dos usuários com o sistema, sendo o primeiro elemento de um processo contínuo e integral de atenção.

A regulação assistencial ou regulação do acesso consiste na “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”, sendo um mecanismo de organização e gestão da rede de atenção à saúde.

O processo regulatório deve favorecer a resolução dos casos que exigem a ação coordenada de vários pontos da rede de atenção, permitindo o conhecimento mais aprofundado e dinâmico da rede assistencial, identificando áreas críticas e necessidades de saúde, contribuindo para melhor controle dos gastos em saúde, otimização dos recursos e qualificação da prestação de serviços de saúde.

O processo de regulação deve ocorrer em todos os níveis de produção do cuidado (rede de atenção básica e especializada e rede de urgências) e através das Centrais de Regulação em cada nível. A Central Municipal de Regulação é a estrutura responsável pelo recebimento, avaliação (profissional habilitado) e agendamento de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, conforme oferta disponível em Unidades Prestadoras de Serviços Municipais, contratadas ou referenciadas.

A implantação de PROTOCOLOS DE ACESSO A EXAMES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE constitui uma qualificação na estrutura reguladora do município de Não-Me-Toque, na medida em que esses instrumentos permitem a avaliação da classificação de risco, ordenam o fluxo e promovem a equidade acesso aos exames de diagnóstico disponibilizados pelo município na média e alta complexidade, além do escopo da atenção básica.

2. OBJETIVOS

- Garantir os princípios de universalidade, integralidade e equidade previstos pelo SUS;
- Valorizar e estimular o atendimento RESOLUTIVO na Atenção Básica.
- Aprimorar os critérios técnicos de indicação de exames de apoio diagnóstico.
- Qualificar a avaliação da classificação de risco e definir prioridade de agendamento.
- Monitorar os pontos de estrangulamento na oferta e na demanda.

3. DIRETRIZES

3.1 DIRETRIZES GERAIS

Como regra geral, as solicitações da maioria dos exames deste protocolo, especialmente os de Colonoscopia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, eletroencefalograma e outros de maior complexidade, 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, em casos especiais de difícil diagnóstico. Nesses casos, deverá ser anotado no pedido, de forma sucinta, os itens abaixo listados, para posterior análise dos casos individualmente por profissional habilitado, 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;

3.2 DIRETRIZES ESPECÍFICAS

- ✓ Estes protocolos se destinam a regular o acesso a exames complementares de média e alta complexidade em situações prioritárias e de excepcionalidade, considerando que a disponibilidade é finita e portanto a solicitação deve ser uma conduta reservada apenas àqueles pacientes com indicação clínica enquadrada nas hipóteses diagnósticas e prioridades, baseada nas melhores evidências e indicação clínica disponíveis. Não se destina, portanto ao uso indiscriminado como ferramenta de diagnóstico usual de atenção básica.
- ✓ Exames de média e alta complexidades devem ser preferencialmente solicitados por profissionais especialistas na área respectiva, reservando-se a atenção básica a prescrição destes exames nos casos prioritários indicados neste protocolo e em caráter excepcional.
- ✓ Sempre que necessário e recomendado pelos protocolos clínicos e terapêuticos do Ministério da Saúde, disponíveis em disponível no sítio <http://portalms.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>, deve-se encaminhar o paciente a referência de maior complexidade utilizando-se dos recursos disponíveis para diagnóstico e manejo dos pacientes da atenção básica.
- ✓ O Código de Ética Médica define como infração: Art. 82. Usar formulários de instituições públicas para prescrever ou atestar fatos verificados na clínica privada. As solicitações da rede particular devem ser emitidas em receituários e/ou impressos próprios do consultório/entidade, com indicação do exame e justificativas necessárias para avaliação e autorização.
- ✓ A transcrição de solicitação da rede particular implica na responsabilidade pelo paciente e médico responsável. O médico da unidade de saúde deverá preencher o formulário com todas as informações necessárias, anexar o pedido original e anotar **“transcrição de pedido”**.
- ✓ As solicitações para finalidades que não sejam a elucidação diagnóstica ou não realizadas dentro da classificação de prioridade e risco constantes destes protocolos (para fins de perícias, avaliações para concessão de benefícios e outros a pedido do paciente) devem conter no formulário da informação **“a pedido do paciente”**, e somente serão concedidas se houver disponibilidade após atendidos todos os demais usuários com indicação clínica enquadrada nas prioridades e hipóteses clínicas elencadas.
- ✓ O paciente/usuário essencialmente SUS terá prioridade de agendamento.
- ✓ NÃO se pretende com este documento esgotar todas as situações, mas sim sugerir a melhor conduta para as situações mais frequentes em cada tipo de encaminhamento/exame.

4. PROCEDIMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES

- ✓ Toda solicitação de exame/procedimento deve ser feita em documento próprio, preferencialmente emitido pelo sistema de informações disponível ao profissional (E-sus ou equivalente). Caso o sistema informatizado estiver indisponível, deverá ser feito em formulário normatizado e regulado pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme Anexo I deste protocolo;
- ✓ Toda solicitação de exame/procedimento para ser autorizada deve estar preenchida corretamente, de **maneira legível** e em todos os campos: principalmente, **nome completo, data de nascimento, número do cartão SUS, exame/procedimento, critérios para solicitação/justificativa clínica, carimbo e assinatura do solicitante e identificação da unidade de saúde;**
- ✓ **O preenchimento adequado da solicitação 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.**
- ✓ Descrever o quadro clínico (anamnese e exame físico) que justifique o pedido, descrevendo e anexando também, obrigatoriamente, resultados de exames prévios, relacionados ao quadro, considerados pré-requisito para a concessão;
- ✓ 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, com carimbo e assinatura;
- ✓ O formulário de requisição de exames deve ter identificação da unidade de saúde.

4.1 CRITÉRIOS DE PRIORIDADE

Os critérios adotados para classificação de prioridade serão os seguintes:

- **URGENTE:** são situações clínicas graves e/ou que necessitam um agendamento imediato ou no máximo em **até 30 dias**.
- **PRIORITÁRIO:** são situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, para próximos dias, no máximo em **até 90 dias**.
- **ELETIVO:** são situações clínicas que não necessitam um agendamento prioritário, podendo aguardar **mais que 90 dias**.

ATENÇÃO: Esta classificação destina-se exclusivamente a **regulação ambulatorial**. Toda situação que necessitar encaminhamento imediato ao especialista ou remoção, em caso de urgência ou emergência com risco de morte **não deve ser encaminhado ambulatorialmente**, mas sim através da rede de urgência/emergência hospitalar de referência, com acionamento de serviço de ambulâncias, se houver necessidade de remoção.

5. PROCEDIMENTOS/EXAMES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

5.1 TOMOGRAFIAS

A tomografia computadorizada (TC) é um exame complementar de diagnóstico por imagem, que consiste numa imagem que representa uma secção ou "fatia" do corpo. É obtida através do processamento por computador de informação recolhida após expor o corpo a uma sucessão de raios X.

5.1.1 TOMOGRAFIA DE HEMITÓRAX, PULMÃO E MEDIASTINO

CÓDIGO SUS: 02.06.02.004-0

Indicações:

- Alargamento do mediastino;
- Dissecção de aneurisma;
- Síndrome da compressão de veia cava superior;
- Suspeita de mediastinite;
- Alterações endócrinas ou metabólicas de origem mediastinal;
- Estudar transição cérvico-torácica ou tóraco-abdominal;
- Estadiamento dos tumores do esôfago e pulmão;
- Pesquisa de adenomegalia;
- Diferenciar abscesso de empiema;
- Pesquisa de metástases pulmonares;
- Pesquisa de foco de infecção e neoplasias;
- Avaliação de enfisema pulmonar para avaliação de cirurgia redutora de pulmão;
- Hemoptise;
- Bronquiectasias.

Pré-Requisitos:

- RX simples com laudo.

Prioridades:

- Pesquisa de metástase;

5.1.2 TOMOGRAFIA DE TÓRAX**CÓDIGO SUS: 02.06.02.003-1****Indicações:**

- Traumatismo;
- Sangramentos (vias aéreas);
- Tumores (diagnóstico e estadiamento);
- Metástases (detecção e acompanhamento);
- Nódulos não-neoplásicos (avaliação e acompanhamento);
- Pneumopatias intersticiais;
- Mediastino, Hilos, Pleura (avaliação);
- Bronquiectasias (acompanhamento);
- Síndrome de compressão da veia cava superior;
- Doenças da aorta (aneurisma/dissecção);
- Tromboembolismo pulmonar;
- Fraturas de costelas com lesão pulmonar ou pleural.

Pré-Requisitos:

- História Clínica;
- RX do tórax PA/Perfil (com laudo).

Prioridades:

- Traumatismo;
- Sangramento;
- Tumores (diagnóstico e estadiamento).

5.1.3 TOMOGRAFIA DE COLUNA

CERVICAL-CÓDIGO SUS: 02.06.01.001-0

LOMBO-SACRA-CÓDIGO SUS: 02.06.01.002-8

TORÁCICA-CÓDIGO SUS: 02.06.01.003-6

Indicações:

- Fratura (suspeita);
- Estenose do Canal Medular (suspeita);
- Tumores (diagnóstico e estadiamento);
- Metástases (detecção e acompanhamento);
- Processos Expansivos;
- Hérnia Discal;
- Má formação congênita;
- Rastreamento metástases ósseas;
- Controle pós-operatório.

Pré-Requisitos:

- História Clínica;
- Exame físico;
- RX simples de coluna (com laudo).

Prioridades:

- Processo expansivo;
- Estenose de canal medular (suspeita).

5.1.4 TOMOGRAFIA DE FACE/SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES

CÓDIGO SUS: 02.06.01.004-4

Indicações:

- Sinusopatia crítica;
- Trauma facial;

- Pólipos mal caracterizados por radiografia dos seios da face;

- Tumores.

Pré-Requisitos:

- História Clínica;
- RX dos Seios da Face com laudo.

Prioridades:

- Tumores;
- Trauma facial.

5.1.5 TOMOGRAFIA DE PESCOÇO

CÓDIGO SUS: 02.06.01.005-2

Indicações (geralmente com uso de contraste):

- Tumores;
- Má formação vascular;
- Estadiamento de neoplasias;
- Estudo de carótidas e vertebrais;
- Processos inflamatórios.

Pré-Requisitos:

- Exame físico;
- RX simples;
- US do pescoço.

5.1.6 TOMOGRAFIA DO ABDOME SUPERIOR

CÓDIGO SUS: 02.06.03.001-0

Indicações:

- Traumatismos;
- Abscessos;
- Tumores (diagnóstico e estadiamento);
- Processos expansivos;
- Ruptura de órgãos (suspeita);
- Pesquisa de metástases;
- Aneurismas;
- Pancreatites;
- Linfonodomegalia;
- Cálculo renal;
- Hemorragias.

Pré-Requisitos:

- História Clínica;
- Exame físico;
- RX simples de abdome;
- US.

Prioridades:

- Aneurisma;
- Pancreatite necro-hemorrágica;
- Tumor renal/cálculo renal em rim único.

5.1.7 TOMOGRAFIA DA PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR

CÓDIGO SUS: 02.06.03.003-7

Indicações:

- Traumatismos;
- Processos inflamatórios;

- Malformações congênitas;
- Tumores (diagnóstico e estadiamento);

Processos expansivos;

- Metástases (detecção e acompanhamento);
- Cálculo renal.

Contra-indicação:

- Gravidez.

Pré-requisitos:

- História clínica;
- Exame físico;
- US de pelve.

5.1.8 TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES

CÓDIGO SUS: 02.06.02.001-5 - Tomografias de Articulações de Membro Inferior

Articulações Sacro-Iliacas

Articulações Coxo-Femorais

Articulações dos Joelhos

Articulação dos tornozelos

Lombo-sacra

CÓDIGO SUS: 02.06.03.002-9 - Tomografias de Articulações de Membro Superior

Articulações Esterno-Claviculares

Articulações dos Ombros

Articulações dos Cotovelos

Articulações dos Punhos

CÓDIGO SUS: 02.06.02.002-3 – Tomografias de segmentos apendiculares

Braço

Antebraço

Mão

Coxa
Perna
Pé

Indicações:

- Metástases (detecção e acompanhamento);
- Traumatismos;
- Tumores (diagnóstico e estadiamento) e metástases (detecção e acompanhamento);
- Processos expansivos;
- Fraturas (cominutivas);
- Artrose;
- Controle de pós-operatório.

Pré-requisitos:

- História clínica;
- Exame físico;
- RX da articulação com laudo ou US articular;

Prioridade:

- Processo expansivo;
- Fraturas (cominutivas);
- Má formação congênita.

5.1.9 TOMOGRAFIA DE CRÂNIO E SELA TURCICA

CÓDIGO SUS: 02.06.01.007-9 / 02.06.01.006-0

Indicações:

- Aneurismas;
- AVCs;
- Cefaléia grave a esclarecer;
- Convulsões recentes a esclarecer;

- Distúrbio do comportamento;
- Doenças Degenerativas do Encéfalo;
- Estudo da hipófise;
- Hemorragias;
- Hidrocefalia;
- Metástases (detecção e acompanhamento);
- Processos Expansivos;
- Traumatismo;
- Tumores (diagnóstico e estadiamento).

Pré-requisitos:

- História clínica;
- Exame físico;
- RX de sela túrcica com laudo;
- RX de crânio com laudo;
- Exame do líquido (se doença infecciosa).

Prioridades:

- Pesquisa de metástase cerebral;
- Crise convulsiva a esclarecer de origem recente;
- Forte suspeita de tumor cerebral.

5.2 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Devido à 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 (depende 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);
- Cânula de traqueostomia metálica (trocar por cânula plástica);
- Molas de embolização (checar 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 de a 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.

5.2.1 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL/PESCOÇO

CÓDIGO SUS: 02.07.01.003-0

5.2.2 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBO-SACRA

CÓDIGO SUS: 02.07.01.004-8

5.2.3 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA TORÁCICA

CÓDIGO SUS: 02.07.01.005-6

Indicações:

- Tumores ósseos primários (suspeita);
- Metástases;
- Processos expansivos;
- Hérnia de disco;
- Esclerose múltipla;
- Investigação de tuberculose extrapulmonar;
- Prurido braquirradial;
- Notalgia parestésica.
- Traumatismos graves (quando não houver possibilidade de encaminhamento ao especialista)

Pré-Requisitos:

- História Clínica;

- RX simples com laudo;
- TC com laudo, se necessário.

5.2.4 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO

CÓDIGO SUS: 02.07.01.006-4

Indicações:

- AVC isquêmico;
- Infartos cerebrais múltiplos (suspeita);
- Tumores (diagnóstico);
- Metástases (detecção);

- Demência;
- Lesões orbitárias ou trato Visual;
- Suspeita de aneurisma e má formação vascular;
- Suspeita de infecções intracranianas;
- Suspeita de esclerose múltipla;
- Lesões decorrentes de traumatismo(quando não encaminhadas a especialista)

Pré-Requisitos:

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

Prioridades:

- Lesão orbitária e
- Tumores cerebrais.

5.2.5 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÕES TÊMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)

CÓDIGO SUS: 02.07.01.002-1

5.2.6 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)

CÓDIGO SUS: 02.07.02.002-7

5.2.7 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)

CÓDIGO SUS: 02.07.03.003-0

Indicações:

- Traumatismos Articulares;
- Fraturas Ocultas;
- Alterações de partes moles (Lesões ligamentares, nervos).

Pré-Requisitos:

- História Clínica;
- RX simples com laudo;
- USG Articular com laudo (quando indicado).

Prioridades:

- Traumatismos articulares e
- Fraturas ocultas.

5.2.8 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX

CÓDIGO SUS: 02.07.02.003-5

Indicações:

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

- Lesão decorrente de traumatismo(quando não houver possibilidade de encaminhamento ao especialista)

Pré-Requisitos:

- História clínica;
- RX tórax PA/Perfil com laudo e
- TC tórax, se necessário.

Prioridade:

- Tumores.

5.2.9 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR

CÓDIGO SUS: 02.07.03.001-4

5.2.10 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONÂNCIA

CÓDIGO SUS: 02.07.03.004-9

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;
- Adenoma de suprarenal;
- Diferenciar tumor hepático e hemangioma;
- Pacientes com cirrose hepática e suspeita de carcinoma hepatocelular;
- Doenças dos ductos pancreáticos e vias biliares;
- 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 órgãos sólidos (suspeita);
- Implantes metálicos.

Pré-Requisitos:

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

Prioridades:

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

5.2.11 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR

CÓDIGO SUS: 02.07.03.002-2

Indicações:

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

Pré-Requisitos:

- História Clínica;
- Exame Físico;
- US pélvico com laudo;
- TC da pelve (se necessário).

Prioridades:

- Tumores.

5.3 ULTRASSONOGRAFIAS

5.3.1 ULTRASSONOGRAFIA DE MAMÁRIA BILATERAL

CÓDIGO SUS: 02.05.02.009-7

A ultrassonografia é sempre complementar à mamografia, com exceção para pacientes jovens (abaixo de 40 anos), quando representa o exame de escolha para a primeira avaliação.

Indicações:

- Nódulo sem expressão, porque a mama é densa ou por que está em zona cega na mamografia;
- Avaliação da suspeita de nódulos palpáveis, principalmente em mamas jovens;
- Identificação e caracterização de anormalidades palpáveis;
- Para avaliar problemas associados com implantes mamários;
- Para guiar procedimentos invasivos (Aspiração de Cistos e Aspiração pré-cirúrgica e biópsia);
- Massas palpáveis em mulheres com idade abaixo de 35 anos;
- Imagem suspeita em mamografia - BIRADS 0 ou ≥ 3 e/ou se mamas muito densas;
- Imagem suspeita em mamografia de pacientes com idade igual ou inferior a 35 anos; - Indicada para pacientes acima de 40 anos.

Pré-Requisitos:

- História Clínica;
- Exame físico;
- Ultrassom prévio (se houver);
- Mamografia (se houver).

Prioridades:

- Pacientes com idade inferior a 40 anos de idade com indicação de ultrassonografia mamária por histórico familiar de câncer;
- Paciente com indicação de ultrassonografia mamária por achados no exame clínico de mamas.

5.3.2 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL

CÓDIGO SUS 02.05.02.004-6

Indicações:

- Lesões tumorais (císticas e sólidas);
- Aneurismas;
- Colelitíase;
- Nefrolitíase;
- Estudo do Retroperitônio;
- Orientar biópsia para punção de lesões tumorais;
- Alterações morfofuncionais;
- Dor abdominal;
- Hepatoesplenomegalia;
- Pancreatopatias;
- Trauma.

Pré-requisitos:

- História clínica detalhada;
- Exame físico;
- Raio-X simples (conforme caso).

Prioridades:

- Suspeita de câncer e situações que dependam do resultado do exame para intervenção imediata ou suspeita de agudização de doença preexistente.

5.3.3 ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)

CÓDIGO SUS: 02.05.02.016-0

5.3.4 ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL

CÓDIGO SUS: 02.05.02.018-6

Indicações:

- Dor pélvica aguda;
- Dor pélvica crônica;
- Anexites;
- Investigação de massa abdominal;
- Diagnóstico diferencial de tumores pélvicos;
- Sangramento genital pós-menopausa;
- Sangramento genital anormal no menacme;
- Seguimento periódico de climatério;
- Amenorréia primária;
- Amenorréia secundária não relacionada à gravidez;
- Tumores e cistos ovarianos pré e pós menopausa;
- Gestação de 1º. Trimestre.

Pré-Requisitos:

- História Clínica;
- Exame Físico;
- Preventivo recente;
- EAS;
- RX simples (conforme o caso);
- USG prévio (se houver).

Prioridade:

- Gestantes e idosas com suspeitas de CA.

Atenção: O exame não deverá ser repetido com menos de 1 ano. Exceções, em casos graves, sendo necessária justificativa por escrito do médico solicitante.

5.3.5 ULTRASSONOGRAFIA DA PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL

CÓDIGO SUS: 02.05.02.010-0

5.3.6 ULTRASSONOGRAFIA DA PRÓSTATA TRANSRETAL

CÓDIGO SUS: 02.05.02.011-9

Indicações:

- Câncer Prostático (suspeita);
- Hipertrofia prostática benigna;
- Prostatite;
- Infertilidade;
- Exame de PSA com alteração acima dos valores de referência normal;
- Prostatismo.

Pré-Requisitos:

- História Clínica;
- Exame de PSA;
- Exame de toque retal;
- USG prévia (se houver).

Prioridade:

- PSA alterado em pacientes acima de 40 anos.

5.3.7 ULTRASSONOGRAFIA DO APARELHO URINÁRIO

CÓDIGO SUS: 02.05.02.005-4

Indicações:

- Tumores;
- Litíase;
- Rim policístico;
- Insuficiência Renal;

- Hipertensão Arterial Sistólica Renovascular (suspeita);
- Disfunção miccional.

Pré-Requisitos:

- História Clínica;
- Exame físico;
- EAS;
- Função renal;
- Raio X simples (conforme o caso);
- USG de abdome prévia (se houver).

Prioridades:

- História clínica compatível com as indicações acima;
- Passado de litíase de vias urinárias;
- Crianças e RN com infecções urinárias, comprovadas por urocultura ou internação prévia por sepse ou pielonefrite.

5.3.8 ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOMEN SUPERIOR

CÓDIGO SUS: 02.05.02.003-8

Indicações:

- Colelitíase;
- Hepatopatias;
- Tumores.

Pré-Requisitos:

- História Clínica;
- Exame Físico;
- Transaminases hepáticas;
- Raio X simples (conforme o caso);

- USG prévio (se houver).

Prioridades:

- Suspeita de câncer e sinais de obstrução das vias biliares;
- Histórico compatível com cólica biliar;
- Portadores de hepatite B e C;
- Acompanhamento de doenças crônicas de recém nascidos.

5.3.9 ULTRASSONOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES

CÓDIGO SUS 02.05.02.006-2

Indicações:

- Artrite séptica;
- Tendinites;
- Cistos Sinoviais;
- Lesão por esforço repetido (LER);
- Disfunção da Articulação temporomandibular;
- Derrames Articulares;
- Bursites;
- Espessamento de Bainha Tendinosa de qualquer natureza;
- Lesão muscular e tendinosa.

Pré-Requisitos:

- História Clínica;
- Exame físico;
- Raio X simples (conforme o caso).

Prioridade:

- Artrite séptica.

5.3.10 ULTRASSONOGRRAFIA DO GLOBO OCULAR/ORBITA (MONOCULAR)

CÓDIGO SUS: 02.05.02.008-9

Indicações:

- Tumores intra-oculares;
- Catarata;
- Traumas oculares;
- Patologias coróideas;
- Patologias vitrais e retinianas;
- Doenças do nervo óptico e da órbita;
- Controle do glaucoma congênito.

Pré-Requisitos:

- História Clínica;
- Exame físico;
- Antecedentes pessoais e familiares referentes à patologia pesquisada.

Prioridades:

- Traumatismo;
- Suspeita de tumor.

5.3.11 ULTRASSONOGRRAFIA DO TÓRAX (EXTRACARDÍACA)

CÓDIGO SUS: 02.05.02.013-5

Indicações:

- Derrame Pleural;
- Pleuropatias;
- Patologias do diafragma;
- Patologias do mediastino.

Pré-Requisitos:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Raio-X do tórax PA / Perfil.

Prioridade:

- Histórico clínico compatível com os indicadores acima.

5.3.12 ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL

CÓDIGO SUS: 02.05.02.007-0

Indicações:

- Aumento da bolsa escrotal;
- Tumores;
- Varicocele;
- Cistos de cordão;
- Infecções;
- Torções/ traumas;

Pré-Requisitos:

- História Clínica;
- Exame físico;
- Raios-X simples (conforme o caso).

Prioridade:

- Suspeita de câncer;
- Crianças;
- Adolescentes.

5.3.13 ULTRASSONOGRAFIA DA TIREÓIDE

CÓDIGO SUS: 02.05.02.012-7

Indicações:

- Hipotireoidismo;
- Hipertireoidismo;
- Cistos;
- Tumores.

Pré-Requisitos:

- História Clínica;
- Exame Físico;
- Exames de laboratório (TSH, T4) com alteração;.

Prioridade:

- Nódulo de tireóide;
- Punção para biópsia.

5.3.14 ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA

CÓDIGO SUS: 02.05.02.014-3

Indicações:

- Acompanhamento obstétrico de rotina-(recomendação de 2 no primeiro trimestre e 2 nos seguintes) ou a critério do médico assistente e nos seguintes casos:

- Doença hipertensiva da gravidez (DHEG);
- Seguimento de desenvolvimento fetal;
- Medida de espessura do colo uterino;
- Localização da placenta, nos casos suspeitos de placenta prévia;
- Acretismo placentário (suspeita);
- Oligodrâmnio e Polidrâmnio;
- Gestante obesa grau 3(IMC >40);

- Erro provável de data do parto;
- Amniorexe prematura confirmada;
- Gravidez múltipla;
- Ausência de BCF;
- Sofrimento fetal;
- Circular de cordão;
- Crescimento Intra-Uterino Retardado (CIUR).
- Investigação de alterações fetais por causas infecciosas, medicamentosas ou outras relacionadas a gestante;

Pré-requisitos:

- História clínica;
- Exame Física;
- Teste de Gravidez;
- Cartão de pré-natal.

Prioridade:

- Todas as gestantes.

5.3.15 ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER FLUXO OBSTÉTRICO

CÓDIGO SUS: 02.05. 01.005-9

5.3.16 ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO

CÓDIGO SUS: 02.05.02.015-1

Indicação:

- Retardo de crescimento intra-uterino;
- Gestante diabética e/ou hipertensa;
- Idade gestacional acima de 32 semanas.

- Investigação de má formação cardíaca congênita;

Pré-requisitos:

- História Clínica;
- Exame físico;
- USG obstétrica.

5.3.17 ULTRASSONOGRAFIA DE DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3 VASOS)

CÓDIGO SUS: 02.05.01.004-0

Indicações:

- Isquemia cerebral transitória ou prolongada;
- Síncope;
- Sopros carotídeos;
- Massa pulsátil cervical;
- Síndrome Vertiginosa;
- Amaurose Unilateral;
- Avaliar roubo da subclávia (suspeita);
- Avaliação para cirurgia de artérias carótidas e/ou vertebrais;
- Vertigem severa.
- Trombose venosa

Pré-requisitos:

- História Clínica;
- Exame Físico;
- RX Simples (conforme o caso).

5.4 ECOCARDIOGRAMA (ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA)

CÓDIGO SUS: 02.05.01.003-2

- Prioritariamente por profissional especialista(cardiologia).

Indicações:

- Lesão valvular, inclusive PVM;
- Disfunção ventricular esquerda de qualquer etiologia;
- Cardiopatias congênitas;
- HAS;
- Miocardiopatia (dilatada, hipertrófica e restitivas);
- Endocardite infecciosa;
- Avaliação de próteses valvulares;
- IAM;
- Doenças do pericárdio;
- Massas cardíacas;
- Lesões de artéria aórtica (ECO transesofágico é recomendado);
- Transtornos neurológicos (AVC com evidencia de doença clinica);
- Embolia pulmonar com ou sem evidencia de doença cardíaca.
- Síncope;
- Doenças pulmonares (hipertensão pulmonar), trombo em coração direito, avaliação da doença pulmonar sobre coração.

Pré-requisitos:

- História clinica;
- Exame físico;
- Raio-X simples (conforme o caso);
- ECG;
- Teste Ergométrico (se houver).

Prioridades:

- ECG alterado;

- Uso de medicações cardiotóxicas;
- Pacientes pós-infarto;
- Pós-cirurgia cardíaca;
- Menores de 05 anos e maiores de 65 anos.

Atenção: Em caso de exames com menos de 1 ano deverá ser acompanhado de relatório médico para avaliação do pedido.

O ecocardiograma fetal deverá ser solicitado prioritária e preferencialmente pelo médico obstetra no ambulatório de alto risco.

5.5 COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)

CÓDIGO SUS: 02.09.01.002-9

A colonoscopia é no momento o melhor método diagnóstico para as doenças do colón e reto, pela precisão, acurácia, facilidade de biópsias e possibilidade de procedimentos terapêuticos. Sendo considerado exame de eleição para o seguimento e prevenção de doenças neoplásicas, como também pela possibilidade de visualizar o íleo terminal, documentar fotograficamente as lesões, marcar e tatuar preventivamente áreas suspeitas para revisão posterior. Porém, para melhores resultados, é necessário que o preparo intestinal seja simples, eficaz e adaptado às condições dos pacientes.

Indicações:

- Confirmação de alterações de resultados de exames não invasivos, tais como: RX, TC e US;
- História pessoal ou familiar de adenoma colo-retal ou câncer colo-retal, endométrio, ovário, mama, ureter, pelve renal, pâncreas, intestino delgado e hepatobiliar;
- Portadores de doença Intestinal Inflamatória (Retocolite Ulcerativa ou Doença de Crohn);
- Alterações do hábito intestinal (diarréia e/ou constipação);
- Diarréia crônica;
- Emagrecimento;
- Anemia ferropriva;
- Pesquisa de sangue oculto nas fezes positivo;
- Evacuação incompleta;
- Hemorragia digestiva baixa;

- Sangramento retal não orifical;
- Muco nas fezes;
- Acompanhamento de pólipos intestinais (investigação e tratamento);
- Investigação de dor abdominal crônica e sem causa aparente;
- Corpo estranho;
- Angiodisplasia;
- Tumores malignos e benignos de cólon;
- Aumento do CEA;
- Portadores de síndrome de Lynch;

Prioridades:

- Hemorragia digestiva baixa;
- Suspeita de neoplasia;
- Suspeita de doença inflamatória intestinal.

Contra-indicações: Podem ser relativas ou absolutas.

Absoluta:

- Quando um paciente apresentar qualquer suspeita clínica ou radiológica de abdome agudo perfurativo, ou de diverticulite aguda;
- Megacólon tóxico;
- A polipectomia está contra-indicada quando o preparo do cólon não estiver adequado, com coagulopatia, e/ou com uso de antiagregante plaquetário.

Relativa:

- Neutropenia importante;
- Infarto recente do miocárdio;
- Embolia pulmonar recente;
- Grande aneurisma da aorta ou de ilíaca;
- Grande esplenomegalia;
- Gravidez após o 2º semestre.

Pré-requisitos:

- História clínica detalhada com antecedentes pessoais e familiares relacionados à patologia;
- Ultrassonografia, retossigmoidoscopia ou exame radiológico anterior, se houver;
- Pesquisa de sangue oculto nas fezes.

Preparo/Orientações:

Durante o procedimento endoscópico, o cólon precisa estar completamente limpo, isto é, isento de fezes e resíduos alimentares. Para isto, cada prestador possui rotinas em relação ao preparo, por exemplo: uso de laxantes e orientações quanto à dieta adequada, nos dias que precedem à realização do exame. A interrupção ou não de determinados medicamentos deverá ser discutida com o médico assistente considerando as orientações do prestador.

Crterios de Autorização:

Para autorização do procedimento, o laudo de solicitação deve conter a história clínica detalhada com antecedentes pessoais e familiares relacionados à patologia; exames anteriores como pesquisa de sangue oculto nas fezes, ultrassonografia de abdômen, retossigmoidoscopia ou exame radiológico, se houver. Deverão ser anexados os seguintes exames: hemograma completo, tempo de protrombina (TP), uréia, creatinina, Rx tórax e eletrocardiograma (ECG)

5.6 DENSITOMETRIA ÓSSEA

CÓDIGO SUS: 02.04.06.002-8

Densitometria óssea é um exame que permite diagnosticar a presença ou não de osteoporose através da avaliação do conteúdo mineral dos ossos. Medição da densidade óssea em chapas fotográficas.

Indicação:

- Fraturas por baixo trauma ou fragilidade óssea (queda da própria altura ou menos) ou traumática (especialmente Antebraço Distal, Vértex, Costelas, Úmero Proximal e Fêmur Proximal);
- Mulheres e Homens com hipogonadismos (exemplos: Anorexia nervosa, amenorréia atlética, hiperprolactinemia, síndromes endócrinas e genéticas relacionadas);
- Uso prolongado de corticóides (i.e acima de 3 meses, de Prednisona ou equivalente, inclusive em administração inalatória);

- Evidências Radiológicas de Osteopenia;
- Condições causadoras de Osteoporose ou Fragilidade Óssea:
- Condições Reumatológicas (Artrite Reumatóide, Espondilite e outras);
- Condições Endócrinas (Hiperparatireoidismo, Hipertireoidismo, Hiper cortisolismo, Diabetes mellitus – esta última ainda controverso, etc);
- Síndromes Genéticas (Osteogenesis Imperfecta, Síndrome de Turner etc);
- Condições Ortopédicas (Distrofia Simpático Reflexa, Imobilização prolongada etc);
- Síndromes Disabsortivas (doenças inflamatórias intestinais, doença celíaca, pós Cirurgia bariátrica, etc);
- Condições Nefrológicas (Hiper calcúrias, Osteodistrofia, etc);
- Outras (Transplantados, Mieloma, Hepatopatias crônicas entre outras).
- Uso prolongado de medicamentos associados à perda de massa óssea (anticonvulsivantes, anticoagulantes, análogos do GnRH, lítio, imunossupressores, alguns antiretrovirais, doses supressivas de hormônios tireoidianos, etc);
- História Materna de fratura de fêmur proximal (ou de Osteoporose);
- Perda de estatura (>2,5 cm), hipercifose torácica;
- Mulheres ≥ 65 anos e homens com ≥ 70 anos e todos ≥ 50 anos com fatores de risco para osteoporose;
- Menopausa Precoce (<40 anos);
- Índice de Massa corporal baixo (<19);
- Passado de estados prolongados de baixa ingestão de cálcio;
- Tabagismo, alcoolismo, uso excessivo de cafeína;
- Imobilização prolongada.

Pré-requisitos:

Só existe um único procedimento para autorização de densitometria óssea. Para autorizar deve-se verificar os seguintes parâmetros:

- Idade do paciente, se já está na menopausa, pois nessa idade ocorre a maior incidência de osteoporose; porém há pacientes que fazem a menopausa precoce, devido ao uso de medicamentos e quimioterápico, ou pelo uso de corticóides por longo período;
- Os exames de Densitometria não devem ser repetidos em intervalos inferiores há 12 meses, salvo em casos de pacientes em tratamento com corticóides por mais de três

meses ou outras condições que levem à perdas rápidas de densidade óssea ou, ainda como avaliação de referência para permitir monitoramento quando o exame inicial foi realizado em técnica inadequada para esta finalidade; Se possível, marcar sempre para o mesmo prestador pois exames realizados na mesma máquina são comparados de forma mais fidedigna;

- Conferir CID, carimbo, assinatura e CRM do médico solicitante.

5.7 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA)

CÓDIGO SUS: 02.09.01.003-7

Indicações:

- Anemia a esclarecer;
- Câncer gástrico;
- Cirrose hepática;
- Disfagia;
- Dispesia;
- Doença de Refluxo Gastroesofágico (DRGE);
- Esofagite de refluxo;
- Hemorragia digestiva alta;
- Hérnia de Hiato;
- Metástases;
- Odinofagia;
- Úlcera gástrica com pesquisa de Helicobacter Pylori;
- Úlcero duodenal com pesquisa de Helicobacter Pylori;
- Varizes esofagianas.
- Retirada de corpo estranho ingerido;

Pré-requisitos:

- História Clínica;
- História de patologia pregressa e história familiar;
- Exames Físico com ênfase no aparelho digestivo.

5.8 MAMOGRAFIA

CÓDIGO SUS: 02.04.03.003-0

5.9 MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO

CÓDIGO SUS: 02.04.03.018-8

Os principais fatores de risco para o câncer de mama estão ligados a idade, aspectos endócrinos e genéticos.

As mulheres que possuem risco aumentado são as com história de menarca precoce (idade da primeira menstruação menor que 12 anos), menopausa tardia (após os 50 anos), primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade e terapia de reposição hormonal pós-menopausa. Outros fatores incluem a exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 40 anos, a ingestão regular de bebida alcoólica, obesidade, principalmente quando o aumento de peso se dá após a menopausa, e sedentarismo. A prática de atividade física e o aleitamento materno exclusivo são considerados fatores de proteção. História familiar, principalmente em parentes de primeiro grau antes dos 50 anos, são importantes fatores de risco para o câncer de mama. Entretanto, o câncer de mama de caráter hereditário (predisposição genética) corresponde a cerca de 5-10% do total de casos.

No Brasil, a mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) são os métodos preconizados para o rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher.

Indicação:

A mamografia deve ser realizada anualmente para:

- pacientes com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade;
- pacientes com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ;

Mamografia para rastreamento:

- Antes de iniciar TRH (terapia de reposição hormonal), com finalidade de estabelecer o padrão mamário e detectar lesões não palpáveis;
- Na mulher em TRH a mamografia deve ser realizada anualmente;
- No pré-operatório de cirurgia plástica, para rastrear qualquer alteração das mamas, principalmente em pacientes a partir de 50 anos ou pacientes que ainda não tenham realizado o exame;
- No seguimento pós-mastectomia para estudo da mama contralateral e após conservadora. Nesses casos, a mamografia de seguimento deve ser realizada ANUALMENTE, independente da idade.
- A Cada dois anos para mulheres compreendidas na faixa etária de 50-69 anos(diretrizes MS e Inca)

Mamografia diagnóstica:

- Mamas com achados sugestivos de CA ao ECM;
- Controle radiológico de lesão provavelmente benigna (Categoria 3): O controle radiológico deve ser realizado de 6 em 6 meses no primeiro ano e anualmente nos 2 anos seguintes.

Critérios para autorização:

Mamografia para rastreamento:

- Deve ser solicitada para mulheres assintomáticas para câncer de mama, com finalidade de detecção precoce, na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde. Pode ser solicitada por ENFERMEIROS – Considerar orientação do COREN.

Mamografia diagnóstica:

- Realizada em mulheres com sinais ou sintomas de câncer de mama. Deve ser realizado exclusivamente por médicos através de relatório atualizado e imagem que justifique a solicitação.

CLASSIFICAÇÃO BI-RADS

- BI-RADS 0: necessita avaliação adicional (ultra-som, compressão localizada, comparação com exames anteriores)
- BI-RADS I: nenhuma alteração é visualizada. A freqüência do exame deve ocorrer conforme protocolo de rastreamento.
- BI-RADS II: achados benignos. A freqüência do exame deve ocorrer conforme protocolo de rastreamento.
- BI-RADS III: achado provavelmente benigno. A chance de malignidade é de 2%. Repetir exame em seis meses.
- BI-RADS IV achados suspeitos para malignidade. Paciente deverá ser encaminhada para referência para continuar a investigação.
- BI-RADS V: achados altamente suspeitos para malignidade.

5.10 EXAMES ANÁTOMO-PATOLOGICOS

CÓDIGO SUS: 02.03.02.003-0(Exceto colo uterino)

CÓDIGO SUS: 02.03.02.003-0(colo uterino)

- ✓ Os exames anátomo-patológicos, decorrentes de procedimentos de biópsia ou coleta de material específico, serão encaminhados ao laboratório responsável pela análise e serão coletados, envasados e armazenados de acordo com as normas exigidas pelo estabelecimento credenciado.
- ✓ No âmbito da atenção básica serão coletadas e encaminhadas peças classificadas como pequenas, compatíveis com o nível de complexidade admitido, usualmente de até 10cm, ou a critério do estabelecimento credenciado, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.
- ✓ Poderão ser recebidas peças obtidas nos ambulatórios hospitalares, desde que de tamanho e acondicionamento compatíveis com o descrito acima, e que o procedimento tenha sido realizado ambulatorialmente, com atendimento pelo Sistema Único de Saúde.
- ✓ Em qualquer caso, as peças deverão ser entregues acompanhadas de formulário conforme modelo no **Anexo I** deste protocolo, totalmente preenchido, em letra legível, pelo profissional responsável pelo procedimento. A falta de documentação ou preenchimento inadequado determinará a devolução da peça.

6. ANEXOS

6.1 ANEXO I - Laudo de BPA-I

 Estado de Santa Catarina Ministério da Saúde		LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS PROCESSADOS A TRAVÉS DO BPA-I	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE		7 - SEXO Mas: <input type="checkbox"/> Fem: <input type="checkbox"/>	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		8 - RAÇA/COR	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)		10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - CDD. IBGE MUNICÍPIO		12 - CEP	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	OTDE	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	OTDE	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	OTDE	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO
CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO			
SOLICITAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		DATA DE SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARMG
DOCUMENTO () CNS () CPF		NÚMERO DO (CNS/CPF)	
AUTORIZAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		COD ORGÃO EMISSOR	ASSINATURA E CARMG
DOCUMENTO () CNS () CPF		NÚMERO DO (CNS/CPF)	
NÚMERO DE AUTORIZAÇÃO		DATA AUTORIZAÇÃO	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)			
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		CNS	

7. CONSIDERAÇÕES

Espera-se que este protocolo traga orientações aos profissionais que estão na linha de frente com os usuários e que com a sua utilização, esteja garantido e preservado o princípio da equidade no Sistema Único de Saúde.

Certamente este protocolo não é isento de falhas, nem é estático, pois se reconhecem suas limitações que deverão ser aprimoradas pelo próprio processo de discussão, implementação e praticas diárias, cabendo com isso, o compromisso de sempre revisá-lo. Para tanto, o registro de sugestões e alterações será sempre bem vindo e estes comporão um fórum permanente de diálogo.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolos Clínicos. Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor>>.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolos Clínicos para Exames de Média e Alta Complexidade. Disponível em: <[http:// portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor)>.
3. JOINVILLE, Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Acesso a Exames/Procedimentos Ambulatoriais de Média e Alta complexidade. Santa Catarina. 2002.
4. SANTO ANTONIO DE JESUS, Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Acesso a Exames/Procedimentos Ambulatoriais de Média Complexidade. Bahia. 2007.
5. SÃO CARLOS, Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Acesso a Exames/Procedimentos Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade. São Paulo. 2006.
6. PELOTAS, Secretaria Municipal de Saúde. Protocolos de Acesso a Exames de Média e Alta Complexidade. Rio Grande do Sul. 2010.
7. VOLTA REDONDA, Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Regulação Municipal para Exames e Procedimentos de Alta e Média Complexidade. Rio de Janeiro. 2015.
8. RIO CLARO, Secretaria Municipal da Saúde. Protocolos Clínicos: Exames de média e alta complexidade. Rio de Janeiro. 2016.