

## **NORMATIZAÇÃO DE EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA CONFIRMA O POSICIONAMENTO DA COMISSÃO DE ULTRASSONOGRAFIA DO CBR SOBRE O ASSUNTO**

A versatilidade e a alta eficácia da ultrassonografia como método diagnóstico na prática médica diária constituem a grande força deste método, mas ao mesmo tempo, impõem uma enorme dificuldade de padronização de condutas tanto no que se refere à execução dos exames ultrassonográficos pelo especialista de imagem, quanto à solicitação dos exames a serem executados.

Alguns aspectos merecem especial consideração:

- A multiplicidade de designações possíveis para se referir a algumas regiões passíveis de estudo ultrassonográfico.
- A extensão de doenças por diferentes órgãos ou estruturas próximas, porém frequentemente não exatamente dentro do campo de estudo solicitado.
- A necessidade da adequação da terminologia utilizada na solicitação do médico-assistente aos códigos disponíveis na CBHPM ou a outras tabelas de referência, a depender do contratado junto aos convênios e planos de saúde.
- A eventual solicitação equivocada no pedido médico com relação à estrutura que realmente desejaria ver avaliada ou a dissociação da estrutura solicitada e a indicação médica informada.
- O aumento das demandas judiciais no que se refere tanto ao conteúdo incluído quanto ao ausente do relatório médico.

As situações supracitadas são exemplos que demonstram a importância da padronização da denominação do estudo ultrassonográfico por região e a real abrangência de cada exame segundo esta denominação, tornando mais eficiente a comunicação e integração do médico-assistente com o médico especialista em diagnóstico por imagem, bem como mais clara a interação do serviço de imagem com o paciente e com os planos de saúde.

Nesta primeira versão, procuramos relacionar os principais pontos de interesse e dúvidas que surgiram da prática dos especialistas envolvidos nesta Comissão, bem como das consultas realizadas ao CBR por meio de seus veículos oficiais, tendo como base as denominações de exames ultrassonográficos empregadas nos códigos disponíveis na CBHPM 2016.

Assim como a própria prática médica é dinâmica e mutável, novas versões desta padronização deverão ser elaboradas quando a evolução tecnológica, das normas ou das leis ou, ainda, quando alguma questão ou dúvida de maior interesse tornarem necessárias reinterpretações ou maiores esclarecimentos.

### **Ultrassonografia de Abdome Superior**

Inclui a avaliação do Fígado, Vias Biliares, Vesícula Biliar, Baço e Pâncreas.

Não inclui a avaliação de Rins, Aorta Abdominal, Veia Cava Inferior e demais estruturas retroperitoneais.

O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame, devendo ser solicitado especificamente o órgão desejado no pedido médico quando for necessária sua realização (há inclusive códigos específicos para alguns órgãos e estruturas).

A avaliação das estruturas da parede abdominal não está incluída nesse tipo de exame.

### **Ultrassonografia de Abdome Total**

Inclui a avaliação do Fígado, Vias Biliares, Vesícula Biliar, Baço, Pâncreas, Rins e Bexiga.

O estudo em modo B (sem Doppler) da Aorta Abdominal e a Veia Cava Inferior e demais estruturas retroperitoneais também está incluído neste tipo de exame. Quando necessária, a avaliação com Doppler de alguma destas estruturas ou de outros órgãos abdominais deverá ser solicitada especificamente e cobrada adicionalmente ao exame de base (há códigos específicos).

Alças intestinais, apêndice cecal, adrenais e outras estruturas abdominais devem ser citadas se detectada patologia demonstrável pelo método durante a realização do exame.

A avaliação dos órgãos pélvicos (útero, ovários e anexos, próstata e vesículas seminais) não está incluída nesta avaliação.

A realização de avaliação pós-miccional da bexiga não é realizada rotineiramente, podendo ser incluída à critério do médico executante ou quanto explicitamente solicitada no pedido médico.

A avaliação das estruturas da parede abdominal não está incluída nesse tipo de exame.

## **Ultrassonografia de Rins e Vias Urinárias**

Inclui a avaliação dos Rins e Bexiga.

Os ureteres e as glândulas adrenais são citados apenas se detectada alguma patologia demonstrável pelo método, não sendo necessariamente incluídas no relatório do exame na ausência de achados ou quando estes órgãos não forem detectados no exame ecográfico.

A realização de avaliação pós-miccional da bexiga pode ser incluída à critério do médico executante, em respeito à indicação clínica ou, ainda, quanto explicitamente solicitada no pedido médico.

A avaliação dos órgãos pélvicos (útero, ovários e anexos, próstata e vesículas seminais) não está incluída nesta avaliação.

O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame, devendo ser solicitado especificamente no pedido médico e cobrada adicionalmente ao exame de base quando sua realização for necessária.

## **Ultrassonografia de Parede Abdominal**

Inclui a avaliação da integridade dos grupos musculares da parede abdominal, bem como a pesquisa de hérnias, lesões subcutâneas em parede abdominal anterior (inclusive em região umbilical).

O estudo frequentemente é realizado direcionado para a região da queixa do paciente ou para a região indicada no pedido médico.

A avaliação das regiões inguinais (inclusive pesquisa de hérnias, massas, coleções ou linfonodomegalias nestas regiões) não está incluída neste tipo de exame, devendo ser solicitada separadamente quando necessária (unilateral ou bilateral).

Não inclui a avaliação dos órgãos intra-abdominais e da pelve, cujo estudo, quando for necessário ao médico-assistente, deverá ser solicitado separadamente.

### **Ultrassonografia de Região Inguinal**

Inclui a pesquisa de hérnias, massas, coleções ou linfonodomegalias em regiões inguinais.

Pode ser uma avaliação unilateral ou bilateral, a depender da solicitação médica, que deve especificar a indicação do estudo e a lateralidade da investigação desejada.

### **Ultrassonografia de Próstata (Via Abdominal) ou da Pelve Masculina (Abdome inferior)**

Inclui avaliação transabdominal da Bexiga, Próstata (volumetria e estimativa de peso), Vesículas Seminais e aferição de resíduo vesical pós-miccional.

Ultrassonografia de Próstata (Via Transretal)

Não inclui a avaliação transabdominal da Bexiga nem a aferição de resíduo vesical pós-miccional.

### **Ultrassonografia da Pelve Feminina (Abdome inferior)**

Inclui avaliação transabdominal da Bexiga, Útero, Ovários e Regiões Anexiais.

A realização de avaliação pós-miccional da bexiga não é rotineiramente executada, porém pode ser incluída à critério do médico executante, em respeito à indicação clínica ou, ainda, quanto explicitamente solicitada no pedido médico.

## **Ultrassonografia Transvaginal**

Inclui avaliação endovaginal do Útero, Ovários e Regiões Anexiais.

A vagina é citada apenas se detectada alguma patologia demonstrável pelo método, não sendo necessariamente incluída no relatório do exame na ausência de alterações.

A realização de avaliação transabdominal complementar ao estudo endocavitário não é rotineiramente executada.

O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame, devendo ser solicitado especificamente no pedido médico quando sua realização for necessária.

## **Ultrassonografia de Tireoide**

Inclui avaliação da Tireoide (Volumetria, Avaliação da sua ecotextura, Pesquisa e Caracterização de Nódulos ou outras Lesões Focais).

Não inclui a avaliação de linfonodos cervicais.

O Doppler da Tireoide e de suas lesões focais (inclusive nódulos) não está incluído neste tipo de exame, devendo ser solicitado especificamente no pedido médico quando sua realização for necessária.

O Doppler de Tireoide não inclui a avaliação de vasos cervicais (carótidas e jugulares) que tem código próprio e cuja avaliação deve ser solicitada especificamente no pedido médico quando for necessária à sua realização.

## **Ultrassonografia de Região Cervical**

Inclui avaliação dos linfonodos cervicais em todos os seus compartimentos (centrais e laterais), bem como do leito tireoideano (exclusivamente em caso de tireoidectomia total prévia), das lojas paratireoideanas e dos principais grupos musculares cervicais.

Glândulas paratireoides e grupos musculares são especificados no relatório médico apenas em caso de patologia detectada ao método, não sendo necessário relato dessas estruturas se não forem individualizadas ou se não apresentarem alterações.

Não inclui a avaliação da Tireoide e das Glândulas Salivares, que têm códigos específicos e devem ser especificados separadamente no pedido médico.

O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame, devendo ser solicitado especificamente no pedido médico quando sua realização for necessária.

O exame de Região Cervical com Doppler não inclui a avaliação de vasos cervicais (carótidas e jugulares) que têm código próprio e cuja avaliação deve ser solicitada especificamente no pedido médico quando for necessária a sua realização.

### **Ultrassonografia de Glândulas Salivares**

Inclui avaliação das Glândulas Submandibulares, Parótidas e Sublinguais bilateralmente.

O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame, devendo ser solicitado especificamente no pedido médico quando sua realização for necessária.

Não inclui a avaliação da Tireoide e da Região Cervical.

### **Ultrassonografia de Crânio Transfontanela**

O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame, devendo ser solicitado especificamente no pedido médico quando sua realização for necessária.

### **Ultrassonografia de Mamas**

Inclui avaliação das Glândulas Mamárias (Avaliação da sua ecotextura, Pesquisa e Caracterização de Nódulos ou outras Lesões Focais).

Não inclui o estudo das regiões axilares, o que deve ser solicitado especificamente no pedido médico (incluindo lateralidade).

O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame, devendo ser solicitado especificamente no pedido médico quando sua realização for necessária.

## **Ultrassonografia de Axila**

Avaliação das partes moles da axila direita ou esquerda conforme o pedido médico, incluindo a pesquisa de linfonodos atípicos nos níveis I, II e III.

O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame, devendo ser solicitado especificamente no pedido médico quando sua realização for necessária.

A Comissão Nacional de Ultrassonografia do CBR revisará quando necessário e oportuno as padronizações supra descritas, permanecendo à disposição para dirimir quaisquer dúvidas adicionais que nos sejam encaminhadas.

Exames não mencionados neste documento serão objeto de normatização em publicações subsequentes.

**Validade: 28 de fevereiro de 2019**